



ASI Eksklusif dan Kejadian Stunting pada Balita di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY)

Mudita Sri Hidayah¹, Susyana Candra S.D², Dwi Hariyanti³

¹⁻³Fakultas Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surya Global,
Jln. Ringroad Selatan Blado Yogyakarta, 55194

Email : muditasrih@yahoo.com¹, ssgsusyana@gmail.com², dwihariyanti@stikessuryaglobal.ac.id³

Abstrak

Masalah gizi masih menjadi masalah di dunia terutama di negara berkembang. Stunting adalah keterlambatan pertumbuhan yang merugikan sehingga menjadi prioritas dalam program kesehatan. 30,8 % balita di Indonesia mengalami stunting dan menjadi penyebab morbiditas dan mortalitas. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting dengan mempertimbangkan variabel luar yaitu status ekonomi, pendidikan ibu, tinggi ibu, umur ibu saat hamil, panjang lahir, dan berat lahir pada anak dibawah lima tahun di Daerah Istimewa Yogyakarta. Penelitian observasional menggunakan rancangan kasus kontrol (case control). Penelitian dilaksanakan di dua kabupaten di DIY yaitu di Kabupaten Gunung Kidul dan Kota Yogyakarta. Sampel penelitian sebanyak 110 balita. Hasil penelitian (analisis bivariat) menunjukkan bahwa tidak ada korelasi yang signifikan antara pemberian ASI eksklusif, status ekonomi, pendidikan, tinggi badan ibu, umur ibu hamil, dan berat lahir dengan stunting. Panjang lahir berkorelasi signifikan terhadap stunting pada balita ($P_v=0,002$; $OR=3,75$; $CI=1,57-9,97$). Analisis regresi logistik menunjukkan bahwa tidak ada korelasi yang signifikan antara ASI eksklusif dengan kejadian stunting setelah mempertimbangkan variabel lain yaitu status ekonomi, pendidikan, panjang lahir, dan berat lahir.

Kata Kunci: ASI eksklusif, balita, stunting.

Abstract

Nutritional problems were still becoming problem in the world, especially in developing country. Stunting was growth delay which was detrimental so that it became a priority in health programs. 30.8% of toddlers in Indonesia were stunted and it had caused morbidity and mortality. The aim of this study was to determine whether there is a correlation between exclusive breastfeeding and the incident of stunting by considering external variables which were economic status, mother's education, mother's height, mother's age at pregnancy, birth length, and birth weight in the children under five years in Special Region of Yogyakarta. The observasional study used a case control design. The study was conducted in two regencies in Special Region of Yogyakarta which were Gunungkidul Regency and Yogyakarta City. The samples of the study were 110 toddlers. The results of the study (bivariate analysis) showed that there was no significant correlation between exclusive breastfeeding, economic status, education, mother's height, age of pregnant woman, and birth weight with stunting. Birth length was significantly correlated with stunting in children under five ($P_v=0,002$; $OR=3,75$; $CI=1,57-9,97$). The logistic regression analysis showed that there was no significant correlation between exclusive breastfeeding and the incident of stunting after considering other variables such as economic status, education, birth length, and birth weight.

Keywords: Exclusive breastfeeding, toddlers, stunting.

Pendahuluan

Stunting merupakan salah satu masalah kesehatan utama di negara berkembang dan dianggap sebagai penanda keterlambatan pertumbuhan. Indonesia, merupakan salah satu negara di Asia Tenggara, memiliki prevalensi stunting tertinggi (36,4%), diikuti oleh Filipina (30,3%), Myanmar (29,2%), Malaysia (17,7%), dan Thailand (16,3%).¹ Tinggi badan merupakan salah satu parameter status kesehatan yang penting. Walaupun tinggi badan anak dalam dua tahun pertama ditentukan oleh kesehatan ibu selama kehamilan dan nutrisi *intrauterine* dan pertumbuhan, tinggi juga merupakan cerminan dari adaptasi metabolisme yang optimal, pematangan organ, dan risiko penyakit di masa depan.² Masalah gizi merupakan masalah kesehatan utama yang terjadi di negara berkembang. Masalah gizi dapat terjadi dari kehamilan sampai usia dewasa dan kelompok yang paling rentan adalah anak-anak.³ Indonesia merupakan salah satu dari 17 negara dengan prevalensi stunting, *wasting*, dan *overweight* yang tinggi.⁴ Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) melaporkan 30,8% anak Indonesia mengalaminya stunting.⁵ Berdasarkan laporan Riskesdas 2018, angka stunting di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) adalah di bawah nasional yaitu sebesar 19,8%. Namun, angka tersebut perlu mendapatkan perhatian dan menjadi masalah kesehatan masyarakat. Berdasarkan Profil Kesehatan DIY prevalensi balita pendek tertinggi berada di Kabupaten Gunungkidul (18,47%) dan terendah berada di Kabupaten Bantul.⁶

Stunting dikaitkan dengan dengan kecukupan nutrisi pada ibu dan anak seperti kasus anemia pada wanita subur, BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), kelebihan berat badan (*overweight*), ASI eksklusif, dan *wasting*. Pencegahan pada stunting difokuskan pada kecukupan gizi pada ibu hamil dan menyusui, ASI eksklusif, dan MP-ASI yang adekuat.⁷ Jumlah ibu menyusui cenderung turun meskipun ASI eksklusif memiliki banyak keunggulan. Ibu

Indonesia cenderung memilih memberikan susu formula kepada bayinya. Perilaku ini berkembang menjadi gengsi pada sebagian ibu. Perilaku yang salah ini juga ditiru oleh keluarga yang kurang mampu. Akibatnya ibu dari keluarga tidak mampu memberikan susu encer dan tidak memenuhi kebutuhan gizi.⁸

Penyebab stunting adalah multifaktor. Banyak faktor risiko stunting yang sudah diketahui melalui berbagai penelitian antara lain faktor usia, pendidikan, status pekerjaan, sosial ekonomi ibu, paritas, persalinan, BBLR, ASI eksklusif, status imunisasi, penyakit infeksi anak, nafsu makan anak, pengasuhan ibu, dan KEK (Kekurangan Energi Kronik) pada ibu.⁹⁻¹¹ Penilaian faktor risiko sangat penting dilakukan untuk melakukan pencegahan kasus stunting sejak awal. Faktor risiko tersebut juga dapat diklasifikasikan berdasarkan besarnya risiko/pengaruh terhadap kejadian stunting sehingga dapat dijadikan dasar untuk menentukan prioritas kebijakan sebagai langkah pencegahan dan penanganan kejadian stunting. Terjadinya stunting di Indonesia memiliki faktor determinan tersendiri yang berbeda dengan faktor determinan di negara berkembang lainnya. Di Indonesia pun masing-masing daerah juga mempunyai faktor risiko tersendiri yang berbeda-beda. Seperti penelitian tentang stunting yang telah dilakukan oleh Sugiyanto, dkk di Bontang, Kalimantan Timur yang menunjukkan bahwa risiko stunting menurun pada ibu dengan tinggi >150cm, pendidikan ibu tinggi, ASI eksklusif, dan status ekonomi yang tinggi.⁸ Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Gani, dkk tentang stunting di Banggai menunjukkan bahwa faktor risiko stunting tertinggi adalah tidak diberikan ASI eksklusif, jaman keluarga miskin, dan jenis kelamin.¹²

Stunting dapat dicegah dengan mengoptimalkan pertumbuhan bayi atau balita pada 1000 hari kehidupan pertama (1000 HPK) dengan mencukupi kebutuhan zat gizi mikro dan makro yang seimbang yang dapat diperoleh dari pemberian ASI

eksklusif selama 6 bulan.⁸ Manfaat ASI eksklusif antara lain melindungi bayi dari infeksi bakteri seperti bakteri, virus, dan parasit. ASI mengandung protein khusus yang dapat meningkatkan kekebalan anak. Pemberian ASI eksklusif pada bayi yang baik, untuk melindungi tubuh bayi dari penyakit. Asupan gizi pada bayi sangat penting dalam menunjang pertumbuhan yang sesuai dengan grafik pertumbuhan agar tidak terjadi kegagalan pertumbuhan yang dapat menyebabkan stunting.⁸ Oleh karena itu penelitian ini ingin menggali faktor risiko terjadinya stunting dan besarnya risiko masing-masing determinan terhadap kasus stunting khususnya di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), Indonesia. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan ASI eksklusif dan faktor lain yaitu sosial ekonomi, pendidikan, tinggi ibu, panjang lahir, dan berat lahir dengan kejadian stunting pada balita di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).

Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional dengan rancangan kasus kontrol (*case control*). Penelitian dimulai dengan mengidentifikasi kelompok kasus yakni kelompok balita usia 6 bulan-60 bulan yang menderita *stunting* dan kelompok kontrol yakni balita umur 6-60 bulan yang tidak menderita *stunting*. Penelitian dilakukan di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dimana pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling* yaitu Kabupaten dengan angka stunting tertinggi (Kabupaten Gunungkidul) dan kabupaten dengan cakupan ASI eksklusif terendah (Kota Yogyakarta). Tahap kedua sampel diambil dengan penemuan kasus dan kontrol sampai jumlah sampel terpenuhi yaitu sebanyak 110 terdiri 55 kasus dan 55 kontrol. Waktu pelaksanaan penelitian adalah bulan Mei-Oktober 2020.

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian stunting, variabel bebas adalah ASI eksklusif, sedangkan variabel luar adalah sosial ekonomi, pendidikan ibu, tinggi badan ibu, umur ibu saat hamil, berat

lahir dan panjang lahir. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 30 pertanyaan tentang tinggi/panjang badan, umur anak, ASI eksklusif, pendidikan, status ekonomi, tinggi ibu, umur ibu saat hamil, panjang lahir anak dan berat lahir anak. Responden diminta untuk menjawab kuesioner yang diberikan dengan dipandu oleh petugas survei lapangan. Tinggi badan berasal dari data posyandu bulan Agustus 2020 (peneliti tidak dapat bertemu langsung dengan responden karena pandemi COVID-19) sedangkan panjang lahir dan berat berasal dari data pada Kartu Menuju Sehat/data kelahiran. Kategori stunting berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No.2 tahun 2020 tentang standar antropometri balita umur 6 bulan-5 tahun adalah sangat pendek (*severely stunted*) dan pendek (*stunted*).¹³ Sangat pendek didefinisikan sebagai panjang badan/tinggi badan menurut umur berada pada ambang batas <-3 SD, sedangkan pendek berada pada ambang batas -3 SD sampai dengan <-2 SD. Standar Antropometri Anak di Indonesia berdasarkan PMK No.2 tahun 2020 mengacu pada WHO *Child Growth Standards* untuk anak usia 0-5 tahun dan *The WHO Reference 2007* untuk anak 5-18 tahun. Status ekonomi didapatkan dari tingkat kesejahteraan keluarga berdasarkan keadaan tempat tinggal dan status kepemilikan barang yang di hitung dengan menggunakan *principal component analysis* (PCA). Pendidikan ibu dibedakan menjadi dua kategori yaitu tinggi (\geq SMA) dan rendah (\leq SMP). Tinggi ibu adalah tinggi ibu pada saat hamil anak yang bersangkutan didapat dari data KMS dikategorikan menjadi normal dan pendek yaitu tinggi normal jika tinggi ibu ≥ 145 cm. Umur ibu saat hamil dikategorikan menjadi kehamilan remaja yaitu umur <20 tahun, umur dewasa yaitu ≥ 20 tahun. Panjang lahir anak dikategorikan menjadi tinggi lahir normal dan tinggi lahir pendek jika panjang lahir <48 cm. Sedangkan berat lahir dikategorikan menjadi BBLR dan normal dimana BBLR adalah berat lahir <2500

gram.

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui sebaran dan karakteristik data penelitian. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel bebas dengan variabel terikat, variabel luar dengan variabel terikat. Analisis ini menggunakan uji statistik *chi-square* dengan batas kemaknaan 5% dan perhitungan *Odds Ratio* (OR) dan tingkat kepercayaan (*confidence interval*) 95%. Analisis multivariat dengan analisis regresi logistik dengan memasukkan variabel luar dengan nilai $p < 0,25$ pada model. Nomor izin etik pada penelitian ini adalah 4.11/KEPK/SSG/VIII/2020.

Hasil

Pada penelitian ini data primer diperoleh dengan melakukan wawancara dan pengisian kuesioner yang diisi oleh ibu subyek (balita 6-60 bulan). Karakteristik responden yang diamati sebagaimana digambarkan dalam kerangka konsep adalah pemberian ASI eksklusif, status sosial ekonomi, pendidikan ibu, umur ibu saat hamil, tinggi badan ibu, panjang lahir, dan berat badan lahir melalui uji univariabel. Secara lengkap gambaran umum karakteristik responden penelitian ditampilkan pada tabel berikut.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Subjek Penelitian pada Kelompok Kasus dan Kontrol

Variabel	Kategori	Stunting			
		Kasus		Kontrol	
		n	%	n	%
ASI eksklusif	Tidak	26	42,27	20	36,36
	Iya	29	52,73	35	63,64
Sosial ekonomi	Miskin	36	65,45	28	50,91
	Kaya	19	34,55	27	49,09
Pendidikan ibu	Rendah	23	41,82	16	29,09
	Tinggi	32	58,18	39	70,91
Umur ibu saat hamil	< 20 tahun	4	7,27	3	5,45
	≥20 tahun	51	92,73	52	94,55
Tinggi ibu	Pendek	3	5,45	0	0
	Normal	52	94,55	55	100
Panjang lahir	Pendek	26	47,27	20	36,36
	Normal	29	52,73	35	63,64
Berat Lahir	BBLR	12	21,82	7	12,73
	Normal	43	78,18	48	87,27

Tabel 1 menunjukkan bahwa ibu yang memberikan ASI eksklusif lebih banyak dari pada ibu yang memberikan ASI eksklusif. Akan tetapi jika diperhatikan pada variabel tidak ASI eksklusif terlihat bahwa lebih banyak kasus (stunting) yaitu 56,52% dibandingkan dengan kelompok kontrol dan pada variabel pemberian ASI eksklusif terlihat lebih banyak pada kelompok kontrol (tidak stunting) yaitu 54,69% dibandingkan dengan kelompok kasus. Kemudian pada variabel status sosial dan pendidikan ibu, kelompok kasus lebih banyak dijumpai pada kelompok status sosial ekonomi miskin dan

pendidikan rendah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok BBLR persentase kasus stunting lebih tinggi dibandingkan tidak stunting.

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Uji statistik yang digunakan adalah *chi-square* dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$ dan nilai Odds Ratio (OR) untuk mengetahui kekuatan hubungan. Tabel 2 menunjukkan bahwa secara statistik tidak ada hubungan yang signifikan antara ASI eksklusif dengan kejadian stunting dengan nilai $P_v = 0,25$.

Tabel 2. Hubungan antara ASI Eksklusif, Status Sosial Ekonomi, Pendidikan Ibu, Umur Ibu Saat Hamil, Tinggi Badan Ibu, Panjang Lahir, dan Berat Badan dengan Kejadian Stunting

Variabel	X ²	Pvalue	OR	(95% CI)
ASI Eksklusif	1,35	0,25	1,57	0,68-3,61
Status Ekonomi	2,39	0,12	1,83	0,79-4,23
Pendidikan Ibu	1,95	0,16	1,75	0,74-4,18
Umur ibu saat hamil	0,15	0,69	1,36	0,22-9,72
Tinggi badan ibu	3,08	0,079	4,23	0,39-2,11
Panjang Lahir	9,43	0,002*	3,75	1,57-9,97
Berat badan lahir	1,59	0,21	1,91	0,62-6,26

* = bermakna/signifikan pada $\alpha=0,05$

Analisis bivariat ini juga bertujuan untuk mengetahui hubungan variabel luar yaitu status sosial ekonomi, pendidikan ibu, umur ibu saat hamil, tinggi badan ibu, panjang lahir, dan berat badan lahir dengan variabel terikat yaitu stunting. Pada tabel 2 di atas menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status sosial ekonomi, pendidikan ibu, umur ibu saat hamil, tinggi badan ibu, dan berat badan lahir dengan kejadian stunting dengan nilai Pv masing-masing kurang dari 0,05. Hanya

variabel panjang lahir yang terbukti bermakna secara statistik dengan nilai Pv=0,002 dan OR=3,75. Artinya bahwa panjang lahir pendek mempunyai risiko stunting 3,75 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi dengan panjang lahir normal.

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan ASI eksklusif dan kejadian stunting dengan melibatkan status ekonomi, pendidikan ibu, panjang lahir, berat badan lahir.

Tabel 3. Analisis Multivariat

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
	OR; Pv (95%CI)	OR; Pv (95%CI)	OR; Pv (95%CI)	OR; Pv (95%CI)	OR; Pv (95%CI)
Asi Eksklusif	1,56;0,24 (0,73-3,36;)	1,32;0,50 (0,59-2,93)	1,35;0,47 (0,60-3,05)	1,36;0,47 (0,59-3,07)	1,36;0,46 (0,60-3,07)
Sosial ekonomi			2,00;0,09 (0,89-4,52)	1,90;0,13 (0,82-4,40)	1,92;0,13 (0,82-4,48)
Pendidikan ibu				1,24;0,63 (0,52-2,96)	1,24;0,63 (0,52-2,95)
Panjang lahir		3,59;0,004* (1,49-8,61)	3,75;0,004* (1,54-9,15)	3,60;0,006* (1,45-8,9)	3,48;0,013* (1,30-9,30)
Berat badan lahir					1,11;0,86 (0,34-3,67)
N	110	110	110	110	110
R ²	0,009	0,07	0,09	0,09	0,09
Deviance	1,35	10,11	12,98	13,22	13,24

* = bermakna /signifikan pada $\alpha=0,05$

Analisis model 1 dibangun untuk melihat hubungan antara ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita tanpa melibatkan variabel lain/luar. Hasil analisis didapatkan tidak ada hubungan secara statistik antara ASI eksklusif dan kejadian stunting. Model 1 menghasilkan nilai R²=0,009 yang dapat diartikan tidak diberikan ASI eksklusif berkontribusi

terhadap kejadian stunting sebesar 0,9%.

Analisis model 2 dibangun untuk melihat adanya hubungan antara ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita serta besarnya kontribusi panjang lahir yang diikutsertakan dalam analisis. Hasil analisis pada model kedua didapatkan tidak ada hubungan secara statistik antara ASI eksklusif dan kejadian stunting setelah

dikontrol oleh variabel panjang lahir. Model 2 menghasilkan nilai $R^2=0,07$ yang dapat diartikan tidak diberikan ASI eksklusif dengan mengontrol variabel panjang lahir berkontribusi terhadap kejadian stunting sebesar 7%.

Analisis model 3 dibangun untuk melihat adanya hubungan antara ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita dikontrol variabel panjang lahir dan status ekonomi. Hasil analisis pada model ketiga didapatkan tidak ada hubungan secara statistik antara ASI eksklusif dan kejadian stunting setelah dikontrol oleh variabel panjang lahir dan status ekonomi. Model 3 menghasilkan nilai $R^2=0,09$ yang dapat diartikan tidak diberikan ASI eksklusif dengan mengontrol variabel panjang lahir, status ekonomi, dan pendidikan berkontribusi terhadap kejadian stunting sebesar 9% dan 91% disebabkan oleh faktor lain.

Analisis model 4 dibangun untuk melihat adanya hubungan antara ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita serta besarnya kontribusi panjang lahir, status ekonomi, dan pendidikan ibu yang diikutsertakan dalam analisis. Hasil analisis pada model keempat didapatkan tidak ada hubungan secara statistik antara ASI eksklusif dan kejadian stunting setelah dikontrol oleh variabel panjang lahir, status ekonomi, dan pendidikan ibu. Model 4 menghasilkan nilai $R^2=0,09$ yang dapat diartikan tidak diberikan ASI eksklusif dengan mengontrol variabel panjang lahir dan status ekonomi berkontribusi terhadap kejadian stunting sebesar 9%.

Analisis model 5 dibangun untuk melihat adanya hubungan antara ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita dengan mengikutsertakan panjang lahir, status ekonomi, pendidikan ibu, dan berat badan lahir dalam analisis. Hasil analisis pada model kelima didapatkan tidak ada hubungan secara statistik antara ASI eksklusif dan kejadian stunting setelah dikontrol oleh variabel panjang lahir, status ekonomi, pendidikan ibu, dan berat badan lahir. Model 5 menghasilkan nilai $R^2=0,09$

yang dapat diartikan tidak diberikan ASI eksklusif dengan mengontrol variabel panjang lahir, status ekonomi, pendidikan, dan berat lahir berkontribusi terhadap kejadian stunting sebesar 9% dan 91% disebabkan oleh faktor lain.

Pembahasan

WHO menargetkan pengurangan 40% kejadian stunting pada anak umur dibawah 5 tahun pada tahun 2025. Hal ini merupakan hasil dari kebijakan program “*stunting policy brief*” Global Nutrition Targets 2025. Stunting menjadi penghambat yang signifikan dalam perkembangan manusia. Stunting disebabkan langsung oleh nutrisi yang tidak terpenuhi dan infeksi yang berulang.¹⁴ Stunting berdasarkan PMK No.20 tahun 2020 tentang standar antropometri balita umur 6 bulan-5 tahun adalah sangat pendek (*severely stunted*) dan pendek (*stunted*).¹³ Sangat pendek didefinisikan sebagai panjang badan/tinggi badan menurut umur berada pada ambang batas <-3 SD, sedangkan pendek berada pada ambang batas -3 SD sampai dengan <-2 SD.

Dalam analisis univariat penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden (58,18%) memberikan ASI eksklusif. Pada kelompok yang tidak memberikan ASI eksklusif, lebih dari setengahnya mengalami stunting (56,5%). Dalam analisis bivariat didapatkan bahwa secara statistik tidak ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting. Begitupun dalam analisis multivariat, secara statistik tidak ada hubungan yang signifikan antara ASI eksklusif setelah dikontrol oleh variabel luar yaitu status ekonomi, pendidikan ibu, panjang lahir dan berat badan lahir dengan kejadian stunting.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Satria, dkk yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara ASI eksklusif dengan kejadian stunting di kota Yogyakarta.¹⁵ Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sugiyanto, dkk yang menemukan

bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ASI eksklusif dengan kejadian stunting ($b = -1.67$; $CI\ 95\% = -3.28$ to -0.06 ; $p = 0.042$) yaitu ASI eksklusif dapat menurunkan risiko stunting 1,67 kali.⁸ WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa diberikan makanan apapun di luar ASI dan diteruskan hingga 2 tahun disertai dengan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI).¹⁶ ASI mengandung protein yang dapat meningkatkan daya tahan tubuh balita. Asupan gizi pada bayi sangat penting dalam menunjang pertumbuhan yang sesuai dengan grafik pertumbuhan agar tidak terjadi gangguan pertumbuhan yang berakibat pada stunting. Pemberian makanan terlalu dini dapat mengganggu proses pemberian ASI eksklusif dan menjadikan bayi rentan terhadap penyakit karena enzim pencernaan bayi belum cukup untuk mencerna makanan selain air susu ibu.¹⁷ Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Kramer juga menunjukkan bahwa ASI eksklusif dapat mengurangi angka masuk rumah sakit akibat diare dan infeksi saluran pernafasan.¹⁸ Berdasarkan grafik persentase bayi yang mendapat ASI eksklusif di DIY tahun 2018, cakupan ASI eksklusif paling rendah terdapat di Kota Yogyakarta.¹⁹ Pertumbuhan suboptimal yang terkait dengan peningkatan usia mungkin saja berasal dari tantangan yang terkait dengan transisi antara ASI Eksklusif dengan MP-ASI.²⁰ Tidak hanya ASI eksklusif, tumbuh kembang anak juga dipengaruhi oleh makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang memadai sesuai usia anak. Seiring meningkatnya kebutuhan nutrisi, jika seorang anak tidak menerima MP-ASI yang adekuat, maka pertumbuhan linear bisa saja terganggu.²¹⁻²²

Berdasarkan analisis bivariabel dengan menggunakan *chi square* diperoleh bahwa tidak ada hubungan antara status ekonomi, pendidikan ibu, dan berat badan lahir dengan kejadian stunting dengan nilai $Pv > 0,05$. Sedangkan terdapat hubungan yang signifikan antara panjang lahir dengan kejadian stunting ($Pv = 0,002$; $OR = 3,2$;

$CI = 1,57-9,97$) artinya bahwa panjang lahir pendek yaitu < 48 cm akan meningkatkan risiko stunting pada balita umur 6-60 bulan sebesar 3,2 kali dibandingkan dengan panjang lahir normal yaitu ≥ 48 cm. Determinan pendek ditemukan pada anak dengan berat badan lahir < 2500 gram dan panjang lahir < 48 cm. Oleh karena itu sangat penting untuk mensukseskan program gerakan perbaikan gizi pada 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK). Karena 1000 HPK adalah perhatian gizi yang dimulai dari ibu hamil sampai dengan anak umur 2 tahun. Karena stunting sebenarnya adalah gagal tumbuh pada anak balita kekurangan energi kronik terutama dalam 1000 HPK.²³ Kekurangan gizi sejak dalam kandungan berpengaruh terhadap organ dan pertumbuhan janin. Bayi yang mengalami kekurangan gizi selama masa kehamilan masih dapat diperbaiki dengan asupan yang baik sehingga dapat melakukan tumbuh kejar sesuai dengan perkembangannya. Namun, apabila intervensinya terlambat dapat mengalami gagal tumbuh.²⁴

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara pendidikan ibu dengan kejadian stunting. Hal ini sejalan dengan penelitian Utami, dkk tetapi tidak sejalan dengan penelitian Sugiyanto, dkk.^{8,25} Ibu dengan pendidikan yang baik diharapkan mempunyai pengetahuan tentang pendampingan gizi untuk anak-anaknya. Dengan pengetahuan yang baik akan mempengaruhi ibu dalam memberikan ASI eksklusif dan juga pemilihan makanan seimbang untuk anak-anaknya sehingga mereka dapat tumbuh dengan baik. Status ekonomi akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam menyediakan makanan yang seimbang sesuai dengan kebutuhan gizi anak-anak mereka. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nasution, dkk dengan hasil penelitian nilai $OR = 1,25$ $CI = (0,73 - 2,18)$.²⁶ Tidak adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendapatan dengan kejadian *stunting* sesuai dengan pendapat bahwa pertumbuhan bayi tidak terlalu terpengaruh dengan pendapatan

karena walaupun pendapatan keluarga tergolong rendah jika mampu mengelola makanan yang bergizi dengan bahan yang sederhana dan murah maka pertumbuhan bayi juga akan menjadi baik.²⁷

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara BBLR dengan kejadian stunting dengan nilai $P_v=0,21$. Penelitian menemukan bahwa pada bayi BBLR kecil masa kehamilan, setelah berusia 2 bulan mengalami gagal tumbuh (*growth faltering*).²⁸ Gagal tumbuh pada usia dini (2 bulan) menunjukkan risiko untuk mengalami gagal tumbuh pada periode berikutnya.

Kesimpulan

Berdasarkan penelitian diketahui tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara ASI eksklusif dengan kejadian stunting setelah dikontrol oleh variabel panjang lahir, status ekonomi, pendidikan ibu, dan berat badan lahir. Diantara variabel kontrol, hanya panjang lahir yang berhubungan signifikan dengan kejadian stunting. Pemangku kebijakan diharapkan mampu memberikan intervensi yang tepat sasaran dan efektif dalam rangka mencegah terjadinya stunting salah satunya dengan memutus mata rantai malnutrisi dari calon ibu (remaja) sampai anak yang dilahirkan. Penting untuk memenuhi kebutuhan gizi yang adekuat pada setiap tahapan siklus hidup manusia. Diperlukan penelitian yang lebih mendalam terkait dengan faktor yang berpengaruh terhadap kejadian stunting dari faktor ibu, anak, dan pelayanan kesehatan dan besarnya risiko masing-masing determinan tersebut terhadap kasus stunting sehingga dapat dijadikan dasar dalam menentukan prioritas kebijakan sebagai langkah pencegahan dan penanganan kejadian stunting.

Ucapan Terimakasih

Kami berterimakasih kepada Dinas Kesehatan Gunungkidul dan Kota Yogyakarta karena telah memberikan ijin penelitian dan memberikan banyak arahan pelaksanaan penelitian pada kondisi

pandemi COVID-19 seperti saat ini. Kami juga mengucapkan terimakasih kepada kader posyandu setempat yang telah banyak membantu pelaksanaan penelitian.

Daftar Pustaka

1. UNICEF, WHO, and World Bank Group, Joint Malnutrition Estimates-Levels and Trends, WHO, Geneva, Switzerland, 2017.
2. Badham J. and L. Sweet. Stunting: an overview. *Sight and Life Magazine*, 2010(3/2010): p. 40-47.
3. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017 <http://www.depkes.go.id/resources/download/profil>. PROFIL KES_RI, 2016. 2017.
4. Achadi E. Stunting: Permasalahan dan potensi dampaknya terhadap kualitas SDM di Indonesia. in Disampaikan pada rembug stunting Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional RI (Stunting: Problems and potential impacts on quality of human resources in Indonesia. Presented at the stunting meeting of the Indonesian Ministry of National Development Planning. Website. 2018.
5. BAPPENAS. Hasil utama riskesmas 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2018.
6. Anonim. Profil Kesehatan DIY tahun. 2018.
7. De Onis, M., M. Blössner, and E. Borghi, Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American journal of clinical nutrition*, 2010. 92(5): p. 1257-1264.
8. Sugiyanto J., S.S. Raharjo, and Y.L.R. Dewi. The effects of exclusive breastfeeding and contextual factor of village on stunting in bontang, east kalimantan, indonesia. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 2019. 4(3): p. 222-233.
9. Ahmed T, Mahfuz M, Ireen S, Ahmed AMS, Rahman S, Islam MM, et al. Nutrition of children and women in Bangladesh: trends and directions for the future. *J Health Popul Nutr*. 2012; 30(1): 1-11.
10. De Onis M, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. *Matern Child Nutr*. 2016; 12(Suppl 1): 12-26. 12.
11. Beal T, Tumilowicz A, Sutrisna A, Izwardy D, Neufeld LM. A review of child stunting determinants in Indonesia. *Matern Child Nutr*. 2018; 14:e12617
12. Aspar Abdul Gani, Lucy Widasari, anang S. Otolawu, Veni HAdju, Sukri Palutturi, A. Razak Thoha, Sabarina Manti. Risk Factors for Stunting Among Children in Banggai Regency, Indonesia
13. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan REPUBLIK Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri. 2020.
14. WHO, Global nutrition targets 2025: Stunting policy brief. 2014, World Health Organization.
15. Sastria AH, Hasnah and F. Fadli, Faktor Kejadian

- Stunting Pada Anak Dan Balita. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 2019. 14(2): p. 100-108.
16. Mensah KA, et al. Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among nursing mothers in a peri-urban district of Ghana. *BMC research notes*, 2017. 10(1): p. 466.
 17. Zogara AU., H. Hadi, and T. Arjuna, Riwayat pemberian ASI eksklusif dan MPASI dini sebagai prediktor terjadinya stunting pada baduta di Kabupaten Timor Tengah Selatan, Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*, 2016. 2(1): p. 41-50.
 18. Kramer MS, et al. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child height, weight, adiposity, and blood pressure at age 6.5 y: evidence from a large randomized trial. *The American journal of clinical nutrition*, 2007. 86(6): p. 1717-1721.
 19. Anonim. Profil Kesehatan DIY tahun 2018. 2018.
 20. Akombi BJ, et al. Stunting, wasting and underweight in sub-Saharan Africa: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 2017. 14(8): p. 863.
 21. Derso T., et al. Stunting, wasting and associated factors among children aged 6–24 months in Dabat health and demographic surveillance system site: A community based cross-sectional study in Ethiopia. *Bmc pediatrics*, 2017. 17(1): p. 96.
 22. Thiombiano-Coulibaly, N., et al., Effects of early extra fluid and food intake on breast milk consumption and infant nutritional status at 5 months of age in an urban and a rural area of Burkina Faso. *European journal of clinical nutrition*, 2004. 58(1): p. 80-89.
 23. Trihono T., et al. Pendek (stunting) di Indonesia, masalah dan solusinya. 2015, Lembaga Penerbit Badan Litbangkes.
 24. Damayanti R.A., L. Muniroh and F. Farapti, Perbedaan tingkat kecukupan zat gizi dan riwayat Pemberian ASI Eksklusif pada Balita Stunting dan Non Stunting. *Media Gizi Indonesia*, 2016. 11(1): p. 61-69.
 25. Utami AD., D. Indarto, and Y.L.R. Dewi, The Effect of Dietary Intake and Social Economic Factors on the Risk of Stunting in Primary School Children in Surakarta, Central Java. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 2017. 2(1): p. 1-10.
 26. Nasution D and D.S. Nurdiati. Hubungan berat badan lahir rendah (bblr) dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan di Kota Yogyakarta. 2014, [Yogyakarta]: Universitas Gadjah Mada.
 27. Anindita P. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, Kecukupan Protein & Zinc dengan Stunting (Pendek) pada Balita Usia 6 35 Bulan di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro*, 2012. 1(2): p. 18764.
 28. Sudiman H. Stunting Atau Pendek: Awal Perubahan Patologis Atau Adaptasi Karena Perubahan Sosial Ekonomi Yang Berkepanjangan? *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 2008. 18(1).