

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak dan memiliki tinggi badan yang lebih rendah dibanding anak seusianya (Putri *et al.*, 2019). *Stunting* diukur berdasarkan panjang atau tinggi badan di bawah -2 standar deviasi pengukuran pertumbuhan anak oleh WHO (Laksono *et al.*, 2022). *Stunting* dapat terjadi mulai dari janin dan baru teridentifikasi saat anak berusia dua tahun karena malnutrisi kronis (Husada dan Rahmadhita, 2020).

Berdasarkan data WHO pada tahun 2020, prevalensi *stunting* di dunia mencapai 22% atau sekitar 149,2 juta balita mengalami *stunting*. Pada tahun 2020, 30% anak-anak dalam 33 negara di dunia masih menderita *stunting* (WHO, 2021). Asia Tenggara memiliki prevalensi 27,4% angka kejadian balita *stunting*, sedikitnya 1 dari 4 anak menderita kekurangan nutrisi (UNICEF, 2021). Berdasarkan hasil Studi Status Gizi Indonesia, prevalensi balita *stunting* di Indonesia sebesar 24,4% pada tahun 2021 (Kemenkes RI, 2021). Angka kejadian balita *stunting* di Sumatera Barat yaitu 23,3% dan Kota Padang sebesar 18,9% pada tahun 2021 (Kemenkes RI, 2021).

Kejadian *stunting* memiliki dampak jangka pendek dan jangka panjang ((Putri *et al.*, 2019). *Stunting* menghambat kemampuan kognitif dan pertumbuhan yang bersifat *irreversible* terhadap perkembangan otak (Daracantika *et al.*, 2021). Menurut Kencana *et al.*, (2022) *stunting* berdampak pada kesehatan gigi dan mulut

seperti terganggunya fungsi saliva yang dapat meningkatkan risiko terjadinya karies (Kencana *et al.*, 2022). Penelitian didapatkan 44,12% anak *stunting* memiliki nilai DMFT kategori rendah, 47,06% kategori sedang, dan 8,82% kategori tinggi (Lutfi *et al.*, 2021).

Ada banyak faktor yang memengaruhi terjadinya *stunting* pada balita, seperti genetik, angka kebutuhan *zinc* dan zat besi, riwayat penyakit infeksi, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, pengetahuan ibu mengenai gizi, riwayat pemberian ASI eksklusif, dan umur pemberian MP-ASI (Supariasa dan Purwaningsih, 2019).

Balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif memiliki risiko sebesar 3,7 kali lebih besar terkena *stunting* dibanding dengan balita yang diberikan ASI eksklusif (D. P. Dewi, 2015). Kolostrum pada ASI memberikan efek perlindungan pada bayi baru lahir sehingga anak terhindar dari insiden, durasi dan keparahan penyakit yang berhubungan dengan kekurangan gizi atau *stunting* (Kim dan Yi, 2020; Supariasa dan Purwaningsih, 2019).

ASI eksklusif merupakan makanan ideal untuk memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis bayi pada masa tumbuh kembang tanpa tambahan cairan lain dalam jangka waktu minimal hingga bayi berusia 6 bulan (Pramulya *et al.*, 2021). Pemberian ASI ini dilanjutkan hingga usia 2 tahun atau lebih berdasarkan rekomendasi WHO dan UNICEF (Pramulya *et al.*, 2021). Pemberian ASI yang tidak sesuai dengan aturan akan membuat bayi mengalami malnutrisi yang berakibat anak *stunting* karena mudah sakit dan terinfeksi berbagai penyakit (Dewi dan Widari, 2018; Yusmahrani *et al.*, 2022). Sampe *et al.*, (2020) menyatakan balita tanpa ASI eksklusif memiliki risiko 61 kali lebih besar mengalami *stunting* (Sampe *et al.*, 2020).

Pemberian ASI eksklusif di Indonesia masih jauh dari target, masih banyak ibu yang menggantikan peran ASI dengan menggunakan susu formula dan melakukan penyapihan dini (Rambitan *et al.*, 2014). Pemberhentian pemberian ASI dinyatakan sebagai tahap penyapihan. Penyapihan merupakan masa kritis peralihan atau berhentinya pemberian ASI secara perlahan atau sekaligus pada anak (Kadir *et al.*, 2021). Berdasarkan Riskesdas tahun 2018, sebanyak 21,2% anak di bawah dua tahun mendapatkan usia penyapihan dini, dan 31,26% bayi tidak mendapat ASI eksklusif karena berbagai faktor (Riskesdas, 2018). Fitriani *et al.*, (2019) menyatakan sebanyak 67,5% anak *stunting* mengonsumsi susu formula. Sehingga anak dengan susu formula memiliki risiko 5 kali lebih besar mengalami *stunting* (Fitriani *et al.*, 2019).

Usia penyapihan terdiri atas penyapihan normal, penyapihan terlambat dan penyapihan terlalu dini. Penyapihan terlambat maupun penyapihan dini memiliki risiko. Penyapihan dikategorikan terlambat saat usia anak lebih dari 2 tahun. Penyapihan terlambat berisiko pada gizi tidak optimal pada anak karena unsur-unsur nutrisi yang terkandung dalam ASI sudah berkurang (Masyudi *et al.*, 2019). Pernyataan ini didukung oleh penelitian Syeda *et al.*, (2021) didapatkan anak yang diberi ASI hingga usia 3 tahun memiliki rasio faktor risiko malnutrisi 4,35 dibanding anak diberi ASI hingga 2 tahun dengan rasio faktor risiko malnutrisi 2,43 (Syeda *et al.*, 2021).

Usia penyapihan terlambat meningkatkan risiko karies pada gigi anak (Peres *et al.*, 2017). Fitri *et al.*, (2021) melakukan penelitian dengan menggunakan indeks CSI (*Caries Severity Index*) pada anak dengan pemberian ASI selama 6-11 bulan, 12-17 bulan, dan 18-24 bulan. Hasil menunjukkan karies berat sebanyak 46,7% terdapat pada

anak dengan pemberian ASI 18-24 bulan. Hal ini juga dipengaruhi oleh faktor risiko lain, seperti cara dan durasi pemberian ASI (D. A. Fitri *et al.*, 2021).

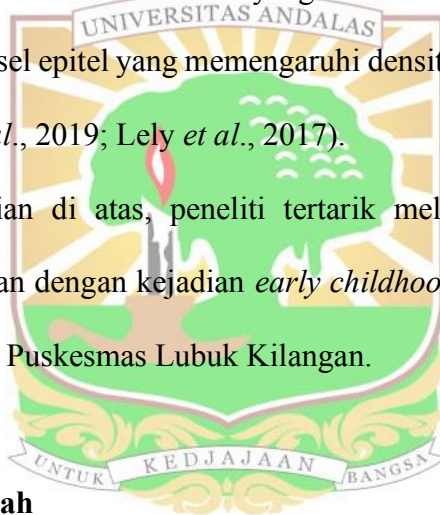
Usia penyapihan dini disertai dengan pemberian ASI dan makanan yang tidak tepat mengakibatkan gizi buruk pada anak (Pambudi dan Christijani, 2017). Pernyataan ini sebanding dengan penelitian yang dilakukan oleh Abbas *et al.*, (2019) didapatkan sebanyak 75 dari 90 balita dengan status gizi kurang mendapatkan usia penyapihan dini (Abbas *et al.*, 2019). Usia penyapihan dini juga berdampak bagi rongga mulut, di antaranya keterlambatan erupsi gigi desidui, munculnya kebiasaan buruk yang mengakibatkan maloklusi atau terhambatnya pertumbuhan rahang, gangguan motorik oral, serta karies gigi (Chandrawita *et al.*, 2019; Miotto *et al.*, 2016). Hal ini sebanding dengan penelitian Susi *et al.*, (2020) menunjukkan bahwa anak yang mengonsumsi susu formula akibat penyapihan dini mempunyai indeks *deft* lebih tinggi dibanding anak yang mendapat ASI eksklusif, sehingga meningkatkan risiko terkena *early childhood caries* (ECC) 2,1 kali lebih tinggi (Susi *et al.*, 2020).

Early childhood caries (ECC) merupakan kondisi kerusakan gigi yang terlihat pada gigi desidui anak (Goswami, 2020). ECC termasuk salah satu penyakit dengan insidensi tinggi di dunia, sekitar 1,76 milyar pada anak dengan gigi desidui (Meyer dan Enax, 2018). ECC berasal dari interaksi mikroorganisme kariogenik, substrat, *host* atau lingkungan, dan waktu (Begzati *et al.*, 2015; Mona *et al.*, 2021). ECC dapat terjadi karena berbagai faktor risiko, termasuk malnutrisi, kejadian *stunting*, dan usia penyapihan (Abbas *et al.*, 2019; Rahman *et al.*, 2016a).

Usia penyapihan yang tidak sesuai mengakibatkan kurang terpenuhinya nutrisi yang berdampak pada status gizi, kesehatan, dan imunitas anak (Masyudi *et al.*, 2019). ASI mengandung berbagai makronutrien, mikronutrien, dan komponen imunologis

(Scherbaum dan Srour, 2016). Komponen makronutrien dari ASI mengandung berbagai macam karbohidrat, lemak, dan protein di antaranya berupa *lysosome*, *lactoferrin*, antibodi sIgA (Palmeira dan Carneiro-Sampaio, 2016). Mikronutrien dalam ASI terdiri atas berbagai macam vitamin dan mineral, seperti vitamin A, D, zat besi, *zinc*, *copper*, dan komponen lain (Kim dan Yi, 2020). Rendahnya nutrisi mengakibatkan pertumbuhan anak terganggu serta mudah terkena infeksi atau penyakit (Palmeira dan Carneiro-Sampaio, 2016). Salah satunya, anak rentan terkena karies akibat kurangnya sistem imun dalam melawan bakteri penyebab karies, terganggunya fungsi saliva akibat nutrisi yang tidak adekuat, serta menghambat pertumbuhan tulang dan sel epitel yang memengaruhi densitas tulang dan gigi (Allison *et al.*, 2015; Hartami *et al.*, 2019; Lely *et al.*, 2017).

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik melakukan penelitian terkait gambaran usia penyapihan dengan kejadian *early childhood caries* (ECC) pada anak *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Kilangan.



1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, dapat dibuat rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran usia penyapihan dengan kejadian *early childhood caries* (ECC) pada anak *stunting*?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran usia penyapihan dengan kejadian *early childhood caries* (ECC) pada anak *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Kilangan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui usia penyapihan pada anak *stunting*.
2. Untuk mengetahui kejadian *early childhood caries* (ECC) pada anak *stunting*.
3. Untuk mendapatkan gambaran usia penyapihan dengan kejadian *early childhood caries* (ECC) pada anak *stunting*

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

1. Meningkatkan kemampuan dalam penelitian.
2. Menambah ilmu dan wawasan mengenai gambaran usia penyapihan dengan kejadian *early childhood caries* (ECC) pada anak *stunting*.

1.4.2 Bagi Akademik

Dapat menambah informasi dan ilmu pengetahuan mengenai gambaran usia penyapihan dengan kejadian *early childhood caries* (ECC) pada anak *stunting*.

1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi dan referensi terkait gambaran usia penyapihan dengan kejadian *early childhood caries* (ECC) pada anak *stunting* bagi penelitian yang akan datang.



1.4.4 Bagi Masyarakat

Untuk menambah pengetahuan dan meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya pemberian ASI eksklusif pada anak dan menjaga kesehatan gigi dan mulut pada anak guna mencegah *stunting*.

