

**HUBUNGAN RIWAYAT PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF
DENGAN KEJADIAN *STUNTING* PADA BALITA
(USIA 24-59 BULAN) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
WAY URANG KABUPATEN LAMPUNG SELATAN**

(Skripsi)

Oleh
ADILLA DWI NUR YADIKA



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

**HUBUNGAN RIWAYAT PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF
DENGAN KEJADIAN *STUNTING* PADA BALITA
(USIA 24-59 BULAN) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
WAY URANG KABUPATEN LAMPUNG SELATAN**

Oleh
ADILLA DWI NUR YADIKA
1618011130

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

ABSTRACT

THE ASSOCIATION OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING HISTORY WITH THE OCCURRENCE OF STUNTING IN TODDLERS (AGED 24-59 MONTHS) IN WAY URANG COMMUNITY HEALTH CENTER SOUTH LAMPUNG REGENCY

By

ADILLA DWI NUR YADIKA

Background: Stunting is a condition of growth failure of children under five years old due to the lack of nutritional intake in a long time, including in the first 1000 days of a child's life and an unachieved child's golden period at the age of 0-24 months can be caused by not exclusive breastfeeding. Several studies have shown that the history of exclusive breastfeeding has an association with the incidence of stunting in toddlers.

Objective: The purpose of this study is to determine the association between the history of exclusive breastfeeding with the incidence of stunting in toddlers (aged 24-59 months) in the Way Urang Community Health Center in South Lampung Regency.

Method: This study uses an observational analytic method with a case control study design. The history of exclusive breastfeeding data is a primary data obtained by conducting interviews with mothers based on a questionnaire regarding the history of exclusive breastfeeding to their babies. The list of stunting toddlers is a secondary data obtained from Way Urang Community Health Center data. The primary data of the stunting toddlers' height data were obtained through re-measuring the height of stunting toddlers by using microtoise and anthropometric. The statistical analysis uses the Chi Square test.

Result: There is an association of exclusive breastfeeding history with the occurrence of stunting in toddlers (aged 24-59 months) in Way Urang Community Health Center South Lampung Regency. P value= 0,000.

Conclusion: There is a significant association of history of exclusive breastfeeding with the incidence of stunting in toddlers (aged 24-59 months) in the Way Urang Community Health Center in South Lampung Regency.

Keywords: History of exclusive breastfeeding, stunting, toddlers.

ABSTRAK

HUBUNGAN RIWAYAT PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN KEJADIAN *STUNTING* PADA BALITA (USIA 24-59 BULAN) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WAY URANG KABUPATEN LAMPUNG SELATAN

Oleh

ADILLA DWI NUR YADIKA

Latar Belakang: *Stunting* adalah kondisi gagalnya pertumbuhan anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat kurangnya asupan gizi dalam waktu yang cukup lama, termasuk dalam 1000 hari pertama kehidupan anak dan tidak terwujudnya periode emas anak pada usia 0-24 bulan yang dapat disebabkan oleh tidak diberikannya ASI eksklusif. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa riwayat pemberian ASI eksklusif memiliki hubungan dengan kejadian *stunting* pada balita.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode observasional analitik dengan rancangan penelitian kasus kontrol (*case control*). Data riwayat pemberian ASI eksklusif merupakan data primer yang diperoleh dengan melakukan wawancara kepada ibu berdasarkan kuesioner mengenai riwayat pemberian ASI eksklusif pada bayinya. Daftar balita *stunting* merupakan data sekunder yang diperoleh dari data Puskesmas Way Urang. Data primer mengenai tinggi badan penderita *stunting* diperoleh melalui pengukuran kembali tinggi badan balita penderita *stunting* dengan menggunakan *microtoise* dan antropometri. Analisis statistik menggunakan uji *Chi Square*.

Hasil: Terdapat hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan dengan nilai $p= 0,000$.

Simpulan: Terdapat hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.

Kata kunci: riwayat pemberian ASI eksklusif, *stunting*, balita.

Judul Skripsi

**: HUBUNGAN RIWAYAT PEMBERIAN ASI
EKSKLUSIF DENGAN KEJADIAN
STUNTING PADABALITA (USIA 24-59
BULAN) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
WAY URANG KABUPATEN LAMPUNG
SELATAN**

Nama Mahasiswa

: Adilla Dwi Nur Yadika

No. Pokok Mahasiswa

: 1618011130

Program Studi

: Pendidikan Dokter

Fakultas

: Kedokteran

MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing

Sutarto, S. K. M., M. Epid.
NIP. 197207061995031002

M. Fitra W., S.Farm., M.Farm., Apt
NIP. 231804880519101

2. Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. Dyah Wulan Sunekar RW, S.K.M., M. Kes
NIP. 197206281997022001


MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : **Sutarto, S. K. M., M. Epid.**



Sekretaris : **M. Fitra W., S.Farm., M.Farm., Apt**



Penguji
Bukan Pembimbing : **dr. Dian Isti Angraini, S. Ked., M.P.H.**



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. Dyah Mulan Sumekar RW, S.K.M., M. Kes
NIP. 197206281997022001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 23 Desember 2019

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Skripsi dengan judul Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian *Stunting* pada Balita (Usia 24-59 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam akademik atau yang dimaksud dengan plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, Desember 2019



Pembuat pernyataan,

Adilla Dwi Nur Yadika

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Bandar Lampung, 28 Januari 1999, sebagai anak terakhir dari 2 bersaudara dari Bapak Supriyadi Alfian, S. Kom., M.H. dan Ibu Artati Kartika Dewi. Penulis memiliki satu kakak perempuan yang bernama Alifa Soraya Nuryadika, S. Pd.

Pendidikan Taman Kanak-kanak (TK) diselesaikan di TK Kartika II-31 Bandar Lampung pada tahun 2004, Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SD Kartika II-5 Bandar Lampung pada Tahun 2010, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMPN 2 Bandar Lampung pada tahun 2013, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMAN 2 Bandar Lampung pada tahun 2016.

Tahun 2016, penulis terdaftar sebagai mahasiswi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri Tahun 2016 (SBMPTN). Selama menjadi mahasiswa, penulis pernah menjadi Asisten Dosen Biokimia, Biologi Molekuler, dan Fisiologi tahun 2018-2019 dan aktif pada organisasi *Lampung University Medical Researcher* (LUNAR) sebagai Wakil Ketua Divisi PKM-C periode 2018-2019 dan organisasi Forum Studi Islam (FSI) Ibnu Sina sebagai anggota pada periode 2016-2017 dan 2017-2018. Penulis terdaftar menjadi penerima beasiswa PPA periode 2017-2018.

*Segala puji bagi Allah SWT.
Sebuah karya sederhana ini kupersembahkan teruntuk kedua
orangtua ku, Kakak, Nenek, dan keluarga besarku.*

*“And we will ease you toward ease.”
Al-A’la (87):8*

SANWACANA

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang Maha Pengasih, Maha Penyayang, Maha Kuasa, pemilik seluruh alam beserta isinya, yang memberikan segala nikmat dan karunia-Nya selama penyusunan skripsi ini sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian *Stunting* pada Balita (Usia 24-59 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan”.

Selama proses penulisan skripsi ini, penulis mendapatkan banyak bantuan, saran, bimbingan, dan kritik dari berbagai pihak. Maka dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang mendalam kepada:

1. Prof. Dr. Karomani, M. Si., selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, S.K.M., M. Kes, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
3. Bapak Sutarto, S.K.M., M. Epid., selaku Pembimbing 1 yang senantiasa memberikan masukan serta bimbingan, dan motivasi yang sangat berharga bagi penulis, terima kasih atas waktu dan pelajaran yang sudah diberikan.
4. Bapak M. Fitra Wardhana, S. Farm., M. Farm., Apt., selaku Pembimbing II yang selalu memberikan saran dan bimbingan kepada penulis, serta senantiasa memberikan motivasi serta perhatian kepada penulis.

5. dr. Dian Isti Angraini, S. Ked., M.P.H., selaku Penguji Utama yang telah memberikan saran, ilmu, dan bimbingan kepada penulis.
6. dr. Mukhlis Imanto, S. Ked., M. Kes., Sp. THT-KL dan Dr. dr. Khairun Nisa, S. Ked., M. Kes., AIFO, selaku Pembimbing Akademik yang senantiasa memberikan bimbingan, motivasi, dan masukan selama proses perkuliahan.
7. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu, waktu, bantuan yang telah diberikan selama proses perkuliahan dan penyusunan skripsi.
8. Seluruh balita dan ibu dari balita yang telah bersedia menjadi subjek penelitian dan responden serta pihak Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan yang telah memberikan bantuan, ilmu, dan saran dalam penyusunan skripsi ini.
9. Kedua orangtua tercinta, Papi Supriyadi Alfian, S. Kom., M.H. dan Mami Artati Kartika Dewi yang sangat saya cintai dan sayangi, yang tiada henti selalu mendoakan, memberikan kasih sayang, perhatian, serta semangat sepanjang waktu, yang selalu menyertai setiap langkah penulis.
10. Kakak Alifa Soraya Nuryadika, S. Pd. yang sangat aku sayangi, yang senantiasa mendoakan serta memberikan kasih sayang dan motivasi kepada penulis dalam kehidupan ini.
11. Nenek Hj. Hasanah yang sangat aku sayangi, yang senantiasa mendoakan serta memberikan kasih sayang dan motivasi kepada penulis dalam kehidupan ini.
12. Keluarga besar Alfian Arzad dan keluarga besar Damiri Ilyas yang senantiasa mendoakan dan memberi dukungan kepada penulis.
13. Almarhumah Mbak Siska Purwaningsih, Mbak Maria, dan Om Agung yang selalu mendoakan dan memberikan bantuan serta motivasi kepada penulis.

14. Sahabat-sahabatku, Carla, Rezita, Pingkan, Melia, dan Qanit yang selalu memberikan motivasi dan bantuan kepada penulis.
15. Sahabat-sahabat belajarku, Ulfa, Ellyta, Tiara, Vira, Efrans, Abi, Reqza, Bustami, Agung, Reza, Rony, Akhlish, dan Asyraf yang selalu memberikan motivasi dan bantuan kepada penulis.
16. Sahabat-sahabat seperjuanganku selama perkuliahan, Agung, Nurul, Amira, Ocha, Giza, Ristia, Andin, Alif, dan Erwin yang selalu memberikan motivasi dan bantuan kepada penulis.
17. Sahabat-sahabat seperjuangan skripsiku, Tiara, Abi, Kinanti, dan Jeffrey, atas motivasi dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis.
18. Teman-teman angkatan 2016 (TR16EMINUS) yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuan dan dukungan selama proses perkuliahan.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat dan balasan yang berlipat atas segala bantuan dan kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Aamiin Yaa Robbal 'Aalamiin.

Bandar Lampung, Desember 2019

Penulis

Adilla Dwi Nur Yadika

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
BAB I Pendahuluan.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB II Tinjauan Pustaka	9
2.1 ASI Eksklusif	9
2.1.1 Definisi ASI Eksklusif.....	9
2.1.2 Komposisi ASI Eksklusif	10
2.1.3 Manfaat ASI Eksklusif	14
2.1.4 Cakupan Pemberian ASI Eksklusif	26
2.2 <i>Stunting</i>	28
2.2.1 Definisi <i>Stunting</i>	28
2.2.2 Etiologi dan Faktor Determinan <i>Stunting</i>	30
2.2.3 Dampak <i>Stunting</i>	35
2.3 Balita	38
2.3.1 Definisi Balita.....	38
2.3.2 Status Gizi Balita	38
2.4 Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian <i>Stunting</i>	40
2.5 Kerangka Teori	46
2.6 Kerangka Konsep.....	47

2.7 Hipotesis.....	47
BAB III Metode Penelitian	48
3.1 Desain Penelitian.....	48
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	49
3.2.1 Tempat Penelitian	49
3.2.2 Waktu Penelitian	49
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	49
3.3.1 Populasi Penelitian	49
3.3.2 Sampel Penelitian	49
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel Penelitian.....	51
3.3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	52
3.4 Variabel Penelitian	53
3.4.1 Variabel Bebas (Independent Variable)	53
3.4.2 Variabel terikat (Dependent Variable)	53
3.5 Definisi Operasional	54
3.6 Metode Pengumpulan Data	54
3.7 Instrumen Penelitian	55
3.8 Prosedur Penelitian	56
3.8.1 Prosedur Perencanaan Penelitian.....	56
3.8.2 Prosedur Pengambilan Data	56
3.8.3 Alur Penelitian.....	58
3.9 Uji Kuesioner	59
3.9.1 Uji Validitas.....	59
3.9.2 Uji Reliabilitas.....	60
3.10 Pengolahan dan Analisis Data	61
3.10.1 Pengolahan Data	61
3.10.2 Analisis Data.....	62
3.11 Etika Penelitian	64
BAB IV Hasil dan Pembahasan.....	65
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	65
4.2 Hasil Penelitian	66
4.2.1 Analisis Data Univariat	66
4.2.2 Analisis Bivariat	71
4.3 Pembahasan Penelitian.....	72
4.3.1 Analisis Univariat.....	72
4.3.2 Analisis Bivariat	78

BAB V Kesimpulan dan Saran.....	86
5.1 Kesimpulan	86
5.2 Saran	87
5.2.1 Bagi Pemerintah	87
5.2.2 Bagi Puskesmas Way Urang	87
5.2.3 Bagi Masyarakat	87
5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya	87
DAFTAR PUSTAKA.....	88
LAMPIRAN.....	101

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Jumlah sampel penelitian.	51
2. Definisi operasional variabel bebas dan variabel terikat.....	54
3. Klasifikasi validitas kuesioner.	60
4. r_{hitung} uji validitas kuesioner.	60
5. Distribusi karakteristik subjek penelitian.....	66
6. Distribusi frekuensi jawaban pertanyaan.	67
7. Jenis makanan atau minuman tambahan.....	68
8. Distribusi frekuensi riwayat pemberian ASI eksklusif.	69
9. Distribusi frekuensi kategori pendek.	70
10. Hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian <i>stunting</i> pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.....	71

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Persentase bayi 0-5 bulan yang diberi ASI eksklusif menurut jenis kelamin dan tipe daerah.	27
2. Standar antropometri penilaian status gizi anak.....	39
3. Kerangka teori penelitian	46
4. Kerangka konsep penelitian.	47
5. Alur penelitian.....	58

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stunting adalah kondisi gagalnya pertumbuhan anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat kurangnya asupan gizi dalam waktu yang cukup lama. Hal ini disebabkan oleh pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi sehingga anak tumbuh terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi dapat dimulai sejak bayi berada dalam kandungan dan pada masa awal setelah kelahiran bayi. Namun, kondisi *stunting* baru dapat terlihat setelah bayi berusia dua tahun (Kemenkes RI, 2010). Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian balita pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) adalah balita yang memiliki panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) 2006. Menurut Kemenkes RI, *stunting* adalah balita yang memiliki nilai *Z-score* kurang dari -2SD/standar deviasi (*stunted*) dan kurang dari -3SD (*severely stunted*) (Kemenkes RI, 2010). *Stunting* merupakan masalah gizi utama yang sedang dihadapi Indonesia.

Salah satu penyebab utama *stunting* adalah asupan gizi, terutama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) anak. *Stunting* juga dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan saat kehamilan serta setelah kelahiran anak (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

Sebagai salah satu akibat dari kurangnya gizi pada 1000 HPK, kondisi *stunting* bersifat permanen dan sulit untuk diperbaiki. *Stunting* yang telah terjadi apabila tidak diimbangi dengan *catch-up growth* (tumbuh kejar) mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan anak (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017). Selain terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan fisik anak, penderita *stunting* umumnya memiliki tingkat kemampuan kognitif yang tidak berkembang secara maksimal. *Stunting* dapat memperburuk kesenjangan/*inequality*, dengan menurunkan total pendapatan seumur hidup sebesar 10% dan meningkatkan kemiskinan antar generasi. *Stunting* dapat menghambat potensi transisi demografis Indonesia akibat terjadinya penurunan rasio penduduk usia tidak bekerja terhadap penduduk usia kerja (Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi, 2017).

Efek jangka menengah yang dapat terjadi yaitu menurunnya produktivitas dan daya saing saat dewasa. Sementara itu, efek jangka panjangnya adalah rentan terhadap gangguan metabolik dan penyakit degeneratif, seperti penyakit jantung, *stroke*, maupun diabetes (Purwandini *et al.*, 2013).

Pemerintah mengalami kerugian yang besar akibat tingginya kejadian *stunting*, dimana pengeluaran pemerintah meningkat, terutama akibat jaminan kesehatan nasional yang berhubungan dengan penyakit degeneratif tersebut. Hasil riset *World Bank* menggambarkan kerugian akibat *stunting* mencapai tiga sampai sebelas persen dari total Pendapatan Domestik Bruto (PDB) (Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, 2017).

Pencegahan *stunting* dapat dilakukan dengan memberikan asupan gizi yang optimal pada 1000 hari pertama kehidupan (HPK) bayi dan pada periode emas bayi, yakni sejak bayi berusia 0-24 bulan, termasuk memberikan asupan ASI eksklusif. ASI eksklusif berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif adalah pemberian ASI tanpa memberikan makanan dan minuman lain kecuali pemberian obat dan vitamin kepada bayi sejak lahir sampai berumur enam bulan. Pemberian ASI eksklusif dapat menunjang pertumbuhan dan perkembangan bayi secara normal pada usia 0-6 bulan (Depkes RI, 2006; Kemenkes RI, 2017a). Kebijakan global (WHO dan UNICEF) dan kebijakan nasional yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia No. 450/Menkes/SK/VI/2004 tentang Pemberian ASI Secara Eksklusif di Indonesia merekomendasikan pemberian ASI eksklusif sejak lahir sampai umur enam bulan, yang dilanjutkan dengan pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) dan meneruskan pemberian ASI sampai usia 2 tahun (Kemenkes RI, 2014).

Pada tahun 2018, 21,9% atau 149 juta balita di dunia mengalami *stunting* (UNICEF/*World Health Organization* (WHO)/*World Bank*, 2019). Indonesia menempati peringkat ketiga untuk prevalensi balita *stunting* tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR) (WHO, 2017). Prevalensi balita *stunting* di Indonesia mencapai 30,8%, dengan 11,5% balita tergolong sangat pendek dan 19,3% balita pendek (Kemenkes RI, 2018e). Prevalensi *stunting* di Provinsi Lampung pada tahun 2017 adalah sebesar 9,6% untuk balita sangat pendek dan 17,7% untuk balita pendek (Kemenkes RI, 2018d). Beberapa kabupaten di Provinsi Lampung, yaitu Kabupaten Lampung Selatan, Lampung Timur, Lampung Tengah, dan Tanggamus termasuk dalam 160 kabupaten/kota prioritas pemerintah untuk penurunan *stunting* pada tahun 2018-2019. Kabupaten Lampung Selatan, Lampung Timur, dan Lampung Tengah menjadi 14 kabupaten/kota di Sumatera yang menjadi prioritas penurunan *stunting* (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2018). Pada tahun 2013, Lampung Tengah menduduki peringkat pertama dengan prevalensi *stunting* 52,68% dengan jumlah balita *stunting* 59.838 jiwa. Peringkat kedua diduduki oleh Lampung Timur dengan prevalensi 43,17% dengan angka 40.790 jiwa. Lampung Selatan menempai peringkat ketiga dengan prevalensi *stunting* 43,01% sebanyak 42.971 jiwa menderita *stunting* (Kemenkes RI, 2013a; Badan Pusat Statistik, 2013).

Cakupan pemberian ASI eksklusif pada tahun 2018 di Indonesia adalah 65,16%. Bayi yang mendapatkan ASI eksklusif di Provinsi Lampung pada

tahun 2018 mencapai 67,01% (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2019b). Cakupan pemberian ASI eksklusif pada tahun 2017 di Lampung Selatan mencapai 59,7%, dengan 64% bayi laki-laki usia 0-6 bulan dan 55,2% pada bayi perempuan usia 0-6 bulan mendapatkan ASI eksklusif. Puskesmas Way Urang terletak di Kecamatan Kalianda, Kabupaten Lampung Selatan. Pada tahun 2017, Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang memiliki cakupan ASI eksklusif sebesar 77% dimana 82,3% bayi laki-laki usia 0-6 bulan dan 71% bayi perempuan usia 0-6 bulan mendapatkan ASI eksklusif (Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan, 2018). Terdapat dua desa yang merupakan bagian dari Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang yang termasuk ke dalam 1000 desa prioritas *stunting* tahun 2018, yaitu Desa Tajimalela dan Desa Taman Agung (Kemenkes RI, 2018f).

Kurangnya asupan gizi dalam 1000 hari pertama kehidupan anak dan tidak terwujudnya periode emas anak pada usia 0-24 bulan yang dapat disebabkan oleh tidak diberikannya ASI eksklusif sebagai salah satu penyebab utama kejadian *stunting* (Depkes RI, 2006; Kemenkes RI, 2017a) dan tingginya prevalensi *stunting* di Indonesia serta dampak buruk yang disebabkan seperti yang telah dipaparkan di atas mendorong peneliti untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian *Stunting* pada Balita (Usia 24-59 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dan latar belakang masalah, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui cakupan pemberian ASI eksklusif, prevalensi *stunting*, dan hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui cakupan pemberian ASI eksklusif pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.
2. Mengetahui prevalensi *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.
3. Mengetahui hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, penelitian ini dapat bermanfaat dalam mengetahui hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Manfaat Bagi Peneliti

Manfaat penelitian ini bagi peneliti yaitu untuk mendapatkan pengetahuan dan ilmu yang lebih luas mengenai hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan. Selain itu, penelitian ini juga merupakan syarat kelulusan untuk memperoleh gelar sarjana.

1.4.2.2 Manfaat Bagi Institusi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Manfaat penelitian ini bagi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung adalah untuk menambah bahan kepustakaan dan bahan pembelajaran bagi para mahasiswa di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

1.4.2.3 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat sebagai sumber informasi dan data dalam menentukan kebijakan dan program yang dapat dibentuk dalam upaya menurunkan kejadian *stunting* terutama pada balita usia 24-59 bulan.

1.4.2.4 Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 ASI Eksklusif

2.1.1 Definisi 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).

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 450 Tahun 2004 tentang Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi disebutkan

bahwa bahwa Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan terbaik bagi bayi karena memiliki kandungan zat gizi yang paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi (Kemenkes RI, 2004). 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).

2.1.2 Komposisi ASI Eksklusif

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). ASI awal (*foremilk*) dengan konsistensi bening yang diproduksi pada awal penyusuan dan banyak mengandung laktosa dan protein. ASI akhir (*hindmilk*) yang lebih pekat diproduksi pada akhir penyusuan dan mengandung lemak sebagai sumber tenaga dan pembentukan otak (IDAI, 2013a).

Jumlah total produksi ASI dan asupan terhadap bayi berbeda-beda pada setiap waktu menyusui, yaitu 450-1200 ml dengan rata-rata 750-850 ml per hari. Ibu yang memiliki status gizi buruk dapat mengalami penurunan produksi ASI hingga hanya 100-200 ml per hari (IDAI, 2013c). 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).

ASI memiliki kandungan karbohidrat yang relatif tinggi jika dibandingkan dengan susu sapi (6,5-7 gram %). Karbohidrat utama

dalam ASI yaitu laktosa yang berfungsi sebagai salah satu sumber energi untuk otak, dengan 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).

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. ASI mengandung jenis asam amino, yaitu unit pembentuk protein yang lebih lengkap dibandingkan susu sapi. Taurin berperan dalam perkembangan otak karena ditemukan pada jaringan otak yang sedang berkembang dalam jumlah yang cukup tinggi. Taurin sangat dibutuhkan oleh bayi terutama bayi prematur karena kemampuan untuk membentuk protein ini sangat rendah (IDAI, 2013c).

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).

ASI mengandung berbagai macam vitamin. ASI memiliki kandungan vitamin A dan beta karoten yang tinggi, yang berguna untuk kesehatan mata, pembelahan sel, kekebalan tubuh, dan pertumbuhan. ASI hanya mengandung sedikit vitamin D, tetapi ibu dapat menjemur bayi setiap pagi untuk mendapatkan tambahan vitamin D dari sinar matahari pagi untuk mencegah penyakit tulang akibat kurangnya vitamin D. ASI mengandung vitamin E yang tinggi terutama pada kolostrum dan ASI transisi awal, yang berperan dalam ketahanan dinding sel darah merah sehingga menurunkan risiko anemia hemolitik. Dalam ASI, kadar vitamin K yang berperan sebagai faktor pembekuan hanya seperempatnya kadar dari susu formula. Rendahnya vitamin K pada ASI ini menimbulkan risiko perdarahan kecil pada bayi yang hanya mengonsumsi ASI. Akan tetapi, hal ini dapat diatasi dengan penambahan vitamin K pada asupan bayi. ASI mengandung hampir seluruh vitamin yang larut dalam air seperti vitamin B, asam folat, vitamin C. Vitamin B6 berperan dalam perkembangan awal sistem syaraf (IDAI, 2013c).

Mineral utama yang terkandung dalam ASI adalah kalsium yang berfungsi untuk pertumbuhan jaringan dan otot rangka. Walaupun kadar kalsium ASI lebih rendah dari susu sapi atau susu formula, tetapi kalsium pada ASI dapat diserap secara lebih efisien. Penyerapan kalsium ini dipengaruhi oleh kadar fosfor, magnesium, vitamin D dan lemak yang juga terkandung dalam ASI (IDAI, 2013c). Bayi yang diberikan ASI eksklusif dapat memaksimalkan pertumbuhan terutama tinggi badan dan cenderung memiliki tinggi badan yang lebih tinggi dan sesuai dengan kurva pertumbuhan dibandingkan dengan bayi yang mengonsumsi susu formula sehingga dapat menurunkan risiko *stunting* (Prasetyono, 2009). Besi (Fe) dan kalsium (Ca) merupakan mineral dalam ASI yang paling stabil dan tidak terpengaruh oleh diet ibu. Zat besi yang terkandung pada ASI maupun susu formula rendah dan bervariasi. Namun, zat besi dalam ASI lebih mudah diserap, yaitu 20-50% dibandingkan pada susu formula yang hanya 4-7%. ASI mengandung air sebesar 87.5% yang berguna untuk melarutkan zat-zat yang terdapat di dalam ASI. Bayi yang mendapatkan ASI yang adekuat tidak memerlukan tambahan air walaupun berada di tempat dengan suhu udara panas, karena kadar air yang relatif tinggi dalam ASI dapat meredakan rangsangan haus pada bayi (IDAI, 2013c).

2.1.3 Manfaat ASI Eksklusif

Menurut *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA), pemberian ASI kepada bayi merupakan jantung dari ketahanan

pangan mengingat ASI merupakan pangan alami, ekonomis, praktis, dan memiliki suhu yang sesuai dan berkesinambungan demi masa depan bayi. ASI merupakan satu-satunya bahan makanan yang tersedia setiap saat, terjangkau dan mengandung gizi tinggi sehingga ASI saja cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan hingga berumur 6 bulan. Hal ini menjadi dasar disarankannya pemberian ASI hingga bayi berusia enam bulan atau disebut ASI eksklusif (Pardede, 2008).

ASI memiliki banyak manfaat untuk bayi. ASI dapat menurunkan risiko kekurangan berbagai nutrisi karena ASI mengandung protein, lemak, vitamin, mineral, air, dan enzim yang dibutuhkan oleh bayi. Bayi dapat mencerna dan menggunakan nutrisi dalam ASI secara lebih efisien daripada nutrisi yang terdapat dalam jenis susu lainnya. Risiko kurang gizi sangat kecil pada bayi yang memperoleh ASI eksklusif karena ASI telah memenuhi kebutuhan energi bayi sampai enam bulan pertama kehidupan bayi. Kolostrum, susu yang keluar pertama kali mengandung faktor pematangan epidermal yang melapisi bagian dalam saluran pernafasan dan mencegah kuman penyakit memasuki saluran pernafasan. Kolostrum kaya akan vitamin K yang dapat mencegah pendarahan pada bayi yang baru lahir. Kolostrum mengandung protein dan vitamin A yang tinggi, karbohidrat dan lemak rendah yang sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran. ASI juga mengandung faktor

pematangan usus yang dapat melapisi bagian dalam saluran pencernaan dan mencegah kuman penyakit serta protein berat untuk terserap ke dalam tubuh. ASI menurunkan risiko anemia pada bayi karena zat besi yang terkandung dalam ASI dapat diserap secara lebih baik daripada sumber zat besi lainnya (Ramaiah, 2007).

ASI merupakan sumber gizi dengan komposisi yang seimbang yang disesuaikan dengan pertumbuhan bayi sehingga menjadi makanan yang paling ideal, baik kualitas maupun kuantitasnya. Selain itu, bayi memiliki kemampuan mencerna dan menggunakan nutrisi dalam ASI secara lebih efisien daripada nutrisi yang terdapat dalam jenis susu lainnya. Hal ini menyebabkan ASI sebagai makanan tunggal mampu memberikan kebutuhan gizi bayi selama kurun waktu enam bulan pertama kehidupan bayi. Akan tetapi, 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). Hal ini menyebabkan konsumsi ASI pada bayi tidak maksimal sehingga dapat berujung pada kondisi kurang gizi pada bayi. Disamping itu, dampak dari tidak dikonsumsinya ASI eksklusif melalui pemberian makanan pendamping ASI dini juga dapat menyebabkan bayi berpotensi menderita kekurangan gizi besi (KBG). Pengenalan makanan tambahan ASI seperti serelia dan sayur-sayuran tertentu sebelum bayi berusia 6 bulan dapat mempengaruhi penyerapan zat besi dan ASI, walaupun konsentrasi zat besi dalam ASI rendah, tetapi lebih mudah diserap oleh tubuh bayi (Mufida *et al.*, 2015).

Asupan nutrisi yang tidak tepat (malnutrisi) terutama pada 1000 hari pertama kehidupan dapat memberikan dampak akut yaitu anak terlihat lemah secara fisik. Bila kekurangan gizi dialami dalam jangka waktu yang lama atau kronis, terutama yang terjadi sebelum usia dua tahun, akan menghambat pertumbuhan fisik anak sehingga menjadi pendek (*stunting*). Usia 0-24 bulan merupakan periode emas sekaligus masa kritis, yang merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang

pesat. Periode emas dapat terwujud apabila bayi dan anak memperoleh asupan nutrisi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal pada periode tersebut. Sebaliknya, periode emas ini akan berubah menjadi periode kritis apabila asupan nutrisi tidak sesuai dengan kebutuhan (Depkes RI, 2006). Pertumbuhan dan perkembangan untuk mencapai kematangan yang optimal sangat ditentukan oleh asupan zat gizi pada periode emas (Rahmad dan Fadillah, 2016). Berdasarkan penelitian oleh Danuatmaja (2003) yang memantau pertumbuhan bayi penerima ASI eksklusif, terbukti bahwa bayi penerima ASI eksklusif dapat tumbuh sesuai dengan rekomendasi pertumbuhan standar WHO-NCHS (Danuatmaja, 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).

ASI dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh bayi. Zat antibodi ibu diteruskan kepada bayi melalui ASI sehingga terbentuk sistem pertahanan tubuh yang kuat pada bayi untuk melawan penyebab infeksi (Kemenkes RI, 2016a). Antibodi merupakan substansi yang dikeluarkan oleh tubuh saat penyebab penyakit memasuki tubuh

sehingga memiliki peran penting dalam menghancurkan penyebab penyakit. Kolostrum kaya akan antibodi dan substansi anti infeksi lainnya terutama IgA untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi terutama diare, alergi, asma, eksim dan lain-lain (Ramaiah, 2007).

ASI dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh bayi karena bayi yang memperoleh ASI juga mendapatkan immunoglobulin (zat kekebalan atau daya tahan tubuh) dari ibunya. Namun, segera setelah kelahiran bayi, kadar zat tersebut akan menurun secara cepat. Bayi akan memproduksi sendiri immunoglobulin secara cukup saat mencapai usia sekitar 4 bulan. Pada saat kadar immunoglobulin bawaan yang didapatkan dari ibu menurun dan yang dibentuk sendiri oleh tubuh bayi belum mencukupi, akan menimbulkan suatu periode kesenjangan immunoglobulin pada bayi. ASI tidak hanya berperan sebagai imunitas pasif, tetapi juga aktif, dimana ASI yang dikonsumsi oleh bayi dapat merangsang terbentuknya antibodi lebih cepat. Hasil riset menunjukkan bahwa mortalitas (angka kematian) dan morbiditas (angka terkena penyakit) pada bayi yang memperoleh ASI eksklusif jauh lebih rendah dibandingkan dengan bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif (Budiasih, 2008).

ASI dapat menolong pertumbuhan *Lactobacillus bifidus*, bakteri sehat dalam usus, yang mencegah bakteri penyebab penyakit lainnya untuk

tumbuh dalam saluran pencernaan sehingga dapat mencegah diare (Ramaiah, 2007). ASI mengandung laktoferin, zat yang berfungsi mengikat zat besi untuk menghambat pertumbuhan kuman penyakit. Kandungan enzim peroksidase pada ASI dapat menghancurkan bakteri patogen (IDAI, 2009). ASI juga dapat membantu mengeluarkan mekonium, yaitu kotoran pertama bayi yang berwarna hitam kehijauan. ASI mengandung lisosim, enzim yang melindungi bayi terhadap bakteri seperti *E. coli* dan *Salmonella* serta virus. ASI mengandung lisosim 300 kali lebih banyak dibandingkan susu sapi. Hal yang terpenting adalah ASI umumnya steril, tidak terkontaminasi oleh bakteri atau kuman penyakit lainnya (Depkes RI, 2001).

Bayi yang berusia kurang dari enam bulan memiliki daya imunitas yang belum sempurna. Pemberian makanan selain ASI pada usia dini dapat membuka gerbang masuknya berbagai jenis kuman penyebab penyakit. Menurut Eisenberg, bayi sangat rentan terserang penyakit apabila tidak diberi ASI eksklusif, seperti infeksi saluran pencernaan seperti diare, sembelit, dan muntah, infeksi saluran pernapasan, meningkatkan risiko gizi buruk, meningkatkan risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan, bahkan meningkatkan risiko kematian (Karinda *et al.*, 2011). Menurut *World Health Organization* (WHO), bayi yang mendapatkan MPASI sebelum berusia enam bulan memiliki risiko 17 kali lebih besar untuk mengalami diare dan 3 kali lebih besar untuk terkena infeksi saluran pernapasan atas (ISPA)

dibandingkan bayi yang hanya mendapat ASI eksklusif dan mendapatkan MPASI dengan tepat waktu. Hal ini dapat diakibatkan oleh bayi yang tidak memperoleh zat kekebalan tubuh yang terkandung pada ASI, yang keluar pertama dengan warna kekuningan atau yang disebut kolostrum, sebagai akibat dari tidak mendapatkan ASI. Selain itu, sanitasi dan *hygiene* MPASI yang rendah memungkinkan terjadinya kontaminasi mikroba yang dapat meningkatkan risiko infeksi pada bayi (Brown, 1998).

Mengonsumsi ASI juga dapat meningkatkan kecerdasan pada bayi. Nutrisi yang terkandung pada ASI membantu otak anak untuk berkembang lebih baik daripada nutrisi dalam susu formula. Perkembangan kecerdasan berkaitan erat dengan pertumbuhan otak, yang utamanya dipengaruhi oleh nutrisi yang diterima saat proses pertumbuhan otak, terutama saat otak tumbuh dengan pesat. Faktor pematangan serebrosida yang dapat meningkatkan kecerdasan bayi dikemudian hari terkandung dalam ASI (Ramiah, 2007). ASI juga mengandung nutrisi yang ideal untuk pertumbuhan otak bayi secara optimal dengan komposisi yang tepat, seperti taurin, laktosa, asam lemak ikatan panjang (Danuatmaja, 2003).

Bayi yang diberi ASI secara eksklusif selama 6 bulan memiliki pertumbuhan dan kualitas otak yang optimal. Hasil penelitian terhadap 1.000 bayi prematur membuktikan bayi prematur yang diberi

ASI eksklusif memiliki IQ lebih tinggi 8,3 poin. Hasil penelitian oleh Dr. Riva pada tahun 1977 menunjukkan bahwa bayi dengan ASI eksklusif pada usia 9 tahun mempunyai IQ 12,9 poin lebih tinggi dibanding anak yang tidak memperoleh ASI eksklusif (Roesli, 2000).

Organ-organ dan enzim pencernaan pada bayi yang berusia kurang dari enam bulan belum bekerja secara maksimal sehingga belum siap menerima makanan tambahan selain ASI. Pemberian makanan selain ASI sebelum usia enam bulan dapat menyebabkan diare, konstipasi atau timbulnya gas. ASI mengandung *growth factor* (IGF-1 (*Insulin-like Growth Factor-1*), EGF (*Epidermal Growth Factor*), dan TGF α (*Transforming Growth Factor α*)) yang berfungsi dalam meningkatkan adaptasi saluran cerna bayi dengan merangsang pertumbuhan sel saluran pencernaan, pematangan sel, dan pembentukan koloni bakteri baik (IDAI, 2009). Sistem pencernaan bayi sudah mulai kuat sejak usia empat bulan, akan tetapi usia yang paling tepat untuk memperkenalkan MPASI adalah enam bulan, karena kebutuhan nutrisi bayi yang kurang dari enam bulan masih dapat dipenuhi oleh ASI. Setelah berumur enam bulan, kebutuhan energi dan zat gizi bayi meningkat agar dapat tumbuh lebih cepat sampai dua kali atau lebih dari itu. Selain itu, saluran cerna bayi sudah dapat mencerna sebagian makanan keluarga seperti tepung pada usia enam bulan (Albar, 2004).

Risiko jangka panjang dari pemberian ASI secara tidak eksklusif yang menandakan bahwa bayi telah diberikan makanan sejak dini dihubungkan dengan peningkatan risiko obesitas. Risiko utama dari pemberian makanan terlalu dini adalah kuantitas yang berlebih dalam pemberian makanan. Organ pencernaan bayi belum mampu bekerja secara maksimal dalam memecah sari-sari makanan meskipun MPASI yang diberikan dalam bentuk bubur. Pencernaan makanan yang tidak baik dapat menyebabkan penumpukan lemak dan akhirnya memicu kegemukan (Irianto *et al.*, 2004). ASI memiliki kandungan natrium yang cukup rendah, yaitu kurang lebih 15 mg/100 ml. Bayi dapat mengalami kelebihan natrium (hipernatremia) sebagai efek kumulatif dari pemberian makanan selain ASI terlalu dini. Kondisi ini dapat menjadi pemicu terjadinya hipertensi (tekanan darah tinggi) di kemudian hari (Mufida, 2015).

Menyusui memberikan manfaat psikologis pada bayi karena bayi dapat merasakan kehangatan dan kedekatan fisik ibu, menikmati suara dan wajah ibu, sekaligus memuaskan kebutuhan untuk mengisap melalui menyusui. Kedekatan saat menyusui membuat bayi merasa terlindungi dan dapat beradaptasi dengan dunia baru di sekitar mereka sehingga membangun hubungan yang kuat antara ibu dan bayi. Hal ini berperan dalam memperkuat ikatan emosional antara anak dan ibu (Kemenkes RI, 2016a). Selain itu, perasaan terlindungi dan disayangi pada bayi dapat menjadi dasar perkembangan emosi bayi sehingga

dapat terbentuk kepribadian yang baik dan penuh percaya diri (Ramaiah, 2007).

Penelitian yang membuktikan bahwa pemberian ASI eksklusif di negara berkembang telah berhasil menyelamatkan sekitar 1,5 juta bayi per tahun merupakan salah satu dasar rekomendasi pemberian ASI eksklusif hingga bayi berusia enam bulan oleh WHO, UNICEF, dan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Mamonto, 2015). Pemberian ASI eksklusif dapat mencegah kematian pada balita hingga 13%. Sedangkan, 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).

ASI tidak hanya memberikan manfaat bagi bayi, tetapi juga bermanfaat bagi ibu. Menyusui dapat menurunkan risiko terjadinya perdarahan *post partum*. Hal yang mendasari adalah peningkatan kadar oksitosin pada ibu yang menyusui berguna untuk konstriksi atau penutupan pembuluh darah sehingga dapat mempercepat berhentinya perdarahan, yang pada akhirnya dapat menurunkan angka kematian pada ibu melahirkan (IDAI, 2013b).

Menyusui merupakan cara kontrasepsi yang aman, murah, dan cukup berhasil sehingga dapat menjarangkan kehamilan pada ibu. 98% ibu tidak akan hamil pada 6 bulan pertama setelah melahirkan dan 96% tidak akan hamil sampai bayi merusia 12 bulan selama ibu memberikan ASI eksklusif (Yosephin *et al.*, 2019). ASI dapat membantu menurunkan berat badan ibu melalui proses menyusui yang membakar banyak kalori dalam tubuh ibu sehingga berat badan berlebih selama hamil dapat turun dengan cepat. Selain itu, pemberian ASI menghemat waktu dan biaya dalam memenuhi gizi bayi sehingga membantu keluarga menghemat anggaran rumah tangga (Kemenkes RI, 2016a).

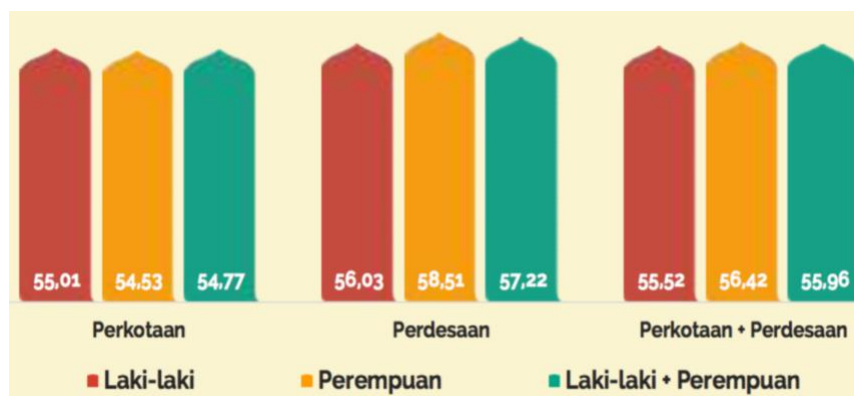
ASI dapat menurunkan tingkat depresi pada ibu. Dalam Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak, tertera bahwa sebuah penelitian terhadap 14 ribu ibu baru membuktikan bahwa ibu yang menyusui cenderung terhindar dari masalah kesehatan mental. Depresi rentan menyerang satu dari sepuluh wanita di dunia. Namun, jumlah itu turun saat wanita memiliki kesempatan untuk memberikan ASI (Kemenkes RI, 2016a).

ASI juga dapat mengurangi risiko ibu terkena kanker payudara, kanker ovarium, anemia, dan osteoporosis. Studi menyatakan bahwa bila semua wanita dapat melanjutkan menyusui sampai bayi berumur 2 tahun atau lebih, diduga angka kejadian kanker payudara dapat berkurang hingga sekitar 25%. Dalam beberapa penelitian juga

disebutkan bahwa menyusui dapat menurunkan risiko terjadinya kanker indung telur sampai 20-25% (Roesli, 2000).

2.1.4 Cakupan Pemberian ASI Eksklusif

Menurut data WHO, cakupan pemberian ASI eksklusif di dunia hanya sekitar 36% selama periode 2007-2014 (WHO, 2016). Menurut UNICEF, pada tahun 2011, cakupan ASI eksklusif di negara berkembang hanya 39% (UNICEF, 2011). Cakupan pemberian ASI eksklusif pada tahun 2018 di Indonesia adalah 65,16% (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2019b). Pada tahun 2017, persentase bayi yang mendapatkan ASI eksklusif menurun menjadi 61,33% (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2018a). Cakupan pemberian ASI eksklusif pada tahun 2016 yaitu 29,5% (Pemantauan Status Gizi, Kemenkes RI, 2016b; Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2017c). Menurut Survei Ekonomi Nasional BPS (2017), persentase bayi yang diberikan ASI eksklusif relatif lebih tinggi di daerah perdesaan yaitu 57,22% dibandingkan dengan daerah perkotaan sebesar 54,77%, seperti yang terlihat pada Gambar 1 (Survei Ekonomi Nasional BPS, 2017).



Gambar 1. Persentase bayi 0-5 bulan yang diberi ASI eksklusif menurut jenis kelamin dan tipe daerah (Survei Ekonomi Nasional BPS, 2017).

Pada tahun 2018, persentase bayi di Provinsi Lampung yang mendapatkan ASI eksklusif sebanyak 61,63% (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2019b). Angka tersebut mengalami peningkatan pada tahun 2017 menjadi 64,98% (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2018a). Pada tahun 2016, persentase bayi yang mendapatkan ASI eksklusif di Provinsi Lampung sebesar 22,4% (Pemantauan Status Gizi, 2016; Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2017c).

Persentase bayi yang memperoleh ASI eksklusif di Kabupaten Lampung Selatan pada tahun 2017 sebesar 59,7% atau 5.645 bayi, dengan persentase 74,3% bayi laki-laki dan 64,1% bayi perempuan usia 0-6 bulan memperoleh ASI eksklusif (Seksi Kesga dan Gizi, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan, 2018). Angka tersebut mengalami penurunan dari tahun 2016 yaitu 69,4% atau 6.494 bayi. Hal ini membuktikan bahwa capaian ASI eksklusif belum melampaui

target sebesar 100% (Seksi Kesga dan Gizi, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan, 2017). Pada tahun 2015, 16.637 bayi di Kabupaten Lampung Selatan atau 76,0% bayi mendapatkan ASI eksklusif (Seksi Gizi, Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2016).

Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang memiliki cakupan ASI eksklusif sebesar 77% dimana 82,3% bayi laki-laki usia 0-6 bulan dan 71% bayi perempuan usia 0-6 bulan mendapatkan ASI eksklusif pada tahun 2017 (Seksi Kesga dan Gizi, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan, 2018). Pada tahun 2016, cakupan pemberian ASI eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang adalah 79,8% (Seksi Kesga dan Gizi, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan, 2017).

2.2 Stunting

2.2.1 Definisi *Stunting*

Stunting adalah masalah gizi kronis pada balita yang ditandai dengan tinggi badan yang lebih pendek dari anak dengan usia yang sama (Kemenkes RI, 2018f). *Stunting* merupakan suatu bentuk kegagalan pertumbuhan (*growth faltering*) yang diakibatkan oleh akumulasi ketidakcukupan nutrisi yang berlangsung lama sejak masa kehamilan sampai anak berusia 24 bulan (Hoffman *et al.*, 2000). Keadaan ini diperparah dengan kejar tumbuh (*catch up growth*) anak yang tidak terimbangi secara memadai (Koesharisupeni, 2002; Hoffman *et al.*,

2000). Meskipun kekurangan gizi pada *stunting* terjadi sejak dalam kandungan dan pada masa awal kelahiran bayi, tetapi kondisi *stunting* baru nampak setelah bayi berusia dua tahun (Kemenkes RI, 2010).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian balita pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) adalah balita yang memiliki panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) 2006. *Stunting* adalah balita yang memiliki nilai *Z-score* kurang dari $-2SD$ /standar deviasi (*stunted*) dan kurang dari $-3SD$ (*severely stunted*) (Kemenkes RI, 2010).

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). 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 RI, 2018g).

2.2.2 Etiologi dan Faktor Determinan *Stunting*

Berdasarkan publikasi oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) dan *World Bank* mengenai *stunting* pada 2017, *stunting* disebabkan oleh faktor multidimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk ibu hamil dan anak balita. Akan tetapi, salah satu intervensi yang paling utama dalam menurunkan prevalensi *stunting* adalah intervensi pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) balita (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

Terdapat beberapa faktor yang menjadi penyebab *stunting*. Pertama, praktik pengasuhan yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum kehamilan, saat kehamilan, dan setelah ibu melahirkan. Salah satu asupan gizi yang penting dalam menunjang pertumbuhan dan perkembangan balita adalah ASI eksklusif (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa menambahkan dan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai usia enam bulan (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif, 2012). Pemberian ASI eksklusif telah memenuhi kebutuhan nutrisi bayi untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan bayi secara normal pada usia 0-6 bulan. 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). Pertumbuhan dan perkembangan untuk mencapai kematangan yang optimal sangat ditentukan oleh asupan zat gizi pada periode emas (Rahmad dan Fadillah, 2016). Bila asupan yang diterima tidak mencukupi, balita yang normal kemungkinan akan mengalami gangguan pertumbuhan. Balita yang mengalami kekurangan gizi sebelum masa periode emas masih dapat diperbaiki dengan asupan yang baik dan adekuat sehingga dapat menjalani tumbuh kejar sesuai dengan perkembangannya. Akan tetapi, apabila intervensinya terlambat, maka balita tidak akan dapat mengejar keterlambatan pertumbuhannya yang disebut dengan gagal tumbuh, yang berujung pada kondisi *stunting* (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 (Rahmad dan Miko, 2016). Hal serupa dinyatakan pula oleh Arifin pada tahun 2012 dengan penelitian yang menyatakan bahwa *stunting* dipengaruhi oleh berat badan saat lahir, asupan gizi balita, pemberian ASI, riwayat penyakit infeksi, pengetahuan gizi ibu balita, pendapatan keluarga, dan jarak antar kelahiran. Namun, faktor yang paling dominan adalah pemberian ASI (Arifin *et al.*, 2012). Hal ini berarti bahwa pemberian ASI eksklusif kepada bayi dapat menurunkan risiko *stunting* pada balita, yang juga tertuang pada gerakan 1000 HPK yang dicanangkan oleh pemerintah Republik Indonesia (Bappenas, 2013).

Disamping ASI eksklusif, asupan gizi yang penting dalam menunjang pertumbuhan dan perkembangan anak yaitu MPASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu), yang diperkenalkan saat bayi berusia di atas 6 bulan. MPASI bermanfaat untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, 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).

MPASI tidak dianjurkan untuk diberikan pada bayi berusia 0-6 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. Zat gizi seperti zink, tembaga dan air yang hilang selama diare dapat menyebabkan malabsorpsi zat gizi selama diare jika tidak diganti sehingga dapat menimbulkan dehidrasi berat, malnutrisi, gagal tumbuh, bahkan kematian (Meilyasari, 2014). Namun sebaliknya, apabila MPASI diberikan terlambat dapat menyebabkan kurang gizi pada bayi bila terjadi dalam waktu panjang (Rahmad dan Miko, 2016). MPASI yang diberikan harus memperhatikan standar angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan berdasarkan kelompok umur dan tekstur makanan yang sesuai dengan perkembangan bayi (Mufida, 2015).

Kedua, layanan kesehatan yang masih terbatas, termasuk layanan *Ante Natal Care* (ANC) dan *Post Natal Care*, yaitu pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan dan setelah masa kehamilan, serta pembelajaran dini yang berkualitas. Berdasarkan publikasi oleh Kementerian Kesehatan RI dan Bank Dunia (*World Bank*), tingkat kehadiran anak di posyandu semakin menurun dari 79% pada tahun

2007 menjadi 64% pada 2013 dan anak belum mendapatkan akses yang memadai ke layanan imunisasi. Selain itu, dua dari tiga ibu hamil belum mengonsumsi suplemen zat besi yang memadai serta akses ke layanan pembelajaran dini yang berkualitas yang masih terbatas, dimana 1 dari 3 anak usia 3-6 tahun belum terdaftar di layanan PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini). Ketiga, kurangnya akses terhadap air bersih dan sanitasi. Satu dari tiga rumah tangga di Indonesia belum memiliki akses ke air minum bersih dan satu dari lima rumah tangga di Indonesia masih buang air besar (BAB) di ruang terbuka (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017). Berdasarkan penelitian yang dilakukan di negara dengan berpendapatan menengah dan rendah, anak-anak yang tinggal di daerah kumuh memiliki peningkatan risiko *stunting* seiring pertambahan usia anak (Kyu dan Shannon, 2013).

Penelitian yang dilakukan di Maluku Utara dan di Nepal menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi *stunting* adalah faktor sosial ekonomi yang dapat menyebabkan defisit pangan dalam keluarga (Paudel *et al.*, 2012). Kurangnya ketersediaan pangan keluarga dapat berakibat pada kurangnya pemenuhan asupan nutrisi dalam keluarga sehingga dapat menjadi faktor penyebab kejadian *stunting*. Hal ini didukung oleh penelitian Sihadi *et al.* (2011) bahwa pendapatan keluarga dan biaya penyediaan pangan yang lebih rendah merupakan beberapa ciri rumah tangga dengan anak pendek (Sihadi

et al., 2011). Penelitian di Semarang Timur menyatakan bahwa pendapatan perkapita yang rendah merupakan salah satu faktor risiko kejadian *stunting* (Nasikhah *et al.*, 2012). Selain itu, kesehatan anak juga menjadi faktor penentu kejadian *stunting*. Risiko *stunting* dapat meningkat oleh diare berulang atau berkepanjangan selama masa kanak-kanak (Ricci, 2013).

2.2.3 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).

Balita dengan kondisi *stunting* memiliki tingkat kecerdasan yang tidak maksimal, menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan berisiko menderita penyakit degeneratif di usia dewasa, memiliki postur tubuh yang tidak ideal saat dewasa, memiliki penurunan kemampuan

kognitif, dan memiliki risiko menurunnya tingkat produktivitas di masa depan. Pada akhirnya, *stunting* dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan, dan memperlebar ketimpangan di suatu negara (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

Anak yang menderita *stunting* dapat tumbuh dengan masalah perkembangan kognitif. *Stunting* merupakan gangguan pertumbuhan yang dapat mengindikasikan adanya gangguan pada organ-organ tubuh, dimana salah satu organ yang paling cepat mengalami kerusakan pada gangguan gizi adalah otak (Picauly, 2013). Status gizi yang baik merupakan hal penting untuk perkembangan dan kematangan neuron otak (Ernawati, 2014). Kekurangan gizi pada masa emas pertumbuhan anak dapat mempengaruhi fungsi sistem 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).

Menurut WHO, prevalensi balita pendek menjadi masalah kesehatan masyarakat apabila prevalensinya 20% atau lebih. Hal ini terjadi di Indonesia, dimana persentase balita pendek di Indonesia masih tinggi dan merupakan masalah kesehatan yang harus ditanggulangi. 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).

Stunting juga menjadi faktor tidak langsung terhadap peningkatan risiko terjadinya penyakit degeneratif atau penyakit yang muncul seiring bertambahnya usia. Anak dengan kondisi *stunting* memiliki risiko tinggi untuk timbulnya obesitas, diabetes, penyakit jantung dan pembuluh darah, *stroke*, kanker, dan disabilitas pada usia tua (Kemenkes RI, 2018g). 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).

2.3 Balita

2.3.1 Definisi Balita

Balita atau bayi dibawah lima tahun adalah anak berusia 0-59 bulan. Balita diklasifikasikan menjadi dua, yaitu balita (anak berusia lebih dari satu tahun sampai tiga tahun) dan anak usia prasekolah (anak usia lebih dari tiga tahun sampai lima tahun (Proverawati *et al.*, 2010).

2.3.2 Status Gizi Balita

Status gizi adalah kondisi tubuh sebagai akibat dari konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2010). Menurut UNICEF, masalah yang menjadi faktor penyebab gizi kurang adalah krisis ekonomi, politik dan sosial yang dapat menurunkan tingkat kesejahteraan rakyat. Faktor penyebab langsung terjadinya masalah gizi adalah infeksi dan asupan makan yang tidak seimbang. Penyebab

tidak langsung terjadinya kurang gizi adalah persediaan pangan yang tidak tercukupi, pola asuh anak yang tidak memadai, sanitasi dan air bersih yang tidak baik, dan pelayanan kesehatan dasar tidak memadai. Masalah tersebut dapat menyebabkan asupan makanan menjadi tidak seimbang sehingga menimbulkan penyakit infeksi sebagai penyebab langsung kurang gizi (UNICEF, 2002).

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB), dan tinggi badan (TB). Pada penilaian status gizi balita, angka berat badan dan tinggi badan setiap balita dikonversikan ke dalam nilai standar (*Z-score*) menggunakan baku antropometri balita WHO 2005. Terdapat beberapa indikator dalam menentukan status gizi seperti yang dijelaskan oleh Gambar 2 (Kemenkes RI, 2010).

Indikator	Status Gizi	Z-Score
BB/U	Gizi Buruk	< -3,0 SD
	Gizi Kurang	-3,0 SD s/d < -2,0 SD
	Gizi Baik	-2,0 SD s/d 2,0 SD
	Gizi Lebih	> 2,0 SD
TB/U	Sangat Pendek	< -3,0 SD
	Pendek	-3,0 SD s/d < -2,0 SD
	Normal	≥ -2,0 SD
BB/TB	Sangat Kurus	< -3,0 SD
	Kurus	-3,0 SD s/d < -2,0 SD
	Normal	-2,0 SD s/d 2,0 SD
	Gemuk	> 2,0 SD

Gambar 2. Standar antropometri penilaian status gizi anak (Kepmenkes No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak, 2010).

Indeks berat badan menurut umur (BB/U) memberikan indikasi masalah gizi secara umum karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Hasil berat badan menurut umur yang rendah dapat terjadi karena anak pendek (masalah gizi kronis) atau menderita penyakit infeksi (masalah gizi akut). Indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) mengindikasikan masalah gizi yang bersifat kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, seperti kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat, dan asupan makanan yang kurang dalam waktu yang lama sehingga mengakibatkan anak menjadi pendek. Indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) mengindikasikan masalah gizi yang bersifat akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang singkat, seperti wabah penyakit dan kekurangan makan atau kelaparan yang menyebabkan anak menjadi kurus. Indikator BB/TB dan IMT/U dapat digunakan dalam identifikasi status gizi kurus dan gemuk. Apabila masalah kurus dan gemuk terjadi pada usia dini, maka dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai penyakit degeneratif saat dewasa (Teori *Barker*) (Kemenkes RI, 2013b).

2.4 Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian *Stunting*

Asupan nutrisi yang tidak tepat (malnutrisi) terutama pada 1000 hari pertama kehidupan dapat memberikan dampak akut yaitu anak terlihat lemah secara fisik. Bila kekurangan gizi dialami dalam jangka waktu yang

lama atau kronis, terutama yang terjadi sebelum usia dua tahun, akan menghambat pertumbuhan fisik anak sehingga menjadi pendek (*stunting*). ASI eksklusif berkontribusi besar terhadap tumbuh kembang yang optimal karena ASI mampu mencukupi kebutuhan bayi sejak lahir sampai usia 24 bulan (Kemenkes RI, 2014).

Menurut Depkes RI (2006), pemberian ASI eksklusif telah memenuhi kebutuhan nutrisi bayi untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan bayi secara normal pada usia 0-6 bulan. 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). Pertumbuhan dan perkembangan untuk mencapai kematangan yang optimal sangat ditentukan oleh asupan zat gizi pada periode emas (Rahmad dan Fadillah, 2016). Bila asupan yang diterima tidak mencukupi, balita yang normal kemungkinan akan mengalami gangguan pertumbuhan. Balita yang mengalami kekurangan gizi sebelum masa periode emas masih dapat diperbaiki dengan asupan yang baik dan adekuat sehingga dapat menjalani tumbuh kejar sesuai dengan perkembangannya. Akan tetapi, apabila intervensinya terlambat, maka balita tidak akan dapat mengejar keterlambatan pertumbuhannya yang disebut dengan gagal tumbuh, yang berujung pada kondisi *stunting* (Depkes RI, 2006).

Tinggi badan menurut umur merupakan salah satu indikator pertumbuhan pada balita dan dapat menggambarkan kecukupan gizi pada balita (Esfarjani *et al.*, 2013). Bayi yang diberikan ASI eksklusif dapat memaksimalkan pertumbuhan terutama tinggi badan dan cenderung memiliki tinggi badan yang lebih tinggi dan sesuai dengan kurva pertumbuhan dibandingkan dengan bayi yang mengonsumsi susu formula (Prasetyono, 2009). Hal ini juga didukung oleh penelitian Danuatmaja (2003) mengenai pertumbuhan bayi penerima ASI eksklusif yang membuktikan bahwa bayi penerima ASI eksklusif dapat tumbuh sesuai dengan rekomendasi pertumbuhan standar WHO-NCHS (Danuatmaja, 2003).

Mineral utama yang terkandung dalam ASI adalah kalsium. Walaupun kadar kalsium ASI lebih rendah dari susu sapi atau susu formula, tetapi kalsium pada ASI memiliki bioavailabilitas yang tinggi sehingga dapat diserap secara lebih optimal. Penyerapan kalsium ini dipengaruhi oleh kadar fosfor, magnesium, vitamin D dan lemak yang juga terkandung dalam ASI (IDAI, 2013c). Kalsium berfungsi dalam pembentukan jaringan, otot rangka, dan tulang anak (Horta *et al.*, 2007; Susilowati *et al.*, 2010; IDAI, 2013c).

ASI mengandung protein yang merupakan bahan utama dalam proses pertumbuhan. Kandungan protein dalam ASI lebih rendah dibandingkan susu formula, namun kualitas protein yang terkandung pada ASI sangat tinggi. Keistimewaan dari protein ASI adalah rasio protein *whey* dan *casein*

yang seimbang (60:40) dibandingkan pada susu sapi (20:80) (Soetjningsih, 1995). Kondisi ini menguntungkan bayi karena protein *whey* yang memiliki tekstur lebih halus akan lebih mudah dicerna oleh bayi (Purnamasari *et al.*, 2009).

Pemberian ASI secara tidak eksklusif dimana makanan pendamping ASI (MPASI) diberikan sebelum bayi berusia 6 bulan tidak dapat dicerna secara optimal karena organ dan enzim pencernaan bayi belum dapat bekerja secara maksimal (Albar, 2004). Kurangnya asupan gizi akibat makanan yang tidak dicerna secara baik dapat menyebabkan terhambatnya pertumbuhan dan bayi menjadi rentan terserang infeksi (Candra *et al.*, 2011; Rahayu, 2011).

ASI dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh bayi. Zat antibodi ibu diteruskan kepada bayi melalui ASI sehingga terbentuk sistem pertahanan tubuh yang kuat pada bayi untuk melawan penyebab infeksi (Kemenkes RI, 2016a). Penyakit infeksi seperti diare dan penyakit pernafasan lebih mudah mengenai bayi yang tidak diberikan ASI eksklusif karena ASI eksklusif mengandung zat kekebalan tubuh (Candra *et al.*, 2011; Rahayu, 2011). Infeksi berkepanjangan pada balita dapat menghambat pertumbuhan sehingga tidak mencapai pertumbuhan yang optimal dan menyebabkan terjadinya *stunting* (Horta *et al.*, 2013; Pengan, 2014).

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 menurunnya konsumsi ASI (Pace, 2001).

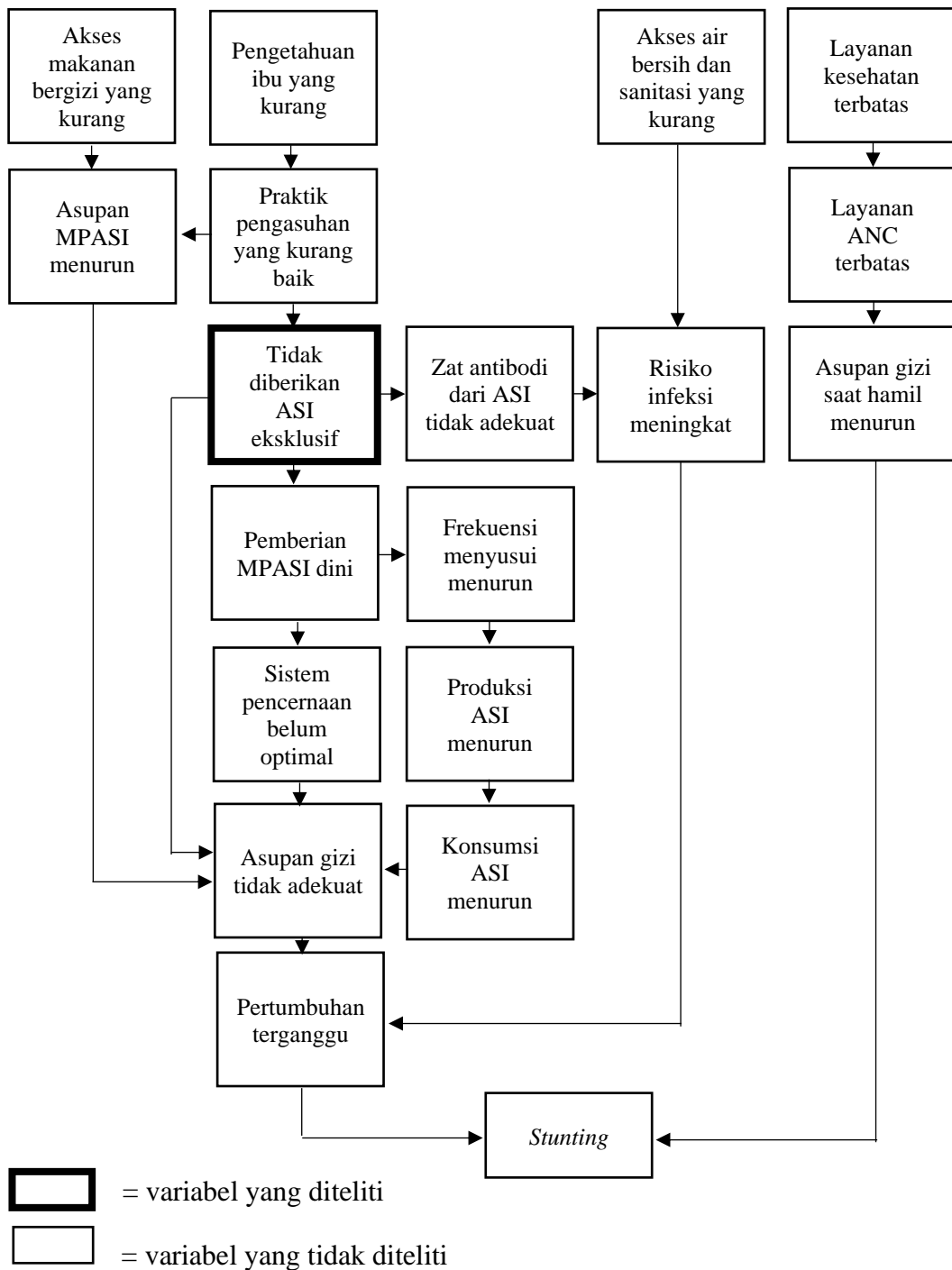
Penelitian oleh Febriani *et al.* (2018) menyatakan terdapat hubungan bermakna antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita usia 6-23 bulan di Provinsi Lampung, dimana balita yang tidak memperoleh ASI eksklusif berisiko menjadi *stunting* 2,808 kali dibandingkan dengan balita yang memperoleh ASI eksklusif (Febriani *et al.*, 2018). Penelitian oleh Lestari *et al.*, (2014) mengenai faktor risiko *stunting* pada anak umur 6-24 bulan di Kecamatan Penanggalan Kota Subulussalam Provinsi Aceh menyatakan bahwa anak yang tidak diberi ASI eksklusif berisiko menjadi *stunting* sebesar 6,54 kali dibandingkan anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif (Lestari *et al.*, 2014). Menurut penelitian Nugroho (2016) mengenai determinan *growth failure (stunting)* pada anak umur 1 sampai 3 tahun di Kecamatan Tanjungkarang Barat Kota Bandar Lampung, pemberian ASI yang tidak eksklusif menjadi faktor risiko 3,70 kali terhadap *stunting* (Nugroho, 2016). Berdasarkan penelitian oleh Sulistianingsih dan Rita (2016) mengenai ASI eksklusif dan berat lahir terhadap *stunting* pada balita 2-5 tahun di Kabupaten Pesawaran Provinsi Lampung menunjukkan bahwa balita dengan riwayat pemberian ASI eksklusif menurunkan risiko *stunting* sampai 9,3 kali lebih rendah

dibandingkan balita yang tidak memperoleh ASI eksklusif (Sulistianingsih dan Rita, 2016).

Hasil penelitian oleh Irodah (2018) menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif dan *stunting*, dimana balita yang tidak mendapat ASI eksklusif berisiko 6,667 kali untuk terkena *stunting* (Irodah, 2018). Penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Hasanah (2016) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting*, dimana risiko kejadian *stunting* meningkat 74% pada anak yang tidak memperoleh ASI eksklusif (Hasanah, 2016). Penelitian oleh Sinambela *et al.* (2019) bahwa ASI eksklusif merupakan salah satu faktor terjadinya *stunting* pada balita (Sinambela *et al.*, 2019). Berdasarkan penelitian oleh Ahmad *et al.* (2010), *stunting* lebih banyak terdeteksi pada anak yang tidak memperoleh ASI eksklusif (Ahmad *et al.*, 2010).

2.5 Kerangka Teori

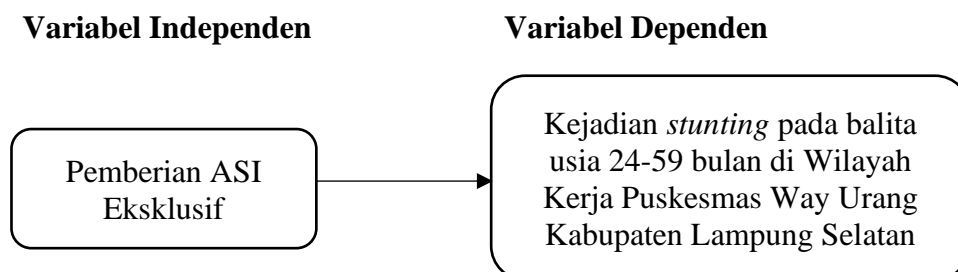
Kerangka teori dalam penelitian ini ditunjukkan oleh Gambar 3.



Gambar 3. Kerangka teori penelitian (Pace, 2001; Koesharisupeni, 2002; Albar, 2004; Candra *et al.*, 2011; Rahayu, 2011; Horta *et al.*, 2013; Ricci, 2013; Pengan, 2014; Kemenkes RI, 2016a; Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017 dengan modifikasi).

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini ditunjukkan pada Gambar 4.



Gambar 4. Kerangka konsep penelitian.

2.7 Hipotesis

Hipotesis nol (H_0) pada penelitian ini adalah tidak terdapat hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita berusia 24-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan. Hipotesis alternatif (H_a) pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan riwayat ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita berusia 24-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode observasional analitik dengan rancangan penelitian kasus kontrol (*case control*). Penelitian analitik adalah penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan sebab akibat antara dua variabel. Penelitian analitik dilakukan secara observasional, dimana peneliti hanya melakukan observasi tanpa memberikan intervensi pada variabel yang diteliti (Setyawan, 2017).

Kasus kontrol (*case control*) adalah rancangan penelitian yang dilakukan dengan mengidentifikasi dan membandingkan dua kelompok, yaitu kelompok kasus dan kelompok kontrol (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini diawali dengan menentukan kelompok kasus dan kelompok kontrol. Selanjutnya, dilakukan penelusuran terhadap faktor risiko di masa lampau (retrospektif) yang dapat menerangkan kelompok kasus dan kontrol terkena pajanan atau tidak (Murti, 2003).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang, Kecamatan Kalianda, Kabupaten Lampung Selatan, Provinsi Lampung.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan November 2019.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan keseluruhan sumber data yang dibutuhkan di dalam suatu penelitian (Notoatmodjo, 2010). Populasi kasus dalam penelitian ini adalah balita usia 24-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang yang mengalami *stunting* dan populasi kontrol pada penelitian ini adalah balita usia 24-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang yang tidak mengalami *stunting*.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap dapat menjadi perwakilan populasinya (Notoatmodjo, 2010).

Penentuan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus analitik komparatif kategorik tidak berpasangan menurut Dahlan, yaitu:

$$n1 = n2 = \left(\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P1Q1 + P2Q2}}{P1 - P2} \right)^2$$

Keterangan:

n1 = Jumlah subjek dengan kasus (*stunting*)

n2 = Jumlah subjek sebagai kontrol (tidak *stunting*)

Z α = Nilai standar alpha

= 1,96 (kesalahan tipe satu (α) ditetapkan sebesar 5%)

Z β = Nilai standar beta

= 0,84 (kesalahan tipe dua (β) ditetapkan sebesar 20%)

P1 = Proporsi pada kelompok kasus (*stunting*)

= Proporsi tidak ASI eksklusif terhadap *stunting*

Q1 = 1-P1

P1-P2 = Perbedaan proporsi minimal antarkelompok yang dianggap bermakna

P2 = Proporsi pada kelompok kontrol (tidak *stunting*)

= Proporsi tidak ASI eksklusif terhadap kelompok kontrol (tidak *stunting*)

Q2 = 1-P2

P = Proporsi total

$$= \frac{P1 + P2}{2}$$

Q = 1-P

Tabel 1. Jumlah sampel penelitian.

	P1	P2	Jumlah Sampel (n1=n2)
Penelitian oleh (Nugroho, 2016)	0,738	0,429	39
Penelitian oleh (Lestari <i>et al.</i> , 2014)	0,746	0,309	19
Penelitian oleh (Sulistianingsih dan Rita, 2018)	0,429	0,861	18

Sumber: (Lestari *et al.*, 2014; Nugroho, 2016; Sulistianingsih dan Rita, 2018).

Jumlah sampel yang digunakan untuk kelompok kasus dan kontrol adalah jumlah sampel terbesar sehingga lebih representatif, seperti yang tercantum pada Tabel 1. Jumlah perhitungan sampel ditambahkan 10% sebagai antisipasi terhadap sampel *drop out* dan *loss to follow up*. Sampel yang diambil sebagai kelompok kasus adalah sebesar 43 balita (usia 24-59 bulan) penderita *stunting* yang terdaftar di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang. Sampel yang diambil sebagai kelompok kontrol sebanyak 43 balita (usia 24-59 bulan) yang tidak menderita *stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel Penelitian

Teknik pengambilan sampel atau teknik *sampling* adalah cara untuk menentukan sampel yang jumlahnya sesuai dengan ukuran sampel yang akan menjadi sumber data sebenarnya, dengan memperhatikan sifat dan penyebaran populasi agar sampel yang diperoleh representatif (Margono, 2004). Teknik *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teknik *purposive sampling*, yaitu teknik

pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2017).

3.3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.3.4.1 Kriteria Inklusi

1. Kelompok Kasus

- a. Balita berusia 24 sampai 59 bulan yang menderita *stunting*.
- b. Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang yang lahir dengan usia kehamilan dan berat badan normal (diketahui dari data kelahiran bayi yang tercantum pada KMS).

2. Kelompok Kontrol

- a. Balita berusia 24 sampai 59 bulan yang tidak menderita *stunting*.
- b. Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang yang lahir dengan usia kehamilan dan berat badan normal (diketahui dari data kelahiran bayi yang tercantum pada KMS).

3.3.4.2 Kriteria Eksklusi

1. Balita berusia 24-59 tahun yang menderita penyakit kongenital, kronis dan kelainan kromosom.
2. Lokasi rumah balita sulit dijangkau secara geografis.

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas adalah variabel yang bersifat mempengaruhi (Notoatmodjo, 2010). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah riwayat pemberian ASI eksklusif.

3.4.2 Variabel terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat adalah variabel yang bersifat dipengaruhi (Notoatmojo, 2010). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah *stunting*.

3.5 Definisi Operasional

Definisi operasional pada penelitian ini dijelaskan oleh Tabel 2.

Tabel 2. Definisi operasional variabel bebas dan variabel terikat.

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Riwayat pemberian ASI eksklusif	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).	Kuesioner	Melakukan wawancara berdasarkan kuesioner kepada ibu dari balita mengenai riwayat pemberian ASI eksklusif kepada bayinya.	1= riwayat ASI tidak eksklusif 0= riwayat ASI eksklusif	Nominal
2.	<i>Stunting</i>	<i>Stunting</i> adalah balita yang memiliki nilai <i>Z-score</i> TB/U kurang dari -2 SD (standar deviasi) (Kemenkes RI, 2010).	Data sekunder mengenai daftar balita <i>stunting</i> dan data primer tinggi badan balita penderita <i>stunting</i>	Melakukan observasi data puskesmas mengenai balita penderita <i>stunting</i> di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang. Selanjutnya, dilakukan validasi oleh peneliti melalui pengukuran kembali tinggi badan balita penderita <i>stunting</i> .	1= <i>stunting</i> 0= tidak <i>stunting</i>	Nominal

3.6 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini berupa data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh langsung oleh peneliti dari sumber pertama, dengan melakukan wawancara kepada ibu berdasarkan kuesioner

mengenai riwayat pemberian ASI eksklusif pada bayinya. Data sekunder diperoleh dari data puskesmas mengenai balita penderita *stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan. Selanjutnya, dilakukan pengambilan data primer dengan melakukan validasi oleh peneliti melalui pengukuran kembali tinggi badan balita penderita *stunting*.

3.7 Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

1. Alat tulis
2. Lembar *informed consent*, yaitu lembar persetujuan yang diisi oleh responden sebagai tanda kesediaan untuk menjadi responden penelitian.
3. *Microtoise*, yaitu alat untuk mengukur tinggi badan.
4. Kuesioner yang berisi pertanyaan mengenai riwayat pemberian ASI eksklusif. Kuesioner riwayat pemberian ASI eksklusif menggunakan kuesioner oleh Kemenkes RI (2018b) dan Kusmilarsih (2015) yang telah dimodifikasi. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan terhadap 30 ibu dari balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pinang Jaya yang relatif sama dengan Puskesmas Way Urang, yaitu tipe puskesmas non rawat inap dan karakteristik sosiodemografi.

3.8 Prosedur Penelitian

3.8.1 Prosedur Perencanaan Penelitian

Tahap perencanaan penelitian ini terdiri dari:

1. Merencanakan tema dan judul yang kemudian disetujui oleh dosen pembimbing.
2. Melakukan prasurevei di Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.
3. Membuat proposal penelitian.
4. Pengurusan izin penelitian di Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.
5. Memodifikasi instrumen penelitian berupa kuesioner riwayat pemberian ASI eksklusif dari Kemenkes RI (2018b) dan Kusmilarsih (2015).
6. Pengajuan dan penilaian *Ethical Clearance* oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

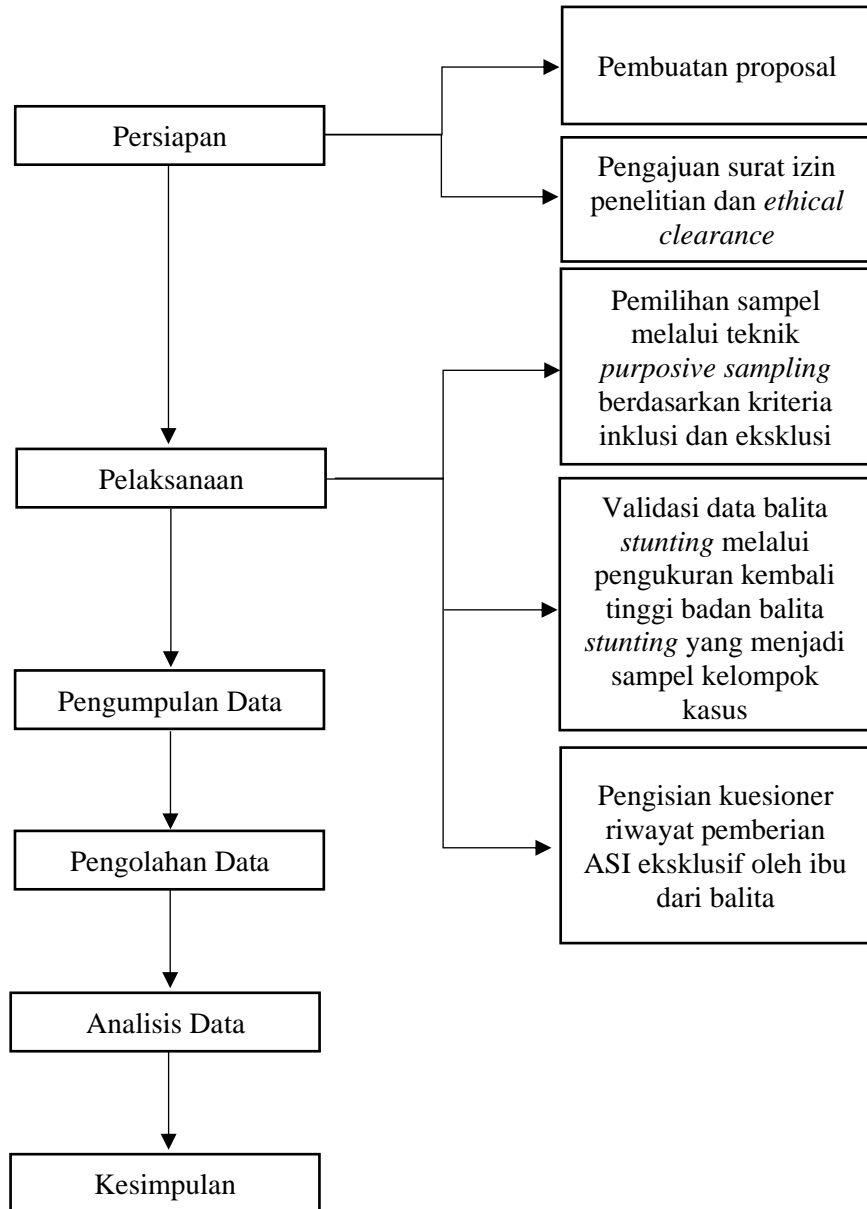
3.8.2 Prosedur Pengambilan Data

Setelah memperoleh data sekunder mengenai balita penderita *stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan, dilakukan pemilihan sampel yang akan menjadi sampel kelompok kasus dan sampel kelompok kontrol melalui teknik *purposive sampling*. Selanjutnya, dilakukan pengambilan data primer dengan melakukan validasi data balita *stunting* oleh peneliti melalui pengukuran kembali tinggi badan balita penderita

stunting yang menjadi sampel kelompok kasus. Pengambilan data primer mengenai riwayat pemberian ASI eksklusif dilaksanakan dengan melakukan wawancara berdasarkan kuesioner kepada para ibu, kemudian pengisian kuesioner dilaksanakan oleh peneliti. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner riwayat pemberian ASI eksklusif yang telah divalidasi.

3.8.3 Alur Penelitian

Alur dalam penelitian ini dijelaskan pada Gambar 5.



Gambar 5. Alur penelitian.

3.9 Uji Kuesioner

3.9.1 Uji Validitas

Validitas adalah tingkat ketepatan dan kecermatan suatu instrumen pengukur dalam melakukan fungsi ukurnya sesuai dengan konsep yang dinilai (Azwar, 1987; Sudjana, 2004). Metode yang digunakan untuk memberikan penilaian terhadap validitas kuesioner dalam penelitian ini yaitu korelasi produk momen (*Moment Product Correlation, Pearson Correlation*) antara skor setiap butir pertanyaan dengan skor total yang melalui program analisis statistik SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Rumus yang digunakan yaitu:

$$r_{xy} = \frac{n \sum_{i=1}^n x_i y_i - \sum_{i=1}^n x_i \sum_{i=1}^n y_i}{\sqrt{\left(n \sum_{i=1}^n x_i^2 - \left(\sum_{i=1}^n x_i \right)^2 \right) \left(n \sum_{i=1}^n y_i^2 - \left(\sum_{i=1}^n y_i \right)^2 \right)}}$$

Keterangan: :

$r_{x,y}$ = koefisien korelasi antara variabel X dan variabel Y

x_i = skor butir pertanyaan responden ke-i untuk kelompok variabel X

y_i = skor butir pertanyaan responden ke-i untuk kelompok variabel Y

n = banyaknya responden penelitian

Hasil hitung koefisien validitas kuesioner yang diuji (r_{hitung}) dibandingkan dengan nilai koefisien korelasi *Pearson*/tabel *Pearson*

(r_{tabel}) pada taraf signifikansi $\alpha = 0,05$. Kuesioner dikatakan valid apabila r_{hitung} lebih dari sama dengan r_{tabel} dan tidak valid apabila r_{hitung} kurang dari r_{tabel} (Priatna, 2008). Selanjutnya, ditentukan klasifikasi validitas kuesioner seperti yang dijelaskan pada Tabel 3.

Tabel 3. Klasifikasi validitas kuesioner.

Hasil Hitung Koefisien Korelasi	Klasifikasi Validitas
$0,80 < r_{\text{hitung}} \leq 1,00$	Validitas kuesioner sangat tinggi (sangat baik)
$0,60 < r_{\text{hitung}} \leq 0,80$	Validitas kuesioner tinggi (baik)
$0,40 < r_{\text{hitung}} \leq 0,60$	Validitas kuesioner sedang (cukup)
$0,20 < r_{\text{hitung}} \leq 0,40$	Validitas kuesioner rendah (kurang)
$0,00 < r_{\text{hitung}} \leq 0,20$	Validitas kuesioner sangat rendah (buruk)
$r_{\text{hitung}} \leq 0,00$	Kuesioner tidak <i>valid</i>

Sumber: (Guilford, 1956).

Uji validitas dilakukan terhadap 30 ibu dari balita dan dari 5 soal yang diujikan, terdapat 4 soal yang *valid*, dengan nilai r_{hitung} lebih dari r_{tabel} yaitu 0,361 seperti yang ditunjukkan pada Tabel 4.

Tabel 4. r_{hitung} uji validitas kuesioner.

Nomor Soal	r_{hitung}	Klasifikasi Validitas
1	0,888	Validitas sangat tinggi
2	-0,154	Tidak <i>valid</i>
3	0,888	Validitas sangat tinggi
4	0,774	Validitas tinggi
5	0,774	Validitas tinggi

3.9.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah tingkat kepercayaan suatu instrumen pengukuran. Instrumen pengukuran dapat dipercaya (reliabel) apabila selalu memberikan hasil yang relatif sama jika dilakukan uji

pada kelompok yang sama pada waktu atau kesempatan yang berbeda (Nur, 1987). Uji reliabilitas yang digunakan yaitu *Cronbach-Alpha*, dengan rumus:

$$r_{11} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^n s_i^2}{s_t^2} \right)$$

Keterangan;

r_{11} = koefisien reliabilitas

n = jumlah butir soal

s_i^2 = varians skor soal ke- i

s_t^2 = varians skor total

Kuesioner memiliki tingkat reliabilitas yang tinggi (reliabel) apabila nilai *Cronbach Alpha* sama dengan atau lebih dari 0,60 dan tidak reliabel apabila nilai *Cronbach Alpha* kurang dari 0,60 (Priatna, 2008). Nilai *Cronbach Alpha* pada kuesioner riwayat pemberian ASI eksklusif yang digunakan pada penelitian ini yaitu 0,834 yang berarti bahwa 4 dari 5 pertanyaan yang telah teruji validitasnya memiliki tingkat reliabilitas yang tinggi (reliabel).

3.10 Pengolahan dan Analisis Data

3.10.1 Pengolahan Data

Setelah proses pengumpulan data, data diolah dengan menggunakan program statistik. Pengolahan data adalah suatu proses untuk

mendapatkan data dari setiap variabel penelitian untuk kemudian dianalisis (Aedi, 2010). Langkah-langkah dalam proses pengolahan data menggunakan program statistik terdiri dari:

1. Pengeditan Data (*Editing*)

Pengeditan adalah pemeriksaan data yang telah dikumpulkan untuk melengkapi kekurangan atau menghilangkan kesalahan yang terdapat pada data.

2. Transformasi Data (*Coding*)

Coding (pengkodean) data adalah pemberian kode-kode tertentu pada setiap data dan memberikan kategori untuk jenis data yang sama.

3. *Data entry*

Memasukkan data ke dalam program statistik pada komputer.

4. Tabulasi Data

Tabulasi adalah proses menempatkan data dalam bentuk tabel dengan cara membuat tabel yang berisi data yang sesuai dengan kebutuhan analisis (Aedi, 2010).

3.10.2 Analisis Data

Langkah-langkah dalam analisis data terdiri dari:

- a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi variabel-variabel yang diteliti, baik distribusi karakteristik subjek penelitian, distribusi jawaban kuesioner riwayat pemberian ASI

eksklusif, distribusi frekuensi riwayat pemberian ASI eksklusif, dan distribusi frekuensi *stunting* pada balita usia 24-59 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menentukan hubungan variabel bebas yaitu riwayat pemberian ASI eksklusif dengan variabel terikat yaitu *stunting* pada balita usia 24-59 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan. Analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji statistik *Chi Square*. Uji *Fisher* digunakan apabila terdapat minimal 20% sel dengan nilai *expected* kurang dari lima.

Odds ratio (OR) adalah parameter kekuatan paparan dan penyakit, yang diukur dengan membandingkan *odds* kasus dan *odds* kontrol. *Odds* kasus adalah rasio antara banyaknya kasus yang terpapar dan kasus tidak terpapar. *Odds* kontrol adalah rasio antara banyaknya kontrol yang terpapar dan kontrol tidak terpapar (Murti, 1997).

P value (nilai p) adalah besarnya nilai probabilitas yang dihasilkan dari konversi nilai statistik dari hasil penelitian

dimana hipotesis nol diterima (Dahlan, 2014). Batas penerimaan terhadap hipotesis nol (α) yang digunakan dalam penelitian ini adalah 0,05 yang merupakan hasil konversi dari nilai statistik sebesar $\pm 1,96$ pada kurva yang normal. Jika $p > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak, yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan. Jika $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti bahwa terdapat hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.

3.11 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etika penelitian oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan Nomor Persetujuan Etik 3458/UN26.18/PP.05.02.00/2019.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Cakupan pemberian ASI eksklusif pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan yaitu 36 balita (41,9%).
2. Prevalensi *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan yaitu 18 balita (41,9%) memiliki status gizi pendek (*stunted*) dan 25 balita (58,1%) berstatus gizi sangat pendek (*severely stunted*) berdasarkan indikator TB/U.
3. Terdapat hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita (usia 24-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Pemerintah

Pemerintah Kabupaten Lampung Selatan disarankan untuk meningkatkan pengawasan pelaksanaan program pencapaian target ASI eksklusif dan penurunan prevalensi *stunting*.

5.2.2 Bagi Puskesmas Way Urang

Puskesmas disarankan untuk memberikan edukasi kepada para ibu untuk mengenai pentingnya ASI eksklusif, makanan dan minuman yang tidak boleh diberikan sebelum usia 6 bulan, dan pencegahan serta bahaya *stunting*.

5.2.3 Bagi Masyarakat

Masyarakat disarankan untuk mendukung dan berpartisipasi dalam program ASI eksklusif dan menerapkan edukasi yang diberikan oleh pihak puskesmas mengenai ASI eksklusif dan *stunting*.

5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti variabel-variabel lain yang dapat mempengaruhi kejadian *stunting*.

DAFTAR PUSTAKA

- Aedi N. 2010. Pengolahan dan analisis data hasil penelitian. Bandung: Universitas Pendidikan.
- Agustia R, Rahman N, Hermiyanty. 2018. Faktor risiko kejadian stunting pada balita usia 12-59 bulan di Wilayah Tambang Poboya, Kota Palu. *Jurnal Gizi Dan Kesehatan*. 2(2): 59-62.
- Ahmad, Aripin, Suryana, Yulia F. 2010. ASI eksklusif, anemia, dan stunting pada anak baduta (6-24 bulan) di Kecamatan Darul Imarah Kabupaten Aceh Besar. *Jurnal Gizi Poltekkes Kemenkes Aceh*.
- Albar H. 2004. Makanan pendamping ASI. *Cermin Dunia Kedokteran FK Universitas Hasannudin*. 145:51–5.
- Almatsier S. 2010. Prinsip dasar ilmu gizi. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Angelina C, Agung AP, Humairoh. 2018. Faktor kejadian stunting balita berusia 6-23 bulan di Provinsi Lampung. *Jurnal Dunia Kesmas*. 7(3):130.
- Arifin, DZ, Irdasari SY, Sukandar H. 2012. Analisis sebaran dan faktor resiko stunting pada balita di Kabupaten Purwakarta. *Epidemiologi*. Bandung: Komunitas FKUP Bandung.
- Arikunto S. 2006. *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Aryastami NK, Ingan T. 2017. Kajian kebijakan dan penanggulangan masalah gizi stunting di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 45(4):233–40.

Azwar S. 1987. Sikap manusia teori dan pengukurannya. Yogyakarta: Liberty.

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2013. Kerangka kebijakan gerakan nasional percepatan perbaikan gizi dalam rangka seribu hari pertama kehidupan (gerakan 1000 HPK). Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas).

Badan Pusat Statistik. 2013. Survei sosial ekonomi nasional (Susenas) 2013. Jakarta: Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat dan Direktorat Statistik Harga, Badan Pusat Statistik.

Badan Pusat Statistik. 2017. Survei Demografi dan kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistik.

Blair T. 2003. Suckling of lactation mother [diakses pada 19 September 2019]. Tersedia dari: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cdm=search%itol=pubmedabstract/>.

Budiasih KS. 2008. Ibu menyusui. Bandung: Hayati Qualita.

Candra A, Puruhita N, Susanto JC. 2011. Risk factor of stunting among 1-2 years old children in Semarang City. *Jurnal Media Medika Indonesiana*. 45(3):207–8.

Dahlan S. 2014. Statistik untuk kedokteran dan kesehatan: deskriptif, bivariat, dan multivariat dilengkapi aplikasi menggunakan SPSS. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.

Danuatmaja B. 2003. 40 hari persalinan. Edisi Pertama. Jakarta: Puspa Swara.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2001. Buku panduan manajemen laktasi. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. Pedoman umum pemberian MPASI lokal. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. 2016. Profil kesehatan Provinsi Lampung tahun 2015. Bandar Lampung: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan. 2017. Profil kesehatan Kabupaten Lampung Selatan tahun 2016. Kalianda: Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan. 2018. Profil kesehatan Kabupaten Lampung Selatan tahun 2017. Kalianda: Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan.
- Ernawati F, Sri M, Made DS, Amalia S. 2014. Hubungan panjang badan lahir terhadap perkembangan anak usia 12 bulan. *Jurnal Penelitian Gizi Makan*. 37(2):109–18.
- Esfarjani F, Roustae R, Mohammadi F, Esmailzadeh A. 2013. Determinants of stunting in school-aged children of Tehran, Iran. *Int J Prev Med*. 4(2):173–9.
- Febriani CA, Agung AP, Humairoh. 2018. Faktor kejadian stunting balita berusia 6-23 bulan di Provinsi Lampung. *Jurnal Dunia Kesmas*. 7(3):30.
- Fikadu T, Assegid S, Dube L. 2014. Factors associated with stunting among children of age 24 to 59 months in Meskan district, Gurage Zone, South Ethiopia: a case-control study. *BioMed Central*. 14(800): 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-800>.
- Fitri L. 2017. Hubungan BBLR dan ASI eksklusif dengan kejadian stunting di Puskesmas Lima Puluh Pekanbaru. *Jurnal Ednurance*. 3(1): 131–7.
- Georgieff MK. 2007. Nutrition and the developing brain: nutrient priorities and measurement. *Am J Clin Nutr*. 85(Suppl):S614S–20.
- Guilford JP. 1956. *Fundamental statistics in psychology and education*. New York: Mc Graw-Hill Book Co. Inc.
- Hasanah F. 2016. Hubungan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.

- Heryanto E. 2017. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian makanan pendamping ASI dini. *Jurnal Ilmu Kesehatan*. 2(2):141–52.
- Hoffman DJ, Sawaya AL, Verreschi I, Tucker KL, Roberts SB, 2000. Why are nutritionally stunted children at increased risk of obesity. *Studies of metabolic rate and fat oxidation in shantytown children from São Paulo, Brazil*. *Am J Clin Nutrition* 72:702–7.
- Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victoria CG. 2007. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Geneva: World Health Organization.
- Horta BI, Victora CG. 2013. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: World Health Organization.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2009. *Bedah ASI*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2013a. *ASI sebagai pencegah malnutrisi pada bayi*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2013b. *Nilai menyusui*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2013c. *Nilai nutrisi ASI*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2015. *Makanan pendamping ASI (MPASI)*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Irianto K dan Waluyo K. 2004. *Gizi dan pola hidup sehat*. Edisi Pertama. Bandung: Yrama Widya.
- Irodah. 2018. Hubungan berat badan lahir dan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita 12-59 bulan di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang.

- Jang B, Bu S. 2018. Total energy intake according to the level of skeletal muscle mass: analysis of the Korean National Health and Nutrition Examination. *Nutr Res Pract*. 13(2): 230.
- Karinda D. 2011. Karakteristik dan faktor-faktor yang memengaruhi balita tidak mendapat ASI eksklusif di Dusun Mangir Tengah Desa Sendang Sari Kecamatan Pajangan Bantul. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*. 1(1):29-35.
- Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Republik Indonesia. 2017. Buku saku desa dalam penanganan stunting. Jakarta: Direktur Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2004. Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 450 tahun 2004 tentang pemberian ASI eksklusif pada bayi. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. Keputusan menteri kesehatan nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Peraturan pemerintah Republik Indonesia nomor 22 tahun 2012 tentang pemberian air susu ibu eksklusif. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013a. Buku indeks pembangunan kesehatan masyarakat. Jakarta: Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013b. Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Situasi dan analisis ASI eksklusif. Jakarta: Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016a. Inilah sepuluh manfaat ASI eksklusif. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016b. Profil kesehatan Indonesia 2015. Jakarta: Sekretariat Jenderal, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017a. Buku saku pemantauan status gizi tahun 2016. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017b. Data dasar puskesmas Provinsi Lampung. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017c. Profil kesehatan Indonesia 2016. Jakarta: Sekretariat Jenderal, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018a. Buku saku pemantauan status gizi tahun 2017. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018b. Kuesioner individu riskesdas 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018c. Pemberian ASI dan makanan pendamping ASI yang baik untuk tumbuh kembang anak yang optimal. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018d. Profil kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: Sekretariat Jenderal, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018e. Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018f. Situasi balita pendek (stunting) di Indonesia. Jakarta: Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018g. Stunting (perawakan pendek). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019a. Pemberian ASI yang benar. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019b. Profil kesehatan Indonesia 2018. Jakarta: Sekretariat Jenderal, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Badan Pusat Statistik. 2018. Profil anak Indonesia 2018. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA).
- Koesharisupeni. 2002. Peran status kelahiran terhadap stunting pada bayi: sebuah studi prospektif. *Jurnal Kedokteran Trisakti*. 23:73-80.
- Kusmilarsih R. 2015. Hubungan BBLR dan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian pneumonia pada balita di Puskesmas Tawang Sari Sukoharjo. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Kyu H, Shannon HS, Georgiades K, Boyle MH. 2013. Association of urban slum residency with infant mortality and child stunting in low and middle income countries. *Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International*. 2013:1-12.
- Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia. 2018. Widyakarya nasional pangan dan gizi XI 2018: penguatan koordinasi pembangunan pangan dan gizi dalam penurunan stunting. Jakarta: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia.
- Leo AR, Subagyo HW, Kartasurya MI. 2018. Faktor risiko stunting pada anak usia 2-5 tahun di wilayah gunung dan pesisir pantai. *Jurnal Gipas*. 2(1): 51-62.

- Lestari W, Margawati A, Rahfiludin MZ. 2014. Fator risiko stunting pada anak umur 6-24 bulan di Kecamatan Penanggalan Kota Subulussalam Provinsi Aceh. *Jurnal Gizi Indonesia*. 3(1):37-45.
- Lestari ID, Ernalina Y, Restuastuti T. 2016. Gambaran status gizi pada siswa sekolah dasar Kecamatan Bangko Kabupaten Rokan Hilir. *JOM FK*. 3(2): 1-14.
- Mamonto T. 2015. Fakotr-faktor yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Kota Bangon, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 1:56-66.
- Margono. 2004. Metodologi penelitian pendidikan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Meilyasari F, Muflihah I. 2014. Faktor risiko kejadian stunting pada balita usia 12 bulan di Desa Purwokerto Kecamatan Patebon Kabupaten Kendal. *Journal of Nutrition College*. 3(2):16-25.
- Mitra. 2015. Permasalahan anak pendek (stunting) dan intervensi untuk mencegah terjadinya stunting (suatu kajian kepustakaan). *Jurnal Kesehatan Komunitas*. 2(6):255-7.
- Mufida L, Tri DW, Jaya M. 2015. Prinsip dasar makanan pendamping air susu ibu (MPASI) untuk bayi 6-24 bulan. *Jurnal Pangan dan Agroindustri*. 3(4):1646-51.
- Murti B. 1997. Prinsip dan metode riset epidemiologi. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada Press.
- Murti B. 2003. Prinsip dan metode riset epidemiologi. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada Press.
- Nasikhah R, Ani M. 2012. Faktor risiko kejadian stunting pada balita usia 24-36 bulan di Kecamatan Semarang Timur. *Journal of Nutrition College*. 1(1):176-84.
- Ni'ma K, Nadhiroh SR. 2015. Faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita. *Jurnal Media Gizi Indonesia*. 10(1):13-9.

- Notoatmodjo S. 2010. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho A. 2016. Determinan growth failure (stunting) pada anak umur 1 s/d 3 tahun (studi di Kecamatan Tanjungkarang Barat Kota Bandar Lampung). *Jurnal Kesehatan*. 7(3):470–9.
- Nur M. 1987. Teori tes. Surabaya: IKIP Surabaya.
- Pace B. 2001. Breastfeeding. *The Journal of the American Medical Association*.
- Pangalila YV, Puuh MI, Kapantow NH. 2018. Hubungan antara riwayat pemberian ASI eksklusif dengan stunting pada anak usia 6-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Koya Kabuptaen Minahasa. *Jurnal Kesmas*. 7(3): 1-5.
- Pardede, Lucia. 2008. ASI dan ketahanan pangan. *Proceeding of World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)*; 2008 October 25; Penang. Malaysia. Malaysia: WABA.
- Paudel R, Pradhan B, Wagle R, Pahari DP, Onta SR. 2012. Risk factors for stunting among children: a community based case control study in Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*. 10(3):18-24.
- Pengan, Johan SK, Dina V, Rombo. 2014. Hubungan antara riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada anak usia 12-36 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Luwuk Kecamatan Luwuk Selatan Kabupaten Banggai Sulawesi Tengah. Manado: Fakultas Kesehatan Masyarakat Sam Ratulangi.
- Picauly I, Sarci MT. 2013. Analisis determinan dan pengaruh stunting terhadap prestasi belajar anak sekolah di Kupang dan Sumba Timur NTT. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 8(1):55-62.
- Prasetyono. 2009. Buku pintar ASI eksklusif pengenalan, praktik, dan kemanfaatan-kemanfaatannya. Yogyakarta: DIVA Press.
- Priatna BA. 2008. Uji coba instrumen penelitian dengan menggunakan MS excel dan SPSS. Bandung: Universitas Pendidikan Indonesia.

- Proverawati A, Wati EK. 2011. Ilmu Gizi untuk keperawatan dan gizi kesehatan. Yogyakarta: Penerbit Muha Medika.
- Purnamasari D, Kartasurya M, Kartini A. 2009. Determinan *growth faltering* pada bayi umur 2-6 bulan yang lahir dengan berat badan normal. *Media Med Indonesia*. 43(5):240–6.
- Purwandini K, Kartasurya MI. 2013. Pengaruh pemberian micronutrient sprinkle terhadap perkembangan motorik anak stunting usia 12-36 bulan. *Journal of Nutrition College*, 20 (1): 50–9.
- Rahayu LS. 2011. Associated of height of parents with changes of stunting status from 6-12 months to 3-4 years. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada.
- Rahmad A. 2017. Pemberian ASI dan MPASI terhadap pertumbuhan bayi usia 6-24 bulan. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 17(1):9.
- Rahmad AHA, Miko A. 2016. Kajian stunting pada anak balita berdasarkan pola asuh dan pendapatan keluarga di Kota Banda Aceh. *Jurnal Kesmas Indonesia*. 8(2):63-79.
- Rahmad AHA, Fadillah I. 2016. Perkembangan psikomotorik bayi 6-9 bulan berdasarkan pemberian ASI eksklusif. *Aceh Nutr Journal*. 1(2):99-104.
- Ramaiah S. 2007. ASI dan Menyusui. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer.
- Ramli, Agho KE, Inder K, Bowe S, Jacob J, Dibley M. 2009. Prevalence and risk factors for stunting and severe stunting among under-fives in North Maluku province of Indonesia. *BMC Pediatrics*. 9(64): 7.
- Ricci KA, Girosi F, Tarr PI, Lim YW, Mason C, Miller M, et al. 2013. Reducing stunting among children: the potential contribution of diagnostics. *Nature Publishing Group*. 444(Suppl 1):S29-38.
- Roesli U. 2000. Mengenal ASI Eksklusif. Jakarta: EGC.
- Roesli U. 2008. Inisiasi menyusui dini plus ASI eksklusif. Jakarta: Pustaka Bunda.

- Rolls B, Fedoroff I, Guthrie J. 1991. Gender differences in eating behavior and body weight regulation. *Health Psychology*. 10(2):133.
- Setiawan E, Machmud R, Masrul. 2018. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 7(2): 277.
- Setyarini A, Maria M, Ani M. 2016. Pengaruh pemberian ASI eksklusif dan non eksklusif terhadap mental emosional anak usia 3-4 tahun. *Jurnal Gizi Indonesia*. 4(1).
- Setyawan FE. 2017. Pedoman metodologi penelitian (statistika praktis). Surabaya: Penerbit Zifatama Jawa.
- Sihadi, Sri PH. 2011. Peran konstektual terhadap kejadian balita pendek di Indonesia. *PGM*. 34(1):29-39.
- Simanjuntak E. 2010. Status gizi lanjut usia di daerah pedesaan Kecamatan Porsea Kabupaten Toba Samosir Provinsi Sumatera Utara [tesis]. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Sinaga S. 2016. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita di Kelurahan Langensari. 1-12.
- Sinambela DP, Putri VD, Nurul H. 2019. Pengaruh riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Teluk Tiram Banjarmasin. *Jurnal Dinamika Kesehatan*. 10(1):1-2.
- Soetjiningsih. 1995. Tumbuh kembang anak. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sudjana N. 2004. Penilaian hasil proses belajar mengajar. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Sugiyono. 2007. Statistika untuk penelitian. Bandung: Alfabeta.

- Sugiyono. 2017. Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Sulistianingsih A, Rita S. 2018. ASI eksklusif dan berat lahir berpengaruh terhadap stunting pada balita 2-5 tahun di Kabupaten Pesawaran. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 15(2):45-51.
- Susilowati, Koesharisupeni, Fikawati S, Achmad K. 2010. Breast feeding duration and children's nutritional status at age 12-24 months. *Jurnal Paediatrica Indonesiana*. 50(1): 56-61.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2017. 100 kabupaten/kota prioritas untuk intervensi anak kerdil (stunting). Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2018. 160 kabupaten/kota prioritas dengan masing-masing 10 desa untuk penanganan stunting. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia.
- United Nation Children's Fund (UNICEF). 2002. Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries. New York: UNICEF.
- United Nation Children's Fund (UNICEF). 2011. Breastfeeding [diakses pada 20 September 2019]. Tersedia dari: <http://www.unicef.org/nutrition/index24824.html>.
- United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO), International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. 2019. Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2019 edition of the joint child malnutrition estimates. Geneva: World Health Organization.
- Wahdah S, Juffire M, Huryati E. 2015. Faktor risiko stunting pada anak umur 6-36 bulan di Wilayah Pedalaman Kecamatan Silat Hulu, Kapas Hulu, Kalimantan Barat. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*. 3(2):119-30.
- Walyani, E. S. 2015. Perawatan kehamilan dan menyusui anak pertama agar bayi lahir dan tumbuh sehat. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

World Health Organization. 1998. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 2016. Infant and young child feeding [diakses pada 20 September 2019]. Tersedia dari: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>.

World Health Organization. 2017. Stunted growth and development. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization Multicentre Growth Reference Study Group. 2006. WHO child growth standards: length/height for age, weight for age, weight for length, weight for height and body mass index for age: methods and development, Geneva: World Health Organization.

Yosephin B, Darwis, Eliana, Tonny CM, Yuniarti, Anang W, *et al.* 2019. Buku pegangan petugas kua: sebagai konselor 1000 dalam mengedukasi calon pengantin menuju Bengkulu bebas stunting. Bengkulu: Deepublish.

Yuliarti, Nurheti. 2010. Keajaiban ASI makanan terbaik untuk kesehatan kecerdasan dan kelincahan si kecil. Yogyakarta: ANDI.