

## BAB V

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 5.1 Gambaran Umum Puskesmas Senapelan

Puskesmas Senapelan berada dalam wilayah Kecamatan Senapelan yang berada di Kota Pekanbaru terdiri atas 42 RW dan 146 RT dengan luas wilayah kerja 6,65 km<sup>2</sup>. Puskesmas senapelan terdiri dari 6 kelurahan yaitu:

- a. Kelurahan Padang Bulan : 1,59 km<sup>2</sup>
- b. Kelurahan Padang Terubuk : 1,54 km<sup>2</sup>
- c. Kelurahan Sago : 0,68 km<sup>2</sup>
- d. Kelurahan Kampung Dalam : 0,68 km<sup>2</sup>
- e. Kelurahan Kampung Bandar : 1,19 km<sup>2</sup>
- f. Kelurahan Kampung Baru : 0,97 km<sup>2</sup> (Dewi, 2018).

Batas-batas wilayah Kecamatan Senapelan adalah:

- Sebelah Timur : berbatasan dengan Kecamatan Pekanbaru Kota
- Sebelah Barat : berbatasan dengan Kecamatan Payung Sekaki
- Sebelah Utara : berbatasan dengan Kecamatan Rumbai
- Sebelah Selatan : berbatasan dengan Kecamatan Sukajadi

Menurut data dari Kecamatan Senapelan, jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Senapelan pada tahun 2016 mencapai 36.519 jiwa. Kepadatan penduduknya mencapai 5.492 jiwa/km<sup>2</sup>, dengan kelurahan terpadat adalah kelurahan Kampung Baru yaitu 9.555 jiwa/km<sup>2</sup>. Terdapat 8.242 kepala keluarga yang ada dalam wilayah kerja Puskesmas Senapelan. Adapun rincian jumlah penduduk masing-masing kelurahan adalah sebagai berikut:

- Padang Bulan : 10.240 jiwa
- Padang Terubuk : 7.975 jiwa
- Sago : 1.970 jiwa
- Kampung Dalam : 2.856 jiwa
- Kampung Bandar : 4.210 jiwa
- Kampung Baru : 9.268 jiwa (Dewi, 2018).

## 5.2 Karakteristik Responden

### 5.2.1 Jenis Kelamin

**Tabel 5. 1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Z-Score**

| <b>Jenis Kelamin Balita</b>  | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
|------------------------------|-----------|--------------|
| Laki-laki                    | 21        | 48,8         |
| Perempuan                    | 22        | 51,2         |
| <b>Total</b>                 | <b>43</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Z-Score</b>               | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
| <b><i>Stunting</i></b>       |           |              |
| Laki-laki                    | 6         | <b>13,9</b>  |
| Perempuan                    | 4         | <b>9,3</b>   |
| <b><i>Tidak Stunting</i></b> |           |              |
| Laki-laki                    | 15        | <b>34,9</b>  |
| Perempuan                    | 18        | <b>41,9</b>  |
| <b>Total</b>                 | <b>43</b> | <b>100,0</b> |

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa jumlah balita perempuan di Puskesmas Senapelan Pekanbaru yaitu sebanyak 51,2% dan jumlah balita laki-laki adalah 48,8%. Maka dapat disimpulkan bahwa jumlah balita perempuan usia 7-59 bulan di Puskesmas Senapelan Pekanbaru lebih banyak daripada jumlah balita laki-laki. Namun Pada penelitian ini, prevalensi anak laki-laki *stunting* lebih tinggi (13,9%) dibandingkan dengan anak perempuan *stunting* (9,3%). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian di Afrika yang menyatakan bahwa anak laki-laki secara konsisten lebih mungkin terjadi *stunting* (Chirande et al., 2015).

Perbedaan terdapat pada penelitian Mar'atussalehah & Bardosono (2013) yang menunjukkan jumlah risiko *stunting* pada anak laki-laki dan anak perempuan adalah sama yang menunjukkan tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan risiko *stunting* ( $p=0,801$ ). Penyebab tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan risiko *stunting* adalah karena pada

anak-anak belum terlihat adanya perbedaan kecepatan dan pencapaian pertumbuhan pada laki-laki dan perempuan. Perbedaan tersebut akan mulai terlihat ketika memasuki usia remaja, dimana perempuan akan terlebih dahulu mengalami peningkatan kecepatan pertumbuhan. Hal ini menyebabkan risiko *stunting* pada laki-laki dengan perempuan tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna sehingga keduanya dapat terkena risiko *stunting* dengan kemungkinan yang sama (Mar'atussalehah & Bardosono, 2013).

### 5.2.2 Usia

**Tabel 5. 2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia**

| <b>Usia Balita (Bulan)</b> | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
|----------------------------|-----------|--------------|
| <24                        | 15        | 34,9         |
| >24                        | 28        | 65,1         |
| <b>Total</b>               | <b>43</b> | <b>100,0</b> |

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui jumlah balita usia <24 bulan di Puskesmas Senapelan Pekanbaru yaitu sebanyak 34,9% dan balita usia >24 bulan sebanyak 65,1%. Jumlah balita usia >24 bulan di Puskesmas Senapelan Pekanbaru lebih banyak daripada jumlah balita usia <24 bulan.

Anak dibawah dua tahun (Baduta) termasuk dalam usia 1000 hari pertama kehidupan, dimana usia ini sangat rentan terjadi masalah gizi terutama *stunting*. Kondisi *stunting* yang terlambat disadari akan mengganggu perkembangan fisik dan kognitif anak, keterlambatan perkembangan mental, serta penurunan kualitas belajar di sekolah (Anshori, 2013).

### 5.2.3 Pendidikan Ibu

**Tabel 5. 3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu**

| <b>Pendidikan Ibu</b> | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
|-----------------------|-----------|--------------|
| SD/Sederajat          | 4         | 9,3          |
| SLTP/Sederajat        | 9         | 21,0         |
| SLTA/Sederajat        | 29        | 67,4         |
| D4                    | 1         | 2,3          |
| <b>Total</b>          | <b>43</b> | <b>100,0</b> |

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui berdasarkan pendidikan ibu di Puskesmas Senapelan Pekanbaru yaitu SD/ sederajat 9,3%, SLTP/ sederajat 21,0%, SLTA/ sederajat 67,4% dan D4 2,3%. Jumlah pendidikan ibu SLTA/ sederajat lebih banyak daripada pendidikan lainnya.

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu nilai ( $p > 0,05$ ) sehingga dapat dikatakan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan stunting (pendek) pada balita. Hal ini bisa disebabkan karena indikator TB/U merefleksikan riwayat gizi masa lalu dan bersifat kurang sensitif terhadap perubahan masukan zat gizi, dimana dalam hal ini ibu mempunyai peranan dalam alokasi masukan zat gizi. Berbeda dengan berat badan yang dapat naik, tetap atau turun, tinggi badan hanya bisa naik atau tetap pada suatu kurun waktu tertentu. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur (Anindita, 2012).

Pendidikan ibu merupakan hal dasar bagi tercapainya gizi balita yang baik. Tingkat pendidikan ibu tersebut terkait dengan kemudahan ibu dalam menerima informasi tentang gizi dan kesehatan dari luar. Ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah menerima informasi dari luar, dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan lebih rendah. Tingkat pendidikan pada keluarga miskin sebagian besar dalam kategori rendah, hal ini dikarenakan keterbatasan ekonomi yang dialami sehingga mereka tidak mampu melanjutkan pendidikan pada jenjang yang lebih tinggi. Dalam penelitian ini, ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah tidak selalu memiliki balita dengan masalah

*stunting* dan *wasting* yang lebih banyak daripada ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi. Hal ini dikarenakan tingkat pendidikan ibu merupakan penyebab dasar dari masalah kurang gizi, dan masih banyak faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi terjadinya masalah kurang gizi, khususnya *wasting* dan *stunting* pada keluarga miskin (Ni'mah & Muniroh, 2015).

#### 5.2.4 Pendapatan Keluarga

**Tabel 5. 4 Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga**

| <b>Pendapatan Keluarga</b> | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
|----------------------------|-----------|--------------|
| <UMK PKU                   | 39        | 90,7         |
| >UMK PKU                   | 4         | 9,3          |
| <b>Total</b>               | <b>43</b> | <b>100,0</b> |

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui jumlah pendapatan keluarga di Puskesmas Senapelan Pekanbaru <UMK PKU adalah 90,7% dan >UMR adalah 9,3%. Maka jumlah pendapatan keluarga <UMK PKU lebih banyak daripada jumlah pendapatan lainnya. Upah Minimum Kabupaten/Kota (UMK) Riau ditetapkan melalui Keputusan Gubernur Riau Nomor: Kpts. 1198/XI/2019 tentang UMK 2020 Kota Pekanbaru adalah sebesar Rp. 2.997,971,69,- (Gubernur Riau, 2019).

Banyak faktor yang mempengaruhi *stunting*, diantaranya adalah pendapatan dan status ekonomi keluarga. Penelitian di Maluku pada anak usia 0-23 bulan dan penelitian di Bogor pada anak usia 6-12 bulan menunjukkan ada hubungan pendapatan keluarga dengan kejadian *stunting* (Anugraheni, 2012). Penelitian sejalan dengan (Anshori, 2013) yang menyatakan keluarga dengan pendapatan keluarga rendah berisiko 11,8 kali lebih besar anaknya untuk terjadi *stunting* ( $p=0,006$ ) dibandingkan keluarga dengan pendapatan keluarga tinggi.

Keluarga dengan pendapatan keluarga rendah akan mempunyai kesempatan untuk mencukupi kebutuhan pangan dan gizi keluarga yang rendah, sehingga anak lebih rentan terjadi *stunting*. Keluarga dengan pendapatan keluarga tinggi memiliki kesempatan untuk memilih bahan makanan yang lebih bervariasi

serta kebutuhan zat gizi tercukupi, sehingga risiko kejadian masalah gizi dapat ditekan sehingga keluarga dengan pendapatan ekonomi rendah merupakan faktor risiko kejadian *stunting* (Anshori, 2013).

### 5.3 ASI Eksklusif

**Tabel 5. 5 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat ASI Eksklusif**

| <b>Riwayat ASI Eksklusif</b> | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
|------------------------------|-----------|--------------|
| ASI Eksklusif                | 15        | 34,9         |
| Tidak ASI Eksklusif          | 28        | 65,1         |
| <b>Total</b>                 | <b>43</b> | <b>100,0</b> |

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa jumlah balita dengan riwayat ASI eksklusif di Puskesmas Senapelan Pekanbaru yaitu sebanyak 34,9% dan balita dengan riwayat tidak ASI eksklusif sebanyak 65,1%. Maka jumlah balita dengan riwayat tidak ASI eksklusif di Puskesmas Senapelan Pekanbaru lebih banyak daripada jumlah balita dengan riwayat ASI eksklusif.

Pemberian ASI (Air Susu Ibu) merupakan faktor penting bagi pertumbuhan dan perkembangan serta kesehatan anak. Ada 4 (empat) pola makan terbaik bagi anak usia 0 sampai 2 tahun, yaitu Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dalam 30 sampai 60 menit pertama setelah lahir, memberikan ASI eksklusif sampai bayi usia 6 bulan, mulai memberikan makanan pendamping mulai usia 6 bulan dan meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 2 tahun (Rohmatun, 2014).

Penelitian yang dilakukan oleh Sinambela (2019) dimana diperoleh hasil uji *fishers exact*, yaitu  $p = 0.00$  maka  $p < \alpha (0.05)$  sehingga hasil hipotesis adalah  $H_0$  di tolak dan  $H_a$  di terima maka ada hubungan antara ASI Eksklusif dengan kejadian *stunting*. ASI merupakan asupan gizi yang sesuai dengan kebutuhan akan membantu pertumbuhan dan perkembangan anak. Bayi yang tidak mendapatkan ASI dengan cukup berarti memiliki asupan gizi yang kurang baik dan dapat menyebabkan kekurangan gizi salah satunya dapat menyebabkan *stunting* (Sinambela et al., 2019).

Berdasarkan hasil penelitian (Ahmad,2010) bahwa *stunting* lebih banyak ditemukan pada anak yang tidak diberi ASI eksklusif dibandingkan anak yang diberi ASI eksklusif. Terdapat kecenderungan penyakit infeksi seperti diare dan penyakit pernafasan akan lebih mudah mengenai bayi yang diberikan ASI kurang dan pemberian makanan atau formula yang terlalu dini dikarenakan ASI sebagai antiinfeksi sehingga dapat meningkatkan risiko kejadian *stunting* (Rahayu, 2011).

#### 5.4 *Stunting*

**Tabel 5. 6 Distribusi Responden Berdasarkan Z-Score TB/U atau PB/U**

| <i>Z-Score</i> TB/U atau PB/U | n         | %            |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| Tidak <i>Stunting</i>         | 33        | 76,7         |
| <i>Stunting</i>               | 10        | 23,3         |
| <b>Total</b>                  | <b>43</b> | <b>100,0</b> |

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa jumlah balita tidak *stunting* di Puskesmas Senapelan Pekanbaru yaitu sebanyak 76,7% dan jumlah balita *stunting* sebanyak 23,3%. Maka dapat disimpulkan bahwa jumlah balita tidak *stunting* di Puskesmas Senapelan Pekanbaru lebih banyak daripada jumlah balita *stunting*. Bila dibandingkan dengan batas “*non public health problem*” menurut WHO untuk masalah kependekan sebesar 20%, maka Puskesmas Senapelan masih dalam kondisi bermasalah kesehatan yaitu *stunting* (Kemenkes RI, 2010).

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya *stunting*, diantaranya adalah pemenuhan nutrisi yang kurang, faktor sosial ekonomi ataupun pengetahuan keluarga tentang pentingnya asupan nutrisi yang cukup pada anak. Jika masalah tersebut tidak teratasi dengan baik dan dibiarkan berlarut-larut maka akan menyebabkan anak balita mengalami *stunting* (pendek). Untuk itu perlu adanya peran baik dari tenaga kesehatan, keluarga dan lingkungan sekitar untuk melakukan upaya pencegahan yaitu, dengan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang pentingnya pemenuhan nutrisi dan zat gizi yang cukup pada anak, serta menjaga pola hidup bersih dan sehat (Sinambela et al., 2019).

*Stunting* memiliki konsekuensi jangka panjang untuk masa depan sumber daya manusia. Dengan demikian, mencegah *stunting* pada anak-anak sangat penting dilakukan untuk melindungi kemampuan belajar dan modal sumber daya manusia di masa depan. Asupan gizi yang tidak memadai adalah salah satu dari banyak penyebab *stunting*. Kegagalan pertumbuhan sering dimulai sejak di dalam rahim dan terus berlangsung setelah lahir, sebagai refleksi dari praktek menyusui yang kurang tepat dan pemberian makanan pendamping ASI yang tidak memadai serta kontrol terhadap infeksi yang kurang memadai. Oleh karena itu, fokus pada jendela seribu hari pertama kehidupan yaitu sejak kehamilan sampai anak berusia dua tahun adalah sangat penting (Sutrio & Lupiana, 2019).

Anak-anak yang mengalami *stunting* lebih awal, yaitu sebelum usia enam bulan, akan mengalami *stunting* lebih berat menjelang usia dua tahun. *Stunting* yang parah pada anak-anak mengakibatkan terjadinya penurunan kemampuan perkembangan fisik dan mental sehingga ia tidak mampu belajar optimal di sekolah, dibandingkan anak-anak dengan tinggi badan normal. Anak dengan *stunting* juga berisiko memiliki IQ 5-10 poin lebih rendah dibanding dengan anak normal. Selain itu, *stunting* berisiko meningkatkan angka kematian pada anak, menurunkan kemampuan kognitifnya, perkembangan motorik anak rendah, serta fungsi tubuh yang tidak seimbang. *Stunting* yang terjadi pada usia 36 bulan pertama biasanya disertai efek jangka panjang berisiko tinggi menderita penyakit kronik, seperti obesitas, mengalami gangguan intoleransi glukosa, hipertensi ataupun penyakit jantung koroner dan osteoporosis (Achadi, 2012).



## 5.5 Tabel Silang ASI Eksklusif terhadap *Stunting*

Tabel 5. 7 Distribusi Frekuensi ASI Eksklusif terhadap *Stunting*

| Riwayat<br>ASI Eksklusif | Z-Score TB/U atau PB/U |             |                 |             | Total     |              |
|--------------------------|------------------------|-------------|-----------------|-------------|-----------|--------------|
|                          | Tidak <i>Stunting</i>  |             | <i>Stunting</i> |             | n         | %            |
|                          | n                      | %           | n               | %           |           |              |
| ASI Eksklusif            | 14                     | 32,6        | 1               | 2,3         | 15        | 34,9         |
| Tidak ASI Eksklusif      | 19                     | 44,2        | 9               | 20,9        | 28        | 65,1         |
| <b>Total</b>             | <b>33</b>              | <b>76,8</b> | <b>10</b>       | <b>23,2</b> | <b>43</b> | <b>100,0</b> |

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui balita dengan riwayat ASI eksklusif yang mengalami *stunting* adalah 2,3% sedangkan balita tidak *stunting* adalah 32,6%. Hal ini menyatakan bahwa balita dengan riwayat ASI eksklusif yang tidak mengalami *stunting* lebih banyak daripada yang mengalami *stunting*. Kemudian dapat diketahui bahwa balita dengan riwayat tidak ASI eksklusif yang mengalami *stunting* adalah 20,9% sedangkan balita tidak *stunting* adalah 44,2%. Hal ini menyatakan bahwa balita dengan riwayat tidak ASI eksklusif yang tidak mengalami *stunting* lebih banyak daripada yang mengalami *stunting*. Namun dapat dilihat bahwa balita dengan riwayat tidak ASI eksklusif beresiko mengalami *stunting* daripada balita dengan riwayat ASI eksklusif.

Balita di Puskesmas Senapelan Pekanbaru lebih banyak yang tidak diberikan ASI eksklusif dengan presentase 65,1%. Sedangkan untuk angka kejadian *stunting* pada balita di Puskesmas Senapelan Pekanbaru lebih kecil daripada balita dengan kejadian tidak *stunting* yaitu sebesar 23,2%. Hal ini tetap menjadi masalah kesehatan, karena prevalensi angka lebih dari 20% sebagaimana menurut WHO untuk masalah kependekan (Kemenkes RI, 2010). Balita yang mengalami kejadian *stunting* rata-rata tidak memiliki riwayat ASI eksklusif, sehingga riwayat tidak ASI eksklusif merupakan faktor terjadinya *stunting* pada balita.

Praktek pemberian ASI pada balita dengan risiko menjadi pendek lebih tinggi dibandingkan balita yang telah dihentikan menyusui dan mereka yang

belum pernah disusui secara eksklusif selama enam bulan pertama. ASI tidak eksklusif yang diberikan kepada bayi berusia kurang dibawah 6 bulan secara signifikan berhubungan ( $p = 0,001$ ) terhadap kejadian *stunting* dengan prevalensi sebesar 38,1% (Rahmad & Miko, 2016). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian terdahulu yang didapatkan ( $p < 0,05$ ) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada bayi 12–36 bulan (Wardani, 2019).

Berdasarkan penelitian Ichsan et al. (2015) Alasan ibu-ibu gagal menjalankan ASI eksklusif yaitu keluarga yang kurang mendukung, ketidakcukupan produksi ASI, ibu bekerja, kerepotan dan kurangnya pemahaman yang baik terhadap cara penyimpanan ASI di botol dan pengaruh tradisi yang kurang sesuai dengan program ASI eksklusif 6 bulan (Ichsan et al., 2015). Menurut Nickel et al. (2013), untuk terlaksananya sukses pemberian ASI, maka langkah-langkah yang harus dilakukan yaitu:

- a) Memiliki aturan kebijakan tertulis yang dikomunikasikan secara rutin pada semua staf kesehatan
- b) Melatih keterampilan yang diperlukan untuk mengimplementasikan kebijakan tadi kepada semua staf kesehatan
- c) Menginformasikan kepada semua wanita hamil tentang manfaat-manfaat dan manajemen laktasi
- d) Membantu ibu-ibu dalam memulai ASI dalam jam pertama kelahiran
- e) Menunjukkan pada ibu-ibu tentang bagaimana menyusui, dan bagaimana tetap mempertahankan menyusui walaupun mereka terpisah dari bayi-bayinya
- f) Tidak memberi makanan atau minuman apapun kecuali ASI, kecuali sesuatu atas indikasi medis
- g) Mempraktekkan rawat gabung yang memungkinkan ibu dan bayi untuk tetap bersama dalam 24 jam
- h) Memotivasi ASI sesuai permintaan bayi
- i) Tidak memberikandot atau empong ketika memberikan ASI

- j) Memotivasi untuk terbentuknya kelompok-kelompok pendukung dan merujuk ibu-ibu untuk bergabung setelah kembali dari rumah sakit atau klinik.

Dilaporkan kebanyakan bayi yang baru lahir tidak langsung diberikan ASI tetapi diberi susu botol dengan alasan ASI belum keluar. Apabila ASI sudah keluar ibu memberikan ASI tapi terlebih dahulu ASI yang keluar pertama sekali dibuang tidak langsung diberikan kepada bayi dengan alasan pengeluaran yang pertama masih kotor. Apabila pengeluaran ASI sedikit ibu langsung menggantikan ASI dengan pemberian susu botol. Pemberian susu botol yang masuk ke dalam tubuh bayi belum tentu dapat dicerna bayi dengan baik, terlebih lagi apabila cara pembuatan susu botol tidak sesuai takaran serta tidak menjaga kebersihan botol susu maka akan menyebabkan timbulnya penyakit diare pada bayi dengan demikian pertumbuhannya akan terganggu (Ichsan et al., 2015)

Rendahnya pemberian ASI Eksklusif menjadi salah satu pemicu terjadinya kependekan (*stunting*) pada anak balita di Kota Banda Aceh akibat dari kejadian masa lalu dan akan berdampak terhadap masa depan si anak, sebaliknya pemberian ASI yang baik oleh ibu akan membantu menjaga keseimbangan gizi anak sehingga tercapai pertumbuhan anak yang normal. ASI sangat dibutuhkan dalam masa pertumbuhan bayi agar kebutuhan gizinya tercukupi. Oleh karena itu ibu harus dan wajib memberikan ASI secara eksklusif kepada bayi sampai umur bayi 6 bulan dan tetap memberikan ASI sampai bayi berumur 2 tahun untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi (Rahmad & Miko, 2016).

Anak balita yang diberikan ASI eksklusif dan MP-ASI sesuai dengan kebutuhannya dapat mengurangi resiko terjadinya *stunting*. Hal ini karena pada usia 0-6 bulan ibu balita yang memberikan ASI eksklusif dapat membentuk imunitas atau kekebalan tubuh anak balita sehingga dapat terhindar dari penyakit infeksi. Setelah itu pada usia 6 bulan anak balita diberikan MP-ASI dalam jumlah dan frekuensi yang cukup sehingga anak balita terpenuhi kebutuhan zat gizinya yang dapat mengurangi risiko terjadinya *stunting* (Aridiyah, et al, 2015).

Selanjutnya, pada balita yang tidak memiliki riwayat ASI eksklusif namun tidak menderita *stunting* menunjukkan bahwa riwayat pemberian ASI eksklusif bukan faktor risiko terjadinya *stunting* pada anak usia 12–59 bulan. Hal ini tidak sesuai dengan temuan dari WHO yang menyatakan pemberian ASI eksklusif dapat menurunkan risiko kejadian *stunting*, karena kandungan kalsium pada ASI mempunyai bioavailabilitas yang tinggi sehingga dapat diserap dengan optimal terutama dalam fungsi pembentukan tulang anak (Susilowati, 2010).

Riwayat pemberian ASI eksklusif tidak menjadi faktor risiko terjadinya *stunting* dimungkinkan karena sebagian besar subjek tidak memberikan ASI eksklusif. Sebagian besar ibu banyak yang memberikan ASI dengan kombinasi susu formula. Produksi ASI yang tidak mencukupi atau ASI tidak keluar sama sekali dan ibu yang sibuk bekerja adalah alasan paling banyak kenapa ibu subjek tidak memberikan ASI eksklusif. ASI eksklusif tidak menjadi faktor risiko pada penelitian ini juga dimungkinkan karena ASI eksklusif berpengaruh pada usia tertentu, yaitu 0-6 bulan. Keluarga yang memberikan pola asuh baik terutama terhadap kebutuhan zat gizi, maka akan mempengaruhi status gizi anak. Pemberian MP-ASI yang tepat pada anak usia 12-24 bulan akan menurunkan risiko malnutrisi, karena pada usia tersebut kebutuhan zat gizi anak tidak dapat tercukupi hanya dari ASI saja (Anshori, 2013).