



**HUBUNGAN ANTARA RIWAYAT ASI EKSLUSIF DAN PEMBERIAN
MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI) TERHADAP STATUS GIZI
ANAK USIA 6-24 BULAN**
(Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Blabak Kecamatan Kandat Kabupaten Kediri)

SKRIPSI

Oleh :
Safira Diah Ayu Nurhaliza
162110101044

**PEMINATAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2023**



**HUBUNGAN ANTARA RIWAYAT ASI EKSLUSIF DAN PEMBERIAN
MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI) TERHADAP STATUS GIZI
ANAK USIA 6-24 BULAN**

(Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Blabak Kecamatan Kandat Kabupaten Kediri)

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

Safira Diah Ayu Nurhaliza

162110101044

**PEMINATAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2023

PERSEMBAHAN

Puji syukur atas segala rahmat yang diberikan oleh Allah SWT, telah diberi kemudahan dan kelancaran untuk menyelesaikan tugas skripsi ini. Semoga skripsi ini bisa menjadi ilmu yang barokah dan bermanfaat untuk semua kalangan masyarakat. Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Ayah dan Ibu yang telah mendidik dan menyayangi dari kecil hingga saat ini, setiap doa yang kalian panjatkan selalu menyertaiku.
2. Suamiku, Ahmad Khirul Khuluq yang telah memberi dukungan secara penuh baik secara material maupun non material.
3. Anakku, M. Haydan Sayyid Khuluq yang telah menjadi penyemangat dalam penyusunan tugas akhir ini.
4. Seluruh instansi pendidikan yang telah mendidik dan memberikan ilmu pada penulis mulai dari Taman Kanak-Kanak, Sekolah Menengah Pertama, Sekolah Menengah Atas dan Fakultas Kesehatan Masyarakat.

MOTTO

“Tidak ada kesuksesan tanpa kerja keras. Tidak ada keberhasilan tanpa usaha.
Tidak ada kemudahan tanpa doa.”¹

(Ridwan Kamil, 2015)

“Maka hendaklah manusia itu memperhatikan makanannya”

(Terjemahan Q.S Abasa Ayat 24)²



¹ Media Sosial Twitter (2015), <https://twitter.com/ridwankamil/status/577647554466226177>

² Kementerian Agama Republik Indonesia (RI), Al Qur'an QS Abasa 80:24.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Safira Diah Ayu Nurhaliza

NIM : 162110101044

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Hubungan Antara Riwayat ASI Eksklusif dan Pemberian MP-ASI Terhadap Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan Dengan Indikator BB/U* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 19 Juni 2023

Yang menyatakan,



Safira Diah Ayu Nurhaliza
NIM. 162110101044

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA ASI EKSKLUSIF DAN PEMBERIAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MP-ASI) TERHADAP STATUS GIZI ANAK USIA 6-
24 BULAN**

Oleh :
Safira Diah Ayu Nurhaliza
162110101044

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Sulistiyani, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Dhuha Itsnanisa Adi, S.Gz., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul "*Hubungan Antara Riwayat ASI Eksklusif dan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Terhadap Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan*" telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Senin
Tanggal : 19 Juni 2023
Tempat : Ruang Kuliah 2 di Lantai 1 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

1. DPU : Sulistiyani, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 197606152002122002
2. DPA : Dhuha Itsnanisa Adi, S.Gz., M.Kes. (.....)
NIP. 199005062019032017

Penguji

1. Ketua : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 198311132010122006
2. Sekretaris : Nur Fitri Widya Astuti, S.Gz., M.P.H. (.....)
NIP. 199010062019032015
3. Anggota : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 198010092005012002

Mengesahkan
Dekan,



Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes.
NIP. 198010092005012002

RINGKASAN

Hubungan Antara Riwayat ASI Eksklusif dan Pemberian MP-ASI Terhadap Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan; Safira Diah Ayu Nurhaliza; 162110101044; 2016; 87 halaman; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Permasalahan gizi yang terjadi secara nasional saat ini adalah gizi kurang dan gizi buruk pada balita. Masalah gizi kurang di Indonesia masih cukup besar jika dilihat berdasarkan data dari Riskesdas, prevalensi status gizi kurang pada balita pada tahun 2013 sebesar 13,9% menjadi 13,8% di tahun 2018, dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa dalam jangka 5 tahun angka gizi kurang hanya turun sebesar 0,1%. Kekurangan gizi pada usia balita akan beresiko mengalami tumbuh pendek, mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan fisik maupun mental, serta terjadinya gangguan pada jaringan otak sehingga dapat mempengaruhi tingkat kecerdasan anak. Salah satu faktor penyebab terjadinya kurang gizi adalah tidak ada riwayat ASI eksklusif dan ketidaktepatan dalam pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Kabupaten Kediri memiliki angka cakupan ASI eksklusif yang menurun dari tahun 2016 sebesar 64,5% menjadi 62,4% di tahun 2017, tahun 2021 terdapat kenaikan angka sebesar 75% namun hal ini dapat dikatakan bahwa capaian ASI eksklusif belum maksimal dikarenakan minimum pencapaian ASI eksklusif adalah sebesar 85%. Hal tersebut diimbangi dengan adanya pemberian MP-ASI dini pada anak usia 0-6 bulan oleh beberapa ibu di wilayah Kabupaten Kediri. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara riwayat ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI dengan status gizi.

Metode penelitian yang dilakukan adalah dengan menggunakan observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* di wilayah kerja Puskesmas Blabak pada bulan Mei 2023. Besar sampel pada penelitian ini adalah sebesar 80 anak. Teknik analisis yang dilakukan dengan menggunakan uji *chi square* dan uji *Fisher Exact*. Hasil uji analisis didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara riwayat ASI eksklusif dengan status gizi anak, dan tidak ada hubungan antara usia pertama MP-ASI, frekuensi MP-ASI, jenis MP-ASI, dan porsi MP-ASI terhadap

status gizi. Hal ini menunjukkan bahwa terjadinya gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Blabak Kabupaten Kediri bukan karena faktor riwayat ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI.

Saran yang diberikan pada penelitian ini adalah pada pihak puskesmas dapat menyelenggarakan sosialisasi pada ibu terkait pentingnya pemberian ASI eksklusif dan MP-ASI yang tepat dengan tujuan untuk mencapai status gizi yang optimal. Pada pihak kader atau yang menyelenggarakan posyandu tiap bulan dapat memberikan informasi langsung terkait bagaimana status gizi anak setelah proses timbangan selesai.



SUMMARY

The Relationship Between Exclusife Breastfeeding Record and The Provision of The Complementary Foods to The Nutritional Status of Childern age 6-24 months; Safira Diah Ayu Nurhaliza; 162110101044; 2016; 87 pages; Public Health Nutrition Section of the Faculty of Public Health University of Jember

Nutritional problems that occur nationally today are undernutrition and malnutrition in toddlers. The problem of undernutrition in Indonesia is still quite large when viewed based on data from Riskesdas, the prevalence of undernourished status in toddlers in 2013 was 13.9% to 13.8% in 2018, from these data it can be concluded that within 5 years the nutritional less only fell by 0.1%. Malnutrition at the age of under five will be at risk of experiencing short growth, experiencing growth disturbances and physical and mental development, as well as the occurrence of disturbances in brain tissue so that it can affect the level of intelligence of children. One of the factors causing malnutrition is no history of exclusive breastfeeding and inaccuracies in giving complementary foods (MP-ASI). Kediri Regency has an exclusive breastfeeding coverage rate that has decreased from 2016 by 64.5% to 62.4% in 2017, in 2021 there is an increase in the number of 75% but this can be said that the achievement of exclusive breastfeeding has not been maximized due to the minimum achievement of exclusive breastfeeding is 85%. This was offset by the provision of early MP-ASI to children aged 0-6 months by several mothers in the Kediri Regency area. This study aims to determine the relationship between a history of exclusive breastfeeding and complementary feeding with nutritional status.

The research method used was analytic observational with a cross-sectional approach in the work area of the Blabak Health Center in May 2023. The sample size in this study was 80 children. The analysis technique was carried out using the chi square test and the Fisher Exact test. The results of the analysis test found that there was no relationship between history of exclusive breastfeeding and the nutritional status of children, and there was no relationship between the age of the first MP-ASI, the frequency of MP-ASI, the type of MP-ASI, and the portion of

MP-ASI on nutritional status. This shows that the occurrence of malnutrition in the working area of the Blabak Public Health Center, Kediri Regency is not due to a history of exclusive breastfeeding and giving MP-ASI.

The advice given in this study is the health center can organize outreach to mothers regarding the importance of children's nutritional status. The cadres or those who organize the posyandu every month can provide direct information regarding the child's nutritional status after the weighing process is complete.



PRAKATA

Puji syukur alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan skripsi ini bisa terselesaikan, tak lupa shalawat dan salam penulis kirimkan kepada Nabi Muhammad SAW, beserta para sahabat dan keluarga yang telah memberikan tauladan dalam menjalani kehidupan di dunia maupun di akhirat.

Penyusunan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak. Oleh karenanya penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih kepada :

1. Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM, M.Kes sebagai dekan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sekaligus sebagai Dosen Pembimbing Akademik dan Anggota Penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberi saran dan masukan pada penyusunan skripsi ini,
2. Sulistyani, S.KM., M.Kes sebagai Dosen Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu untuk membimbing, mengoreksi, dan memberi dukungan untuk menyelesaikan proses skripsi ini,
3. Dhuha Itsnanisa Adi, S.Gz., M.Kes sebagai Dosen Pembimbing Anggota yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing, mengoreksi, dan memberi motivasi serta semangat untuk menyelesaikan skripsi ini,
4. Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes sebagai ketua penguji yang telah meluangkan banyak waktu serta memberi masukan dan saran atas penyusunan skripsi ini,
5. Nur Fitri Widya Astuti, S.Gz., M.P.H. sebagai sekretaris penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberi masukan dan saran dalam penyusunan skripsi ini,
6. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kediri, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, dan Puskesmas Blabak yang telah memberikan izin untuk melakukan pengambilan data dan membantu selama proses penelitian berlangsung,

7. Seluruh sanak saudara yang telah ikut memberi doa atas kelancaran dalam penyelesaian tugas akhir ini.
8. Teman-teman angkatan 2016 yang telah berjuang bersama sampai batas akhir yang telah ditentukan.
9. Dan pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu per satu namanya yang telah turut membantu proses penyelesaian skripsi ini,

Penulis menyadari bahwa tugas akhir atau skripsi ini masih belum sempurna, kepada pembaca kiranya dapat memberikan saran yang membangun agar kekurangan yang terdapat dalam tulisan ini dapat diperbaiki.

Akhir kata, penulis berharap skripsi ini dapat berguna bagi para pembaca sehingga dapat digunakan sebagai pacuan untuk melanjutkan penelitian yang lebih mendetail lagi.

Jember, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN.....	v
PEMBIMBINGAN.....	vi
PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA.....	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Anak Usia 6-24 Bulan.....	7
2.2 Status Gizi Anak	10
2.3 Riwayat ASI Eksklusif.....	17
2.4 Praktik Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)	19
2.5 Hubungan Riwayat ASI Eksklusif dengan Status Gizi.....	22
2.6 Hubungan Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi	22
2.7 Kerangka Teori	23
2.8 Kerangka Konsep.....	24
2.9 Hipotesis Penelitian.....	25

BAB 3. METODE PENELITIAN.....	26
3.1 Jenis Penelitian	26
3.2 Tempat dan Waktu.....	26
3.3 Penentuan Populasi dan Sampel	26
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	28
3.5 Data dan Sumber Data	33
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	33
3.7 Validitas dan Reabilitas Instrumen	34
3.8 Teknik Pengolahan, Analisis, dan Penyajian Data	35
3.9 Etik Penelitian Kesehatan.....	37
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
4.1 Hasil Penelitian	38
4.2 Pembahasan	44
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	51
5.1 Kesimpulan.....	51
5.2 Saran.....	52
DAFTAR PUSTAKA	53
LAMPIRAN.....	56

DAFTAR TABEL

2.1 Jenis pemberian MP-ASI dalam sehari	21
3.1 Definisi Operasional.....	29
4.1 Umur Anak.....	38
4.2 Karakteristik Ibu.....	39
4.3 Riwayat ASI Eksklusif	39
4.4 Pemberian MP-ASI	40
4.5 Hubungan Riwayat ASI Eksklusif dengan Status Gizi Anak	41
4.6 Hubungan MP-ASI Pertama dengan Status Gizi	42
4.7 Hubungan Frekuensi MP-ASI dengan Status Gizi	42
4.8 Hubungan Jenis MP-ASI dengan Status Gizi	43
4.9 Hubungan Porsi MP-ASI dengan Status Gizi	43

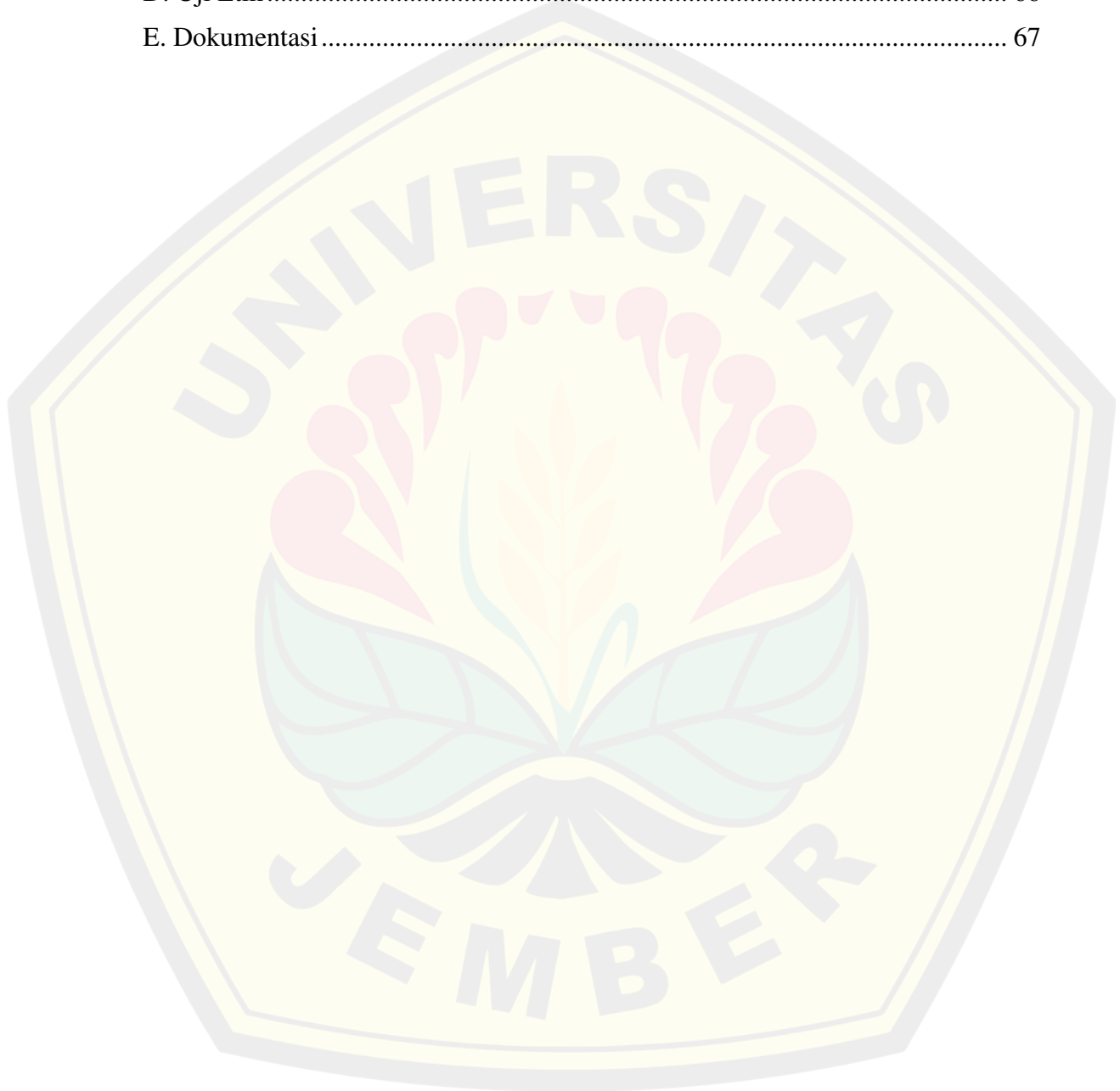
DAFTAR GAMBAR

2.1 Kerangka Teori.....	23
2.2 Kerangka Konsep.....	24



DAFTAR LAMPIRAN

A. Pernyataan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	56
B. Kuisioner Penelitian	57
C. Hasil Uji Statistik	59
D. Uji Etik.....	66
E. Dokumentasi.....	67



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gizi adalah suatu komponen penting dalam suatu bangsa karena merupakan salah satu faktor yang dapat menentukan derajat kesejahteraan dan kesehatan suatu masyarakat, dikarenakan status gizi dapat mempengaruhi kecerdasan, daya tahan tubuh dan produktivitas seorang individu (Adibin,202:206). Berdasarkan Undang – Undang no 36 tahun 2009 pasal 50 dan 141, pemerintah memiliki tanggung jawab terhadap penanganan dan perbaikan gizi pada masyarakat dengan tujuan meningkatkan aspek mutu gizi tiap individu guna mewujudkan terjadinya peningkatan derajat kesehatan dan kesejahteraan suatu masyarakat. Masalah gizi dapat menjadi salah satu indikator maju atau tidaknya suatu program pembangunan bangsa terkait kesehatan (Duma, 2019:136).

Salah satu masalah gizi yang masih banyak terjadi di negara berkembang, termasuk negara Indonesia adalah status gizi kurang (Hasanah *et al*, 2020:59). UNICEF (2021) menyebutkan bahwa sebesar 767,9 juta orang mengalami gizi kurang dengan wilayah Asia yang menjadi daerah tertinggi yang mengalami kekurangan gizi. Masalah gizi yang dihadapi negara Indonesia berupa gizi kurang dan gizi lebih, dengan kelompok yang rentan mengalami gizi kurang adalah balita usia 0-5 tahun (Iqbal, *et al*, 2020:98). Gizi kurang di Indonesia masih cukup besar jika dilihat berdasarkan data dari Riskesdas, prevalensi status gizi kurang pada balita pada tahun 2013 sebesar 13,9% menjadi 13,8% di tahun 2018, dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa dalam jangka 5 tahun angka gizi kurang hanya turun sebesar 0,1% (Riskesdas, 2018:6). Sedangkan menurut data SSGI (2022:96) menunjukkan bahwa pada tahun 2022 status gizi kurang mengalami peningkatan hingga mencapai angka 17,1% jika dibandingkan dengan data Riskesdas (2018) terdapat peningkatan sebesar 3,3%.

Jawa Timur merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki prevalensi status gizi kurang sebesar 15,8%. Provinsi Jawa Timur memiliki beberapa wilayah kabupaten atau kota diantaranya terdapat Kabupaten Kediri.

Kabupaten Kediri prevalensi terjadinya status gizi kurang pada balita sebesar 18,7%, nilai ini lebih tinggi jika dibandingkan dengan prevalensi di provinsi Jawa Timur yakni sebesar 15,8% (SSGI, 2022:96). Kabupaten Kediri memiliki 26 kecamatan, dari 26 kecamatan tersebut kecamatan Kandat menduduki peringkat ke 3 tertinggi yang memiliki prevalensi status gizi kurang sebesar 16,2% (Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2022:205).

Dampak yang terjadi ketika anak mengalami gizi kurang di usia balita adalah terjadinya peningkatan morbiditas dan mortalitas, serta resiko terkena penyakit infeksi (Anstasia *et al*, 2021, 146). Selain itu, kekurangan gizi pada usia balita akan beresiko mengalami tumbuh pendek, mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan fisik maupun mental, serta terjadinya gangguan pada jaringan otak sehingga dapat mempengaruhi tingkat kecerdasan anak (Ikro, 2021:40). Kekurangan gizi juga akan menghambat perkembangan dan pertumbuhan motorik dan kognitif anak (Ahmad *et al*, 2018:512).

Gizi kurang pada anak usia balita dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik secara langsung dan tidak langsung. Faktor langsung berupa asupan makanan yang tidak memenuhi kebutuhan nutrisi anak, pola makan yang tidak teratur, tidak ada riwayat ASI eksklusif, dan memiliki penyakit infeksi (Widianti, 2020:39), sedangkan faktor tidak langsung penyebab status gizi kurang adalah akses ke pelayanan kesehatan yang kurang dimanfaatkan (Tangdiarru, 2021:108), sanitasi lingkungan yang tidak memadai, ekonomi rendah dan sosial budaya yang tidak sesuai dengan teori ilmu kesehatan (Wilujeng, 2017:213).

Kabupaten Kediri memiliki angka cakupan ASI eksklusif yang menurun dari tahun 2016 sebesar 64,5% menjadi 62,4% di tahun 2017, tahun 2021 terdapat kenaikan angka sebesar 75% namun hal ini dapat dikatakan bahwa capaian ASI eksklusif belum maksimal dikarenakan minimum pencapaian ASI eksklusif adalah sebesar 85% (Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2018). Menurut Kemenkes RI, ASI eksklusif adalah pemberian ASI pada anak usia 0-6 bulan tanpa ada suplementasi makanan maupun minuman apapun. Faktor riwayat pemberian ASI eksklusif memainkan peran penting terhadap status gizi anak, karena menurut penelitian yang dilakukan oleh Hidro *et al*, (2020:51) menyatakan bahwa anak

dengan tidak diberi ASI eksklusif mengalami status gizi kurang. Anak dengan riwayat tidak ASI eksklusif memiliki resiko 8 kali lebih besar mengalami status gizi kurang (Zulmi,2018:74). Hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Iqbal *et al*, (2020:99) bahwa balita dengan kondisi normal memiliki riwayat ASI eksklusif, sedangkan balita dengan tidak ASI eksklusif mengalami gizi kurang.

MP-ASI dini pada anak usia 4-6 bulan masih sering ditemukan di wilayah Kabupaten Kediri (Darmayanti, 2022:11). Hal ini sejalan dengan belum maksimalnya cakupan ASI eksklusif di Kabupaten Kediri. Pemberian MP-ASI yang terlalu dini atau bahkan terlalu lambat akan berakibat pada dan perkembangan anak di masa selanjutnya (Sari, 2018:96). MP-ASI merupakan makanan yang diberikan kepada anak usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan nutrisi anak (Basir, 2022:136). Pemberian MP-ASI ini mencakup usia pertama pemberian, frekuensi, jenis dan jumlah makanan. Pemberian MP-ASI dini yang tidak tepat usia pemberian pertama maka peran ASI akan digantikan sehingga dampak yang diperoleh adalah gizi yang diterima anak tidak optimal dan dapat memicu timbulnya resiko alergi (Hasanah, 2020:63). Frekuensi pemberian MP-ASI pada anak usia 6-24 bulan memiliki hubungan terhadap status gizi balita dan memiliki arah korelasi yang positif artinya semakin baik frekuensi makanan yang diberikan maka status gizi anak juga akan membaik (Yulnefia, 2020:126). Jumlah dan jenis MP-ASI yang diberikan pada anak disesuaikan dengan usianya, kemudian secara bertahap anak bisa menerima makanan keluarga. Menurut penelitian yang dilakukan Kopa *et al* (2021:109) menyatakan bahwa jenis dan jumlah MP-ASI yang diberikan sesuai dengan usia anak memiliki status gizi yang baik, begitu pula sebaliknya jika pemberian MP-ASI terkait jumlah dan jenis yang tidak sesuai umur memiliki status gizi kurang.

Penanganan gizi kurang sangat berkaitan dengan strategi bangsa untuk memperoleh sumber daya manusia yang sehat, cerdas, dan produktif. Penanganan gizi kurang dapat dimulai dari keluarga dengan memperbaiki asupan gizi dan menjaga sanitasi lingkungan dengan baik (Anisa *et al*, 2020:2). Pemerintah Indonesia berupaya mengatasi kekurangan gizi pada balita dengan melakukan perbaikan pelayanan gizi di fasilitas kesehatan, dan melakukan upaya perbaikan gizi dalam keluarga dengan melakukan penyuluhan terkait dengan sumber makanan

bergizi (Borneo, 2021:1). Selain itu, pemerintah juga membuat program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) guna memperbaiki status gizi balita yang mengalami gizi kurang secara langsung. Fungsi pemerintah sangat berperan dalam upaya untuk mengurangi atau menanggulangi masalah kekurangan gizi pada balita (Pradana, 2020:769).

Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan di atas, peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan antara riwayat ASI eksklusif dan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) terhadap status gizi anak usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Blabak Kecamatan Kandat Kabupaten Kediri”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka masalah yang akan dibahas pada penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara riwayat ASI eksklusif dan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) terhadap status gizi anak usia 6-24 bulan ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis apakah terdapat hubungan antara riwayat ASI eksklusif dan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) terhadap status gizi anak usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Blabak Kecamatan Kandat Kabupaten Kediri.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik anak usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Blabak Kecamatan Kandat Kabupaten Kediri.
- b. Mengidentifikasi karakteristik ibu dengan anak usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Blabak Kecamatan Kandat Kabupaten Kediri.
- c. Mengidentifikasi riwayat ASI eksklusif pada anak usia 6-24 bulan fdi wilayah kerja Puskesmas Blabak Kecamatan Kandat Kabupaten Kediri.
- d. Mengidentifikasi pemberian MP-ASI pada anak usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Blabak Kecamatan Kandat Kabupaten Kediri.

- e. Menganalisis hubungan antara riwayat ASI eksklusif dengan status gizi anak usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Blabak Kecamatan Kandat Kabupaten Kediri.
- f. Menganalisis hubungan antara pemberian MP-ASI dengan status gizi anak usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Blabak Kecamatan Kandat Kabupaten Kediri.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Sebagai tambahan bahan referensi di bidang akademik, dengan harapan dapat menambah pengetahuan penulis serta mahasiswa kesehatan masyarakat terkait dengan hubungan riwayat ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI terhadap status gizi kurang pada anak usia 6-24 bulan dengan menggunakan indikator BB/U.
- b. Sebagai landasan untuk peneliti selanjutnya mengenai hubungan riwayat ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI terhadap status gizi anak usia 6-24 bulan dengan menggunakan indikator BB/U

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Ibu dengan Anak Usia 6-24 Bulan
Dapat dijadikan bahan informasi dan pengetahuan untuk ibu agar dapat menghindari anaknya terkena status gizi kurang, dan bagi ibu yang sudah memiliki anak dengan status gizi kurang dapat dijadikan sebagai bahan untuk intervensi gizi pada anak.
- b. Bagi Puskesmas Blabak
Dapat dijadikan landasan bagi pemerintah dan pihak Puskesmas Blabak untuk melakukan intervensi terkait dengan hubungan riwayat ASI eksklusif dan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) terhadap status gizi kurang pada anak usia 6-24 bulan
- c. Bagi Masyarakat Umum
Dapat dijadikan sebagai bahan informasi dan pengetahuan bagi masyarakat umum, terutama bagi ibu dengan anak usia 6-24 bulan yang memiliki resiko

gizi kurang sehingga dapat meminimalisir faktor resiko terjadinya gizi kurang.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anak Usia 6-24 Bulan

2.1.1 Definisi Anak

Menurut UU No. 23 tahun 2002 menyebutkan bahwa anak merupakan seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih berada dalam kandungan. Sedangkan menurut *World Health Organization* (WHO) anak adalah seseorang yang dihitung sejak berada dalam kandungan hingga usia 19 tahun. Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia (Fredy, 2021:54).

Pada masa balita merupakan masa otak anak akan mengalami pertumbuhan yang pesat dan dikenal dengan masa keemasan atau disebut dengan *the golden age* (Rawal et al, 2021:35). Masa balita merupakan masa melibatkan lebih banyak mengalami perubahan dalam pertumbuhan, perkembangan, pola makan, asupan nutrisi, dan fungsi lain dibandingkan dengan masa selanjutnya atau masa setelah balita (Dwyer, 2018:151).

2.1.2 Masa Anak Usia 6-24 Bulan

Pada masa anak saat masih bayi pertumbuhan dan perkembangan dapat dikategorikan sesuai usia anak (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2020:12-20)

a. Usia 0-3 Bulan

Pada usia ini umumnya anak akan mengalami tahapan pertumbuhan sebagai berikut :

- 1) Mulai mengangkat kepala usia 6 minggu.
- 2) Memasuki usia 3 bulan anak mulai berusaha untuk menggapai benda menarik yang ada di sekitarnya.
- 3) Dapat merespon suara dan sentuhan.
- 4) Mengikuti gerakan benda dengan menggunakan bola mata.
- 5) Mengangkat kepala dan dada dalam posisi tengkurap.

b. Usia 3-6 Bulan

Pada usia ini anak pada umumnya akan mengalami pertumbuhan sebagai berikut :

- 1) Mulai mengangkat kepala pada usia 4 bulan
- 2) Mampu menunjukkan emosi dasar seperti sedih, senang, atau kesal.
- 3) Bereaksi seperti berhenti, merengek atau terkejut terhadap bunyi yang berasal dari mainan yang di goyangkan.
- 4) Dapat membedakan wajah orang tua dengan orang lain.
- 5) Mengoceh dengan satu huruf hidup seperti ah, uh, eh.
- 6) Merespon ketika diajak berbicara.

c. Usia 6-9 Bulan

Tanda atau tahapan yang umum terjadi pada anak usia 6-9 bulan adalah sebagai berikut :

- 1) Dapat belajar untuk duduk.
- 2) Mengangkat kepala dengan tegak dan dapat mengarahkan kepala ke sumber suara.
- 3) Mengenali namanya sendiri, sehingga ketika dipanggil dapat menoleh kearah yang memanggil.
- 4) Mulai berceloteh.
- 5) Tertarik untuk mengambil benda-benda yang ada di sekitarnya.

d. Usia 9-12 Bulan

Pada umumnya anak pada usia ini akan mengalami pertumbuhan sebagai berikut :

- 1) Mulai belajar berjalan dengan berpegangan
- 2) Menggaruk kepala
- 3) Dapat bertepuk tangan
- 4) Dapat memindahkan benda dari tangan kiri ke kanan atau sebaliknya
- 5) Mencoba membuka wadah atau gelas yang memiliki tutup
- 6) Melambaikan tangan sebagai tanda berpisah
- 7) Dapat mengucapkan kata “da-da” atau “ma-ma”

- 8) Dapat menggelengkan kepala untuk mengatakan tidak, dan menganggukkan kepala untuk mengatakan ya
- 9) Dapat melakukan permintaan, seperti meminta orang dewasa untuk memainkan atau menyalakan mainan

e. Usia 12-18 Bulan

Tahapan yang umum terjadi pada anak usia 12-18 bulan adalah sebagai berikut :

- 1) Dapat duduk tanpa dibantu
- 2) Mencoba untuk berjalan tanpa bantuan
- 3) Dapat mengikuti instruksi sederhana
- 4) Mengucapkan kalimat dengan 2 kata
- 5) Memegang benda dengan kedua tangan nya
- 6) Memasukkan barang ke dalam wadah atau mengosongkan wadah
- 7) Mulai mencoret-coret
- 8) Mengulang suara atau menggerakkan tubuh sebagai bentuk untuk mencari perhatian
- 9) Berusaha makan sendiri
- 10) Menunjukkan reaksi emosi yang berbeda seperti marah, tersenyum, tertawa

Jika anak tidak dapat melakukan salah satu saja seperti yang telah disebutkan di atas maka perlu dilakukan tindakan pemeriksaan oleh tenaga medis guna mencegah terjadinya keterlambatan perkembangan sehingga dapat diatasi sedini mungkin.

f. Usia 18-24 Bulan

Anak pada usia ini akan mengalami pertumbuhan yang umum terjadi, seperti :

- 1) Dapat berjinjit dan melompat kecil
- 2) Berjalan dengan kaki menapak penuh
- 3) Berjongkok untuk waktu yang lama
- 4) Mulai mengerti rasa malu
- 5) Dapat mengucap berbagai kosakata

- 6) Mulai dapat mengontrol diri sendiri
- 7) Mendapatkan rasa kepercayaan diri dan jarang terjatuh

Jika anak tidak dapat melakukan salah satu saja seperti yang telah disebutkan di atas maka perlu dilakukan tindakan pemeriksaan oleh tenaga medis guna mencegah terjadinya keterlambatan perkembangan sehingga dapat diatasi sedini mungkin. Setiap perkembangan dan pertumbuhan anak harus diperhatikan guna mencegah terjadinya gangguan kesehatan di masa selanjutnya.

2.2 Status Gizi Anak

2.2.1 Pengertian Status Gizi

Status gizi merupakan keadaan tubuh akibat dari konsumsi makanan, dan penggunaan zat gizi yang dimana zat gizi dibutuhkan oleh tubuh sebagai perkembangan, sumber energi, pemeliharaan jaringan tubuh, serta pengaturan proses tubuh (Septikasari, 2018:61). Kemenkes RI 2016 menyebutkan bahwa status gizi yang baik adalah akan turut berperan dalam pencegahan terjadinya penyakit, seperti penyakit infeksi dan dalam tercapainya tumbuh kembang anak yang optimal. Penyakit kekurangan gizi akan rentan terkena pada kelompok umur bayi dan anak balita, karena itu indikator yang paling baik untuk mengukur status gizi pada masyarakat adalah melalui status gizi balita (Melisa,2018:35).

Pada anak usia 6-24 bulan kebutuhan berbagai zat akan semakin meningkat dan tidak dapat lagi dipenuhi hanya dari ASI saja. Oleh karena itu, bayi usia 6 bulan mulai dikenalkan pada makanan, dari lumat, lembut dan secara bertahap beralih ke makanan keluarga. Variasi makanan pada bayi usia 6-24 bulan semakin ditingkatkan agar kebutuhan kalori tiap harinya dapat terpenuhi. Jumlah proporsi makanan akan ditambahkan secara bertahap, dalam jumlah yang tidak berlebihan dan juga seimbang (Kemenkes,2016). Ketidakseimbangan antara makanan yang masuk dalam tubuh dengan kebutuhan kalori yang diperlukan dapat berakibat pada terjadinya gangguan pada tumbuh kembang anak dan memiliki resiko terkena penyakit infeksi sehingga terjadi penurunan nafsu makan (Puspita, 2022:661).

2.2.2 Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi dapat dilakukan dengan beberapa metode, yaitu sebagai berikut, (Thamaria, 2017 : 45-59) :

a. Antropometri

Menentukan status gizi anak dapat dilakukan dengan melakukan perhitungan berat badan dan tinggi badan anak atau disebut dengan antropometri. Antropometri merupakan suatu metode yang dilakukan untuk menilai ukuran, proporsi, dan komposisi tubuh manusia. Standar antropometri pada anak terdiri dari 4 indeks, yaitu berat badan (BB) menurut umur (U), tinggi badan (TB) menurut umur (U), berat badan (BB) menurut tinggi badan (TB), dan Indeks Masa Tubuh (IMT) menurut umur (U) (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 2, 2020 : 3-4).

Berat badan (BB) menggambarkan jumlah protein, lemak, air dan mineral yang terdapat di dalam tubuh. BB dijadikan sebagai salah satu parameter antropometri karena perubahan BB dapat dilihat dengan mudah dalam jangka waktu yang singkat. Mengukur BB dapat dilakukan dengan menggunakan alat timbang yang hasil ukurnya akurat. Beberapa jenis alat timbang yang dapat digunakan adalah dacin untuk mengukur berat badan balita, timbangan *detecto*, *bathroom scale* (timbangan kamar mandi), timbangan injak digital, dan lainnya.

Tinggi badan (TB) atau Panjang Badan (PB) merupakan indeks yang menunjukkan ukuran pertumbuhan massa tulang sesuai dengan asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh. Istilah TB digunakan untuk anak yang sudah dapat berdiri sendiri, sedangkan PB digunakan untuk anak yang belum bisa berdiri atau diukur dengan berbaring. TB dapat diukur dengan menggunakan microtoise, sedangkan PB diukur dengan infantometer.

Klasifikasi status gizi pada anak berdasarkan masing-masing indikator, yaitu sebagai berikut (Thamaria, 2017 : 45-59):

a. Indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U)

1. Gizi buruk : Z-score < -3,0
2. Gizi kurang : Z-score \geq -3,0 s/d Z-score < -2,0
3. Gizi baik : Z-score \geq 2,0 s/d Z-score \leq 2,0
4. Gizi lebih : Z-score > 2,0

Pertumbuhan normal anak dapat dipantau berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur menggunakan kurva pertumbuhan pada Kartu Menuju Sehat (KMS).

b. Indikator Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)

1. Sangat pendek : Z-score < -3,0
2. Pendek : Z-score \geq -3,0 s/d Z-score < -2,0
3. Normal : Z-score \geq -2,0 s/d Z-score \leq 2,0
4. Tinggi : Z-score > 2,0

Penggunaan indikator TB/U akan lebih tepat untuk mengetahui pemenuhan gizi yang terjadi pada masa lampau. Indikator ini sangat baik untuk melihat keadaan gizi masa lalu terutama yang berkaitan dengan keadaan berat badan lahir rendah dan kurang gizi pada masa balita.

c. Indikator Tinggi Badan menurut Berat Badan (TB/BB)

1. Sangat kurus : Z-score < -3,0
2. Kurus : Z-score \geq -3,0 s/d Z-score < -2,0
3. Normal : Z-score \geq -2,0 s/d Z-score \leq 2,0
4. Gemuk : Z-score > 2,0

Indikator BB/TB merupakan indikator pengukuran antropometri yang paling baik, dikarenakan dapat menggambarkan status gizi saat ini dengan spesifik. Oleh karena itu, berat badan yang normal akan proporsional seiring dengan tinggi badannya.

b. Laboratorium

Penentuan status gizi dengan metode laboratorium merupakan metode yang dilakukan secara langsung pada tubuh. Metode ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui tingkat ketersediaan zat gizi dalam tubuh. Uji laboratorium mencakup dua pengukuran yakni uji biokimia dan uji fisik. Uji biokimia dilakukan untuk mengukur zat gizi pada cairan atau jaringan tubuh. Sedangkan uji fisik dilakukan setelah dilaksanakannya uji biokimia.

c. Metode Klinis

Pemeriksaan dengan metode klinis adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya gangguan kesehatan termasuk gangguan

kekurangan zat gizi. Pemeriksaan dengan metode klinis dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, palpasi, perkusi, atau auskultasi. Umumnya pemeriksaan dengan klinis biasanya dibantu dengan perabaan, pendengaran, penglihatan, dan lainnya.

d. Konsumsi Pangan

Pengukuran konsumsi makanan biasa disebut dengan survey konsumsi pangan. Jika asupan makanan yang masuk dalam tubuh kurang maka akan mengakibatkan kondisi gizi kurang, sebaliknya jika asupan makanan yang masuk dalam tubuh berlebih maka akan menimbulkan kondisi status gizi lebih. Pengukuran pangan ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui asupan gizi dan makanan, serta mengetahui kebiasaan dan pola makan seseorang ataupun kelompok.

Pengukuran pangan dapat dilakukan ke 3 area, yaitu (Thamaria, 2017 : 45-59) :

1. Pengukuran Pangan Individu

Dalam mengukur asupan gizi yang masuk dalam tubuh secara individu dapat dilakukan dengan 4 metode, yaitu :

a) Metode *recall* 24 jam

Metode ini merupakan metode yang cara ukurnya dengan menanyakan pada responden apa saja yang telah dikonsumsi dalam waktu satu hari dari bangun tidur hingga tidur kembali di malam hari. Prinsip dari pengukuran *recall* adalah mencatat semua makanan yang dikonsumsi individu baik di dalam ataupun di luar rumah serta menanyakan berat makanan dalam gram atau dalam ukuran rumah tangga (URT).

b) Metode *estimated food record*

Metode ini menggunakan cara ukur pencatatan semua makanan yang telah dikonsumsi mulai di pagi hari hingga malam sampai hendak tidur malam hari. Merupakan suatu pengukuran yang dilakukan dengan mencatat semua makanan yang dikonsumsi mulai dari bangun tidur hingga malam hari sebelum tidur. Perbedaan *estimated food record* dengan *recall* adalah

responden mencatat sendiri semua makanan serta berat atau URT yang dimakan selama 24 jam.

c) Metode penimbangan makanan (*food weighing*)

Merupakan suatu metode pengukuran asupan gizi pada individu dengan cara menimbang makanan yang akan dikonsumsi. Jika terdapat makanan yang tersisa, maka makanan sisa tersebut juga ikut ditimbang. Sehingga mendapat perhitungan berapa berat makanan sebenarnya.

d) Metode frekuensi makanan (*food frequency*)

Metode frekuensi makanan atau sering disebut dengan FFQ (*food frequency Questionnaire*) adalah metode yang digunakan untuk memperoleh data tentang pola dan kebiasaan makan individu dalam kurun waktu tertentu. Terdapat 2 jenis pengukuran yaitu FFQ kualitatif dan FFQ semi kuantitatif. FFQ kualitatif digunakan untuk memperoleh data pola makan dan kebiasaan makan. Sedangkan FFQ semi kuantitatif digunakan untuk mengetahui rata-rata asupan gizi dalam sehari pada individu.

2. Metode Pengukuran Konsumsi Pangan Rumah Tangga

Berikut terdapat beberapa macam pengukuran konsumsi dalam rumah tangga, yaitu :

a) Metode Jumlah Makanan (*food account*)

Metode ini merupakan metode yang dilakukan dengan tujuan untuk mengumpulkan data asupan makanan keluarga yang dilakukan dengan cara mencatat bahan makanan untuk keluarga yang masuk dan keluar dalam periode tertentu.

b) Metode Pencatatan Makanan Rumah Tangga

Merupakan metode yang mengukur konsumsi makanan dalam rumah tangga baik dalam rumah maupun di luar rumah dalam jangka kurang lebih 1 minggu. Pengukuran dilakukan dengan menimbang semua makanan termasuk cara pengolahannya. Jika ada makanan sisa tidak dihitung.

c) Metode *recall* 24 jam Rumah Tangga

Metode yang dilakukan untuk mengumpulkan data asupan makanan rumah tangga yang dilakukan pada orang yang bertanggung jawab terhadap penyediaan pangan di dalam rumah tangga tersebut.

3. Metode Pengukuran Pangan Suatu Wilayah

Pengukuran pangan dalam satu wilayah dapat dilakukan dengan 2 metode, yaitu :

a) Neraca Bahan Makanan

Merupakan metode pengukuran kecukupan pangan pada suatu wilayah dalam jangka waktu tertentu. Data dalam neraca bahan makanan mengandung informasi terkait pengadaan atau penyediaan pangan baik dari produksi dalam negeri atau luar negeri. Data tersebut merupakan rata-rata jumlah pangan yang tersedia pada pedagang eceran untuk dikonsumsi penduduk perkapita.

b) Pola Pangan Harapan (PPH)

PPH adalah komposisi pangan yang didasarkan pada kontribusi mutlak atau relative, yang memenuhi kebutuhan gizi secara kuantitas, kualitas maupun keragamannya dengan mempertimbangkan berbagai aspek sosial.

2.2.3 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi resiko terjadinya gizi kurang pada balita, seperti asupan makanan, penyakit penyerta dan infeksi, social ekonomi, pendidikan, persediaan makanan, perawatan anak dan kesehatan ibu pada saat mengandung (Supriasa,2018).

a. Asupan makanan

Gizi seseorang dapat dipengaruhi oleh masuknya zat makanan dan kemampuan tubuh untuk menggunakan zat makanan tersebut. Kesehatan tubuh atau pada manusia yang bersangkutan akan menentukan kemampuan tubuh untuk menggunakan zat makanan yang masuk ke dalam tubuh.

b. Pendidikan ibu

Status kesehatan seseorang akan bergantung pada tingkat pendidikannya. Orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah untuk memperoleh akses informasi mengenai kesehatan dan tingkat pemahaman mengenai informasi kesehatan yang diperoleh.

c. Status sosial ekonomi

Status ekonomi yang buruk merupakan factor yang mempengaruhi rantai tak terputusnya gizi buruk pada balita. Kemampuan mendapatkan kelayakan pangan dan fasilitas kesehatan dipengaruhi oleh keadaan *financial* baik secara langsung maupun tidak langsung.

d. Penyakit pesnyerta dan infeksi

Mekanisme fisiologis dan biologis yang berinteraksi dengan penyakit penyerta akan menyebabkan terjadinya status gizi kurang dan status gizi buruk. Penyakit infeksi dengan kategori rendah sudah mampu mempengaruhi status gizi balita.

e. Pengetahuan ibu

Tingkat pengetahuan dapat mempengaruhi seseorang dalam memahami informasi yang diterima, dapat terjadi kesalahpahaman, kebenaran yang tidak lengkap dan tidak terstruktur yang merupakan kesalahan manusia dalam melakukan praktik kehidupan karena dilandasi oleh pengetahuan yang kurang atau salah.

f. Riwayat ASI Eksklusif

ASI berperan penting pada kembang tumbuh anak baik ecara fisik maupun mental dalam jangka panjang di masa hidupnya. Balita dengan tidak ASI eksklusif akan lebih beresiko mengalami penyakit infeksi (Iqbal, 2020:98)

g. Pola makan

Pola makan merupakan cara seseorang atau kelompok untuk memanfaatkan pangan yang ada di sekitar sebagai reaksi terhadap ekonomi dan social budaya. Konsumsi makanan yang mengasilkan kesehatan gizi yang baik adalah yang sebaik-baiknya disebut konsumsi yang adekuat.

2.3 Riwayat ASI Eksklusif

2.3.1 Definisi ASI

Air Susu Ibu (ASI) merupakan asupan makanan pada awal kelahiran bayi dan merupakan asupan yang terbaik. Pada umumnya ASI keluar setelah ibu melahirkan, selain makanan terbaik untuk anak, ASI juga merupakan makanan yang paling praktis serta ideal untuk bayi. ASI memiliki kandungan berbagai macam zat gizi serta nutrisi yang dibutuhkan oleh bayi pada tahap pertama kehidupan. Selain itu, ASI juga memiliki kandungan antibody dan zat kekebalan tubuh sehingga bayi yang diberi ASI tidak mudah sakit.

2.3.2 Volume ASI

ASI diproduksi dengan bergantung pada ukuran besar kecilnya cadangan lemak yang telah tertimbun selama masa kehamilan dalam batas waktu tertentu. Pada ibu yang memiliki status gizi baik rata-rata memiliki volume sekitar 700-800 ml. Sedangkan pada ibu yang memiliki status gizi kurang memiliki volume yang berkisar pada jumlah 500-600 ml. ASI akan disekresikan pada 6 bulan pertama sebesar 750 ml perhari. Sekeresi di hari pertama akan terkumpul sebanyak 50 ml yang kemudian akan meningkat secara bertahap menjadi 500,650 dan 750 ml pada masing masing hari kelima bulan pertama dan seterusnya. Status gizi ibu tidak berpengaruh pada mutu atau kualitas ASI, meskipun kandungan dalam ASI hanya terdapat sedikit kadar vitamin dan mineral (Pujiastuti, 2010).

2.3.3 Jenis ASI

Adapun jenis ASI terbagi atas tiga menurut Widuri (2013), yaitu:

a. *Kolostrum*

ASI *kolostrum* merupakan ASI yang berwarna kekuningan yang dihasilkan oleh sel alveoli pada kelenjar payudara. Kandungan pada *kolostrum* memiliki berbagai zat gizi yang baik untuk bayi seperti protein, lemak, karbohidrat, vitamin A yang tinggi, antibody IgA, dan juga sel darah putih yang tinggi jika dibandingkan dengan ASI matur yang dapat menyebabkan bayi tidak mudah terkena penyakit infeksi seperti diare.

b. *Transitional milk* (ASI peralihan)

ASI peralihan merupakan ASI yang dihasilkan setelah kolostrum keluar mulai dari 8-20 hari. Namun juga dapat terjadi pada minggu ke 3-5 setelah bayi dilahirkan. Dalam masa ini kadar lemak laktosan dan vitamin larut air lebih tinggi dari kadar protein, mineral rendah, dan juga mengandung banyak kalori jika dibandingkan dengan kolostrum.

c. *Mature milk* (ASI matang)

ASI matang merupakan ASI yang keluar pada hari sekitar bayi berusia 21 hari atau pada minggu ke 3-5 pertama kehidupan. Pada jenis ASI ini memiliki 90% air yang diperlukan oleh bayi agar tidak dehidrasi, dan 10% mengandung karbohidrat, protein, dan lemak guna proses tumbuh kembang bayi.

2.3.4 Manfaat ASI Eksklusif

Memberikan ASI secara eksklusif pada anak memiliki manfaat tersendiri untuk anak dan ibu. Pemberian ASI secara eksklusif dapat membangun jalinan ikatan kasih sayang yang mesra antara ibu dan anak. Bagi bayi ASI merupakan suatu hal yang berharga yang diberikan oleh seorang ibu. Manfaat yang diperoleh dengan ASI eksklusif adalah membantu meningkatkan kesehatan dan motoric anak, selain itu ASI juga dapat memberikan potensi emosi yang stabil, kemampuan spiritual yang matang, dan juga memiliki perkembangan social yang baik. Kualitas ASI sampai sat ini tidak dapat disangi oleh susu formula manapun baik susu sapi atau susu kedelai. Manfaat pemberian ASI juga dapat dirasakan oleh keluarga, masyarakat, dan lingkungan sekitar karena dengan ASI tumbuh kembang anak baik secara fisik maupun nonfisik akan berkembang dengan baik (Utami, 2000).

Berikut manfaat ASI eksklusif bagi bayi, yaitu :

a. ASI sebagai nutrisi

Pada tahap pertama kehidupan, bayi memerlukan sumber gizi yang ideal dan seimbang menyesuaikan dengan kebutuhan pertumbuhannya, hal tersebut dapat dipenuhi dengan pemberian ASI eksklusif. ASI digolongkan menjadi makanan yang paling sempurna untuk bayi, bahkan hanya dengan ASI saja kebutuhan nutrisi bayi selama 6 bulan sudah bisa terpenuhi.

b. Bayi akan lebih cerdas

ASI eksklusif yang diberikan sampai bayi berusia 6 bulan akan terjamin dalam pencapaian pengembangan potensi kecerdasan pada sang anak dengan optimal. Dalam ASI terdapat nutrient yang ideal dan komposisi yang tepat, ASI juga memiliki nutrient khusus yang dibutuhkan oleh otak bayi. Nutrien tersebut tidak terdapat pada susu sapi atau susu formula lain. Tingkat kecerdasan anak berkaitan dengan otak maka dapat dikatakan bahwa faktor utama dari perkembangan kecerdasan otak anak adalah pertumbuhan otak yang optimal, selain itu dapat dipengaruhi juga oleh pengaruh genetik dan lingkungan.

c. Meningkatkan daya tahan tubuh

Zat kekebalan tubuh pada bayi baru lahir akan didapatkan melalui ari-ari ibu, namun zat tersebut dapat dengan cepat menurun. Zat kekebalan tubuh akan diproduksi sendiri oleh tubuh bayi dengan jumlah cukup banyak sehingga mencapai kadar proaktif di usia 9 samapi 12 bulan. Pada saat kadar kekebalan tubuh bayi yang dibawa dari lahir menurun dan zat kekebalan tubuh yang dibentuk saat setelah lahir belum cukup maka akan terjadi kesenjangan zat kekebalan tubuh. Kesenjangan tersebut dapat diisi dengan dilakukan pemberian ASI, karena pada ASI terdapat cairan yang memiliki kandungan zat kekebalan sehingga dapat melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi.

d. Menyusui meningkatkan jalinan kasih sayang

Ikatan jalinan kasih sayang dapat terbentuk oleh karena bayi sering berada dalam pelukan atau dekapan ibu, sehingga bayi juga dapat merasakan rasa aman dan tenteram karena masih mendengar detak jantung ibu yang telah dikenalnya sejak berada dalam kandungan. Perasaan merasa disayangi dan terlindungi akan menjadi dasar pada perkembangan emosi bayi dan juga dapat membentuk kepribadian yang percaya diri dan dasar spiritual yang baik.

2.4 Praktik Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

2.4.1 Definisi MP-ASI

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) merupakan makanan atau minuman bergizi yang diberikan pada bayi di usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain dari air susu ibu.

Menurut *World Health Organisation* (WHO) memberikan definisi bahwa makanan pendamping ASI merupakan suatu proses yang dimulai ketika pemberian ASI saja sudah tidak lagi cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi. Oleh karena itu, bayi perlu mendapat makanan dan cairan dari luar yang didampingi dengan pemberian ASI.

2.4.2 Tujuan pemberian MP-ASI

Pemberian MP-ASI dilakukan guna melengkapi zat gizi yang sudah tidak dapat diperoleh dari ASI saja, membantu mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima macam-macam makanan dengan beberapa rasa dan bentuk, serta mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan. Makanan pendamping ASI dibutuhkan guna mengisi kesenjangan energi, hal tersebut terjadi karena jumlah makanan yang dibutuhkan meningkat seiring dengan bertambahnya usia anak, jika pada celah tersebut tidak diisi maka akan berdampak pada terhenti atau terhambatnya proses tumbuh kembang anak.

2.4.3 Tahapan pemberian MP-ASI

Pada usia 6 bulan bayi baru bisa mendapat MP-ASI sehingga resiko terjadinya gizi kurang dan gizi buruk berkurang. Untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan gizi bayi, makanan pendamping ASI harus:

a. Tepat waktu

Pemberian MP-ASI diberikan saat kebutuhan energy dan nutrisi sudah tidak dapat terpenuhi hanya dari ASI eksklusif saja.

b. Memadai

Penyediaan energi, protein, dan zat gizi mikro dalam kategori cukup guna memenuhi kebutuhan gizi anak di masa tumbuh kembangnya.

c. Aman

Penyimpanan dan pengolahan disiapkan dengan higienis, kemudian ketika memberi makanan pastikan tangan bersih, dan menggunakan peralatan makanan yang bersih.

d. Diberi makan dengan benar

Pemberian makan disesuaikan dengan sinyal nafsu makan, rasa kenyang serta frekuensi makan, dan usia anak.

2.4.4 Jenis pemberian MP-ASI

Jenis MP-ASI yang baik adalah yang terdiri dari bahan makanan segar, seperti tempe, kacang-kacangan, telur ayam, hati ayam, ikan, sayur mayor, dan buah-buahan. Berikut beberapa jenis MP-ASI :

a. Makanan lumat

Merupakan makanan yang dihancurkan atau disaring tampak lebih kasar dibanding dengan makanan lumat halus, seperti bubur sumsum, pisang saring/dikerok, buah-buahan disaring.

b. Makanan lunak

Makanan yang dimasak dengan volume air yang banyak, seperti bubur nasi, bubur ayam, nasi tim, dsb.

c. Makanan padat

Merupakan makanan yang dimasak dengan kondisi tidak nampak berair dan biasa disebut dengan makanan keluarga, contoh nasi, lontong, biskuit, dsb.

Tabel 2.1 Jenis pemberian MP-ASI dalam sehari

Umur bayi	Jenis makanan	Berapa kali sehari
0-6 bulan	ASI	10-12x
6-9 Bulan	a. ASI b. Makanan lumat	a. ASI diberikan sesering mungkin b. Makanan lumat 2-3 kali , 1-2 kali selingan
9-12 Bulan	a. ASI b. Makanan lunak atau dicincang	a. Diberikan ketika diminta b. Makanan lunak 3-4 kali, 1-2 kali selingan
12-24 Bulan	a. ASI b. Makanan keluarga yang dihaluskan, dan atau Makanan keluarga	a. Diberikan ketika diminta b. Makanan keluarga 3-4 kali, 12 kali selingan

Sumber : Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2018

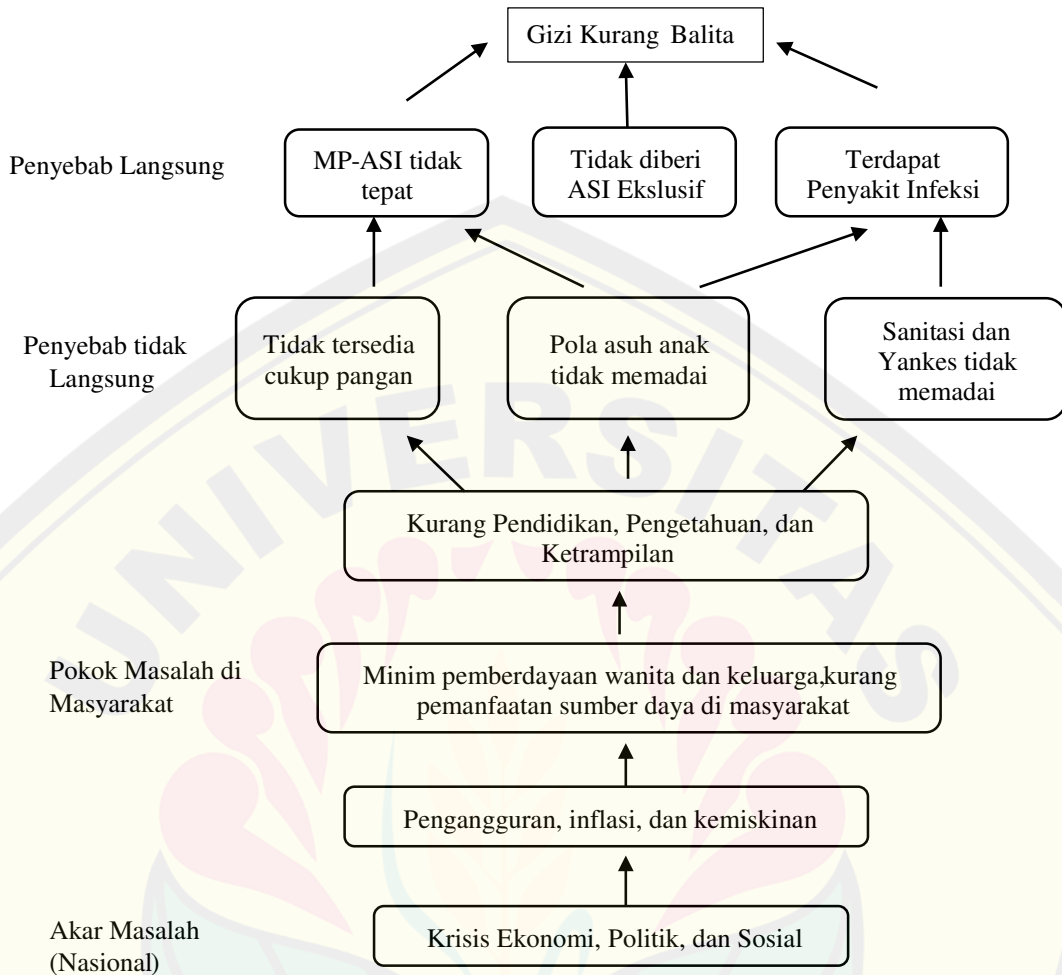
2.5 Hubungan Riwayat ASI Eksklusif dengan Status Gizi

Asi eksklusif diberikan pada bayi mulai dari lahir hingga usia 6 bulan. Air Susu Ibu (ASI) merupakan satu satunya nutrisi yang dapat diperoleh bayihingga usia 6 bula dan dianggap dapat berperan penting dalam proses tumbuh kembang anak (Mirania, 2021:46). Pemberian ASI eksklusif memiliki pengaruh terhadap status gizi balita (Ikro, 2021:43). Bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif beresiko mengalami gizi kurang dengan OR 3 kali lipat dibandingkan dengan yang diberi ASI eksklusif (Darmayanti 2022:12). Rendahnya angka pemberian ASI eksklusif kemungkinan dapat terjadi disebabkan oleh rendahnya penegtahuan ibu tentang ASI eksklusif (Siregar, 2018:41).

2.6 Hubungan Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi

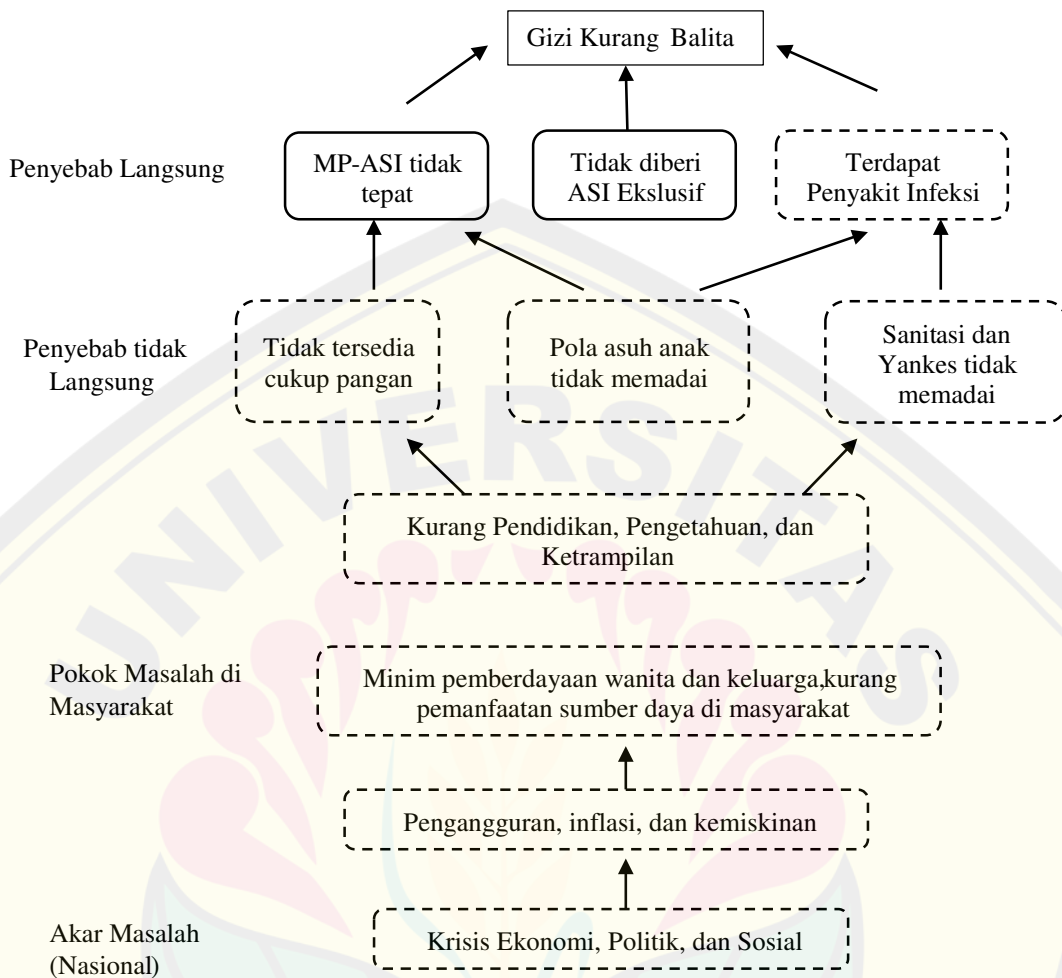
Bayi harus mendapatkan MP-ASI untuk mencegah terjadinya gizi kurang pada anak (Proverawati & Wati, 2017). Kekurangan gizi dapat terjadi bila dalam memberikan MP-ASI pada anak tidak sesuai, selain perkembangan kognitif yang terhambat juga dapat menimbulkan peningkatan risiko penyakit infeksi (Hasanah, Mastuti & Ulfah, 2020). Makanan pendamping yang tidak adekuat akan meningkatkan risiko terjadinya gizi kurang pada anak lebih besar jika dibandingkan pemberian MP-ASI yang adekuat (Septikasari, 2018). Pemberian MP-ASI yang benar dan tepat, harus terkandung zat gizi dan protein yang agar tumbuh dan kembang status gizi anak menjadi baik (Datesfordate, Kundre & Rottie, 2017). Status gizi menjadi indikator dalam menentukan derajat kesehatan anak. Gizi pada masa anak sangat berpengaruh terhadap tumbuh kembangnya bahkan sejak masih dalam kandungan sekalipun, gizi memegang peran yang penting (Soetjningsih, 2010). Sebaliknya apabila bayi dan anak pada masa ini tidak memperoleh makanan sesuai kebutuhan gizinya, maka periode emas akan berubah menjadi periode kritis yang akan mengganggu tumbuh kembang bayi dan anak, baik pada masa ini maupun masa selanjutnya.

2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori
 Sumber : Modifikasi UNICEF (1998), Santosa *et al* dalam Majestika (2018), dan Damaryanti *et al* (2022)

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :

- _____ : diteliti
- : tidak diteliti

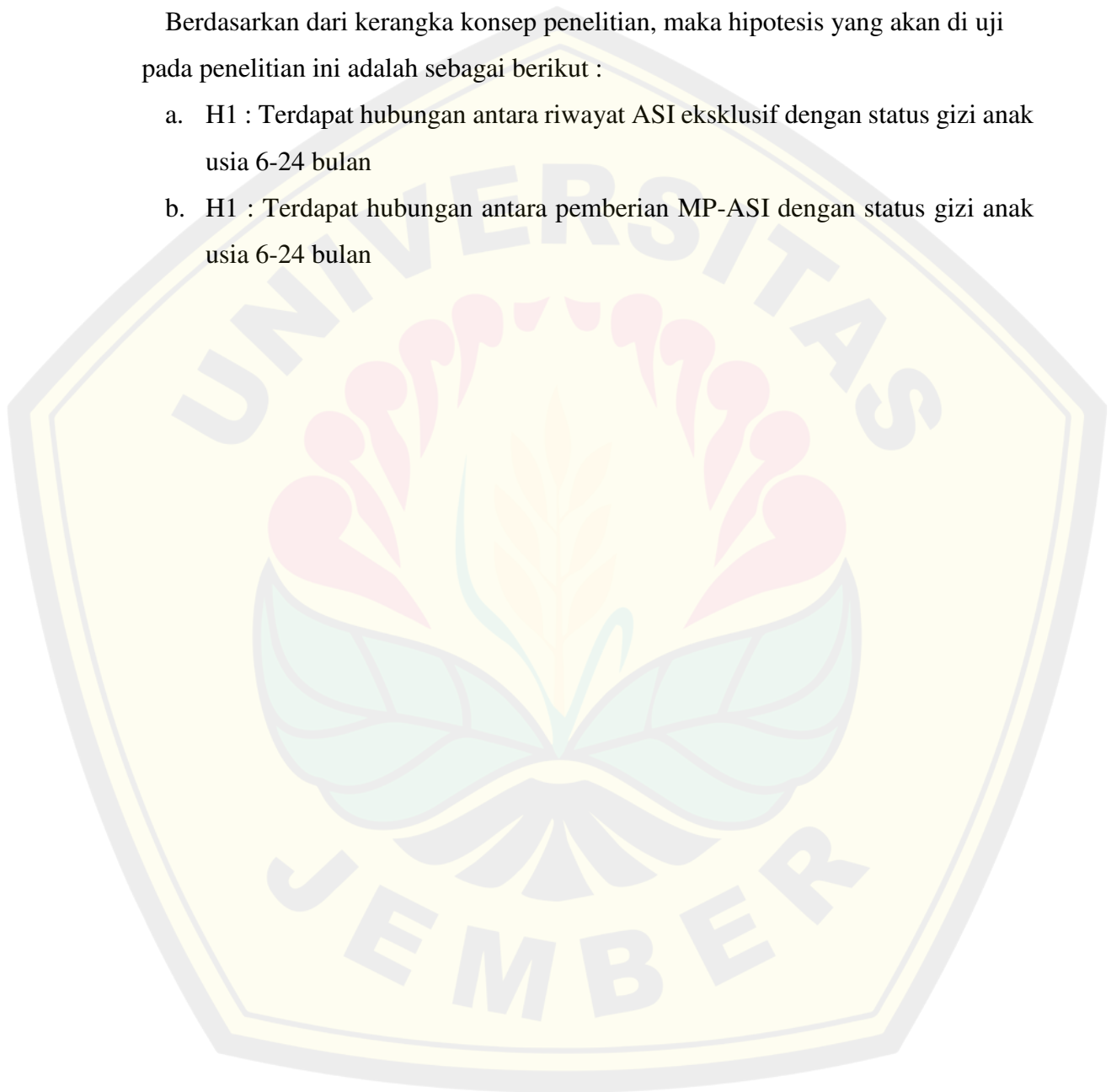
Faktor penyebab langsung terjadinya gizi kurang pada balita adalah tidak ada riwayat ASI eksklusif, pemberian MP-ASI yang tidak tepat, dan adanya penyakit infeksi. Namun pada penelitian ini hanya menganalisis 2 variabel yaitu, riwayat

ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI pada anak usia 6-24 bulan. Pada variabel pemberian MP-ASI meliputi unsur usia pertama MP-ASI, jumlah, jenis, dan frekuensi MP-ASI pada anak.

1.9 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan dari kerangka konsep penelitian, maka hipotesis yang akan di uji pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. H1 : Terdapat hubungan antara riwayat ASI eksklusif dengan status gizi anak usia 6-24 bulan
- b. H1 : Terdapat hubungan antara pemberian MP-ASI dengan status gizi anak usia 6-24 bulan



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan metode observasional analitik serta memakai pendekatan *crosssectional*. Menurut Creswell (2009) dalam Kusumastuti *et al* (2020:2) penelitian kuantitatif merupakan metode penelitian untuk menguji teori tertentu dengan cara meneliti hubungan antar variabel yang diukur dengan menggunakan instrument penelitian sehingga data yang berupa angka dapat dianalisis sesuai dengan prosedur statistik. Metode observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* digunakan dengan tujuan untuk menemukan hubungan antaraa variable bebas dan variable terikat dengan cara pendekatan observasi dan pengumpulan data yang dilakukan pada waktu yang sama (Notoatmojdo 2012 dalam Kopa *et al*, 2021:105).

3.2 Tempat dan Waktu

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Blabak Kecamatan Kandat Kabupaten Kediri.

3.2.2 Waktu Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada bulan Mei 2023.

3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan suatu daerah abstraksi yang terdiri dari objek atau subjek dengan karakteristik dan kuantitas sesuai dengan kriteria yang diinginkan peneliti (Sugiyono, 2019:126). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh anak dengan usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Blabak dengan jumlah keseluruhan sebesar 596 anak. Jumlah tersebut diperoleh berdasarkan dari data terbaru yang dimiliki oleh Puskesmas Blabak pada bulan Februari 2023.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh suatu populasi penelitian (Sugiyono, 2019:127). Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah yang memenuhi kriteria, sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan suatu kriteria atau karakteristik yang harus dimiliki oleh populasi yang terpilih oleh peneliti (Notoatmodjo, 2018:127).

Berikut kriteria inklusi pada penelitian ini :

1. Anak dengan usia 6-24 bulan
2. Bersedia untuk menjadi responden
3. Anak yang tinggal satu rumah dengan ibu

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah suatu karakteristik di populasi yang tidak terpilih menjadi sampel penelitian (Notoatmodjo 2018:127). Penentuan kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu :

1. Anak yang memiliki penyakit infeksi saat penelitian dilakukan
2. Anak dengan riwayat Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

c. Besar sampel

Untuk menghitung besar sampel pada penelitian ini, maka peneliti menggunakan rumus yang dikembangkan oleh Lemeshow (1974) yaitu rumus sampel *cross-sectional*, diperoleh perhitungan sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z\alpha^2 p \cdot q}$$

$$n = \frac{596 \times 1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}{0,1^2 \times (596 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{572}{5,95 + 0,96}$$

$$n = \frac{572}{6,91}$$

$$n = 79,77 \sim 80$$

Keterangan :

n	= besar sampel
N	= besar populasi
p	= proporsi (0,5)
q	= $1 - p$
Z_a	= harga kurva normal sesuai harga a (tingkat kepercayaan) (95%=1,96)
d	= beda antara proporsi pada sampel dengan pada populasi (50%=0,5)

2.3.3 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan teknik *accidental sampling*. Teknik *accidental sampling* merupakan teknik memperoleh sampel secara kebetulan (Sugiyono, 2016:124). Berdasarkan perhitungan sampel diperoleh besar sampel pada penelitian ini sebanyak 80 responden. Pengambilan sampel dilakukan secara acak dengan dibantu oleh kader untuk menuju ke rumah responden yang memiliki waktu luang untuk wawancara, jika responden yang dituju ternyata tidak di rumah atau tidak bersedia melakukan wawancara maka sesi wawancara lanjut ke rumah responden lain.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian merupakan nilai atas suatu objek penelitian yang memiliki variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari atau ditarik kesimpulannya (Kopa *et al*, 2021:108). Pada penelitian ini terdapat 2 variabel, yaitu :

a. Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas atau *independent* merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya suatu variabel terikat. Variabel bebas pada penelitian ini adalah riwayat ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI.

b. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat atau *dependent* merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Kopa *et al*, 2021:110). Variabel terikat pada penelitian ini adalah status gizi anak usia 6-24 bulan.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasiaonal adalah definisi dari suatu variabel yang berisi pengertian dan cara mengukur suatu variabel (Kopa *et al*, 2021:109). Definisi operasional pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel Definisi operasional	Cara pengukuran	Kriteria penilaian	Skala
Variabel bebas				
1. Karakteristik anak				
a. Usia	Terhitung dari manusia lahir dengan satuan tahun	wawancara dengan kuesioner	1. 6-9 bulan 2. 10-12 bulan 3. 13-24 bulan	Nominal
(BPS, 2012)				
b. Jenis kelamin	Perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologis antara lakilaki dan perempuan	Wawancara dengan kuesioner	1. Laki –laki 2. Perempuan	Nominal
(BPS, 2012)				
2.Karakteristik ibu				
a. Usia	Kurun waktu semenjak manusia lahir	Wawancara dengan kuesioner	1. < 25 tahun 2. 26-35 tahun 3. > 36 tahun	Nominal
(BPS, 2012)				

No.	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Penulisan	Skala
b. Pendidikan	Tingkat pendidikan formal yang terakhir ditempuh	Wawancara dengan kuesioner	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. Sarjana	Ordinal
c. Status Bekerja	Kondisi saat ini sedang memiliki pekerjaan atau tidak	Wawancara dengan kuisoner	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Nominal
3. Riwayat ASI Eksklusif				
a. Riwayat ASI Eksklusif	Histori pemberian ASI pada anak dari lahir hingga usia 6 bulan tanpa ada suplementasi makanan dan minuman lain	Wawancara dengan kuesioner	1. Ada 2. Tidak Ada	Nominal
4. Praktik Pemberian MP-ASI				
a. Usia pertama MP-ASI	Usia pertama kali diberikan makanan pendamping ASI	Wawancara dengan kuesioner	1. Tepat, jika MP-ASI diberikan tepat usia 6 bulan 2. Tidak tepat, jika MP-ASI diberikan pada usia kurang atau lebih dari 6 bulan	Nominal

No.	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Penulisan	Skala
b.	Frekuensi MP-ASI diberikan berapa kali dalam sehari	Pemberian MP-ASI	Wawancara dengan kuesioner	Nominal
			<p>a. Sesuai, jika:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia 6-9 bulan : 2-3 kali 2. Usia 10-24 bulan : 3-4 kali <p>b. Tidak sesuai jika melebihi atau kurang dari uraian yang ada di poin a</p>	
c.	Jenis MP-ASI	Merupakan tekstur makanan yang diberikan pada anak sesuai dengan usia anak	Wawancara dengan kuesioner	Nominal
			<p>a. Tepat, jika :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 6-9 bulan Makanan lumat 2. 10-12 bulan Makanan lunak 3. 13-24 bulan Makanan cincang atau makanan keluarga <p>b. Tidak tepat jika makanan yang diberikan kurang atau lebih dari usia anak seperti keterangan yang ada di poin a</p> <p>(KIA, 2018)</p>	

No.	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Penulisan	Skala
d.Porsi MP-ASI	Jumlah makanan yang diberikan pada anak setiap kali makan	Wawancara dengan kuesioner	a. Tepat, jika : <ol style="list-style-type: none"> 1. 6-9 bulan: 2-3 sendok makan 2. 9-12 bulan: Perlahan naik hingga 8 sendok makan 3. 13-24 bulan : 8-17 sendok makan b. Tidak tepat jika jumlah makanan yang diberikan kurang atau lebih dari takaran yang telah disebutkan pada point a	Nominal
5. Status Gizi				
a. Status gizi	Kondisi kesehatan fisik bayi yang ditentukan dengan menggunakan indikator BB/U	Menimbang dan mengisi kuesioner	a. Gizi Tidak Baik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Gizi buruk < -3SD 2. Gizi kurang -3SD s/d < -2SD 3. Gizi lebih > 1 SD b. Gizi Baik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gizi baik 2SD s/d 1 SD (Kemenkes, 2011)	Ordinal

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer pada penelitian ini adalah data yang diambil dari objek penelitian ataupun langsung kepada responden. Instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini berupa kuesioner atau angket dengan wawancara sehingga dapat memperoleh data dasar. Data primer dari penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara pada ibu anak usia 6-24 bulan terkait dengan riwayat ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI pada anak di wilayah kerja Puskesmas Blabak, dan melakukan pengukuran berat badan pada anak dengan cara menimbang.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh atau dikumpulkan dari pengumpulan data di lapangan kemudian di olah oleh instansi terkait (Efendi, 2018:129). Sumber data sekunder dari penelitian ini diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri menyampaikan prevalensi status gizi anak usia 6-24 bulan di seluruh wilayah Kabupaten Kediri, serta prevalensi status gizi anak usia 6-24 bulan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Blabak.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data memiliki fungsi sebagai alat untuk melakukan penelitian sehingga memperoleh data yang sesuai dengan yang berlaku (Sugiyono, 2019:165). Teknik yang dilakukan pada penelitian ini adalah:

a. Wawancara

Pelaksanaan wawancara pada penelitian ini dilakukan secara langsung kepada responden menggunakan kuesioner yang telah disiapkan guna memperoleh data karakteristik anak, karakteristik ibu, riwayat ASI eksklusif dan pemberian MPASI.

b. Pengukuran

Pada penelitian ini dilakukan pengukuran berat badan pada anak guna memperoleh data status gizi pada anak tersebut. Pengukuran berat badan

pada anak usia 6-24 bulan menggunakan alat timbangan merek Onemedia.

Prosedur pengukuran adalah sebagai berikut (Bardosono, 2019:7) :

1. Anak melepas alas kaki
2. Anak didirikan tepat ditengah timbangan
3. Bagi anak yang belum bisa berdiri, dapat ditimbang bersama ibu
4. Ibu ditimbang sendiri

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah suatu alat bantu yang digunakan untuk memperoleh data untuk dijadikan penelitian yang sistematis. Pada penelitian ini instrument pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner dan alat timbang.

3.7 Validitas dan Reabilitas Instrumen

3.7.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu tingkat keakuratan antara data yang benar terjadi pada subjek yang diteliti dengan menggunakan data yang gabungan oleh peneliti (Sugiyono, 2017:125). Uji validitas digunakan dengan tujuan untuk mengukur data yang telah didapat peneliti merupakan data yang valid atau tidak. Cara mengujinya, yaitu dengan cara melakukan uji coba kuesioner penelitian kepada responden lain yang memiliki karakteristik hampir sama dengan responden yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Uji validitas dilakukan untuk mengukur seberapa tepat sebuah pernyataan atau pertanyaan dalam kuesioner yang akan ditanyakan kepada responden dalam penelitian (Priyatno, 2014:51).

Pada penelitian ini dilakukan uji validitas di Puskesmas Sambu, dengan karakteristik yang sama. Berdasarkan dari uji validitas seluruh instrument penelitian dikatakan valid.

3.7.2 Uji Reabilitas

Uji reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran dengan menggunakan objek yang sama, akan tetapi menghasilkan

data yang sama dan dapat dipercaya secara konsisten (Sugiyono, 2017: 130). Uji reliabilitas merupakan alat untuk mengukur suatu kuesioner sebagai indeks variabel penelitian. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau dapat dipercaya jika tanggapan responden terhadap asersi dikatakan konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Tanggapan responden terhadap pertanyaan dikatakan reliabel jika setiap pertanyaan menerima jawaban yang konsisten atau jika tanggapannya sesuai (Ghozali, 2018:45). Instrumen penelitian yang valid dilanjutkan dengan uji reabilitas menggunakan rumus Alpha Cronbach yaitu membandingkan nilai r hasil (Alpha) dengan nilai r tabel. Suatu konstruk atau variabel dikatakan reliabel jika r Alpha $>$ r tabel (0,6) (Notoatmodjo, 2018). Hasil dari uji reliabilitas pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa nilai r Alpha $>$ r tabel, maka dapat dikatakan bahwa variabel penelitian merupakan variabel yang reliabel.

3.8 Teknik Pengolahan, Analisis, dan Penyajian Data

3.8.1 Teknik Pengolahan Data

Data yang telah didapatkan dari proses pengumpulan data dikelompokkan menurut kode dan kategori masing-masing data. Jenis data adalah frekuensi dan persentase dari jawaban yang telah diberikan oleh responden. Analisis data pada penelitian ini meliputi analisis deskriptif. Setelah data terkumpul, kemudian diadakan pengolahan data dengan cara :

a. *Editing* (penyuntingan data)

Editing merupakan pemeriksaan dari kuesioner yang telah didistribusikan dan diisi oleh responden. Pemeriksaan meliputi kelengkapan jawaban pada kuesioner yang telah diberikan.

b. *Coding*

Coding adalah pengklasifikasian jawaban dari responden dalam kategori.

c. Memasukan data (*data entry*)

Jawaban responden yang telah diberikan kode kategori selanjutnya dimasukkan ke dalam tabel melalui pengolahan komputer SPSS.

d. Pembersihan data (*cleaning*)

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek dikembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya kemudian dilakukan koreksi.

3.8.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan proses pembuatan laporan berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan oleh peneliti untuk mempermudah pemahaman dan dianalisis sesuai keinginan sehingga data akan tersaji dengan ringkas dan mudah dimengerti oleh pembaca. Teknik penyajian data biasanya berupa bentuk tabel dan teks dalam bentuk narasi (Notoatmodjo, 2012:188)

3.8.3 Analisis Data

Tahap analisis data merupakan proses mengolah data sehingga ditemukan hasilnya bagian, dimana hasil tersebut mampu memberikan arti dan makna dengan tujuan untuk memperoleh gambaran hasil penelitian yang telah dirumuskan pada tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2012:180). Kegiatan pada analisis data meliputi : melakukan pengelompokkan data berdasarkan variabel dari seluruh responden, metabulasi data berdasarkan variabel penelitian, menyajikan data berdasarkan variabel, melakukan perhitungan guna menjawab rumusan masalah dan menguji hipotesis yang telah diajukan (Sugiyono, 2015:148). Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan tahap analisis yang dilakukan terhadap variabel. Tujuan dari analisis univariat yaitu untuk mengetahui variabel *independen* sesuai dengan konsep penelitian yang akan diukur sehingga dapat dilakukan analisis lebih lanjut (Rachmat, 2016:246).

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan proses menganalisis antara dua variabel yang diduga terdapat hubungan atau korelasi (Notoatmodjo,

2012:183). Analisis bivariat pada penelitian ini adalah dengan menggunakan uji *Chi-Square* dan *Fisher Exact* untuk melihat ada atau tidaknya hubungan antara variabel terikat dengan variabel bebas. Penyajian data dan analisis data dari penelitian ini diolah dengan menggunakan program SPSS v.25.0 for windows. Uji ini dapat menyimpulkan adanya hubungan antara dua variabel berdasarkan perbandingan p atau tingkat kepercayaan 95% dengan taraf signifikan atau alpha (α) 5% atau 0,05.

- 1) Bila p-value < 0,05 maka H₀ ditolak, berarti ada hubungan antara riwayat ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI terhadap status gizi anak usia 6-24 bulan
- 2) Bila p-value > 0,05 maka H₁ diterima, berarti tidak ada hubungan antara riwayat ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI terhadap status gizi anak usia 6-24 bulan

3.9 Etik Penelitian Kesehatan

Penelitian ini dilakukan setelah melalui tahap Kaji Etik Penelitian Kesehatan (KEPK). Pengajuan untuk *ethical clearance* pada penelitian ini dilakukan oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember dengan keterangan layak etik No. 2090/UN25.8/KEPK/DL/2023.

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Anak

Hasil dari penelitian yang dilakukan dengan menggunakan kuisioner diperoleh data terkait karakteristik anak, meliputi umur, jenis kelamin anak dan status gizi anak, sebagai berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik Anak

Karakteristik	Jumlah	Persentase (%)
Usia		
6-9 bulan	9	11.3
10-12 bulan	23	28.7
13-24 bulan	48	60.0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	41	51.2
Perempuan	39	48.8
Status Gizi		
Baik	44	55
Tidak Baik	36	45
Total	80	100

Sumber : Data primer (2023)

Kelompok usia pada subjek penelitian ini dengan persentase tertinggi berada pada usia 13-24 bulan dengan nilai sebesar 60%, dengan jenis kelamin laki-laki sebesar 51.2%. Pada penelitian ini diperoleh hasil status gizi yang merata dengan terdapat staus gizi tidak baik dan baik, yang memiliki status gizi baik ada sebesar 44 anak (55%).

4.1.2 Karakteristik Ibu

Berdasarkan dari hasil pengumpulan data yang telah dilakukan dengan menggunakan kuesioner diperoleh hasil terkait karakteristik ibu, meliputi umur, pendidikan terakhir ibu, dan bekerja atau tidak seorang ibu yaitu sebagai berikut :

Tabel 4.2 Karakteristik Ibu

Karakteristik	Jumlah	Persentase (%)
Usia		
< 21 tahun	2	2.5
22-35 tahun	71	88.8
> 36 tahun	7	8.8
Pendidikan terakhir		
SD	1	1.3
SMP	12	15.0
SMA	63	78.8
Sarjana	4	5.0
Status Bekerja		
Ya	9	11.3
Tidak	71	88.8
Total	80	100

Sumber : Data primer (2023)

Responden pada penelitian ini yang memiliki persentase tertinggi adalah yang berada pada kelompok umur 22-35 tahun dengan nilai 88,8%. Sebagian besar memiliki riwayat pendidikan terakhir pada tingkat SMA dengan nilai persentasi sebesar 78,8%. Status bekerja pada responden sebagian besar adalah tidak bekerja dengan persentase sebesar 88,8%.

4.1.3 Riwayat ASI Eksklusif

Tabel 4.3 Riwayat ASI Eksklusif

ASI Eksklusif	Jumlah	Persentase (%)
Ada	69	86.3
Tidak ada	11	13.8
Total	80	100

Sumber : Data primer (2023)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa terdapat anak yang diberikan selain ASI pada usia 0-6 bulan dengan persentase sebesar 13,8%. Pada saat pengambilan data ditemukan bahwa bayi yang tidak ASI eksklusif diberikan makanan yang memiliki tekstur lembut atau lumat seperti pisang yang dikerok dengan sendok, bubur sum-sum, biskuit bayi yang dilumatkan dengan air panas, atau diberi minuman seperti air tajin dan madu.

4.1.4 Pemberian MP-ASI

Pemberian MP-ASI meliputi 4 faktor, yaitu usia pertama, frekuensi, jenis, dan porsi. Hasil dari wawancara dengan menggunakan kuesioner adalah sebagai berikut :

Tabel 4.4 Pemberian MP-ASI

Faktor Pemberian MP-ASI	Jumlah	Persentase (%)
Usia Pertama MP-ASI		
Tepat	69	86.3
Tidak tepat	11	13.8
Frekuensi MP-ASI		
Sesuai	49	61.3
Tidak Sesuai	31	38.8
Jenis MP-ASI		
Sesuai	65	81.3
Tidak sesuai	15	18.8
Porsi MP-ASI		
Tepat	41	51.2
Tidak Tepat	39	48.8
Total	80	100

Sumber : Data primer (2023)

Usia pemberian MP-ASI pertama dikategorikan tepat apabila diberikan saat anak berusia 6 bulan, sedangkan kategori yang tidak tepat adalah yang diiberikan pada anak saat usia kurang atau lebih dari 6 bulan. Hasil dari penelitian seperti pada tabel di atas, diperoleh hasil bahwa pemberian MP-ASI pertama diberikan secara tepat sebesar 86,3%.

Pemberian frekuensi MP-ASI disesuaikan dengan usia anak, hasil dari wawancara seperti pada tabel 4.4 diperoleh hasil bahwa yang diberikan sesuai dengan umur ada sebesar 61,3%.

Jenis pemberian MP-ASI juga perlu disesuaikan dengan usia anak karena sistem pencernaan anak akan berkembang secara bertahap beriringan dengan usia anak, hasil yang diperoleh dari penelitian ini pemberian jenis MP-ASI sesuai dengan usia ada sebesar 81,3% dapat dilihat pada tabel 4.4.

Porsi MP-ASI juga perlu disesuaikan dengan usia anak, seperti pada tabel 4.4 diperoleh hasil bahwa pemberian porsi MP-ASI yang tepat ada sebesar 51,2%.

4.1.5 Hubungan Antara Riwayat ASI Eksklusif dengan Status Gizi Anak

Hasil dari penelitian yang telah dilakukan dapat diketahui bahwa hubungan antara riwayat ASI Eksklusif dengan status gizi anak adalah sebagai berikut :

Tabel 4.5 Hubungan Riwayat ASI Eksklusif dengan Status Gizi Anak

Riwayat ASI Eksklusif	Status Gizi				Total		Nilai p
	Baik		Tidak Baik				
	n	%	n	%	n	%	
Ada	41	51,3	28	35	69	86,3	0,06*
Tidak Ada	3	3,7	8	10	11	13,7	
Total	44	55	36	45	80	100	

*uji *chi square*, nilai signifikasi 0,05

Sumber : Data primer (2023)

Sesuai dengan tabel di atas, anak dengan riwayat ASI eksklusif dengan status gizi baik ada sebesar 41 anak (51,3%), sedangkan yang memiliki status gizi tidak baik dengan adanya riwayat ASI eksklusif ada sebesar 28 anak (35%).

Berdasarkan uji korelasi dengan menggunakan uji *Chi Square* dan uji *Fisher exact* diperoleh nilai signifikasi sebesar 0,06, maka dari itu dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak yang artinya terdapat hubungan antara riwayat ASI eksklusif dengan status gizi anak dengan indikator BB/U.

4.1.6 Hubungan Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi

Hasil dari wawancara diperoleh hasil terkait hubungan antara pemberian MP-ASI dengan status gizi berikut merupakan hasil dari uji analisis :

Tabel 4.6 Hubungan Usia Pertama MP-ASI dengan Status Gizi

Usia Pertama MP-ASI	Status Gizi						Nilai p
	Baik		Tidak Baik		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Tepat	31	38,7	30	37,5	61	76,2	0,1*
Tidak tepat	13	16,3	6	7,5	19	23,8	
Total	44	55	36	45	80	100	

*uji *chi square*, nilai signifikasi 0,05

Sumber : Data primer (2023)

Hubungan antara usia pertama MP-ASI dengan status gizi pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa yang memiliki status gizi baik dengan usia pertama MP-ASI tepat ada sebesar 31 anak (38,7%), sedangkan anak dengan status gizi tidak baik dengan pemberian MP-ASI pertama yang tidak tepat ada sebesar 6 anak (7,5%).

Berdasarkan uji statistik yang telah dilakukan dengan menggunakan uji *Chi square* diperoleh nilai signifikasi sebesar 0,1, oleh karena itu dapat diartikan bahwa H_0 diterima dengan arti bahwa tidak terdapat hubungan antara MP-ASI pertama yang diberikan pada anak dengan status gizi.

Tabel 4.7 Hubungan Frekuensi MP-ASI dengan Status Gizi

Frekuensi MP-ASI	Status Gizi						Nilai P
	Baik		Tidak Baik		Total		
	n	%	n	%	N	%	
Tepat	28	35	21	26,3	49	61,3	0,6*
Tidak tepat	16	20	15	18,7	31	28,7	
Total	44	55	36	45	80	100	

*uji *chi square*, nilai signifikasi 0,05

Sumber : Data primer (2023)

Frekuensi pemberian MP-ASI pada subjek penelitian ini dapat diketahui bahwa anak yang memiliki status gizi tidak baik dengan frekuensi yang tepat sebesar 26,3%, sedangkan anak yang memiliki status gizi baik dengan frekuensi pemberian yang tidak tepat ada sebesar 16 anak (20%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* diperoleh nilai signifikansi 0,1 yang artinya H0 diterima dengan ini dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi anak.

Tabel 4.8 Hubungan Jenis MP-ASI dengan Status Gizi

Jenis MP-ASI	Status Gizi						Nilai p
	Baik		Tidak Baik		Total		
	n	%	n	%	n.	%	
Sesuai	38	47,5	27	57,5	65	81,3	0,1*
Tidak sesuai	6	11,	9	13,7	15	18,7	
Total	44	28,8	57	71,2	80	100	

*uji *chi square*, nilai signifikansi 0,05

Sumber : Data primer (2023)

Tabel di atas menunjukkan bahwa anak yang memiliki status gizi tidak baik dengan jenis MP-ASI yang sesuai ada sebesar 47,5%, sedangkan anak yang memiliki status gizi baik dengan jenis MP-ASI yang tidak sesuai ada sebesar 13,7%.

Berdasarkan uji statistik yang telah dilakukan dengan menggunakan uji *chi square* dan uji *Fisher exact* diperoleh hasil dengan nilai signifikansi sebesar 0,1 yang memiliki arti H0 diterima yaitu tidak ada hubungan antara pemberian jenis MP-ASI terhadap status gizi anak.

Tabel 4.9 Hubungan Porsi MP-ASI dengan Status Gizi

Porsi MP-ASI	Status Gizi						Nilai p
	Baik		Tidak Baik		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sesuai	22	27,5	19	23,7	41	51,2	0,1*
Tidak sesuai	22	27,5	17	21,3	39	48,8	
Total	44	55	36	45	80	100	

*uji *chi square*, nilai signifikansi 0,05

Sumber : Data primer (2023)

Pada tabel 4.9 menunjukkan bahwa anak yang memiliki status gizi baik dengan porsi MP-ASI yang sesuai ada sebesar 27,5%, sedangkan anak yang

memiliki status gizi baik dengan porsi MP-ASI yang tidak sesuai ada sebesar 27,5%. Pemberian porsi makan yang sesuai dengan status gizi tidak baik ada sebesar 23,7%, dan untuk porsi MP-ASI yang tidak sesuai dengan status gizi tidak baik ada sebesar 21,3%.

Berdasarkan uji statistik yang telah dilakukan dengan menggunakan uji *chi square* diperoleh hasil nilai signifikansi sebesar 0,1, yang artinya H_0 diterima yaitu tidak terdapat hubungan antara porsi MP-ASI yang diberikan dengan status gizi anak.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik anak

Pada penelitian ini karakteristik anak meliputi umur anak yang dapat diuraikan sebagai lama seorang individu hidup yang diukur dengan satuan waktu, (Kapantao *et al* 2019:35). Pada penelitian ini responden yang ditentukan adalah anak yang memiliki usia 6-24 bulan. Hal tersebut berkaitan dengan WHO yang menyarankan untuk memberi ASI pada anak hingga usia 2 tahun. Pada masa ini merupakan masa yang penting untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan anak, karena pada masa ini anak akan rawan mengalami gagal tumbuh kembang, mendapat penyakit infeksi (Rusyanintiya, 2019:58). Kurangnya asupan gizi menjadi faktor langsung terjadinya status gizi kurang. Asupan makanan yang tidak adekuat pada anak usia 6-24 bulan akan terlihat dampaknya setelah anak berusia lebih dari 5 tahun ke atas, dan dapat terjadi dengan kurun waktu yang panjang (Nindya, 2019:326). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Novi *et al* (2022:665) jika gizi kurang tidak ditangani dengan baik maka akan berakibat pada terjadinya retadasi pada tubuh.

Pada penelitian ini sebagian besar merupakan responden yang berjenis kelamin laki- laki yaitu sebesar 51,2%. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Anita, 2018: 254) menyebutkan bahwa jenis kelamin perempuan cenderung mengalami status gizi kurang, dijelaskan bahwa hal tersebut terjadi karena tingkat kecepatan pertumbuhan anak perempuan lebih cepat bila dibandingkan dengan anak laki-laki. Maka jika asupan gizi yang masuk pada anak perempuan tidak

tercukupi secara terjadwal potensi untuk mengalami status gizi kurang akan bertambah.

Status gizi anak pada penelitian ini sebagian besar memiliki status gizi yang baik, yakni sebesar 55%. Sedangkan sisanya merupakan anak dengan status gizi tidak baik yakni sebesar 45%. Pada penelitian ini sebaran status gizi dapat dikatakan cukup merata, karena hampir separuh dari responden memiliki status gizi baik dan tidak baik. Kemungkinan besar yang terjadi adalah karena sebaran sampel saat dilakukan saat penelitian ini dilakukan kurang menyebar, sehingga didapatkan hasil yang seimbang. Penelitian yang dilakukan oleh Abidin *et al* (2022:207) melakukan penelitian dengan jumlah responden 105, sehingga besaran masalah dapat diketahui mana yang lebih *urgent*. Masalah gizi sering terjadi disebabkan karena jumlah zat gizi yang diperoleh dari makanan tidak mencukupi kebutuhan tubuh. Tingkat konsumsi anak akan berakibat pada stabilitas berat badan, apabila tingkat konsumsi menurun maka berat badan akan ikut menurun, begitu pula sebaliknya (Novi *et al*, 2022 : 666).

4.2.2 Karakteristik Ibu

Ibu merupakan subjek utama yang memiliki tanggung jawab atas pemenuhan kebutuhan gizi anak (Adibin 2022:210). Pada umumnya anak akan di asuh oleh ibu, maka ibu juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi anak. Pada penelitian ini didominasi oleh ibu dengan umur yang berada pada kisaran 26-35 tahun dengan persentasi sebesar 88,8%. Pendidikan terakhir ibu juga merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi status gizi anak, seperti penelitian yang dilakukan oleh (Sambo, 2020 :427) menyatakan bahwa pendidikan terakhir ibu memiliki hubungan dengan status gizi anak, semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka anak cenderung mendapat status gizi yang baik. Semakin baik kemampuan intelektual seseorang maka semakin baik pula kemampuan untuk menerima informasi yang *update* (Maria, 2021 : 103). Pada penelitian ini rata-rata ibu memiliki pendidikan terakhir di tingkat SMA dengan persentasi sebesar 78,8%. Ibu yang tidak bekerja akan memiliki banyak waktu luang untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak, hal tersebut sebanding dengan penelitian

yang dilakukan oleh (Nenes, 2019: 31) untuk memberi asupan makan yang optimal maka diperlukan waktu yang lebih untuk bersama dengan anak, apabila ibu bekerja dan menghabiskan waktu 6-7 jam di luar rumah maka secara otomatis waktu bersama anak akan berkurang, kondisi tersebut akan berpengaruh pada asupan gizi yang masuk pada anak.

4.2.3 Riwayat ASI Eksklusif

Sesuai dengan tabel 4.3 diketahui bahwa sebagian besar mendapat ASI eksklusif. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Aisyah (2018: 23) ASI merupakan sumber nutrisi utama bagi anak sebelum sistem pencernaan yang dimiliki mampu untuk mencerna makanan padat selain ASI. Pemberian ASI dapat dilakukan dari usia 0-2 tahun (WHO, 2018:1). Pada penelitian yang dilakukan oleh Novita Adelina (2022:95) didapatkan hasil yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian ASI eksklusif dengan status gizi balita. Disebutkan juga bahwa komposisi yang sesuai dengan kebutuhan bayi yang menjadikan ASI sebagai makanan tunggal untuk memenuhi kebutuhan dalam pertumbuhan pertama hingga usia 6 bulan.

4.2.4 Pemberian MP-ASI

Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa untuk usia pertama pemberian MP-ASI sebesar 69 anak sudah dilakukan dengan tepat usia. Pemberian MP-ASI pertama harus tepat usia anak 6 bulan, jika lebih atau kurang dapat menimbulkan resiko kesehatan pada anak (Simangunsong *et al*, 2017:65). Frekuensi pemberian MP-ASI diberikan tidak sesuai dengan anjuran ada sebanyak 39 anak (38,8%), pemberian frekuensi MP-ASI yang tidak sesuai dengan usia anak dapat menimbulkan gizi kurang atau gizi lebih, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nikita *et al* (2022:96) terlalu sering makan akan menimbulkan resiko gizi lebih atau obesitas, begitu pula sebaliknya jika anak jarang makan maka resiko terjadinya gizi kurang akan meningkat. Jenis MP-ASI yang diberikan pada subjek penelitian ini sebagian besar diberikan sesuai dengan usia anak, pemberian jenis makanan yang tidak sesuai dengan usia anak akan beresiko mengalami gangguan pencernaan hingga menghambat pertumbuhan organ dalam anak (Sari *et al*, 2022:661).

Kemudian pemberian porsi MP-ASI pada subjek penelitian ini sebagian besar diberikan secara tepat, namun tidak sedikit pula yang diberikan secara tidak tepat. Resiko yang didapatkan apabila porsi MP-ASI diberikan melebihi atau kurang dari standar anjuran maka anak akan mengalami gizi kurang atau gizi lebih (Mughtar, 2022:2).

4.2.5 Hubungan Riwayat ASI Eksklusif dengan Status Gizi Anak

Pada penelitian ini diperoleh hasil dengan nilai signifikansi sebesar 0,06 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara riwayat ASI eksklusif dengan status gizi. Hal tersebut berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh (Nikita, 2022:93) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara riwayat ASI eksklusif dengan status gizi anak. Penelitian serupa yang dilakukan oleh (Iqbal *et al* , 2020:100) menyebutkan bahwa anak dengan kategoris gizi kurang lebih banyak yang tidak mendapat ASI eksklusif, sedangkan sebaliknya anak dengan ASI eksklusif lebih banyak memiliki kategori status gizi normal. Penelitian tersebut dilakukan dengan metode *case control* sehingga dapat memperoleh hasil yang signifikan.

ASI eksklusif merupakan sumber nutrisi yang diperlukan anak mulai dari lahir hingga usia 6 bulan pertama. Selanjutnya akan diberikan ASI lanjutan setelah melewati usia 6 bulan dan direkomendasikan agar diberikan sampai anak berusia 2 tahun atau lebih. Hal tersebut dilakukan karena 2/3 kebutuhan energi seorang anak usia 6-8 bulan masih perlu dipenuhi melalui ASI. Pada usia 6-12 bulan ASI mengandung 60% nutrisi yang diperlukan oleh tubuh anak, sisanya dapat dipenuhi dengan makanan pendamping ASI.

4.2.4 Hubungan Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Anak

Pemberian MP-ASI terdiri dari 4 faktor, yakni :

a. Hubungan usia pertama pemberian MP-ASI dengan status gizi

Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa usia pertama pemberian MP-ASI memiliki hubungan dengan status gizi anak. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wilujeng, 2017:92) yang menyatakan bahwa

terdapat hubungan antara usia pertama pemberian MP-ASI dengan status gizi anak. Pada penelitian tersebut pengambilan sampel dilakukan dengan cara *purposive sampling* pada tiap desa di tempat penelitian dilakukan, sehingga hasil penelitian mendapat nilai yang signifikan dan merata.

Pada bayi usia 6-23 bulan, selain ASI bayi mulai bisa diberi makanan pendamping ASI, karena pada usia tersebut bayi sudah mempunyai refleks mengunyah dengan pencernaan yang lebih kuat. Pemberian ASI pada usia kurang dari atau lebih dari 6 bulan masuk dalam kategori tidak tepat. Responden pada penelitian ini tidak sedikit yang memberikan makanan sebelum masuk usia 6 bulan, berdasarkan hasil dari wawancara alasan para ibu memberi makan lebih awal dikarenakan anaknya rewel karena dianggap lapar. Hal tersebut berlanjut karena anaknya yang rewel setelah diberi makan jadi anteng, sehingga ibu membuat keputusan untuk diberi MP-ASI dini secara berlanjut. Menurut Notoadmojo (2003) ada banyak faktor yang menyebabkan ibu memberikan MP-ASI dini pada bayi diantaranya yaitu pengetahuan, informasi yang diperoleh seorang ibu terkadang sangat minim karena pengetahuan yang tidak dimilikinya. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Wattimena *et al* (2022:96) menyatakan bahwa salah satu faktor terjadinya pemberian MP-ASI dini adalah adanya dorongan dari orang tua atau mertua sang ibu, sehingga ibu mau tidak mau akhirnya memilih untuk memberikan MP-ASI dini pada anak.

b. Hubungan frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi

Berdasarkan hasil analisis pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi anak. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh (Catur *et al* 2018:102) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara frekuensi pemberian MP-ASI dengan status gizi anak dengan nilai sigfinikasi sebesar 0,0. Pada penelitian tersebut dilakukan pada 315 anak, sehingga besaran nilai masalah gizi dapat nilai yang lebih signifikan jika dibandingkan dengan penelitian ini.

Berdasarkan hasil wawancara beberapa ibu dengan anak usia 13-24 bulan akan memberikan anak MP-ASI hanya ketika anak meminta makan, karena pada usia tersebut beberapa anak sudah bisa mengucapkan apa yang diinginkan. Sebagian ibu memilih untuk memberikan susu atau cemilan jika anak tidak mau makan sehingga tak jarang anak tidak kemasukan MP-ASI dalam sehari penuh.

Menurut Kemenkes RI 2018 dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2018:53-59) anak harus diberi MP-ASI sesuai dengan umur dikarenakan kemampuan mencerna anak masih berkembang seiring dengan bertambahnya umur, untuk usia 6-9 bulan frekuensi makan sebanyak 2-3 kali dalam sehari, usia 10-12 bulan frekuensi makan sebanyak 3-4 kali dalam sehari, sedangkan untuk usia 13-24 bulan frekuensi makan sebanyak 3-4 kali dalam sehari.

c. Hubungan Jenis MP-ASI dengan status gizi anak

Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa nilai signifikansi sebesar 0,7 sehingga dapat diartikan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis MP-ASI dengan status gizi anak. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh (Yuseva, 2017 :96) bahwa terdapat hubungan antara jenis makan dengan status gizi anak dengan nilai signifikansi sebesar 0,0. Pada penelitian tersebut diketahui bahwa pengambilan sampel dilakukan dengan seluruh populasi dengan anak yang mengalami masalah gizi, namun meskipun yang diambil adalah total sampel secara keseluruhan, jumlah responden yang diletiti terbilang kecil yakni hanya 34 anak. Berbeda dengan penelitian ini, penelitian ini dilakukan dengan mengambil sampel secara *accidental sampling*.

Kesesuaian pemberian jenis makanan diperlukan untuk melindungi system pencernaan anak yang masih berkembang, berdasarkan dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak, jenis makanan untuk anak usia 6-9 bulan adalah makanan lunak, untuk anak usia 9-12 bulan dianjurkan untuk makan makanan lembek, sedangkan untuk usia 12-24 bulan dianjurkan untuk sudah makan makanan keluarga.

d. Hubungan Porsi MP-ASI dengan status gizi

Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan antara porsi MP-ASI dengan status gizi anak. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh (Yuseva, 2017: 98) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara porsi MP-ASI dengan status gizi anak dengan nilai signifikansi sebesar 0,0. Dalam penelitian tersebut disebutkan bahwa porsi MP-ASI yang diberikan sebagian besar sudah sesuai dengan usia anak, hal tersebut dihubungkan dengan tingkat pendidikan ibu yang menjadi responden sebagian besar merupakan lulusan perguruan tinggi.

Porsi MP-ASI harus sesuai dengan usia anak, karena jika terdapat kekurangan atau kelebihan pada porsi MP-ASI akan berpengaruh pada kebutuhan energi anak. Jika jumlah asupan makanan yang masuk ke dalam tubuh kurang tepat dapat memicu terjadinya gizi kurang, jika jumlah asupan makanan yang masuk ke dalam tubuh berlebih akan memicu terjadinya gizi lebih.

Berdasarkan dari ulasan pemberian MP-ASI pada anak usia 6-24 bulan semua komponen tidak memiliki hubungan dengan status gizi, namun jika dilihat kembali praktik pemberian MP-ASI oleh para ibu sebagian besar sudah benar tetapi nilai status gizi tidak baik juga tinggi. Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa terjadinya status gizi tidak baik ditimbulkan oleh faktor determinan lainnya yang tidak diteliti oleh peneliti.

4.2.5 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan semaksimal mungkin, namun masih terdapat keterbatasan dalam penelitian ini, seperti :

- a. Penelitian ini bersifat cross sectional yaitu diteliti dalam satu waktu yang terbatas dan hanya untuk membuktikan kondisi yang terjadi pada waktu penelitian dan kemungkinan untuk terjadi perubahan akan terjadi pada penelitian selanjutnya.
- b. Pengambilan sampel tidak dilakukan dengan menggunakan *simple random sampling*.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN**5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan sebelumnya dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- a. Karakteristik anak berdasarkan umur dengan total sampel 80 anak diperoleh hasil 6-9 bulan terdapat 9 anak, 10-12 bulan terdapat 23 anak, 13-24 bulan terdapat 48 anak. Jenis kelamin responden laki-laki sebanyak 41 anak, sedangkan perempuan sebanyak 39 anak. Status gizi pada anak yang mengalami gizi baik ada 44 anak, sedangkan anak dengan status gizi tidak baik ada sebesar 36 anak.
- b. Karakteristik ibu pada penelitian ini diperoleh hasil kelompok umur < 25 tahun sejumlah 2 orang, kelompok umur 26-35 tahun sejumlah 71 orang, dan kelompok umur > 36 tahun sejumlah 7 orang. Pendidikan terakhir ibu pada tingkat SD ada sebanyak 1 orang, tingkat SMP ada sebanyak 12 orang, tingkat SMA ada 63 orang, dan sarjana ada sebanyak 4 orang.
- c. Riwayat ASI eksklusif pada penelitian ini dengan lokasi di wilayah kerja Puskesmas Blabak terdapat 86,3%, sisanya tidak mendapat ASI eksklusif.
- d. Usia pertama pemberian MP-ASI diberikan secara tepat pada 69 anak, kesesuaian dalam frekuensi pemberian MP-ASI terdapat pada 49 anak, pemberian jenis MP-ASI yang sesuai terdapat pada 65 anak, sedangkan untuk porsi MP-ASI diberikan secara tepat pada 41 anak.
- e. Tidak terdapat hubungan antara riwayat ASI eksklusif dengan status gizi anak.
- f. Tidak terdapat hubungan antara usia pertama, frekuensi, dan jenis MP-ASI dengan status gizi anak, dan porsi MP-ASI dengan status gizi anak.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah disampaikan, saran yang dapat disampaikan sebagai berikut :

- a. Bagi Ibu dan keluarga anak usia 6-24 bulan

Diharapkan ibu dan keluarga dapat lebih aktif untuk mencari informasi terkait MP-ASI dengan status gizi dan rutin mengikuti kegiatan posyandu untuk guna memantau perkembangan anak.

- b. Bagi Puseksmas Blabak

Diharapkan dapat melakukan sosialisasi terkait ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI pada ibu dan/atau pengganti ibu agar anak terhindar dari kondisi status gizi kurang dan gizi buruk.

- c. Bagi Masyarakat Umum

Diharapkan untuk mendukung ibu agar tidak melakukan MP-ASI dini dan memberikan makanan ringan secara berlebihan dengan tujuan agar anak merasa kenyang.

- d. Bagi Peneliti selanjutnya

Diharapkan dapat menambah variabel penelitian seperti pola asuh, higienitas, dan asupan gizi pada anak, sehingga dapat memperluas informasi terkait ilmu status gizi.

DAFTAR PUSTAKA

Ahmad, A., Madanijah, S., Dwiriani, C. M., & Kolopaking, R. (2018). Complementary feeding practices and nutritional status of children 6-23 months old: Formative study in Aceh, Indonesia. *Nutrition Research and Practice*, 12(6), 512–520.

Balasundaram, P., & Avulakunta, I. D. (2022). Human growth and development. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

Chakraborty, M. (2020). *Factors Influencing the Nutritional Status Among Children of 6 – 11 Years of Age : A Case Study from an Indian Megacity*.

Darmayanti, R., & Enderwati, S. (2022). Relationship Between Exclusive Breastfeeding And Complementary Feeding With Nutritional Status Of Infants Aged 6-12 Months. *Judika (Jurnal Nusantara Medika)*, 6(2), 10-16. Retrieved from

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2021). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2020. *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur*, 1–123. www.dinkesjatengprov.go.id

Drewnowski, A., Rehm, C. D., & Constant, F. (2013). Water and beverage consumption among children age 4-13y in the United States: analyses of 2005–2010 NHANES data. *Nutrition Journal*, 12(1), 1–9.

Dwyer, J. T. (2018). The feeding infants and toddlers study (FITS) 2016: Moving forward. *Journal of Nutrition*, 148(9), 1575S-1580S. <https://doi.org/10.1093/jn/nxy159>

Faizan, U., & Rouster, A. S. (2020). *Nutrition and Hydration Requirements In Children and Adults*.

Fredy Akbar, K., Hamsa, I. B. A., Darmiati, S. K., Hermawan, A., Muhajir, A. M., & Kep, A. M. (2021). *Strategi Menurunkan Prevalensi Gizi Kurang pada Balitopa*. Deepublish.

Huang, Y., & Fawzi, W. (2019). *The Effect of the Yingyangbao Complementary Food Children : A Systematic Review and Meta-Analysis*. 1–17.

Ibrahim, M. K., Zambruni, M., Melby, C. L., & Melby, P. C. (2017). Impact of childhood malnutrition on host defense and infection. *Clinical Microbiology Reviews*, 30(4), 919–971.

Jelenkovic, A., Ortega-Alonso, A., Rose, R. J., Kaprio, J., Rebato, E., & Silventoinen, K. (2011). Genetic and environmental influences on growth from late childhood to adulthood: a longitudinal study of two Finnish twin cohorts. *American Journal of Human Biology*, 23(6), 764–773.

Kemkes RI. Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas dan Bayi Baru Lahir. Kemkes. 2020: 1-21.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar. *Kementrian Kesehatan RI*, 1–582.

Loaloka, M. S. (2021). *Perkembangan Motorik Pada Anak Stunting*. Media Sains Indonesia.

Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Pendekatan Praktis. Edisi 4*. Salemba Medika.

Prell, C., & Koletzko, B. (2016). *Breastfeeding and Complementary Recommendations on Infant Nutrition*. 435–445.

Qu, P., Mi, B., Wang, D., Zhang, R., Yang, J., Liu, D., Dang, S., & Yan, H. (2017). Association between the Infant and child feeding Index (ICFI) and nutritional status of 6- to 35-month-old children in rural western China. *PLoS ONE*, 12(2), 1–14.

Ransom, J. A., Gudu, E., Obonyo, M., Omballa, V., Oyugi, E., Kiilu, C., Githuku, J., & Gura, Z. (2019). *Factors associated with malnutrition in children < 5 years in Western Kenya. A hospital based unmatched case control study*.

Rawal, T., Willeboordse, M., Arora, M., Sharma, N., Nazar, G. P., Tandon, N., & van Schayck, C. P. (2021). Prevalence of excessive weight and underweight and its associated knowledge and lifestyle behaviors among urban private school-going adolescents in new delhi. *Nutrients*, 13(9).

Sana Widiarti, Rita Patriasih, & Cica Yulia. (2020). Pola Makan Balita Status Gizi Kurang di Puskesmas Ciumbuleuit Cidadap Bandung . *Jurnal Sains Boga*, 2(2), 37-47.

Sari, M. R. (2018). Hubungan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) dengan Status Gizi Bayi 6-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Kota Kendiri Tahun 2018. *Skripsi*, 1–102.

Subur. (2017). Early Childhood, Characteristic and Creative-Social Development. *State Institute on Islamic Studies Purwokerto*.

Tariq, J., Sajjad, A., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Fischer, F. (2018). *Factors Associated with Undernutrition in Children under the Age of Two Years : Secondary Data Analysis Based on the Pakistan Demographic and Health.*

Théodore, F. L., Arenas, A. B., García-Guerra, A., García, I. B., Alvarado, R., Rawlinson, C. J., Neufeld, L. M., & Pelto, G. H. (2019). Sociocultural Influences on Poor Nutrition and Program Utilization of Mexico's Conditional Cash Transfer Program. *Library*, 20(1), 2290–2301.

Umbu Zogara, A., Sulastri Loaloka, M., Goreti Pantaleon Program Studi Gizi, M., Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang, P., Kartini I, J. R., Lima, K., Kupang, K., & Tenggara Timur, N. (2021). *Faktor Ibu Dan Waktu Pemberian Mpasi Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Di Kabupaten Kupang.* 10(1), 55–61.

UNICEF. (2019). *Children, food and nutrition : growing well in a changing world.*

WHO. (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.*

WHO. (2021). Joint Child Malnutrition Estimates. *Who*, 24(2), 51–78.

LAMPIRAN

Lampiran A. Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur/TTL :

Alamat :

No tlp/hp :

Menyatakan bahwa **BERSEDIA / MENOLAK** *) untuk menjadi responden dan tidak ada unsur paksaan dari pihak lain dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Safira Diah Ayu Nurhaliza

Judul : Hubungan Antara Riwayat ASI eksklusif dan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) terhadap Status Gizi Anak Usia 6-24 bulan

Prosedur dalam penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak apapun terhadap subjek (responden) penelitian, karena penelitian ini semata-mata hanya untuk kepentingan ilmiah dan menjamin kerahasiaan jawaban dari kuesioner dalam penelitian ini secara penuh oleh peneliti.

Kediri, 2023

Responden

(.....)

*coret yang tidak diperlukan

Lampiran B. Kuisoner Penelitian

Judul : Hubungan Antara Riwayat ASI Eksklusif dan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Terhadap Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan

KETERANGAN PENGUMPULAN DATA		
Kode Responden :		Tanggal
Nama Responden :		
Alamat Responden :		
KARAKTERISTIK ANAK		
Nama :		
Jenis Kelamin :		
Usia :		
Tempat, tanggal lahir :		
Berat badan saat lahir :		
Berat badan saat ini :		
KARAKTERISTIK IBU		
No	Pernyataan	Jawaban
1.	Usia ibu	<input type="checkbox"/> tahun
2.	Pendidikan terakhir ibu	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi
3.	Pekerjaan ibu	<input type="checkbox"/> Bekerja, sebagai.... <input type="checkbox"/> Tidak Bekerja
RIWAYAT ASI EKSLUSIF		
4.	Memberikan makanan atau minuman lain selain ASI sebelum usia 6 bulan	<input type="checkbox"/> Ya, berupa..... <input type="checkbox"/> Tidak
PEMBERIAN MP-ASI		
5.	Memberikan makanan pendamping ASI pada anak saat usia 6 bulan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

6.	<p>Frekuensi makan pada anak menurut usia anak saat ini</p> <p>a. 6-9 bulan : 2-3 kali makan utama, 1-2 kali selingan</p> <p>b. 9-12 bulan : 3-4 kali makan utama, 1-2 kali selingan</p> <p>c. 12-24 bulan : 3-4 kali makan utama, 12 kali selingan</p>	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
7.	<p>Jenis makanan menurut usia anak saat ini</p> <p>a. 6-9 bulan : makanan lumat</p> <p>b. 9-12 bulan : makanan lunak</p> <p>c. 12-24 bulan : makanan padat/makanan keluarga</p>	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
8.	<p>Porsi makan menurut usia anak saat ini</p> <p>a. 6-9 bulan : 2-3 makan perlahan naik menjadi 8 sendok makan</p> <p>b. 9-12 bulan : 8 sendok makan</p> <p>c. 12-24 bulan : 8-17 sendok makan</p>	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
10.	Memberi ASI pada anak hingga saat ini	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, karena
11.	Memberi susu formula pada anak	<input type="checkbox"/> Ya, karena
		<input type="checkbox"/> Tidak

Lampiran C. Hasil Uji Statistik

Usia Anak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6-9 bulan	9	11.3	11.3	11.3
	10-12 bulan	23	28.7	28.7	40.0
	13-24 bulan	48	60.0	60.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Jenis Kelamin Anak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	41	51.2	51.2	51.2
	Laki-laki	39	48.8	48.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Status Gizi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	4	5.0	5.0	5.0
	Kurang	19	23.8	23.8	28.7
	Baik	48	60.0	60.0	88.8
	Lebih	9	11.3	11.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Usia Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 25 tahun	2	2.5	2.5	2.5
	26-35 tahun	71	88.8	88.8	91.3
	> 36 tahun	7	8.8	8.8	100.0

Total	80	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Pendidikan Terakhir Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	1	1.3	1.3	1.3
	SMP	12	15.0	15.0	16.3
	SMA	63	78.8	78.8	95.0
	S1	4	5.0	5.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Pekerjaan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	9	11.3	11.3	11.3
	Tidak Bekerja	71	88.8	88.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Riwayat ASI Eksklusif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ada	69	86.3	86.3	86.3
	tidak ada	11	13.8	13.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Usia Pertama MP-ASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 6 bulan	12	15.0	15.0	15.0
	6 bulan	61	76.3	76.3	91.3
	> 6 bulan	7	8.8	8.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Frekuensi Pemberian MP-ASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sesuai	49	61.3	61.3	61.3
	Tidak sesuai	31	38.8	38.8	100.0
Total		80	100.0	100.0	

Porsi Pemberian MP-ASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tepat	41	51.2	51.2	51.2
	Tidak Tepat	39	48.8	48.8	100.0
Total		80	100.0	100.0	

Tekstur MPASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sesuai	65	81.3	81.3	81.3
	Tidak Sesuai	15	18.8	18.8	100.0
Total		80	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat ASI Eksklusif *	80	100.0%	0	0.0%	80	100.0%
Kelompok Status Gizi						

**Riwayat ASI Eksklusif * Kelompok Status Gizi
Crosstabulation**

Count

		Kelompok Status Gizi		Total
		Gizi Kurang	Gizi Baik	
Riwayat ASI Eksklusif	ada	21	48	69
	tidak ada	2	9	11
Total		23	57	80

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.695 ^a	1	.404		
Continuity Correction ^b	.226	1	.635		
Likelihood Ratio	.751	1	.386		
Fisher's Exact Test				.497	.330
Linear-by-Linear Association	.687	1	.407		
N of Valid Cases	80				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.16.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kelompok Usia Pertama MP- ASI * Kelompok Status Gizi	80	100.0%	0	0.0%	80	100.0%

**Kelompok Usia Pertama MP-ASI * Kelompok Status Gizi
Crosstabulation**

Count

	Kelompok Status Gizi		Total
	Gizi Kurang	Gizi Baik	
Tepat	23	38	61

Kelompok Usia Pertama MP- ASI	Tidak Tepat	0	19	19
Total		23	57	80

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.055 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	8.298	1	.004		
Likelihood Ratio	15.146	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	9.929	1	.002		
N of Valid Cases	80				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.46.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Frekuensi Pemberian MP-ASI * Kelompok Status Gizi	80	100.0%	0	0.0%	80	100.0%

Frekuensi Pemberian MP-ASI * Kelompok Status Gizi

Crosstabulation

Count		Kelompok Status Gizi		
		Sesuai	Gizi Kurang	Gizi Baik
Frekuensi Pemberian MP-ASI	Sesuai	14	35	49
	Tidak sesuai	9	22	31
Total		23	57	80

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.002 ^a	1	.965		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.002	1	.965		
Fisher's Exact Test				1.000	.580
Linear-by-Linear Association	.002	1	.965		
N of Valid Cases	80				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.91.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Porsi Pemberian MP-ASI * Kelompok Status Gizi	80	100.0%	0	0.0%	80	100.0%

Porsi Pemberian MP-ASI * Kelompok Status Gizi Crosstabulation

Count

		Kelompok Status Gizi		
		Gizi Kurang	Gizi Baik	Total
Porsi Pemberian MP-ASI	Tepat	15	26	41
	Tidak Tepat	8	31	39
Total		23	57	80

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2.521 ^a	1	.112		
Continuity Correction ^b	1.797	1	.180		

Likelihood Ratio	2.554	1	.110		
Fisher's Exact Test				.141	.090
Linear-by-Linear Association	2.489	1	.115		
N of Valid Cases	80				

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.21.
- b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tekstur MPASI * Kelompok Status Gizi	80	100.0%	0	0.0%	80	100.0%

Tekstur MPASI * Kelompok Status Gizi Crosstabulation

Count		Kelompok Status Gizi		
		Gizi Kurang	Gizi Baik	Total
Tekstur MPASI	Sesuai	19	46	65
	Tidak Sesuai	4	11	15
Total		23	57	80

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.039 ^a	1	.843		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.040	1	.842		
Fisher's Exact Test				1.000	.558
Linear-by-Linear Association	.039	1	.844		
N of Valid Cases	80				

- a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.31.
- b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran D. Uji Etik

 **KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)**
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER
*(THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH
FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITY OF JEMBER)*

No.2090/UN25.8/KEPK/DL/2023

Title of research protocol : "The relation between breastfeeding record and the provision of the complementary foods to the nutritional status of children age 6-24 months with BB/U indicator"

Document Approved : Research Protocol
Principal investigator : Safira Diah Ayu N.
Member of research : -
Physician : -
Date of approval : May 2023 - done
Place of research : Kediri Regency

The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry University of Jember states that the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.

Jember, May 29th 2023

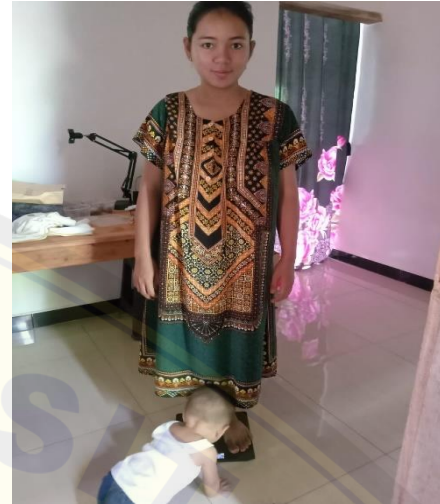
Chairman of Research Ethics Committee
Faculty of Dentistry University of Jember


(Prof. drg. Dwi Prijatmoko, Ph.D.)

Lampiran E. Dokumentasi



Gambar 1. Wawancara dengan responden



Gambar 2. Menimbang ibu tanpa anak



Gambar 3. Timbang ibu dan anak yang belum bisa berdiri



Gambar 4. Timbang anak yang sudah bisa berdiri