DISPARITAS PARTISIPASI POSYANDU DAN PRAKTIK PEMBERIAN ASI PADA BALITA DI KOTA MAKASSAR

DISPARITIES IN POSYANDU PARTICIPATION AND BREASTFEEDING PRACTICES AMONG UNDER-FIVE CHILDREN IN MAKASSAR

Laksmi Trisasmita[1*], Abdul Salam[1], Safrullah Amir[1], Nurzakiah[1]
(Email: laksmi.trisasmita@unhas.ac.id)

[1]Departemen Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin

ABSTRAK

Pendahuluan: Pemantauan pertumbuhan di Posyandu dan praktik pemberian ASI merupakan strategi kunci pencegahan masalah gizi balita, namun disparitas capaian antar-komunitas kecil dalam satu wilayah kerja puskesmas masih jarang dilaporkan. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan menilai disparitas partisipasi pemantauan pertumbuhan di Posyandu dan praktik pemberian ASI pada balita di tiga komunitas wilayah kerja Puskesmas Bulurokeng, Kota Makassar. **Bahan dan Metode:** Penelitian ini merupakan analisis data sekunder dengan rancangan potong lintang terhadap survei *Evidence-Based Learning* tahun 2024. Sampel mencakup 102 balita usia 0–59 bulan dari RW 5, Bougenville V/Untia, dan Bougenville III–IV. Indikator pemantauan pertumbuhan dianalisis pada seluruh balita, sedangkan indikator pemberian ASI dianalisis pada 40 anak usia 0–23 bulan. Data dianalisis secara deskriptif dan dilanjutkan perbandingan eksploratif antar-komunitas menggunakan uji *chi-square* atau *Fisher exact* serta penghitungan *prevalence ratio* (PR) dan 95% *confidence interval* (CI). **Hasil:** Sebanyak 84,3% balita pernah dibawa ke Posyandu, 65,7% berkunjung pada bulan berjalan, dan hanya 47,1% ditimbang rutin selama tiga bulan berturut-turut. Cakupan penimbangan rutin terendah terdapat di RW 5 (8,3%) dibandingkan Bougenville V/Untia (74,4%) dan Bougenville III–IV (43,6%) dengan PR 7,08 (95% CI 1,85–27,02; p<0,001). Pada baduta, cakupan inisiasi menyusu dini sebesar 50,0%, pemberian ASI saja dalam 24 jam pertama 57,5%, dan tidak menggunakan botol atau dot sebelum usia enam bulan 45,0%. **Kesimpulan:** Partisipasi pemantauan pertumbuhan dan praktik pemberian ASI belum optimal serta menunjukkan disparitas antar-komunitas. Penjangkauan Posyandu berbasis wilayah dan konseling ASI terintegrasi pada setiap kontak layanan perlu diperkuat.

Kata Kunci: ASI; balita; pemantauan pertumbuhan; Posyandu

ABSTRACT

Introduction: *Growth monitoring at Posyandu and breastfeeding are key strategies to prevent child undernutrition, yet disparities between small communities within a single health center catchment area are rarely reported.* ***Aim:*** *This study assessed disparities in growth monitoring participation and breastfeeding practices among under-five children in three communities within the Bulurokeng Public Health Center catchment area, Makassar City.* ***Methods:*** *This cross-sectional secondary data analysis used the 2024 Evidence-Based Learning survey. The*

sample comprised 102 children aged 0–59 months from RW 5, Bougenville V/Untia, and Bougenville III–IV. Growth monitoring indicators were analyzed among all children, whereas breastfeeding indicators were analyzed among 40 children aged 0–23 months. Data were analyzed descriptively, followed by exploratory between-community comparisons using chi-square or Fisher's exact tests and calculation of prevalence ratios (PR) with 95% confidence intervals (CI). ***Results:*** *Overall, 84.3% of children had ever attended Posyandu, 65.7% attended in the current month, and only 47.1% were weighed regularly for three consecutive months. Regular weighing was lowest in RW 5 (8.3%) compared with Bougenville V/Untia (74.4%) and Bougenville III–IV (43.6%), with a PR of 7.08 (95% CI 1.85–27.02; p<0.001). Among children under two years, early breastfeeding initiation was 50.0%, exclusive breast milk within the first 24 hours 57.5%, and no bottle or pacifier use before six months 45.0%.* ***Conclusion:*** *Growth monitoring participation and breastfeeding practices remain suboptimal and show marked community disparities. Area-based Posyandu outreach and breastfeeding counseling integrated into every service contact should be strengthened.*

Keywords: *Breastfeeding; growth monitoring; Posyandu; under-five children*

PENDAHULUAN

Masalah gizi pada anak balita masih menjadi salah satu prioritas utama kesehatan masyarakat di Indonesia. *Stunting* merupakan salah satu bentuk masalah gizi kronis yang menggambarkan kondisi gagal tumbuh akibat kekurangan gizi dalam jangka panjang, infeksi berulang, serta lingkungan pengasuhan dan kesehatan yang tidak optimal.[1] Berdasarkan hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2024, prevalensi *stunting* nasional tercatat sebesar 19,8%.[2] Meskipun angka tersebut menunjukkan penurunan dibandingkan tahun sebelumnya, *stunting* tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat karena masih terdapat sekitar satu dari lima anak balita yang mengalami gangguan pertumbuhan linear.[3] Kondisi ini menegaskan perlunya penguatan intervensi gizi yang tidak hanya berorientasi pada penanganan kasus, tetapi juga pada deteksi dini, pencegahan, dan pendampingan keluarga di tingkat komunitas.

Periode sejak masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun dikenal sebagai 1.000 Hari Pertama Kehidupan (1.000 HPK), yaitu fase kritis yang menentukan kualitas pertumbuhan dan perkembangan anak. Pada periode ini, kecukupan asupan gizi, praktik pemberian ASI, pencegahan penyakit infeksi, sanitasi lingkungan, serta akses terhadap pelayanan kesehatan berperan penting dalam mencegah gangguan pertumbuhan.[1] WHO merekomendasikan inisiasi menyusu dini dalam satu jam pertama setelah lahir, pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama, serta pemberian ASI lanjutan hingga usia dua tahun atau lebih disertai makanan pendamping ASI yang adekuat.[4] Oleh karena itu, upaya pencegahan masalah gizi balita perlu dilakukan melalui pendekatan terpadu yang menggabungkan pemantauan pertumbuhan, promosi pemberian ASI, dan edukasi gizi keluarga secara berkesinambungan.

Pemantauan pertumbuhan merupakan strategi penting dalam deteksi dini masalah gizi anak. Kegiatan ini dilakukan melalui pengukuran berat badan, panjang atau tinggi badan, serta interpretasi hasil pengukuran berdasarkan standar pertumbuhan anak.[5] Pemantauan pertumbuhan tidak hanya bertujuan mencatat berat badan anak, tetapi juga mengidentifikasi anak dengan berat badan tidak naik, gizi kurang, *wasting*, atau risiko *stunting*.[6] Hasil pemantauan tersebut menjadi dasar bagi kader dan tenaga kesehatan untuk memberikan

konseling, edukasi gizi, intervensi lanjutan, atau rujukan apabila ditemukan masalah pertumbuhan. Kajian tentang *growth monitoring and promotion* pada anak di bawah lima tahun di negara berpendapatan rendah dan menengah juga menunjukkan bahwa pemantauan pertumbuhan bertujuan mengenali perlambatan pertumbuhan, memperbaiki praktik pemberian makan anak, dan meningkatkan kontak keluarga dengan layanan kesehatan.[5]

Di Indonesia, pemantauan pertumbuhan anak balita banyak dilakukan melalui Posyandu. Posyandu merupakan bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat yang berfungsi sebagai wadah pelayanan kesehatan dasar, pemberdayaan masyarakat, serta pemantauan kesehatan ibu dan anak.[7] Dalam pelayanan gizi balita, kegiatan Posyandu mencakup penimbangan berat badan, pengukuran panjang atau tinggi badan, pencatatan hasil pertumbuhan, pemberian vitamin A, imunisasi, penyuluhan kesehatan, dan konseling gizi sesuai kebutuhan anak dan keluarga.[6,7] Karena berada dekat dengan masyarakat, Posyandu memiliki posisi strategis sebagai pintu masuk deteksi dini masalah gizi, penguatan edukasi kesehatan keluarga, serta pemantauan cakupan layanan gizi pada tingkat komunitas.

Keberhasilan pemantauan pertumbuhan di Posyandu sangat bergantung pada partisipasi keluarga. Anak yang tidak hadir secara rutin berisiko tidak terpantau pertumbuhannya sehingga gangguan pertumbuhan dapat terlambat dikenali. Dalam program gizi masyarakat, cakupan penimbangan balita sering digambarkan melalui indikator D/S, yaitu proporsi balita yang ditimbang dibandingkan dengan seluruh sasaran balita di suatu wilayah. Cakupan D/S yang rendah dapat mengindikasikan lemahnya jangkauan pemantauan pertumbuhan, rendahnya keterlibatan keluarga, atau belum optimalnya mobilisasi sasaran oleh kader. Penelitian tentang pemanfaatan layanan *growth monitoring and promotion* menunjukkan bahwa partisipasi dalam pemantauan pertumbuhan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk pendidikan ibu, pengetahuan, akses layanan, persepsi terhadap manfaat layanan, kualitas konseling, dan dukungan sistem pelayanan.[8,9] Dengan demikian, kehadiran balita di Posyandu tidak hanya berkaitan dengan ketersediaan layanan, tetapi juga dengan faktor keluarga, sosial, dan karakteristik layanan di tingkat komunitas.

Selain pemantauan pertumbuhan, praktik pemberian ASI merupakan komponen penting dalam pencegahan masalah gizi balita. Inisiasi menyusu dini mendukung keberhasilan menyusui dan memberikan kesempatan bayi memperoleh kolostrum, sedangkan ASI eksklusif selama enam bulan pertama berperan dalam mendukung pertumbuhan, perkembangan, dan perlindungan terhadap penyakit infeksi.[10,11] Setelah usia enam bulan, anak perlu memperoleh makanan pendamping ASI yang aman dan adekuat, sementara pemberian ASI tetap dilanjutkan hingga usia dua tahun atau lebih. WHO dan UNICEF telah menetapkan indikator *Infant and Young Child Feeding* (IYCF) untuk menilai praktik pemberian makan bayi dan anak, termasuk inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif, keberlanjutan menyusui, dan indikator pemberian makanan pendamping ASI.[12] Namun, praktik menyusui optimal masih menghadapi berbagai hambatan, seperti tidak terlaksananya IMD, persepsi bahwa ASI tidak cukup, pemberian makanan atau minuman prelaktal, penggunaan botol atau dot, serta kurangnya dukungan keluarga dan tenaga kesehatan.

Pada kelompok baduta, integrasi pemantauan pertumbuhan dengan konseling pemberian ASI di Posyandu menjadi semakin penting karena anak masih berada dalam periode 1.000 HPK, mencakup edukasi mengenai IMD, ASI eksklusif, ASI lanjutan, dan pemberian MP-ASI.

Namun, integrasi layanan tersebut hanya dapat berjalan optimal apabila anak hadir secara rutin dan keluarga memperoleh konseling yang jelas, berulang, dan sesuai kebutuhan.

Berbagai penelitian di Indonesia telah menunjukkan bahwa masalah gizi balita berkaitan dengan praktik pemberian makan dan pemanfaatan layanan kesehatan dasar.[13] Namun, sebagian besar penelitian terdahulu lebih banyak menekankan hubungan antarvariabel pada tingkat individu atau menggunakan data agregat wilayah yang luas. Data agregat tersebut dapat menyamarkan variasi cakupan antar-komunitas kecil dalam satu wilayah kerja Puskesmas. Padahal, informasi mengenai komunitas mana yang memiliki partisipasi rendah, indikator mana yang paling lemah, dan kelompok sasaran mana yang perlu diprioritaskan sangat penting untuk perencanaan program gizi berbasis wilayah. Oleh karena itu, kajian pada tingkat komunitas kecil diperlukan untuk memberikan gambaran yang lebih kontekstual mengenai disparitas partisipasi Posyandu dan praktik pemberian ASI.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan menilai disparitas partisipasi pemantauan pertumbuhan di Posyandu dan praktik pemberian ASI pada balita di tiga komunitas wilayah kerja Puskesmas Bulurokeng, Kota Makassar. Penelitian ini secara khusus menggambarkan cakupan anak yang pernah dibawa ke Posyandu, kunjungan pada bulan berjalan, keteraturan penimbangan tiga bulan berturut-turut, serta praktik inisiasi menyusu dini dan pemberian ASI pada baduta. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar bagi penguatan kegiatan Posyandu berbasis wilayah, peningkatan peran kader, serta integrasi konseling ASI dalam upaya pencegahan masalah gizi balita.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder dengan rancangan potong lintang menggunakan pendekatan deskriptif dan analitik eksploratif. Data bersumber dari survei *Evidence-Based Learning* (EBL) tahun 2024 yang dilaksanakan di tiga komunitas wilayah kerja Puskesmas Bulurokeng, Kota Makassar, yaitu RW 5, Bougenville V/Untia, dan Bougenville III–IV. Subjek penelitian adalah seluruh anak balita usia 0–59 bulan yang tercatat dalam dataset dan memiliki informasi lokasi komunitas. Sampel akhir mencakup 102 balita, terdiri atas 40 anak usia 0–23 bulan dan 62 anak usia 24–59 bulan. Kelompok usia (baduta/balita) diperoleh dari kategori usia yang telah tercatat pada instrumen survei untuk seluruh 102 anak; sedangkan umur dalam satuan bulan yang bersifat kontinu hanya tersedia pada 83 anak.

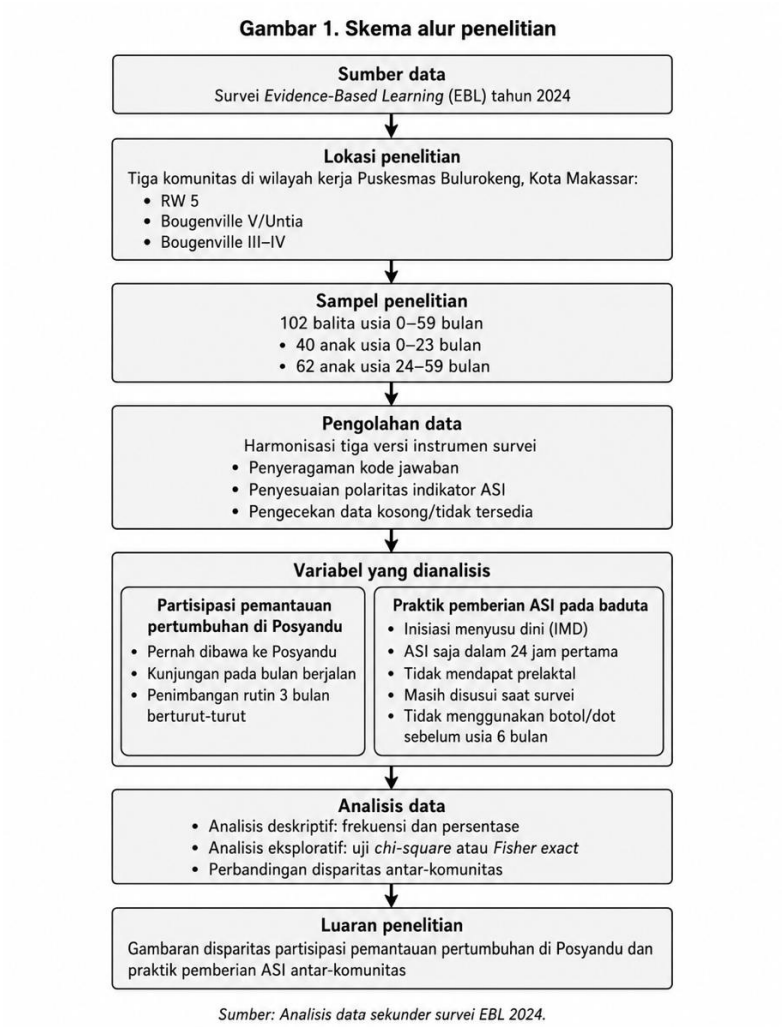
Variabel utama dalam penelitian ini meliputi partisipasi pemantauan pertumbuhan di Posyandu dan praktik pemberian ASI. Indikator partisipasi Posyandu mencakup riwayat pernah dibawa ke Posyandu, kunjungan ke Posyandu pada bulan berjalan, dan keteraturan penimbangan selama tiga bulan berturut-turut. Keteraturan penimbangan didefinisikan sebagai kehadiran anak dalam kegiatan penimbangan selama tiga bulan berturut-turut, yang diverifikasi berdasarkan catatan pada buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)/Kartu Menuju Sehat (KMS) anak. Indikator praktik pemberian ASI meliputi inisiasi menyusu dini (IMD), pemberian ASI saja dalam 24 jam pertama, tidak mendapat makanan atau minuman prelaktal, masih disusui saat survei, dan tidak menggunakan botol atau dot sebelum usia enam bulan. Indikator pemberian ASI dianalisis pada anak usia 0–23 bulan (n=40) karena kelompok ini lebih relevan untuk menilai praktik menyusui pada awal kehidupan. Denominator valid untuk masing-masing indikator ASI dapat berbeda dari 40 karena respons “Tidak tahu” atau data yang tidak

tersedia dikeluarkan dari perhitungan proporsi pada indikator yang bersangkutan; jumlah denominator valid per indikator dilaporkan pada Tabel 3.

Data berasal dari tiga versi instrumen survei yang digunakan pada masing-masing komunitas (RW 5, Bougenville V/Untia, dan Bougenville III–IV) sehingga dilakukan harmonisasi variabel sebelum analisis. Kode jawaban diseragamkan menjadi "Ya", "Tidak", dan "Tidak tahu/tidak tersedia" untuk memastikan komparabilitas antar-komunitas. Pada analisis, respons "Tidak tahu" dan data yang tidak tersedia tidak dimasukkan sebagai denominator valid untuk masing-masing indikator. Polaritas beberapa indikator pemberian ASI diselaraskan sehingga kategori "Ya" menunjukkan praktik yang lebih baik, seperti tidak mendapat prelaktal dan tidak menggunakan botol atau dot sebelum usia enam bulan. Variabel imunisasi tidak dianalisis karena memiliki proporsi data kosong yang tinggi.

Analisis data dilakukan secara deskriptif dan analitik eksploratif. Data kategorik disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase berdasarkan denominator valid. Distribusi karakteristik anak, partisipasi Posyandu, dan praktik pemberian ASI disajikan menurut lokasi komunitas dan kelompok sasaran. Perbedaan proporsi antar-komunitas dianalisis menggunakan uji *chi-square* atau *Fisher exact* sesuai pemenuhan asumsi jumlah sel. Untuk menggambarkan besarnya perbedaan partisipasi, dilakukan perbandingan antara RW 5 dan komunitas lainnya menggunakan prevalence ratio (PR) beserta 95% *confidence interval* (CI). Analisis hubungan antara indikator pemberian ASI dan penimbangan rutin pada kelompok baduta dilakukan secara eksploratif karena ukuran sampel terbatas. Seluruh analisis ditujukan untuk menggambarkan variasi cakupan dan disparitas antar-komunitas, bukan untuk menyimpulkan hubungan sebab-akibat.

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang telah dianonimkan dan memperoleh izin melalui pengisian *informed consent*.



Gambar 1. Diagram alur pemilihan subjek penelitian

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

Proses pemilihan subjek penelitian, termasuk kriteria eksklusi, disajikan pada Gambar 1. Sebanyak 102 balita memenuhi kriteria dan dianalisis dalam penelitian ini, terdiri atas 24 anak dari RW 5, 39 anak dari Bougenville V/Untia, dan 39 anak dari Bougenville III–IV. Berdasarkan kelompok usia, 40 anak termasuk baduta usia 0–23 bulan dan 62 anak termasuk balita usia 24–59 bulan. Data umur dalam satuan bulan tersedia pada 83 anak, dengan rerata umur 21,8 bulan dan median 20 bulan. Distribusi responden menurut komunitas dan kelompok usia disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi usia anak berdasarkan lokasi

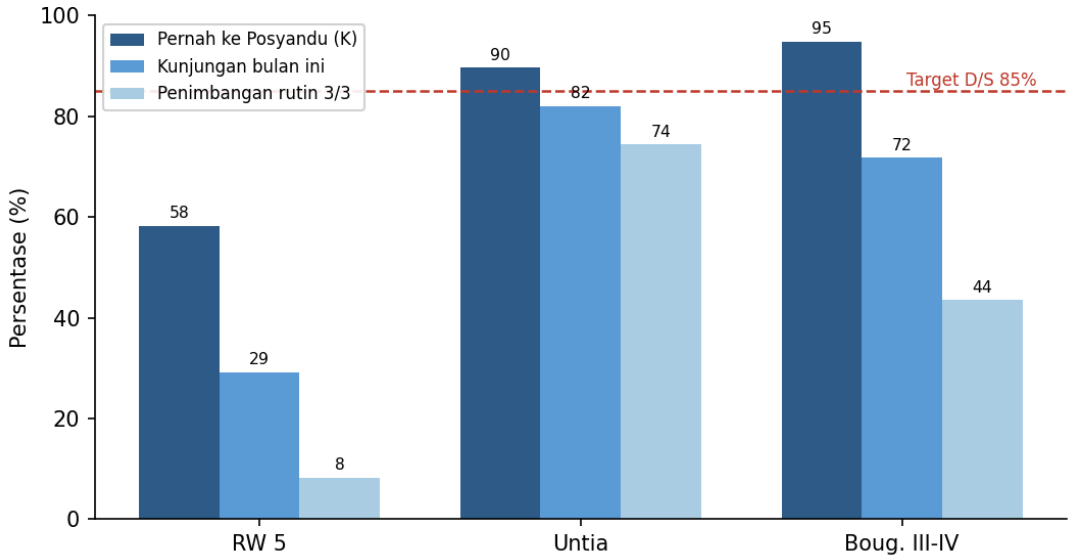
Kelompok Usia	RW 5		Bougenville V/Untia		Bougenville III–IV		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0–23 bulan	9	37,5	16	41,0	15	38,5	40	39,2
24–59 bulan	15	62,5	23	59,0	24	61,5	62	60,8
Total	24	100	39	100	39	100	102	100

Sumber: Data sekunder survei Evidence-Based Learning, 2024

Secara deskriptif, komposisi kelompok usia relatif serupa pada ketiga komunitas. Proporsi baduta berkisar antara 37,5% hingga 41,0%, sedangkan proporsi anak usia 24–59 bulan berkisar antara 59,0% hingga 62,5%. Keserupaan komposisi usia ini penting karena perbedaan capaian partisipasi Posyandu pada analisis berikutnya tidak tampak disebabkan oleh ketimpangan besar dalam distribusi kelompok usia antar-komunitas.

Disparitas Partisipasi Pemantauan Pertumbuhan di Posyandu

Partisipasi pemantauan pertumbuhan menunjukkan perbedaan yang jelas antar-komunitas. Secara keseluruhan, 86 dari 102 balita atau 84,3% pernah dibawa ke Posyandu. Namun, cakupan kunjungan pada bulan berjalan lebih rendah, yaitu 67 balita atau 65,7%, dan hanya 48 balita atau 47,1% yang ditimbang rutin selama tiga bulan berturut-turut. Berdasarkan lokasi, RW 5 menunjukkan cakupan partisipasi Posyandu yang lebih rendah dibandingkan dua komunitas lainnya. Persentase anak yang pernah dibawa ke Posyandu di RW 5 sebesar 58,3%, lebih rendah dibandingkan Bougenville V/Untia sebesar 89,7% dan Bougenville III–IV sebesar 94,9%. Pola serupa terlihat pada kunjungan bulan berjalan, yaitu 29,2% di RW 5, 82,1% di Bougenville V/Untia, dan 71,8% di Bougenville III–IV. Kesenjangan paling menonjol terlihat pada indikator penimbangan rutin tiga bulan berturut-turut, dengan cakupan RW 5 hanya sebesar 8,3%, sedangkan Bougenville V/Untia mencapai 74,4% dan Bougenville III–IV sebesar 43,6%. Distribusi selengkapnya disajikan pada Gambar 2 dan Tabel 2.



Gambar 2. Partisipasi pemantauan pertumbuhan di Posyandu menurut lokasi (garis putus-putus = target D/S 85%)

Tabel 2. Partisipasi pemantauan pertumbuhan di Posyandu menurut komunitas

Indikator Partisipasi	RW 5 n(%)	Bougenville V/Untia n(%)	Bougenville III–IV n(%)	Total n(%)	PR (95% CI)	*p*-value
Pernah dibawa ke Posyandu	14 (58,3)	35 (89,7)	37 (94,9)	86 (84,3)	1,58 (1,12–2,23)	<0,001

Indikator Partisipasi	RW 5 n(%)	Bougenville V/Untia n(%)	Bougenville III–IV n(%)	Total n(%)	PR (95% CI)	*p*-value
Kunjungan bulan berjalan	7 (29,2)	32 (82,1)	28 (71,8)	67 (65,7)	2,64 (1,40–4,98)	<0,001
Penimbangan rutin tiga bulan berturut-turut	2 (8,3)	29 (74,4)	17 (43,6)	48 (47,1)	7,08 (1,85–27,02)	<0,001

Sumber: Data sekunder survei Evidence-Based Learning, 2024

Balita di komunitas selain RW 5 memiliki kemungkinan sekitar 2,64 kali lebih besar untuk hadir pada kunjungan bulan berjalan dan 7,08 kali lebih besar untuk ditimbang rutin selama tiga bulan berturut-turut dibandingkan balita di RW 5. Temuan ini menunjukkan bahwa disparitas tidak hanya terjadi pada akses awal, tetapi terutama pada kesinambungan pemantauan pertumbuhan.

Praktik Inisiasi Menyusu Dini dan Pemberian ASI pada Baduta

Praktik inisiasi menyusu dini dan pemberian ASI dianalisis pada kelompok baduta usia 0–23 bulan. Dari 40 baduta yang dianalisis, cakupan inisiasi menyusu dini sebesar 50,0%, sedangkan pemberian ASI saja dalam 24 jam pertama sebesar 57,5%. Sebagian besar baduta tidak mendapat makanan atau minuman prelaktal, yaitu 75,0%. Namun, cakupan baduta yang masih disusui saat survei hanya sekitar 53,8% (21 dari 39 baduta dengan data valid), dan baduta yang tidak menggunakan botol atau dot sebelum usia enam bulan sebesar 45,0%. Data indikator praktik IMD dan pemberian ASI disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Praktik inisiasi menyusu dini dan pemberian ASI pada baduta (0–23 bulan)

Indikator Praktik Pemberian ASI	n	%
Inisiasi menyusu dini (IMD)	20	50,0
Pemberian ASI saja dalam 24 jam pertama	23	57,5
Tidak mendapat makanan/minuman prelaktal	30	75,0
Masih disusui saat survei	21	53,8
Tidak menggunakan botol atau dot sebelum usia 6 bulan	18	45,0

Sumber: Data sekunder survei Evidence-Based Learning, 2024. Denominator seluruh indikator adalah 40, kecuali "Masih disusui saat survei" dengan denominator valid 39 (satu baduta dikeluarkan karena data tidak tersedia).

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden dan Relevansinya terhadap Fokus Penelitian

Komposisi kelompok usia yang relatif serupa antar-komunitas penting karena perbedaan capaian partisipasi Posyandu lebih tepat dibaca sebagai perbedaan partisipasi layanan pada tingkat komunitas, bukan semata-mata akibat perbedaan struktur usia sampel. Kelompok baduta berada dalam periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan, yaitu fase yang sangat menentukan pertumbuhan, perkembangan, dan kerentanan terhadap masalah gizi. Literatur internasional menegaskan bahwa intervensi gizi pada periode awal kehidupan memiliki

implikasi penting terhadap pencegahan undernutrition dan dampak jangka panjang pada anak.[1] Di sisi lain, anak usia 24–59 bulan tetap perlu dipantau secara rutin karena Posyandu merupakan layanan berbasis komunitas untuk seluruh anak balita, bukan hanya bayi atau baduta.

Karakteristik sampel ini memberikan dasar penting bagi interpretasi hasil penelitian. Keberadaan baduta dalam jumlah yang cukup memungkinkan analisis praktik menyusui awal, sedangkan keberadaan anak usia 24–59 bulan memungkinkan gambaran partisipasi pemantauan pertumbuhan pada kelompok balita yang lebih luas. Hal ini sejalan dengan penelitian Nazri et al. yang menempatkan Posyandu sebagai layanan kesehatan berbasis komunitas untuk anak balita dan menunjukkan bahwa partisipasi ibu dalam Posyandu dipengaruhi oleh persepsi manfaat, kepuasan terhadap layanan, dan intensi untuk hadir secara rutin.[8] Selain itu, penelitian nasional juga menekankan pentingnya peran kader dalam pendampingan praktik pemberian makan bayi dan anak, khususnya pada kelompok usia 6–24 bulan, sehingga karakteristik usia responden menjadi penting untuk menentukan arah intervensi edukasi dan konseling di tingkat Posyandu.[14]

Disparitas Partisipasi Pemantauan Pertumbuhan di Posyandu

Secara programatik, indikator penimbangan rutin tiga bulan berturut-turut menjadi temuan paling penting karena pemantauan pertumbuhan membutuhkan kehadiran yang berulang, bukan hanya kunjungan sesekali. Anak yang hanya pernah datang ke Posyandu tetapi tidak hadir secara rutin tetap berisiko tidak terpantau pola pertumbuhannya. Dalam konsep growth monitoring and promotion, pengukuran berat badan atau panjang/tinggi badan seharusnya diikuti oleh interpretasi pertumbuhan, konseling, dan tindak lanjut bila ditemukan risiko gangguan pertumbuhan. Studi Teklemuz et al. di Ethiopia juga menunjukkan bahwa pemanfaatan layanan growth monitoring and promotion pada anak di bawah dua tahun masih rendah dan dipengaruhi oleh faktor seperti kunjungan antenatal, tempat persalinan, konseling gizi, dan akses layanan kesehatan.[9] Dengan demikian, rendahnya penimbangan rutin di RW 5 dapat merefleksikan masalah keterjangkauan layanan, mobilisasi sasaran, atau rendahnya persepsi manfaat Posyandu.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Nazri et al. di Aceh Utara yang menunjukkan bahwa frekuensi partisipasi ibu dalam Posyandu dipengaruhi oleh pendapatan rumah tangga, sikap ibu terhadap manfaat Posyandu, kepuasan terhadap layanan, dan intensi untuk hadir. Penelitian tersebut juga menegaskan bahwa pemantauan status gizi anak merupakan alasan utama ibu datang ke Posyandu, sehingga mutu layanan dan kualitas sumber daya kader menjadi faktor penting untuk mempertahankan partisipasi.[8] Dalam konteks penelitian ini, rendahnya capaian RW 5 dapat mengindikasikan bahwa strategi peningkatan partisipasi tidak cukup hanya berupa penyampaian informasi umum, tetapi perlu diarahkan pada pendekatan aktif berbasis daftar sasaran, pengingat jadwal, kunjungan rumah, dan komunikasi kader yang lebih intensif.

Hasil penelitian ini juga mendukung temuan Anwar et al. bahwa partisipasi tinggi dalam program gizi Posyandu berhubungan dengan status gizi balita yang lebih baik, khususnya melalui pemantauan rutin dan kontak berulang antara keluarga dengan layanan kesehatan berbasis komunitas.[15] Artinya, rendahnya keberlanjutan kehadiran di Posyandu berpotensi melemahkan fungsi deteksi dini masalah gizi. Jika anak tidak ditimbang secara rutin, kader dan

tenaga kesehatan akan lebih sulit mengidentifikasi berat badan tidak naik, risiko gizi kurang, *wasting*, atau kebutuhan rujukan lebih lanjut.

Dari perspektif layanan berbasis komunitas, disparitas antar-komunitas dalam penelitian ini menunjukkan perlunya intervensi yang berbeda menurut wilayah. RW 5 perlu diprioritaskan sebagai lokasi penguatan partisipasi Posyandu karena memiliki capaian terendah pada seluruh indikator. Strategi yang dapat dipertimbangkan meliputi pemutakhiran daftar sasaran balita, identifikasi anak yang tidak hadir, sweeping atau kunjungan rumah oleh kader, pengingat jadwal melalui pesan singkat atau grup warga, serta penyesuaian waktu pelayanan dengan aktivitas keluarga. Penguatan kapasitas kader juga penting karena kader merupakan penghubung utama antara keluarga dan layanan Posyandu. Penelitian nasional menunjukkan bahwa kader berperan dalam pendampingan pemberian makan bayi dan anak, sehingga peningkatan kapasitas kader dapat mendukung edukasi gizi dan kesinambungan layanan di tingkat komunitas.[14] Dengan demikian, kesenjangan yang tajam antara RW 5 dan dua komunitas lainnya menunjukkan bahwa intervensi Posyandu perlu berbasis wilayah dan berbasis sasaran, bukan hanya berbasis kegiatan rutin bulanan.

Praktik Inisiasi Menyusu Dini dan Pemberian ASI pada Baduta

Cakupan IMD yang hanya mencapai separuh baduta menunjukkan bahwa masih terdapat kesenjangan dalam praktik menyusui awal. Padahal, IMD merupakan titik awal penting dalam keberhasilan menyusui karena memberikan kesempatan bayi memperoleh kolostrum dan membantu membangun kontak awal ibu-bayi. Bukti internasional menunjukkan bahwa keterlambatan inisiasi menyusu berhubungan dengan peningkatan risiko kematian neonatal; bayi yang mulai menyusu 2–23 jam setelah lahir memiliki risiko kematian neonatal lebih tinggi dibandingkan bayi yang menyusu dalam satu jam pertama, dan risiko tersebut lebih besar bila menyusu dimulai setelah 24 jam.[10,16] Temuan ini memperkuat pentingnya memastikan IMD dilakukan segera setelah persalinan, terutama melalui dukungan tenaga kesehatan dan fasilitas persalinan.

Cakupan pemberian ASI saja dalam 24 jam pertama sebesar 57,5% juga menunjukkan bahwa sebagian baduta kemungkinan telah memperoleh makanan atau minuman selain ASI pada awal kehidupan. Indikator ini perlu dibaca sebagai gambaran praktik menyusui awal, bukan sebagai indikator ASI eksklusif selama enam bulan penuh. Praktik pemberian ASI eksklusif dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk karakteristik ibu, dukungan keluarga, pelayanan kesehatan, konseling menyusui, dan norma sosial. Studi nasional berbasis SDKI 2017 menunjukkan bahwa praktik menyusui optimal di Indonesia, termasuk IMD, ASI eksklusif, dan keberlanjutan menyusui, dipengaruhi oleh faktor biodemografi, sosial budaya, dan perilaku ibu.[17,18] Oleh karena itu, hasil penelitian ini mengindikasikan perlunya konseling menyusui yang tidak hanya diberikan saat persalinan, tetapi juga berlanjut melalui kontak rutin di Posyandu.

Indikator tanpa prelaktal merupakan capaian tertinggi dalam kelompok indikator ASI, tetapi masih terdapat sekitar seperempat baduta yang pernah menerima makanan atau minuman prelaktal. Praktik prelaktal penting diperhatikan karena dapat mengganggu proses menyusui awal dan mengurangi kesempatan bayi memperoleh ASI secara optimal. Penelitian nasional di Indonesia mengenai prelacteal feeding menunjukkan bahwa praktik ini masih terjadi dan dipengaruhi oleh berbagai faktor pada tingkat ibu, keluarga, dan pelayanan kesehatan.[19]

Dengan demikian, meskipun sebagian besar baduta dalam penelitian ini tidak mendapat prelaktal, pencegahan pemberian makanan atau minuman sebelum ASI tetap perlu menjadi pesan kunci dalam edukasi ibu hamil, ibu menyusui, dan keluarga.

Cakupan baduta yang masih disusui saat survei juga belum tinggi. Temuan ini perlu ditafsirkan secara hati-hati karena kelompok baduta dalam penelitian ini mencakup rentang usia 0–23 bulan, sehingga praktik menyusui dapat berbeda antara bayi muda dan anak yang mendekati usia dua tahun. Namun, secara programatik, rendahnya cakupan keberlanjutan menyusui tetap menunjukkan perlunya penguatan pesan mengenai pemberian ASI lanjutan sampai usia dua tahun atau lebih. Kajian internasional menunjukkan bahwa anak yang disusui dalam durasi lebih lama memiliki risiko morbiditas dan mortalitas infeksi yang lebih rendah, serta manfaat jangka panjang pada perkembangan anak.[11] Oleh sebab itu, konseling di Posyandu tidak cukup hanya menekankan IMD dan ASI eksklusif, tetapi juga perlu mencakup keberlanjutan menyusui setelah bayi mendapat MP-ASI.

Indikator dengan capaian paling rendah adalah tidak menggunakan botol atau dot sebelum usia enam bulan. Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan botol atau dot masih cukup sering ditemukan pada baduta. Dalam konteks praktik menyusui, penggunaan botol atau dot perlu diperhatikan karena dapat berkaitan dengan pemberian cairan atau susu selain ASI, kesulitan mempertahankan ASI eksklusif, atau persepsi ibu bahwa ASI tidak mencukupi. Studi di Indonesia berbasis data nasional menunjukkan bahwa pemberian botol merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan praktik ASI eksklusif pada bayi usia kurang dari enam bulan, meskipun hubungan tersebut perlu ditafsirkan secara hati-hati karena dapat dipengaruhi oleh masalah menyusui yang sudah terjadi sebelumnya, intensi ibu untuk menyusui, dan konteks dukungan laktasi.[20]

Secara keseluruhan, temuan ini menunjukkan bahwa praktik pemberian ASI pada baduta masih memerlukan penguatan, terutama pada IMD, pemberian ASI saja pada awal kehidupan, keberlanjutan menyusui, dan pencegahan penggunaan botol atau dot yang tidak sesuai. Posyandu dapat menjadi titik layanan strategis untuk memperkuat konseling menyusui karena keluarga datang secara berkala untuk pemantauan pertumbuhan. Namun, efektivitas konseling ASI di Posyandu sangat bergantung pada keteraturan kunjungan. Dengan demikian, rendahnya praktik menyusui optimal dan rendahnya partisipasi penimbangan rutin perlu dipahami sebagai dua masalah yang saling berkaitan secara programatik.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam menafsirkan hasil. Pertama, desain analisis data sekunder dengan rancangan potong lintang tidak memungkinkan penarikan kesimpulan sebab-akibat, sehingga seluruh perbandingan antar-komunitas hanya bersifat deskriptif dan eksploratif. Kedua, ukuran sampel pada masing-masing komunitas relatif terbatas, terutama di RW 5 (24 anak), sehingga estimasi *prevalence ratio* pada indikator dengan proporsi ekstrem berpotensi kurang stabil. Ketiga, penggunaan beberapa versi instrumen survei yang memerlukan harmonisasi variabel dapat menyebabkan variasi kecil dalam pemahaman pertanyaan antar-komunitas yang berpotensi memengaruhi komparabilitas data. Keempat, denominator valid pada sebagian indikator pemberian ASI berbeda akibat data yang tidak tersedia, sehingga estimasi proporsi pada indikator tersebut perlu ditafsirkan secara hati-hati. Kelima, hasil penelitian ini terbatas pada tiga komunitas di

satu wilayah kerja Puskesmas sehingga generalisasi ke wilayah lain perlu dilakukan dengan hati-hati.

KESIMPULAN

Partisipasi pemantauan pertumbuhan di Posyandu pada tiga komunitas wilayah kerja Puskesmas Bulurokeng Kota Makassar belum optimal dan menunjukkan disparitas antar-komunitas. Meskipun sebagian besar balita pernah dibawa ke Posyandu, keberlanjutan kunjungan dan keteraturan penimbangan selama tiga bulan berturut-turut masih rendah. RW 5 menjadi komunitas dengan capaian terendah pada seluruh indikator partisipasi Posyandu, terutama penimbangan rutin, sehingga wilayah ini perlu menjadi prioritas penguatan penjangkauan dan pemantauan sasaran balita. Praktik inisiasi menyusu dini dan pemberian ASI pada baduta juga belum mencapai kondisi yang ideal, terutama pada indikator IMD, pemberian ASI saja dalam 24 jam pertama, keberlanjutan menyusui, dan pencegahan penggunaan botol atau dot sebelum usia enam bulan. Temuan ini menunjukkan bahwa penguatan Posyandu perlu dilakukan secara berbasis wilayah dengan penjangkauan sasaran yang lebih aktif serta integrasi konseling pemberian makan bayi dan anak pada setiap kontak layanan. Penelitian lanjutan dengan jumlah sampel lebih besar, instrumen yang seragam, dan analisis determinan yang lebih mendalam diperlukan untuk menjelaskan faktor yang memengaruhi disparitas partisipasi Posyandu dan praktik pemberian ASI di tingkat komunitas.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Puskesmas Bulurokeng Kota Makassar, kader Posyandu, serta masyarakat di komunitas RW 5, Bougenville V/Untia, dan Bougenville III–IV yang telah mendukung pelaksanaan survei *Evidence-Based Learning* tahun 2024. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Departemen Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas dukungan akademik dalam pelaksanaan kegiatan *Evidence-Based Learning* dan pengolahan data sekunder penelitian ini. Apresiasi diberikan kepada seluruh enumerator dan mahasiswa yang terlibat dalam pengumpulan data di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mulyani AT, Khairinisa MA, Khatib A, Chaerunisaa AY. Understanding *stunting*: impact, causes, and strategy to accelerate *stunting* reduction—a narrative review. Nutrients. 2025;17(9):1493.
2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024. Jakarta: BKPK Kemenkes RI; 2025.
3. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 dalam Angka. Jakarta: BKPK Kemenkes RI; 2024.
4. World Health Organization. Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: WHO; 2023.
5. Taylor M, Tapkigen J, Ali I, Liu Q, Long Q, Nabwera H. The impact of growth monitoring and promotion on health indicators in children under five years of age in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev. 2023;10(10):CD014785.

6. Petersen Z. Improving *stunting* prevention program through community healthcare workers training and home-based growth monitoring: a quality improvement model. Paediatr Indones. 2024;64(6):536–45.
7. Rinawan FR, Faza A, Susanti AI, Purnama WG, Indraswari N, Didah, et al. Posyandu application for monitoring children under-five: a 3-year data quality map in Indonesia. ISPRS Int J Geoinf. 2022;11(7):399.
8. Nazri C, Yamazaki C, Kameo S, Herawati DMD, Sekarwana N, Raksanagara A, et al. Factors influencing mother's participation in Posyandu for improving nutritional status of children under-five in Aceh Utara district, Aceh province, Indonesia. BMC Public Health. 2016;16(1):69.
9. Teklemuz N, Sisay M, Baffa LD, Mengistu B, Atenafu A. Utilization of growth monitoring and promotion services among children younger than 2 years in West Armachiho district, Northwest Ethiopia. Front Public Health. 2023;11:1179720.
10. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12(7):e0180722.
11. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475–90.
12. World Health Organization, UNICEF. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: WHO; 2021.
13. Hadi H, Fatimatasari F, Irwanti W, Kusuma C, Alfiana RD, Asshiddiqi MIN, et al. Exclusive breastfeeding protects young children from *stunting* in a low-income population: a study from Eastern Indonesia. Nutrients. 2021;13(12):4264.
14. Faridi A, Furqan M, Setyawan A, Barokah FI. Peran kader posyandu dalam melakukan pendampingan pemberian makan bayi dan anak usia 6–24 bulan. AcTion Aceh Nutr J. 2020;5(2):172–8.
15. Anwar F, Khomsan A, Sukandar D, Riyadi H, Mudjajanto ES. High participation in the Posyandu nutrition program improved children nutritional status. Nutr Res Pract. 2010;4(3):208–14.
16. Iffah T, Nisa Z, Adriani RB, Murti B. Effect of early initiation of breastfeeding on exclusive breastfeeding and *stunting*: a meta-analysis. J Matern Child Health. 2022;7(6):685–98.
17. Nurokhmah S, Rahmawaty S, Puspitasari DI. Determinants of optimal breastfeeding practices in Indonesia: findings from the 2017 Indonesia Demographic Health Survey. J Prev Med Public Health. 2022;55(2):182–92.
18. Nurokhmah S, Middleton L, Februhartanty J, Hendarto A. Trends and determinants of early initiation of breastfeeding in Indonesia: a multivariate decomposition analysis. PLoS One. 2023;18(11):e0294900.
19. Nurokhmah S, Masitoh S, Werdani KE. Prevalence and determinants of pre-lacteal feeding: insights from the 2017 Indonesia Demographic and Health Survey. Kesmas. 2021;16(2):100–7.

20. Suparmi, Saptarini I. Early initiation of breast feeding but not bottle feeding increase exclusive breastfeeding practice among less than six months infant in Indonesia. Health Sci J Indones. 2016;7(1):44–8.