

**PENGARUH EDUKASI KESEHATAN TERHADAP PERILAKU PEMBERIAN
MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI) PADA ANAK USIA 6-12 BULAN
DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS KAMPUNG SAWAH**

TESIS

Oleh

**DITHA MEIRANY PUTRI
NPM. 2528021034**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

**PENGARUH EDUKASI KESEHATAN TERHADAP PERILAKU PEMBERIAN
MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI) PADA ANAK USIA 6-12 BULAN
DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS KAMPUNG SAWAH**

Oleh

DITHA MEIRANY PUTRI

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

Pada

Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
2026**

ABSTRAK

PENGARUH EDUKASI KESEHATAN TERHADAP PERILAKU PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI) PADA ANAK USIA 6-12 BULAN DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS KAMPUNG SAWAH

Oleh

DITHA MEIRANY PUTRI

Latar belakang : Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat merupakan faktor penting dalam mendukung tumbuh kembang anak usia 6–12 bulan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI, meliputi prinsip tepat waktu, adekuat, aman, dan cara pemberian yang benar di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

Metode : Penelitian ini menggunakan desain *quasi experiment* dengan pendekatan *non-equivalent control group pre-test and post-test design*. Sampel penelitian berjumlah 76 ibu yang memiliki anak usia 6–12 bulan, terdiri dari 38 responden pada kelompok intervensi dan 38 responden pada kelompok kontrol. Analisis data dilakukan menggunakan uji McNemar dan uji konfounding dengan *Tests of Conditional Independence*.

Hasil : Penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol tidak terdapat perubahan yang signifikan pada seluruh variabel ($p > 0,05$). Sebaliknya pada kelompok intervensi, edukasi kesehatan meningkatkan perilaku pemberian MP-ASI secara signifikan ($p < 0,001$). Peningkatan terjadi pada seluruh prinsip pemberian MP-ASI, yaitu tepat waktu, adekuat, aman, dan cara pemberian yang benar. Selain itu, proporsi responden dengan perilaku pemberian MP-ASI kategori baik juga meningkat secara signifikan setelah intervensi ($p < 0,001$). Hasil uji konfounding menunjukkan bahwa variabel pendidikan, usia, dan pekerjaan ibu tidak berpengaruh signifikan terhadap perubahan perilaku.

Kesimpulan : penelitian ini adalah edukasi kesehatan efektif dalam meningkatkan perilaku pemberian MP-ASI pada ibu, sehingga direkomendasikan sebagai strategi promosi kesehatan di layanan primer.

Kata kunci: Bayi 6–12 Bulan, Edukasi Kesehatan, MP-ASI, Perilaku Ibu

ABSTRACT

THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION ON COMPLEMENTARY FEEDING (MP-ASI) PRACTICES AMONG CHILDREN AGED 6–12 MONTHS IN THE WORKING AREA OF UPT PUSKESMAS KAMPUNG SAWAH

BY

DITHA MEIRANY PUTRI

Background : Appropriate complementary feeding (MP-ASI) is a crucial factor in supporting the growth and development of infants aged 6–12 months. This study aimed to analyze the effect of health education on complementary feeding behavior, including the principles of timely introduction, adequacy, safety, and proper feeding practices in the working area of UPT Puskesmas Kampung Sawah.

Method : This study employed a quasi-experimental design using a non-equivalent control group pre-test and post-test design. A total of 76 mothers with children aged 6–12 months participated in the study, comprising 38 respondents in the intervention group and 38 respondents in the control group. Data analysis was conducted using the McNemar test to assess changes before and after the intervention, while confounding variables were evaluated using Tests of Conditional Independence.

Results : The results showed that there were no significant changes in any variables in the control group ($p > 0.05$). In contrast, health education significantly improved complementary feeding (MP-ASI) practices in the intervention group ($p < 0.001$). Improvements were observed across all complementary feeding principles, including timely introduction, adequacy, safety, and appropriate feeding practices. Furthermore, the proportion of mothers with good complementary feeding practices increased significantly after the intervention ($p < 0.001$). Confounding analysis indicated that maternal education, age, and employment status had no significant effect on changes in feeding behavior.

Conclusion : Health education is effective in improving complementary feeding practices among mothers and is recommended as a health promotion strategy in primary healthcare settings.

Keywords: Health Education, Complementary Feeding, Maternal Behavior, Infants 6–12 Months

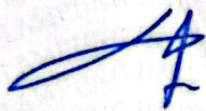
Judul Tesis : **PENGARUH EDUKASI KESEHATAN TERHADAP PERILAKU PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI) PADA ANAK USIA 6-12 BULAN DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS KAMPUNG SAWAH**

Nama : **Ditha Meirany Putri**

NPM : **2528021034**

Program Studi : **Magister Kesehatan Masyarakat**

Fakultas : **Kedokteran**



Dr. dr. Susianti, M. Sc.
NIP. 19780805 200501 2 003



Dr. Suharmanto, S.Kep., M.K.M.
NIP. 19830710 202321 1 015

Koordinator Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat



Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Par.K.
NIP. 197810092005011001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

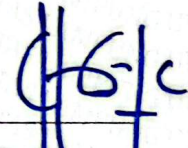
Ketua : **Dr. dr. Susianti, M. Sc.**



Sekretaris : **Dr. Suharmanto, S.Kep., M.KM.**



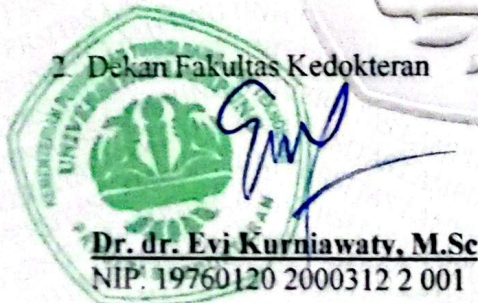
Anggota : **Prof. Dr. Dyah Wulan SRW, S.KM., M.Kes.**



Anggota : **Dr. dr. Reni Zuraida, M.Si.**

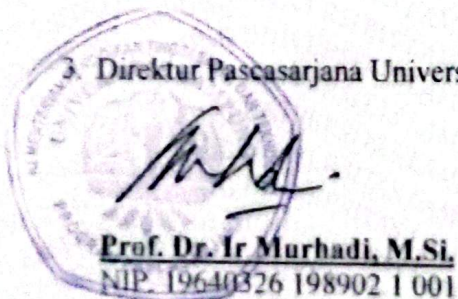


2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Evi Kurniawaty, M.Sc
NIP. 19760120 2000312 2 001

3. Direktur Pascasarjana Universitas Lampung



Prof. Dr. Ir Murhadi, M.Si.
NIP. 19640326 198902 1 001

Tanggal Lulus Ujian Tesis : 17 Juni 2026

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan yang sebenarnya :

1. Tesis dengan judul : **“Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah”** adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis orang lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektualitas atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung

Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, Juni 2026



Ditha Meirany Putri
NPM. 2528021034

RIWAYAT HIDUP

Penulis lahir di Bandar Lampung pada tanggal 30 Mei 1991, sebagai anak kedua dari tiga bersaudara, putri dari Bapak Sudin (*alm.*) dan Ibu Aseptina. Penulis merupakan istri dari Nurdiana serta ibu dari dua orang anak, yaitu Ghazi Al Ghifari dan Ghaisan Al Ghazali.

Penulis menempuh pendidikan dasar di SD Kartika II-5 Bandar Lampung dan lulus pada tahun 2003. Pendidikan menengah pertama diselesaikan di SMP Negeri 1 Bandar Lampung pada tahun 2006, kemudian melanjutkan pendidikan menengah atas di SMA Negeri 3 Bandar Lampung dan lulus pada tahun 2009. Selanjutnya, penulis menempuh pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Sriwijaya dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2014.

Pada akhir tahun 2014, penulis bekerja di BPJS Kesehatan Cabang Kotabumi dan mengakhiri masa kerja pada tahun 2019. Setelah itu, penulis melanjutkan pengabdian sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN) di UPT Puskesmas Kampung Sawah pada Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dengan jabatan Penyuluh Kesehatan Masyarakat Ahli Pertama sampai dengan saat ini. Pada tahun 2025, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL).

MOTTO

"Boleh jadi kamu tidak menyukai sesuatu, padahal itu baik bagimu, dan boleh jadi kamu menyukai sesuatu, padahal itu tidak baik bagimu. Allah mengetahui, sedangkan kamu tidak mengetahui."

(QS. Al-Baqarah: 216)

SANWACANA

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala, karena atas rahmat dan hidayah-Nya tesis ini dapat diselesaikan. Tesis dengan judul “Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M., ASEAN Eng selaku Rektor Universitas Lampung
2. Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si., selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Lampung;
3. Dr. dr. Evi Kurniawaty, M.Sc., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. Dr. dr. Indri Windarti, Sp. PA., selaku Ketua Jurusan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
5. Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., Sp.Park., selaku Koordinator Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung sekaligus pembimbing akademik yang telah memberikan arahan, ilmu, dan bimbingan selama proses penyelesaian tesis ini;
6. Dr. dr. Susianti, M.Sc. selaku pembimbing utama yang senantiasa memberikan arahan, bimbingan, motivasi, serta perhatian kepada penulis selama proses penyelesaian tesis ini;
7. Dr. Suharmanto, S.Kep., M.KM. selaku pembimbing kedua sekaligus dosen pengampu peminatan promosi kesehatan yang bersedia meluangkan waktu dalam memberikan ilmu, bimbingan dalam pendidikan dan penyelesaian tesis ini;
8. Prof. Dr. Dyah Wulan SRW, S.KM., M.Kes. selaku penguji satu yang telah memberikan saran, arahan, dan masukan yang bermanfaat bagi penulis;

9. Dr. dr. Reni Zuraida, M.Si. selaku penguji kedua yang telah memberikan saran, arahan, dan masukan yang bermanfaat bagi penulis;
10. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu, waktu, serta bantuan yang telah diberikan selama proses perkuliahan dan penyusunan tesis;
11. Kepada para responden yaitu ibu-ibu baduta di wilayah kerja Puskesmas Kampung Sawah, yang telah bersedia menjadi subjek penelitian dan responden yang turut berpartisipasi dalam penyusunan tesis ini;
12. Kepala Puskesmas Kampung Sawah, pengelola Program Gizi dan Promosi Kesehatan, seluruh staf Puskesmas Kampung Sawah beserta Kader Kesehatan yang telah membantu dan memberikan informasi dukungan dan turut serta selama penelitian berjalan;
13. Kepada orang tuaku, Ibu, Papa, dan Mama, terima kasih atas doa, kasih sayang, dukungan, perhatian, serta support finansial selama proses pendidikan dan penyusunan tesis ini. Khusus untuk Ayah tercinta, Alm. Sudin bin Jafar, semoga Ayah bangga atas setiap pencapaian penulis;
14. Teruntuk keluargaku, suamiku Nurdiana, dan anak-anakku Ghazi dan Ghaisan, terima kasih atas pengertian dan dukungan yang menjadi kekuatan dan penyemangat bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini;
15. Teman-teman RPL Magister Kesehatan Masyarakat Angkatan 2025/2026, terima kasih atas kebersamaan, dukungan, semangat, dan pengalaman yang telah dibagikan selama proses perkuliahan; serta
16. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu, terima kasih atas bantuan, doa, dan semangat yang diberikan selama proses pendidikan dan penyusunan tesis ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Penulis berharap tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan serta bagi semua pihak yang berkepentingan.

Bandar Lampung, Juni 2026

Ditha Meirany Putri

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xix
I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.3.1. Tujuan Umum	5
1.3.2. Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1. Manfaat bagi Peneliti.....	6
1.4.2. Manfaat Teoritis	6
1.4.3. Manfaat Praktis	7
II. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Landasan Teori.....	8
2.1.1. Makanan Pendamping ASI (MPASI).....	8
2.1.2. Edukasi kesehatan.....	18
2.1.3. Konsep Perilaku	25
2.1.4. Teori Lawrence Green	33
2.2. Penelitian Terdahulu	34
2.3. Kerangka Teoritis.....	40
2.4. Kerangka Konsep	41
2.5. Hipotesis	41
III. METODE PENELITIAN	43
3.1. Jenis Penelitian	43
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	43
3.3. Variabel Penelitian.....	44
3.3.1. Variabel Independen	44

3.3.2. Variabel Dependen.....	44
3.3.3. Variabel Perancu (<i>Confounding</i>).....	45
3.4. Definisi Operasional.....	46
3.5. Populasi dan Sampel Penelitian.....	49
3.5.1. Populasi.....	49
3.5.2. Sampel.....	49
3.6. Tahap Penelitian.....	54
3.7. Alur Penelitian.....	63
3.8. Pengumpulan Data.....	64
3.9. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas.....	67
3.9.1. Tepat Waktu dalam Pemberian MP-ASI.....	68
3.9.2. Adekuat dalam Pemberian MP-ASI.....	70
3.9.3. Aman dalam Pemberian MP-ASI.....	72
3.9.4. Cara yang Benar dalam Pemberian MP-ASI.....	73
3.10. Pengolahan Data.....	75
3.11. Analisis Data.....	77
3.11.1. Analisis Univariat.....	77
3.11.2. Analisis Bivariat.....	77
3.11.3. Analisis Multivariat.....	78
3.12. Etika Penelitian.....	79
IV. HASIL PENELITIAN.....	80
4.1. Karakteristik Responden.....	80
4.2. Analisis Univariat.....	82
4.2.1. Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Tepat Waktu.....	82
4.2.2. Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Adekuat.....	87
4.2.3. Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Aman....	94
4.2.4. Perilaku Pemberian MP-ASI berdasarkan Cara Pemberian yang Benar.....	100
4.3. Analisis Bivariat.....	105
4.3.1. Perilaku Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.....	105
4.3.2. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Penerapan Prinsip Tepat Waktu dalam Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.....	107
4.3.3. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Penerapan Prinsip Adekuat dalam Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.....	109

4.3.4.	Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Penerapan Prinsip Aman dalam Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.....	111
4.3.5.	Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Penerapan Prinsip Pemberian MP-ASI Dengan Cara Yang Benar Pada Anak Usia 6-12 Bulan Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.	113
4.3.6.	Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.	114
4.4.	Analisis Multivariat	117
4.4.1.	Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6-12 Bulan dengan Mengontrol Variabel Perancu yaitu Pendidikan Ibu, Usia Ibu, dan Pekerjaan Ibu.	117
V.	PEMBAHASAN	119
5.1.	Karakteristik Responden.....	119
5.2.	Analisis Univariat.....	120
5.2.1.	Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Tepat Waktu	120
5.2.2.	Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Adekuat.....	124
5.2.3.	Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Aman ..	127
5.2.4.	Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Cara Pemberian yang Benar	129
5.3.	Analisis Bivariat	132
5.3.1.	Perilaku Pemberian MP-ASI Pada Anak Usia 6-12 Bulan Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.....	132
5.3.2.	Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Penerapan Prinsip Tepat Waktu dalam Pemberian MP-ASI Pada Anak Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.....	135
5.3.3.	Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Penerapan Prinsip Adekuat Dalam Pemberian MP-ASI Pada Anak Usia 6-12 Bulan Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.....	138
5.3.4.	Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Penerapan Prinsip Aman Dalam Pemberian MP-ASI Pada Anak Usia 6-12 Bulan Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.....	141

5.3.5. Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Penerapan Prinsip Pemberian MP-ASI Dengan Cara Yang Benar Pada Anak Usia 6-12 Bulan Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah	144
5.3.6. Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Perilaku Pemberian MP-ASI Pada Anak Usia 6-12 Bulan Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah	147
5.4. Analisis Multivariat	150
5.4.1. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6-12 Bulan dengan mengontrol Variabel Perancu yaitu Pendidikan Ibu, Usia Ibu, dan Pekerjaan Ibu	150
5.5. Keterbatasan Penelitian	154
VI. SIMPULAN DAN SARAN	155
6.1. Simpulan	155
6.2. Saran	156
DAFTAR PUSTAKA	157

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Syarat Pemberian MP-ASI	11
Tabel 2. Pemberian MP-ASI berdasarkan Kelompok Usia	12
Tabel 3. Penelitian Terdahulu	34
Tabel 4. Definisi Operasional	46
Tabel 5. Hasil Uji Kompetensi Fasilitator pada Tahap Persiapan Intervensi .	56
Tabel 6. Uji Validitas dan Reliabilitas Tepat Waktu dalam Pemberian MP-ASI.....	68
Tabel 7. Uji Validitas dan Reliabilitas Adekuat dalam Pemberian MP-ASI ..	70
Tabel 8. Uji Validitas dan Reliabilitas Aman dalam Pemberian MP-ASI	72
Tabel 9. Uji Validitas dan Reliabilitas Cara yang benar dalam Pemberian MP-ASI.....	74
Tabel 10. <i>Scoring</i>	76
Tabel 11. <i>Coding</i>	76
Tabel 12. Karakteristik Responden.....	80
Tabel 13. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Tepat Waktu pada Kelompok.....	82
Tabel 14. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Tepat Waktu pada Kelompok Intervensi.....	82
Tabel 15. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Tepat Waktu pada Kelompok Kontrol	83
Tabel 16. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Tepat Waktu pada Kelompok Intervensi.....	85

Tabel 17. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Adekuat pada Kelompok Kontrol.....	87
Tabel 18. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Adekuat pada Kelompok Intervensi	87
Tabel 19. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Adekuat pada Kelompok Kontrol	88
Tabel 20. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Adekuat pada Kelompok Intervensi.....	91
Tabel 21. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Aman pada Kelompok Kontrol	95
Tabel 22. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Aman pada Kelompok Intervensi	95
Tabel 23. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Aman pada Kelompok Kontrol.....	96
Tabel 24. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Aman pada Kelompok Intervensi	98
Tabel 25. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Cara Pemberian yang benar pada Kelompok Kontrol	100
Tabel 26. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Cara Pemberian yang benar pada Kelompok Intervensi	101
Tabel 27. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Cara Pemberian yang Benar pada Kelompok Kontrol	101
Tabel 28. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Cara Pemberian yang Benar pada Kelompok Intervensi	103
Tabel 29. Perubahan Perilaku Pemberian MP-ASI pada Kelompok Kontrol.....	106
Tabel 30. Perubahan Perilaku Pemberian MP-ASI pada Kelompok Intervensi	106
Tabel 31. Perubahan Penerapan Prinsip Tepat Waktu Pemberian MP-ASI pada Kelompok Kontrol	108
Tabel 32. Perubahan Penerapan Prinsip Tepat Waktu Pemberian MP-ASI pada Kelompok Intervensi.....	108
Tabel 33. Perubahan Penerapan Prinsip Adekuat dalam Pemberian MP-ASI pada Kelompok Kontrol	110

Tabel 34. Perubahan Penerapan Prinsip Adekuat dalam Pemberian MP-ASI pada Kelompok Intervensi.....	110
Tabel 35. Perubahan Penerapan Prinsip Aman dalam Pemberian MP-ASI pada Kelompok Kontrol	111
Tabel 36. Perubahan Penerapan Prinsip Aman dalam Pemberian MP-ASI pada Kelompok Intervensi.....	112
Tabel 37. Perubahan Penerapan Prinsip Pemberian MP-ASI dengan Cara yang Benar pada Kelompok Kontrol.....	113
Tabel 38. Perubahan Penerapan Prinsip Pemberian MP-ASI dengan Cara yang Benar pada Kelompok Intervensi	113
Tabel 39. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6–12 Bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah pada Kelompok Kontrol	115
Tabel 40. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6–12 Bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah pada Kelompok Intervensi.....	116
Tabel 41. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6-12 Bulan dengan Mengontrol Variabel Perancu Yaitu Pendidikan Ibu, Usia Ibu, dan Pekerjaan Ibu.....	118

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Pemenuhan Kebutuhan Energi Anak dari ASI dan MP-ASI Berdasarkan Usia.....	9
Gambar 2. Kerangka Teori Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian (MP-ASI) Bagi Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.....	40
Gambar 3. Kerangka Konsep Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian (MP-ASI) Bagi Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.....	41
Gambar 4. Prosedur Pengambilan Sampel	53
Gambar 5. Alur Penelitian Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian (MP-ASI) Bagi Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah	63

I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Status gizi merupakan keadaan tubuh yang mencerminkan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi, yang dapat dilihat melalui berbagai indikator tertentu, serta merupakan akibat dari konsumsi makanan dan pemanfaatan zat gizi oleh tubuh (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Ketidakseimbangan antara asupan dan kebutuhan gizi dalam jangka waktu tertentu dapat menyebabkan malnutrisi, yaitu kondisi gangguan kesehatan akibat kekurangan atau kelebihan satu atau lebih zat gizi esensial, baik secara relatif maupun absolut (Herlinah *et al.*, 2022). Menurut *World Health Organization* (WHO), malnutrisi mencakup berbagai bentuk, yaitu kekurangan gizi seperti *stunting* (tinggi badan menurut umur rendah), *wasting* (berat badan menurut tinggi badan rendah), dan *underweight* (berat badan menurut umur rendah), kekurangan vitamin atau mineral (defisiensi mikronutrien seperti zat besi, iodin, vitamin A, dan *zinc*), serta kelebihan gizi seperti *overweight* atau obesitas yang terjadi akibat konsumsi kalori melebihi kebutuhan sehingga menyebabkan penumpukan lemak berlebih (WHO, 2024).

Masalah malnutrisi anak masih menjadi tantangan global yang signifikan. Pada tahun 2024, terdapat 150,2 juta anak di bawah lima tahun yang mengalami *stunting*, 42,8 juta mengalami *wasting*, dan 35,5 juta mengalami *overweight* di seluruh dunia (UNICEF *et al.*, 2025). Berdasarkan data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024, prevalensi *stunting* di Indonesia mengalami penurunan dari 21,5% pada tahun 2023 menjadi 19,8% pada tahun 2024 (Kementerian Kesehatan, 2025). Penurunan ini menunjukkan adanya capaian positif dari berbagai intervensi percepatan penurunan *stunting* yang telah dilakukan

pemerintah. Namun demikian, capaian tersebut belum sepenuhnya mencerminkan perbaikan menyeluruh pada seluruh indikator status gizi anak. Survei yang sama juga melaporkan peningkatan prevalensi *underweight* sebesar 0,9% dibandingkan tahun sebelumnya, yang mengindikasikan masih tingginya masalah gizi kurang pada balita (Kementerian Kesehatan, 2025). Prevalensi *stunting* di Provinsi Lampung tahun 2024 tercatat sebesar 15,9%, mengalami kenaikan sebesar 1% dari tahun 2023 yang berada di angka 14,9% (Kementerian Kesehatan, 2025). Data ini menunjukkan tren yang fluktuatif, dimana Lampung sebelumnya berhasil menurunkan prevalensi *stunting* secara signifikan dari 26,26% pada tahun 2019 menjadi 14,9% pada tahun 2023, sebelum mengalami kenaikan kembali pada tahun 2024 (Bappeda Prov. Lampung, 2025) .

Salah satu faktor penting yang berperan dalam terjadinya malnutrisi pada anak adalah praktik pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tidak sesuai rekomendasi. MP-ASI yang diberikan terlalu dini, kurang beragam, atau tidak memenuhi frekuensi dan jumlah yang dianjurkan dapat meningkatkan risiko terjadinya masalah gizi pada anak (Afriyani *et al.*, 2022). Pemberian MP-ASI yang tepat sangat berperan dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi, sedangkan praktik yang tidak tepat dapat menimbulkan berbagai masalah gizi pada anak (Fatimawati *et al.*, 2022). Data nasional menunjukkan bahwa praktik pemberian MP-ASI di Indonesia masih belum optimal. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2023 menunjukkan bahwa hanya 59,3% anak usia 6–23 bulan yang mendapatkan keragaman makanan minimum sesuai rekomendasi (Kementerian Kesehatan, 2024). Selain itu, lebih dari 40% bayi di Indonesia telah diperkenalkan MP-ASI sebelum usia 6 bulan, sekitar 40% anak usia 6–23 bulan tidak mendapatkan makanan yang beragam, dan 28% bayi tidak memperoleh frekuensi makan yang cukup (BKKBN *et al.*, 2018). Temuan penelitian di Pontianak juga menunjukkan adanya praktik pemberian MP-ASI yang tidak tepat, seperti pemberian MP-ASI sebelum usia 4 bulan pada 4,5% bayi serta pemberian menu tunggal pada 12,7% anak (Andriani *et al.*, 2021).

Praktik pemberian MP-ASI yang tidak tepat terbukti berhubungan dengan berbagai masalah gizi pada anak. Penelitian menunjukkan bahwa perilaku ibu dalam pemberian MP-ASI masih tergolong kurang tepat dan memiliki hubungan yang bermakna dengan status gizi bayi (Kusumaningrum *et al.*, 2019). Penelitian lain juga menemukan adanya hubungan signifikan antara perilaku pemberian MP-ASI dengan kejadian stunting pada balita, di mana anak yang memperoleh MP-ASI tidak sesuai standar memiliki risiko lebih tinggi mengalami stunting dibandingkan anak yang memperoleh MP-ASI dengan benar (Liana *et al.*, 2025). Hal ini menunjukkan bahwa kualitas praktik pemberian makan bayi dan anak menjadi faktor penting dalam pencegahan masalah gizi.

Salah satu faktor yang mempengaruhi praktik pemberian MP-ASI adalah tingkat pengetahuan ibu. Pengetahuan ibu mengenai waktu, jenis, dan cara pemberian MP-ASI akan mempengaruhi pola pemberian makan kepada anak (Novianti *et al.*, 2021). Tingkat pengetahuan yang baik akan mendorong ibu untuk memberikan MP-ASI secara lebih tepat sesuai dengan rekomendasi gizi (Soyanita & Kumalasari, 2019). Namun pada kenyataannya, pengetahuan masyarakat mengenai gizi seimbang masih tergolong rendah, sehingga mempengaruhi kualitas praktik pemberian makan pada anak (Tadesse *et al.*, 2024). Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan ibu menjadi salah satu langkah penting dalam upaya memperbaiki praktik pemberian MP-ASI.

Salah satu strategi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan praktik pemberian MP-ASI adalah melalui edukasi kesehatan. Edukasi kesehatan dapat membantu ibu memahami pentingnya pemberian MP-ASI yang tepat serta meningkatkan kemampuan ibu dalam menerapkan praktik pemberian makan yang sesuai. Penelitian menunjukkan bahwa edukasi gizi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dan praktik ibu dalam pemberian MP-ASI pada anak bawah dua tahun (Susilowardani *et al.*, 2022). Oleh karena itu, edukasi kesehatan yang dilakukan secara berkelanjutan menjadi sangat penting untuk meningkatkan

perilaku ibu dalam pemberian MP-ASI sehingga dapat mendukung perbaikan status gizi anak.

Kota Bandar Lampung merupakan Ibu Kota Provinsi Lampung yang memiliki karakteristik perkotaan dengan tingkat heterogenitas sosial ekonomi yang tinggi. Data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 menunjukkan bahwa prevalensi masalah gizi pada balita di Kota Bandar Lampung yaitu *stunting* sebesar 14,8%, *wasting* 6,5%, dan *underweight* 14,5% (Kementerian Kesehatan, 2025). UPT Puskesmas Kampung Sawah salah satu pusat kesehatan masyarakat yang terletak di Kota Bandar Lampung, berdasarkan Penilaian Kinerja Tahun 2025 tercatat 14 kasus *stunting*, 23 kasus *wasting*, dan 47 kasus *underweight* pada balita di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah (Puskesmas Kampung Sawah, 2026). Temuan tersebut menunjukkan bahwa praktik pemberian MP-ASI yang tepat masih perlu diperkuat, terutama pada usia 6–12 bulan yang merupakan masa awal transisi dari ASI eksklusif ke makanan pendamping. Oleh karena itu, penelitian mengenai pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI pada ibu yang memiliki anak usia 6–12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah penting dilakukan untuk mendukung perbaikan praktik pemberian MP-ASI dan peningkatan status gizi anak.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka dapat dirumuskan beberapa permasalahan penelitian sebagai berikut:

1. Apakah terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah?
2. Apakah terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap penerapan prinsip tepat waktu dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah?

3. Apakah terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap penerapan prinsip adekuat dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah?
4. Apakah terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap penerapan prinsip aman dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah?
5. Apakah terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap penerapan prinsip pemberian MP-ASI dengan cara yang benar pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini antara lain :

1. Untuk menganalisis gambaran perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
2. Untuk menganalisis pengaruh edukasi kesehatan terhadap penerapan prinsip tepat waktu dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
3. Untuk menganalisis pengaruh edukasi kesehatan terhadap penerapan prinsip adekuat dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
4. Untuk menganalisis pengaruh edukasi kesehatan terhadap penerapan prinsip aman dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

5. Untuk menganalisis pengaruh edukasi kesehatan terhadap penerapan prinsip pemberian MP-ASI dengan cara yang benar pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
6. Untuk menganalisis pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
7. Untuk menganalisis pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada anak usia 6-12 bulan dengan mengontrol variabel perancu yaitu pendidikan ibu, usia ibu, dan pekerjaan ibu.

1.4. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1.4.1. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini memberikan manfaat dalam pengembangan kompetensi akademik dan metodologis di bidang promosi kesehatan, menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman peneliti dalam menerapkan metode penelitian *quasi-experiment* serta memperdalam pemahaman mengenai pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan. Secara keseluruhan, penelitian ini merupakan wahana penelitian ilmiah yang dapat dipertanggungjawabkan secara akademis sebagai bentuk pengalaman ilmiah peneliti untuk menjadi calon Magister Kesehatan Masyarakat yang kompeten.

1.4.2. Manfaat Teoritis

Secara teoretis, penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat, khususnya terkait promosi kesehatan dan perilaku pemberian MP-ASI. Selain itu, penelitian ini dapat menjadi referensi ilmiah dalam pengembangan teori perubahan perilaku, khususnya dalam penerapan model edukasi kesehatan untuk meningkatkan praktik pemberian makan pada anak.

1.4.3. Manfaat Praktis

a. Bagi Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam penyusunan program dan kebijakan terkait promosi kesehatan serta intervensi gizi pada anak, khususnya dalam upaya peningkatan praktik pemberian MP-ASI yang sesuai prinsip gizi seimbang.

b. Bagi Puskesmas

Penelitian ini dapat menjadi dasar evaluasi dan pengembangan program edukasi kesehatan di tingkat pelayanan primer, serta meningkatkan efektivitas kegiatan penyuluhan terkait pemberian MP-ASI di Wilayah kerja Puskesmas.

c. Bagi Ibu dan Bayi Balita

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman ibu mengenai prinsip pemberian MP-ASI yang tepat waktu, adekuat, aman, dan diberikan dengan cara yang benar, sehingga mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal.

d. Bagi Pemerintah Daerah dan Pemangku Kepentingan Terkait

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dalam perumusan kebijakan dan strategi intervensi gizi berbasis masyarakat untuk mencegah masalah gizi pada anak, serta mendukung program percepatan penurunan *stunting* dan peningkatan kualitas kesehatan anak.

e. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan dasar pengembangan penelitian lebih lanjut mengenai intervensi edukasi kesehatan dan perilaku pemberian MP-ASI, baik dengan desain penelitian yang lebih luas maupun variabel yang lebih kompleks.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Makanan Pendamping ASI (MPASI)

2.1.1.1. Definisi MP-ASI

Makanan Pendamping ASI (*Complementary Feeding*) adalah proses pemberian makanan dan cairan lainnya yang diberikan kepada bayi mulai usia 6 bulan ketika ASI saja tidak lagi mencukupi untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Makanan Pendamping ASI (*Complementary Food*) adalah makanan dan cairan lainnya selain ASI (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Tujuan praktik pemberian MP-ASI pada anak usia 6-23 bulan bukan hanya untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi, tapi juga untuk memperkenalkan model pola makan keluarga pada bayi (Kementerian Kesehatan, 2024).

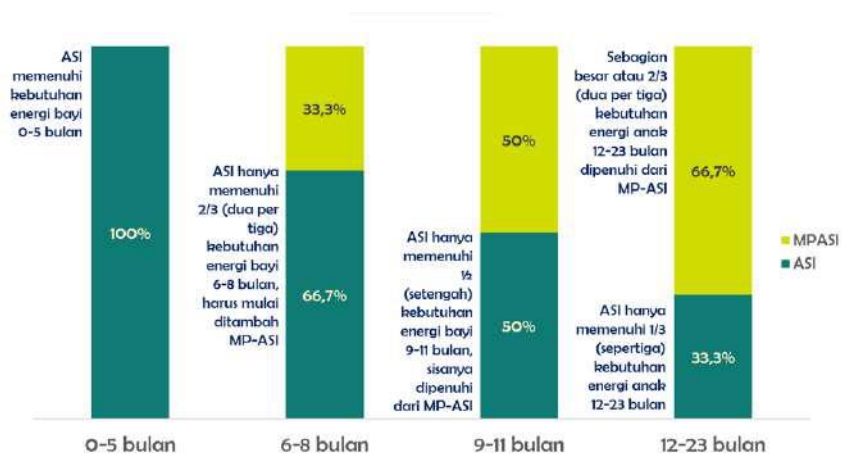
Manfaat MP-ASI yang baik dalam pemberian makan bayi dan anak antara lain (Kementerian Kesehatan, 2024):

1. Memenuhi kekurangan zat gizi makro dan zat gizi mikro (terutama vitamin a, zat besi, dan *zinc*) pada ASI yang sudah mulai berkurang saat usia 6 bulan.
2. Mencegah terjadinya *stunting*, dengan menekankan pada pemberian protein hewani pada MP-ASI.
3. Melatih dan menstimulasi keterampilan gerakan otot rongga mulut yang berguna untuk fungsi bicara, dengan mengenalkan makanan padat pada usia 6-9 bulan.

4. Berperan dalam pembentukan pola makan yang baik, dengan membiasakan konsumsi makanan sehat dan menghindarkan konsumsi makanan tidak sehat.

2.1.1.2. Prinsip Pemberian MP-ASI

Prinsip Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) bukanlah sebagai makanan pengganti ASI, akan tetapi perannya sebagai pendamping atau melengkapi ASI, meskipun pemberian ASI tetap dilanjutkan hingga anak berusia 2 tahun. Pada usia 0-6 bulan, ASI masih mampu memenuhi seluruh kebutuhan energi bayi, namun seiring penambahan usia bayi sejak mulai usia 6 bulan MP-ASI dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan energi yang tidak dapat dipenuhi dari ASI saja. Proporsi pemenuhan kebutuhan energi dari ASI dan MP-ASI pada anak dapat dilihat pada Gambar 2.1 (Kementerian Kesehatan, 2024).



Sumber : (Kementerian Kesehatan, 2024)

Gambar 1. Pemenuhan Kebutuhan Energi Anak dari ASI dan MP-ASI Berdasarkan Usia

MP-ASI merupakan makanan peralihan dari ASI ke makanan keluarga. Prinsip dasar pemberian MP-ASI harus memenuhi 4 syarat yaitu tepat waktu, adekuat, aman, dan diberikan dengan cara yang benar. Prinsip pemberian MP-ASI (Kementerian Kesehatan, 2024) :

1. Tepat waktu

MP-ASI diberikan saat ASI saja sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan energi bayi yaitu mulai bayi berusia 6 bulan. Namun perlu diperhatikan, bahwa bila memperkenalkan MP-ASI terlalu dini akan meningkatkan risiko kontaminasi patogen dan sebaliknya bila memperkenalkan MP-ASI yang terlambat akan menyebabkan bayi tidak mendapatkan zat gizi yang dibutuhkan untuk tumbuh kembang.

2. Adekuat

Makna pemberian MP-ASI harus adekuat adalah MP-ASI mampu memenuhi kecukupan energi, protein, mikronutrien untuk mencapai tumbuh kembang anak dengan mempertimbangkan usia, jumlah, frekuensi, konsistensi/tekstur, dan variasi keberagaman makanan.

3. Aman

MP-ASI yang diberikan harus aman, artinya MP-ASI disiapkan dan disimpan dengan cara yang higienis, diberikan menggunakan tangan dan peralatan yang bersih. Ada 5 kunci untuk makanan yang aman, antara lain:

- a. Menjaga kebersihan (tangan, tempat kerja, peralatan).
- b. Memisahkan penyimpanan makanan mentah dengan makanan yang sudah dimasak.
- c. Menggunakan makanan segar dan masak sampai matang (daging, ayam, telur, dan ikan).
- d. Menyimpan makanan dalam suhu yang tepat sesuai dengan jenis makanannya ($>60^{\circ}\text{celcius}$ dan $<5^{\circ}\text{celcius}$).
- e. Menggunakan air bersih yang aman.

4. Diberikan dengan cara benar

Pemberian MP-ASI harus dilakukan secara benar artinya MP-ASI harus memenuhi syarat seperti yang terdapat pada Tabel 1. sebagai berikut:

Tabel 1. Syarat Pemberian MP-ASI

Terjadwal	Lingkungan yang mendukung	Prosedur Makan
<ul style="list-style-type: none"> • Jadwal makan termasuk makanan selingan teratur dan terencana • Lama makan maksimum 30 menit 	<ul style="list-style-type: none"> • Hindari memaksa meskipun hanya makan 1-2 suap (perhatikan tanda lapar dan kenyang) • Hindari pemberian makan sebagai hadiah • Hindari pemberian makan sambil bermain atau nonton televisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Porsi kecil • Jika 15 menit bayi menolak makan, hentikan pemberian makan • Bayi distimulasi untuk makan sendiri dimulai dengan pemberian makanan selingan yang bisa dipegang sendiri • Membersihkan mulut hanya setelah makan selesai

Sumber : (Kementerian Kesehatan, 2024)

2.1.1.3. Pemberian MP-ASI berdasarkan Kelompok Usia

Pemberian MP-ASI menurut kelompok usia yang benar terdapat pada Tabel 2. sebagai berikut:

Tabel 2. Pemberian MP-ASI berdasarkan Kelompok Usia

Usia	Kebutuhan Jumlah Energi dari MP ASI (per hari)	Konsistensi/ Tekstur	Frekuensi (per hari)	Jumlah Setiap Kali Makan	Variasi
6-8 bulan	200 kkal	Mulai dengan bubur kental, makanan lumat	Utama : 2-3x Selingan : 1-2x	Mulai dengan 2-3 sendok makan setiap kali makan, tingkatkan bertahap hingga 1/2 mangkuk berukuran 2500 ml (125 ml)	Konsumsi 5 dari 8 kelompok makanan
9-11 bulan	300 kkal	Makanan yang dicincang halus dan makanan yang dapat di pegang bayi	Utama : 3-4x Selingan : 1-2x	1/2 - 3-4 mangkuk ukuran 250 ml (125 - 200 ml)	Konsumsi 5 dari 8 kelompok makanan
12-24 bulan	550 kkal	Makanan keluarga	Utama : 3-4x Selingan : 1-2x	3/4 - 1 mangkuk ukuran 250 ml	Konsumsi 5 dari 8 kelompok makanan
Jika tidak mendapat ASI (6-23 bulan)	Jumlah kalori sesuai dengan kelompok usia	Konsistensi/Tekstur sesuai dengan kelompok usia	Frekuensi sesuai dengan kelompok usia dengan tambahan 1-2x makanan utama dan 1-2x makanan selingan	Jumlah setiap kali makan sesuai dengan kelompok umur, dengan penambahan 1-2 gelas susu per hari @250ml dan 2-3 kali cairan (air putih, kuah sayur, dll)	Konsumsi 5 dari 8 kelompok makanan

Sumber : (Kementerian Kesehatan, 2024)

2.1.1.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pemberian MP-ASI

Berdasarkan hasil literature review yang dilakukan oleh (Novianti *et al.*, 2021) serta (Prilyastuty & Hidayati, 2020), faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian MP-ASI antara lain:

1. Usia ibu

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin cukup umur, tingkat kematangan seseorang akan lebih matang dalam berfikir. Penelitian yang ditulis oleh Rita Rahmawati (2014) dalam (Novianti *et al.*, 2021) mendukung pernyataan tersebut, karena hasil penelitiannya menunjukkan umur ibu yang memberikan MP-ASI pada bayi < 6 bulan paling banyak dilakukan oleh ibu berumur 20-30 tahun.

2. Pendidikan

Menurut Priyoto (2014) dalam (Novianti *et al.*, 2021) pendidikan adalah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan Menurut Baharudin (2014) dalam (Novianti *et al.*, 2021), tingkat pendidikan ibu yang rendah tentang pemberian ASI mengakibatkan ibu lebih sering bayinya diberi susu botol dari pada disusui ibunya, bahkan juga sering bayinya yang baru berusia 1 bulan sudah diberi pisang atau nasi lembut sebagai tambahan ASI.

3. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kegiatan sehari-hari yang dilakukan ibu untuk memenuhi kebutuhannya, bila kita ingin melihat pekerjaan mayoritas dari ibu karena kemungkinan sebagian ibu bukanlah pekerja yang berpenghasilan cukup sehingga kebanyakan ibu menganggap sosial ekonomi keluarga akan mengganggu dalam pemenuhan nutrisi anaknya, sehingga bayi belum waktunya sudah diberi MP-ASI. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Seema Hasnain (2013) dan E Agedew, (2014) dalam (Novianti *et al.*, 2021) pekerjaan ada hubungannya dengan pemberian MP-ASI, bila ibu

bekerja, umumnya bayi usia < 6 bulan sudah diberi MP-ASI.

4. Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan stimulus terhadap Tindakan seseorang. Pengetahuan ibu yang tinggi akan berpengaruh terhadap perawatan terhadap anaknya, khususnya dalam pemberian makanan pendamping ASI yang tepat (Hanif, 2010 dalam Novianti *et al.*, 2021) .

5. Sikap

Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka penerimaan terhadap informasi juga akan semakin baik (Wawan & Dewi, 2010 dalam Novianti *et al.*, 2021). Kurangnya sikap, pengertian dan pengetahuan ibu tentang manfaat ASI menjadi faktor terbesar yang menyebabkan ibu-ibu mudah terpengaruh dan beralih kepada susu botol atau susu formula. Selain itu, gencarnya promosi susu formula dan kebiasaan memberikan makanan/minuman secara dini pada sebagian masyarakat, menjadi pemicu kurang berhasilnya ASI eksklusif (Wenas, 2012 dalam Novianti *et al.*, 2021).

6. Kepatuhan

Penyebab utama ketidakberhasilan program pemberian MP-ASI tepat pada waktunya adalah kepatuhan ibu mengikuti petunjuk petugas kesehatan. Kepatuhan merupakan sikap atau perilaku yang menurut dan taat berdasarkan aturan. Hal ini menunjukkan tingkat pengetahuan responden mengenai pemberian makanan pendamping ASI. (Utami, 2011 dalam (Novianti *et al.*, 2021)). Kepatuhan merupakan keputusan yang diambil oleh

pasien setelah membandingkan resiko yang dirasakan. Pemberian MP-ASI yang tidak sesuai akan menimbulkan masalah dalam status gizi anak salah satunya masalah gizi kurang dan gizi buruk (Mufida, Widyaningsih & Maligan, 2015 dalam Novianti *et al.*, 2021).

7. Sosial Budaya

Kebiasaan masyarakat setempat tidak jarang mempengaruhi tindakan ibu dalam memberikan MP-ASI sebelum waktunya bayi diberi MP-ASI. Selain itu karena menurut ibu bayi yang menangis menunjukkan bayi masih lapar sehingga harus diberi makanan tambahan (Notoatmodjo, 2018c).

8. Sumber informasi

Sumber informasi adalah segala sesuatu yang menjadi perantara dalam menyampaikan informasi. Mempengaruhi kemampuan, semakin banyak sumber informasi yang diperoleh maka semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Media informasi untuk komunikasi massa terdiri dari media cetak yaitu surat kabar, majalah, buku, media elektronik yaitu radio, TV, film dan sebagainya (Notoatmodjo, 2018c). Hal ini diperkuat oleh penelitian Novianti (2016) dalam (Novianti *et al.*, 2021)) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sumber informasi dengan pemberian MP-ASI pada bayi di UPTD puskesmas sumber jaya Kabupaten Majalengka, dimana informasi yang didapatkan meningkatkan pengetahuan ibu tentang waktu yang tepat dan manfaat pemberian MP-ASI.

9. Dukungan keluarga

Masyarakat beranggapan bahwa pemberian makanan pendamping ASI hanya merupakan urusan ibu dan bayinya, padahal dibutuhkan juga dukungan keluarga terhadap

pemberian makanan pendamping ASI, terutama motivasi, persepsi, emosi dan sikap (Proverawati, 2010 dalam (Novianti *et al.*, 2021)). Anjuran/dukungan yang kurang ibu terhadap pemberian MP-ASI pada waktunya cenderung ibu mengikuti apa yang disarankan orangtua atau suami (Lyna, 2009 dalam (Novianti *et al.*, 2021)).

10. Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan tenaga kesehatan diperlukan untuk dapat membantu dan memantau dalam memberikan penjelasan dan pemahaman mengenai pentingnya pemberian MP-ASI yang sesuai standar (Sadli, 2019 dalam Prilyastuty & Hidayati, 2020).

11. Produksi ASI

Produksi ASI adalah proses terjadinya pengeluaran air susu dimulai atau dirangsang oleh isapan mulut bayi pada puting susu ibu. Gerakan tersebut merangsang kelenjar *Pictuitary Anterior* untuk memproduksi sejumlah prolaktin, hormon utama yang mengandalkan pengeluaran Air Susu (Roesli, 2012 dalam (Novianti *et al.*, 2021)). Hasil penelitian Dessalegn Tamiru (2013) dalam (Novianti *et al.*, 2021) menunjukkan ASI eksklusif kurang maka diberi makanan pendamping sejak dini.

12. Kehamilan anak pertama

Pada periode antenatal, ibu hamil harus dipersiapkan baik secara fisik maupun psikologis untuk merawat bayinya. Perawatan antenatal yang baik yaitu dengan memberikan perhatian khusus pada persiapan payudara serta putting susu dalam mengantisipasi permasalahan pemberian Air Susu Ibu pada bayi. Sebagaimana penelitian yang ditulis Hadia Radwan (2013) dalam (Novianti *et al.*, 2021)) menyatakan faktor yang signifikan terkait pemberian ASI dini adalah kehamilan pertama.

2.1.1.5. Dampak Pemberian MP-ASI yang tidak Sesuai

Pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tidak sesuai dengan rekomendasi dapat menimbulkan berbagai dampak terhadap kesehatan dan pertumbuhan anak. Ketidaktepatan dalam waktu pemberian, jenis makanan, keragaman pangan, maupun jumlah asupan dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai masalah gizi dan kesehatan pada bayi. Pada masa bayi dan anak usia di bawah dua tahun, kebutuhan energi dan zat gizi meningkat untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, sehingga praktik pemberian MP-ASI yang tidak tepat dapat berdampak pada pertumbuhan fisik, perkembangan kognitif, serta kesehatan anak secara keseluruhan (WHO, 2024).

Beberapa dampak pemberian MP-ASI yang tidak sesuai antara lain sebagai berikut :

1. Gangguan pertumbuhan

Pemberian MP-ASI yang tidak memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi dapat menyebabkan ketidakseimbangan nutrisi dalam tubuh yaitu baik kekurangan gizi (*undernutrition*), kelebihan gizi (*overnutrition*) maupun ketidakseimbangan zat gizi esensial yaitu energi, protein, vitamin dan mineral. Kekurangan gizi (*undernutrition*) pada anak balita diklasifikasi menjadi :

- a. *Stunting* adalah keadaan tinggi badan anak menurut umur rendah
- b. *Wasting* adalah keadaan berat badan anak menurut tinggi badannya rendah
- c. *Underweight* adalah keadaan berat badan anak menurut umur rendah

Kelebihan gizi (*overnutrition*) seperti *overweight* terjadi ketika konsumsi kalori melebihi kebutuhan, menyebabkan

penumpukan lemak berlebih. *Overweight* adalah keadaan berat badan anak menurut umur tinggi (WHO, 2024).

2. Defisiensi mikronutrien

MP-ASI yang tidak beragam atau rendah kandungan zat gizi dapat menyebabkan kekurangan mikronutrien seperti zat besi, vitamin A, *zinc*, dan iodin. Kondisi ini dapat menimbulkan anemia, menurunnya daya tahan tubuh, serta gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak (Dewey, 2013).

3. Gangguan perkembangan kognitif

Kekurangan zat gizi penting pada masa bayi dapat mempengaruhi perkembangan otak dan kemampuan kognitif anak. Asupan zat besi, protein, dan asam lemak esensial yang tidak adekuat dapat berdampak pada kemampuan belajar dan perkembangan mental anak di kemudian hari (Black *et al.*, 2013).

4. Meningkatkan risiko penyakit infeksi

Pemberian MP-ASI terlalu dini atau tidak higienis dapat meningkatkan risiko diare, infeksi saluran pencernaan, dan penyakit infeksi lainnya karena sistem pencernaan dan sistem kekebalan tubuh bayi belum berkembang secara optimal (WHO, 2024).

2.1.2. Edukasi kesehatan

2.1.2.1. Pengertian Edukasi Kesehatan

Pendidikan kesehatan membantu orang dan masyarakat menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka dengan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku mereka. Proses ini dilakukan melalui penyampaian informasi serta pembentukan sikap positif terhadap perilaku hidup sehat. Menurut (Notoatmodjo, 2018a), edukasi kesehatan adalah suatu upaya yang sistematis dan terencana untuk membantu

individu atau kelompok dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan guna menciptakan perilaku yang mendukung upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

2.1.2.2. Tujuan Edukasi Kesehatan

Adapun tujuan dari edukasi kesehatan untuk menciptakan perubahan perilaku yang positif dalam hal pemeliharaan dan peningkatan kesehatan secara individu maupun kelompok. Secara khusus, tujuan edukasi kesehatan meliputi:

1. Meningkatkan pemahaman tentang kebiasaan hidup yang baik;
2. Memupuk sikap positif terhadap pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan;
3. Mendorong terciptanya perilaku yang mendukung gaya hidup sehat dan penggunaan layanan kesehatan secara tepat;
4. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengambil Keputusan yang berorientasi pada kesehatan dirinya sendiri, keluarga, dan lingkungan sekitar.

Dengan demikian, edukasi kesehatan tidak hanya berfokus pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga mencakup pembentukan sikap dan keterampilan untuk berperilaku sehat secara berkelanjutan.

2.1.2.3. Sasaran Edukasi Kesehatan

Berdasarkan pentahapan upaya edukasi kesehatan menurut (Notoatmodjo, 2018a) sasaran dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

1. Sasaran Primer (*Primary Target*)

Edukasi kesehatan kepada sasaran primer merupakan bagian dari strategi pemberdayaan masyarakat. Masyarakat diposisikan sebagai penerima utama dari berbagai bentuk

pendidikan dan edukasi kesehatan. Sasaran ini dikelompokkan sesuai dengan isu kesehatan yang dihadapi.

2. Sasaran Sekunder (*Secondary Target*)

Pendidikan kesehatan sekunder menggunakan metode dukungan sosial. Sasaran sekunder meliputi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan tokoh adat. Pendidikan kesehatan harus mendorong kelompok-kelompok ini untuk berbagi informasi kesehatan dengan komunitas mereka. Perilaku positif mereka yang diperoleh dari pendidikan kesehatan juga dapat menginspirasi masyarakat untuk menjalani gaya hidup sehat.

3. Sasaran Tersier (*Tertiary Target*)

Edukasi kesehatan kepada sasaran tersier dilakukan melalui pendekatan advokasi, yang ditujukan kepada para pengambil kebijakan di tingkat pusat maupun daerah. Keputusan dan regulasi yang ditetapkan oleh kelompok ini dapat berdampak langsung maupun tidak langsung terhadap perilaku tokoh masyarakat (sasaran sekunder) serta masyarakat luas (sasaran primer).

2.1.2.4. Metode Edukasi Kesehatan

Metode edukasi kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran Pendidikan kesehatan yang terbagi menjadi individu, kelompok dan masyarakat. Macam-macam pembelajaran dalam Pendidikan kesehatan, yaitu :

1. Metode Didaktik, merupakan metode penyuluhan dilakukan satu arah oleh pemateri kepada peserta yang mendengarkan tetapi tidak diberikan kesempatan untuk mengemukakan pendapatnya.

2. Metode Sokratik, merupakan metode yang memberikan kesempatan pada peserta untuk berpartisipasi aktif dalam mengemukakan pendapatnya.

2.1.2.5. Media Edukasi Kesehatan

Media sendiri secara umum merupakan sarana peraga guna membantu dalam pemberian bahan edukasi kepada masyarakat. Penyusunan media dilakukan secara sistematis dan terencana, oleh karena itu dalam pembuatan media ini harus dipastikan bahwa media tersebut dapat diterima oleh sistem indra manusia seperti indra pendengaran, pengelihatian, penciuman, pengecapan serta peraba. Sistem indra dipertimbangkan dalam pembuatan media karena mempengaruhi tingkat kepahaman masyarakat. pemilihan media edukasi haruslah mempertimbangkan manfaat dalam penggunaannya (Sumiharsono & Hasanah, 2020).

Kegiatan pemberian promosi kesehatan kepada masyarakat baiknya memiliki unsur pendukung salah satunya media (alat peraga). Pemberian unsur media diharapkan dapat mempermudah masyarakat dalam memahami dan mengimplementasikan materi edukasi kesehatan dalam kehidupan sehari-hari. Penyusunan media edukasi yang baik harus tetap beracuan pada prinsip-prinsip yang telah ditentukan. Prinsip merupakan unsur penting dalam pembentukan media karena dapat mendukung terbentuknya manfaat, dan tujuan pembuatan media kesehatan (Siregar dkk., 2020).

Pemilihan media edukasi harus didasarkan pada tujuan yang ingin dicapai agar penyampaian pesan dapat berjalan efektif, seperti: tujuan pemilihan atau penentuan media harus

mempertimbangkan makna serta tujuan dari promosi/edukasi yang akan diberikan, kemudian karakteristik media yang berarti pembuatan media harus memiliki ciri khas yang diketahui melalui prosesi pembentukan, kelebihan, dan cara penggunaan media, alternatif pemilihan, merupakan bentuk Keputusan akhir yang diambil dari beberapa opsi lain (Siregar dkk., 2020). Menurut (Notoatmodjo, 2010) media dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Media cetak, antara lain *booklet*, *leaflet*, *flyer*, *flip chart*, atau tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, foto, dan lainnya.
2. Media elektronik, antara lain televisi, radio, video, slide, film.
3. Media papan (*Bill board*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan atau informasi-informasi kesehatan.

2.1.2.6. Media *Booklet*

Booklet merupakan salah satu media yang digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar. Istilah *booklet* berasal dari buku dan *leaflet* artinya media *booklet* merupakan perpaduan antara leaflet dan buku dengan format (ukuran) yang kecil seperti leaflet. *Booklet* juga dikemas semenarik mungkin, dicetak dalam kertas yang praktis dan mudah dibawa kemana saja. *Booklet* sebagai media ajar yang merupakan salah satu Solusi pengembangan media pembelajaran yang dibuat untuk meningkatkan minat dan pemahaman pembacanya Struktur isi *booklet* menyerupai buku (pendahuluan, isi, penutup), hanya saja cara penyajian isinya jauh lebih singkat dari pada buku. Isi dari *booklet* itu sendiri juga terdapat beberapa bagian. Bagian awal isi *booklet* berisi kata pengantar, dan daftar isi.

Setelah itu memuat isi informasi inti yang disampaikan di sertai dengan gambar ilustrasi serta penjelasannya (Rizqiea & Istiningtyas, 2020).

Media *booklet* memiliki manfaat antara lain membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan cepat, membuat sasaran pendidikan tertarik dan ingin tahu lebih dalam untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain, mempermudah penemuan informasi oleh sasaran pendidikan serta mendorong keinginan orang untuk mengetahui lalu mendalami dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik (Ratnaningsih & Galaupa, 2023).

Booklet memiliki banyak kelebihan di antaranya adalah didesain unik dan menarik, memuat inti sari materi yang sesuai dengan hasil penelitian atau sumber lainnya, visualisasi yang lebih dominan dengan gambar, dapat dibuat dengan sederhana dengan biaya yang relatif lebih murah, dapat dipelajari dengan mudah isinya, informasi yang disajikan spesifik, mudah diperbanyak dan dapat dibaca di mana saja kapan saja oleh masyarakat (Gafi *et al.*, 2020). Kekurangan dari media *booklet* itu sendiri adalah tidak bisa menyebar ke seluruh masyarakat karena keterbatasan penyebaran *booklet*, kurangnya diketahui umpan balik dari pembaca, mudah terlipat walaupun sudah di cetak pada kertas yang lebih tebal tetapi tetap saja mudah terlipat karena terbuat dari kertas dan bila tidak disiapkan secara seksama dan hati-hati *booklet* akan kehilangan arti, tujuan dan maksud sebagai media edukasi (Notoatmodjo, 2014). Ciri-ciri dari *booklet* itu sendiri menurut Chusnul Khotimah (2015) yaitu : di lihat dari bentuk *booklet* itu sendiri seperti lembaran kertas berukuran kecil yang di cetak, di susun rapi berbentuk buku, tulisan terdiri dari kurang lebih 200-400

huruf dengan tulisan cetak, biasanya dengan diselangi gambar-gambar, ukurannya sekitar kurang lebih 20-30 cm.

Keefektivitasan media *booklet* dalam pengetahuan keterampilan meningkat dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satu yang dapat menjadi faktor pendukung adalah media massa. Ketika kegiatan pendidikan kesehatan menggunakan media dalam pelaksanaannya maka tujuan yang akan dicapai dalam pendidikan kesehatan tersebut adalah meningkatkan perhatian terhadap masalah yang menjadi topik bahasan, harapannya ketika perhatian meningkat maka akan mampu meningkatkan pula pengetahuan yang diperoleh. Media *booklet* merupakan salah satu media pendidikan kesehatan yang dapat meningkatkan pengetahuan (*knowlagde*), Sikap (*attitude*), dan perilaku (*behavior*). Penyampaian Edukasi dan informasi melalui media *booklet* terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan seseorang (Azwar, 2010).

Langkah-langkah penggunaan *booklet* menurut French (2013) sebagai berikut : langkah pertama yaitu memilih judul dan sub judul yang terbaik karena pemilihan judul dan sub judul sangat penting untuk membantu mendefinisikan isi *booklet* dan membantu tetap pada topik bahasan. Judul *booklet* disarankan untuk memilih topik yang sempit dan spesifik serta memperhatikan sasaran, keinginan, dan kebutuhan calon pembaca. Selanjutnya langkah ke dua yaitu menggunakan struktur yang logis dan format yang konkret yang di mana pada dasarnya *how-to booklet* bertujuan untuk menunjukkan pada pembaca bagaimana mempersiapkan dan melakukan kegiatan dan tugas tertentu. Jadi setidaknya ada satu atau lebih proses yang harus diikuti. Oleh karena itu perlu dibuat pedoman pilihan bagi orang yang melakukan proses tersebut. Dengan

melakukan hal tersebut, dapat membantu memetakan proses penyusunan isi *booklet*. Selain itu *booklet* menggunakan ukuran kertas A5 sangat di rekomendasikan untuk memudahkan pembaca menggunakan media *booklet* sebagai referensi ketika melakukan kegiatan.

Penulisan pada *booklet* juga sangat penting karena penerapan konsistensi penulisan pada *booklet* dapat dilakukan dengan memperhatikan penggunaan *header* (penggunaan penomoran), jenis huruf (menggunakan satu jenis huruf untuk setiap bagian), penggunaan *numbering/bullets*, *emphasis*/penekanan (contohnya konsistensi penggunaan huruf miring untuk pernyataan dalam *booklet*). Selain itu, harus memiliki perencanaan bagian definisi yang baik pada umumnya menggunakan pola apa yang dibutuhkan sebelum memulai kegiatan, bagaimana memulai kegiatan, langkah-langkah proses kegiatan dan penyelesaian. Membuat *booklet* juga harus menggunakan kalimat utama awal paragraf berupa pertanyaan atau instruksi, menulis isi paragraf setelah kalimat utama awal dengan singkat, selanjutnya menyusun daftar isi dengan jelas dan relevan dengan isi *booklet* dan pada *booklet* juga harus menggunakan gambar dan diagram yang konsisten.

2.1.3. Konsep Perilaku

2.1.3.1. Pengertian Perilaku

Menurut Skinner (1938) dalam (Notoatmodjo, 2018c), perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Di dalam perilaku sendiri terdapat sikap, yaitu kecenderungan bertindak, yang mendasari seseorang berperilaku.

2.1.3.2. Jenis Perilaku

Menurut (Notoatmodjo, 2018c), dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

1. Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behavior*.

2. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk Tindakan praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behaviour*, tindakan nyata atau praktik (*practice*).

2.1.3.3. Domain Perilaku

Benyamin Bloom (1998) dalam (Notoatmodjo, 2018c), seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam 3 (tiga) domain:

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2018c).

Menurut (Notoatmodjo, 2018c), pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang

berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 (enam) Tingkat pengetahuan, yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat

menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menggabungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2. Sikap

Sikap adalah bagian dari perilaku yang sifatnya masih tertutup (*covert behaviour*) yang hanya dapat dirasakan atau ditanyakan. Sikap merupakan reaksi individu terhadap objek atau situasi di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan atau keyakinan (Nurlela & Harfika, 2020). Sikap memiliki empat tingkatan yang dijelaskan oleh (Nurlela & Harfika, 2020), antara lain :

- a. Menerima (*receiving*), berarti individu memperhatikan stimulus yang diberikan atau objek yang diterima.
- b. Merespon (*responding*), dapat diartikan upaya menyelesaikan atau mengerjakan tugas dan pekerjaan yang diberikan.
- c. Menilai (*valuing*), diartikan sebagai bentuk individu mendiskusikan atau memberikan penilaian bersama dengan individu pada suatu kondisi atau masalah yang terjadi.

- d. Bertanggung jawab (*responsibly*), dapat diartikan bahwa individu bertanggung jawab atas segala pilihan yang diambilnya dengan segala risiko yang ada.

3. Praktik

Praktik atau tindakan adalah kelanjutan dari pengetahuan dan sikap yang sebelumnya terjadi. Tindakan dapat diamati secara langsung dan merupakan perilaku terbuka (*overt behaviour*) yang dilakukan individu sebagai respon dari stimulus-stimulus atau objek di lingkungannya (Nurlela & Harfika, 2020). Sama seperti pengetahuan dan sikap, tindakan memiliki tingkatan, antara lain :

- a. Persepsi (*perception*), diartikan mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
- b. Respon terpimpin (*guided respons*), adalah kemampuan individu melakukan sesuatu sesuai dengan urutan dan contoh yang benar.
- c. Mekanisme (*mechanism*), apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan yang dilakukan individu.
- d. Adopsi (*adoption*), merupakan suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Nurlela & Harfika, 2020).

2.1.3.4. Proses Adopsi Perilaku

Menurut (Notoatmodjo, 2018a), dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih lama daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) dalam (Notoatmodjo, 2018a) mengungkapkan bahwa sebelum orang

mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. Kesadaran (*Awareness*), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2. Tertarik (*interest*), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. Evaluasi (*Evaluation*), yaitu menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik.
4. Mencoba (*Trial*), orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. Adopsi (*Adoption*), subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Proses pembelajaran yang tidak optimal akan mempengaruhi persepsi seseorang sehingga perubahan untuk berperilaku hidup sehat akan sulit didapatkan. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2018a).

2.1.3.5. Bentuk-bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO dalam (Notoatmodjo, 2018a), perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga :

1. Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan

2. Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan ini terjadi karena direncanakan sendiri oleh subjek. Misalnya, seseorang perokok berat yang pada suatu saat terserang batuk yang sangat mengganggu, ia memutuskan untuk mengurangi rokok sedikit demi sedikit, dan akhirnya berhenti merokok sama sekali.

3. Kesiediaan untuk berubah (*Readiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya), dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda-beda. Setiap orang di dalam masyarakat mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda meskipun kondisinya sama.

2.1.3.6. Strategi Perubahan Perilaku

Merubah perilaku tidak mudah, apalagi perilaku saat ini sudah tertanam sejak lama pada orang tersebut. Untuk mencapai perubahan perilaku sesuai dengan yang diharapkan dan tidak membutuhkan waktu yang cukup lama, perlu dipelajari dan dipahami betul arti dari strategi perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2018a). Strategi untuk memperoleh perubahan perilaku menurut WHO dikelompokkan dalam 3 (tiga) kelompok yaitu :

1. Kekuatan atau dorongan atau kekuasaan

Perilaku dipaksa diubah dengan instrumen yang telah dipersiapkan terlebih dahulu. Perilaku dirubah dengan keharusan serta lebih bersifat paksaan. Strategi ini menitikberatkan pada faktor paksaan dan kekuasaan.

2. Informasi

Perilaku berubah dengan terlebih dahulu diberikan penguatan berupa informasi-informasi tentang sesuatu hal yang bisa merubah perilaku terlebih dahulu.

3. Diskusi

Perubahan perilaku akan lebih cepat selain dengan pemberian informasi tetapi keinginan kuat dan individu untuk berubah. Diskusi adalah bagian dari strategi yang berperan penting dalam merubah proses pikir individu untuk mempercepat perubahan perilaku. Diskusi akan membuat individu berpikir, dengan diskusi pengetahuan akan bertambah (Notoatmodjo, 2018a).

2.1.3.7. Perilaku Pemberian Makan Anak

Perilaku pemberian makanan merupakan pola atau cara orang tua dalam mengasuh anak yang berkaitan dengan proses makan, yang terjadi melalui interaksi antara orang tua atau pengasuh dengan anak saat kegiatan makan berlangsung. Dalam pemberian makanan kepada anak, terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain pemilihan bahan makanan dengan mempertimbangkan kandungan gizinya, penyesuaian tekstur makanan sesuai usia anak, pengaturan waktu makan, serta sikap atau perilaku saat proses pemberian makanan. Permasalahan dalam pemberian makanan pada balita berkaitan erat dengan perilaku ibu, yang dapat terlihat dari kebiasaan baik maupun kurang tepat dalam memberikan makanan kepada anak. Menurut Borowitz KC dan Borowitz SM (2018), gangguan pemberian makan yang berat hingga menyebabkan kegagalan pertumbuhan atau kekurangan gizi jarang ditemukan pada anak-anak sehat yang tumbuh dan berkembang secara normal.

2.1.4. Teori Lawrence Green

Perilaku kesehatan tidak terjadi dengan sendirinya, melainkan hasil dari stimulus yang direspon oleh subjek atau individu. Faktor internal dan eksternal, memiliki peranan penting dalam membentuk perilaku kesehatan yang menurut Lawrence Green (1980) dalam (Nurlela & Harfika, 2020), ditentukan oleh tiga faktor penting yang saling berkaitan.

1. Faktor predisposisi atau kecenderungan (*predisposing*)

Faktor internal yang terdapat dalam diri individu, kelompok, dan masyarakat yang mempermudah subjek berperilaku. Faktor ini berbentuk pengetahuan, keyakinan, nilai tradisi dan segala hal yang ada dalam pemikiran individu.

2. Faktor kemungkinan atau kesempatan (*enabling*)

Faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi individu berperilaku karena tersedia fasilitas-fasilitas, sumber daya, keterampilan, dan keterjangkauan. Bentuk dari faktor kemungkinan adalah segala sarana prasarana yang menunjang individu berperilaku sehat dan meningkatkan kualitas hidupnya.

3. Faktor penguat (*reinforcing*)

Faktor yang menguatkan atau mendorong individu berperilaku, di luar pengetahuan dan fasilitas penunjang. Bentuk dari faktor ini adalah dukungan pihak-pihak luar (eksternal) yang mendorong individu mengambil sikap atau berperilaku sehat (Nurlela & Harfika, 2020).

2.2. Penelitian Terdahulu

Tabel 3. Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil dan Kesimpulan
1	Firlia Ayu Arini, Nur Intania Sofianita, Ibnu Malkan Bahrul Ilmi (2017)	Pengaruh Pelatihan Pemberian MP-ASI kepada Ibu dengan Anak Anak di Kecamatan Sukmajaya Kota Depok terhadap Pengetahuan dan Perilaku Pemberian MP-ASI	Menganalisis pengaruh pelatihan pemberian MP-ASI terhadap pengetahuan dan perilaku ibu yang memiliki anak di bawah dua tahun dalam pemberian MP-ASI	Desain <i>kuasi-eksperimental pre and posttest with control group</i> . Sampel 42 ibu (23 kelompok intervensi, 19 kontrol) dengan teknik <i>purposive sampling</i> . Intervensi berupa penyuluhan menggunakan Modul MP-ASI dan pelatihan praktik pembuatan MP-ASI. Analisis menggunakan uji <i>Wilcoxon</i> dan <i>Mann-Whitney</i> .	Terdapat peningkatan signifikan skor pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi pada kedua kelompok ($p < 0,05$), dengan perbedaan signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol setelah perlakuan ($p = 0,011$). Skor perilaku meningkat signifikan dalam masing-masing kelompok, namun tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol ($p > 0,05$). Kesimpulan: Pelatihan MP-ASI menggunakan modul dan praktik lebih efektif meningkatkan pengetahuan ibu, tetapi belum menunjukkan perbedaan signifikan dalam perubahan perilaku dibanding penyuluhan saja.
2	Ade Irma Susilowardani & Irwan Budiono (2022)	Pengaruh Edukasi Gizi Terhadap Pengetahuan dan Praktik Ibu Anak Dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP ASI)	Mengetahui ada tidaknya pengaruh edukasi gizi terhadap pengetahuan dan praktik ibu anak dalam pemberian MP-ASI di Posyandu Kunci Mekar Desa Dlangu	<i>Quasi experimental</i> dengan desain <i>Pretest-Posttest with Control Group Design</i> . Sampel 34 ibu anak (17 kelompok eksperimen, 17 kontrol) menggunakan <i>purposive sampling</i> . Kelompok eksperimen mendapat edukasi gizi metode ceramah (materi MP-ASI + video), kelompok kontrol hanya mendapat leaflet. Analisis menggunakan uji <i>Mc Nemar</i> dan uji <i>Fisher</i> .	Pada kelompok eksperimen terdapat peningkatan signifikan pengetahuan ($p = 0,008$) dan praktik ($p = 0,031$). Pada kelompok kontrol tidak terdapat perubahan signifikan ($p > 0,05$). Terdapat perbedaan signifikan antara kelompok eksperimen dan kontrol setelah intervensi ($p = 0,026$). Kesimpulan: Edukasi gizi berpengaruh signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dan praktik ibu anak dalam pemberian MP-ASI.

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil dan Kesimpulan
3	Ilham Muharram, Andi Faradillah, Fhirastika Annisha Helviana, Jelita Inayah Sari, Muh. Sadiq Sabri (2021)	Pengaruh Edukasi MP-ASI Terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu	Mengetahui efektivitas edukasi MP-ASI terhadap peningkatan pengetahuan ibu serta mengidentifikasi jenis edukasi MP-ASI yang efektif dalam meningkatkan pengetahuan ibu	Jenis penelitian <i>Literature Review</i> (tinjauan pustaka). Data sekunder dari 13 jurnal (2016–2021) yang diperoleh melalui database PMC, PubMed, Google Scholar, ScienceDirect, dan Microsoft Academic. Mayoritas artikel menggunakan <i>desain quasi-experimental pretest dan posttest</i> dengan instrumen kuesioner.	Secara umum, seluruh penelitian menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan ibu setelah diberikan edukasi MP-ASI. Edukasi yang paling efektif adalah edukasi yang melibatkan indra penglihatan dan pendengaran, seperti media cetak (<i>booklet</i> , leaflet, poster, lembar balik), audiovisual, film pendek, demonstrasi, presentasi, serta media sosial (misalnya WhatsApp). Kesimpulan: Edukasi MP-ASI terbukti efektif meningkatkan pengetahuan ibu, terutama jika metode yang digunakan menarik dan melibatkan lebih dari satu indra.
4	Puji Astuti, Syarifah Nurul Yanti RSA, Mistika Zakiah, Sari Rahmayanti (2023)	Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu dengan Balita Terkait MP-ASI	Mengetahui tingkat pengetahuan ibu tentang pencegahan <i>stunting</i> setelah diberikan penyuluhan kesehatan terkait MP-ASI	Penelitian kuantitatif dengan desain <i>quasi-experimental one group pre-posttest</i> . Teknik sampling <i>purposive sampling</i> . Sampel 59 ibu dengan balita. Pengumpulan data menggunakan kuesioner pilihan ganda. Edukasi dilakukan melalui ceramah, diskusi, dan praktik langsung dengan media PowerPoint, video, serta peraga pembuatan MP-ASI. Analisis menggunakan Paired Sample T-Test (SPSS).	Sebelum penyuluhan, pengetahuan kategori “baik” sebesar 28,81%, “cukup” 67,8%, dan “kurang” 3,39%. Setelah penyuluhan, kategori “baik” meningkat menjadi 72,88%, “cukup” turun menjadi 23,73%, dan “kurang” tetap 3,39%. Uji statistik menunjukkan perbedaan bermakna ($p < 0,05$). Kesimpulan: Edukasi kesehatan secara signifikan meningkatkan pengetahuan ibu tentang pencegahan <i>stunting</i> dan MP-ASI.

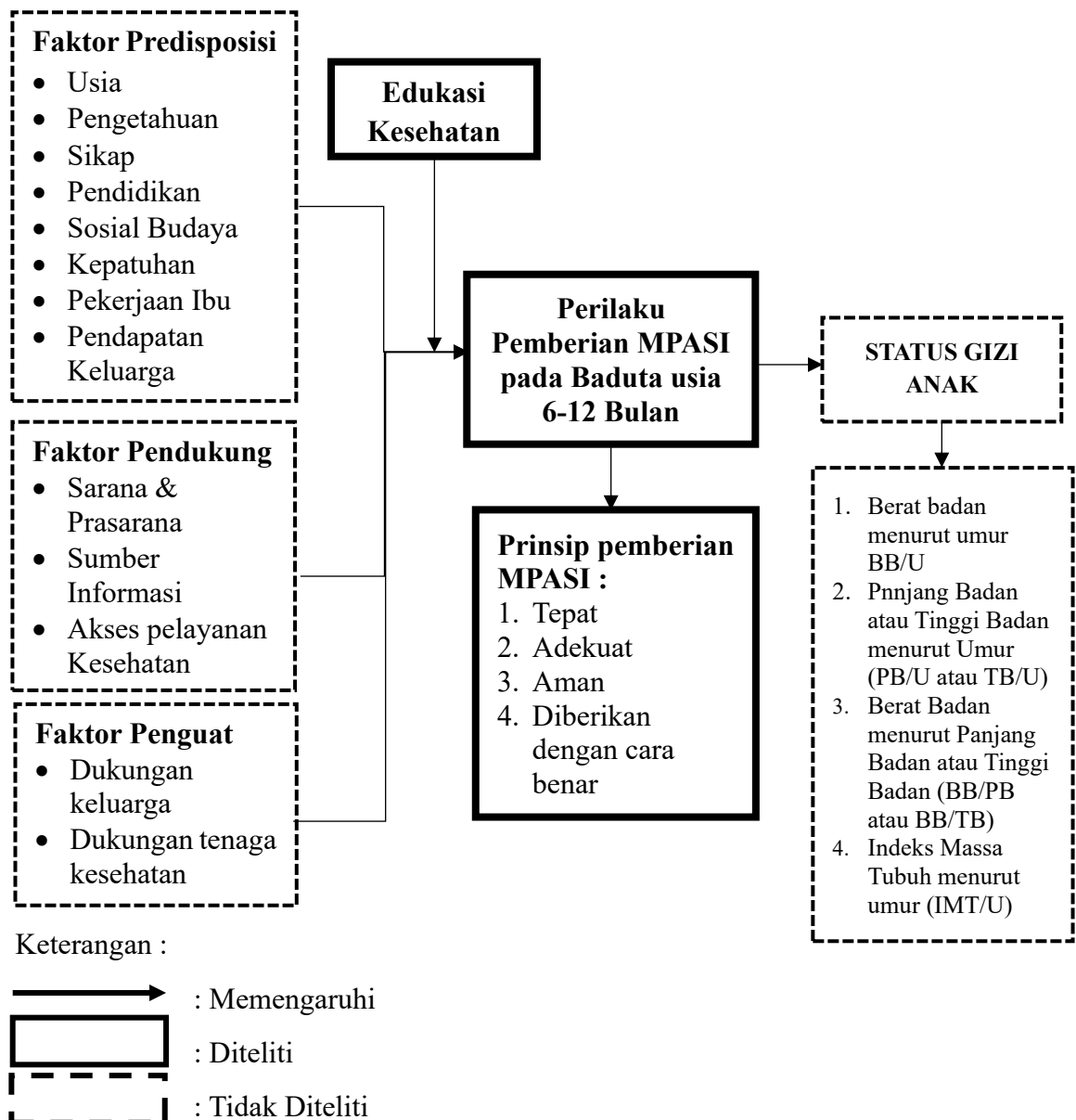
No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil dan Kesimpulan
5	Dewi Marfuah & Indah Kurniawati (2017)	Upaya Peningkatan Pengetahuan Ibu tentang MP-ASI dengan Edukasi Gizi Melalui <i>Booklet</i>	Mengetahui perubahan pengetahuan ibu tentang pola pemberian MP-ASI pada anak usia 6–24 bulan setelah diberikan edukasi gizi menggunakan media <i>booklet</i>	Penelitian <i>pre-eksperimental</i> dengan <i>desain one group pretest posttest</i> . Sampel 31 ibu yang memiliki anak usia 6–24 bulan, menggunakan <i>purposive sampling</i> . Intervensi berupa edukasi gizi menggunakan media <i>booklet</i> dan praktik pembuatan MP-ASI selama 3 bulan (1 kali per bulan). Uji normalitas Kolmogorov-Smirnov dan analisis menggunakan <i>Paired t-Test</i> .	Sebelum edukasi, mayoritas responden (61,3%) memiliki pengetahuan kategori kurang tentang pola pemberian MP-ASI. Setelah edukasi, terjadi peningkatan, dimana 45,2% berada pada kategori cukup dan kategori baik meningkat dari 12,9% menjadi 29%. Hasil uji statistik menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan yang signifikan setelah edukasi. Kesimpulan: Edukasi gizi melalui media <i>booklet</i> efektif meningkatkan pengetahuan ibu tentang pola pemberian MP-ASI.
6	Eva Rosdiana, Febri Yusananda, Lia Afrita (2020)	Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Kesesuaian Pemberian MP-ASI Guna Pencegahan <i>Stunting</i> pada Bayi Usia 6–12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Baitussalam Aceh Besar	Mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku/kesesuaian pemberian MP-ASI pada bayi usia 6–12 bulan sebagai upaya pencegahan <i>stunting</i>	<i>Quasi-experimental</i> dengan <i>desain one group pretest-posttest</i> . Sampel 72 ibu dari total populasi 249 orang, menggunakan teknik <i>Proportional Simple Random Sampling</i> . Analisis data menggunakan uji non-parametrik <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> .	Sebelum intervensi, praktik pemberian MP-ASI yang sesuai hanya 30,6%, setelah pendidikan kesehatan meningkat menjadi 52,8%. Nilai <i>mean</i> kesesuaian meningkat dari 2,75 menjadi 3,15. Hasil uji Wilcoxon menunjukkan p-value = 0,031 (p<0,05), artinya terdapat perbedaan signifikan sebelum dan sesudah intervensi. Kesimpulan: Pendidikan kesehatan berpengaruh signifikan terhadap peningkatan kesesuaian pemberian MP-ASI pada bayi usia 6–12 bulan sebagai upaya pencegahan <i>stunting</i> .

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil dan Kesimpulan
7	Ai Kustiani & Artha Prima Misa (2018)	Perubahan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu dalam Pemberian MP-ASI Anak Usia 6–24 Bulan pada Intervensi Penyuluhan Gizi di Lubuk Buaya Kota Padang	Mengetahui pengaruh penyuluhan gizi terhadap perubahan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6–24 bulan di Kelurahan Lubuk Buaya	<i>Quasi experimental</i> dengan desain <i>one group pretest-posttest</i> . Sampel 34 ibu dengan teknik <i>purposive/accidental sampling</i> . Intervensi dilakukan 3 kali (1x/minggu) menggunakan metode ceramah dan demonstrasi dengan media slide dan alat peraga. Analisis menggunakan Paired Sample T-Test (SPSS 16.0).	Terdapat peningkatan signifikan pada pengetahuan ($p=0,000$), sikap ($p=0,008$), dan perilaku ($p=0,046$) setelah penyuluhan. Pengetahuan kategori baik meningkat dari 14,7% menjadi 82,4%. Kesimpulan: Penyuluhan gizi berpengaruh signifikan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6–24 bulan.
8	Ade (2020)	Pengaruh Penyuluhan Gizi Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Perilaku Ibu Dalam Pemberian MP-ASI	Mengobservasi pengaruh penyuluhan gizi terhadap perubahan pengetahuan dan perilaku ibu dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6–24 bulan	<i>Quasi experimental</i> dengan desain <i>one group pretest-posttest</i> . Sampel 34 ibu (awal 32 + antisipasi <i>drop out</i>). Intervensi berupa penyuluhan gizi metode ceramah dan demonstrasi menggunakan media slide dan alat peraga bahan/makanan jadi. Analisis menggunakan <i>Paired Sample T-Test</i> (CI 95%).	Sebelum penyuluhan, pengetahuan kategori kurang sebesar 85,3% dan perilaku tidak baik 64,7%. Setelah penyuluhan, pengetahuan baik meningkat menjadi 82,4% ($p=0,000$) dan perilaku baik meningkat menjadi 47,1% ($p=0,046$). Kesimpulan: Penyuluhan gizi berpengaruh signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku ibu dalam pemberian MP-ASI anak usia 6–24 bulan.

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil dan Kesimpulan
9	Milla Evelianti Saputri, Dwi Rohyani, Jacoba Batlajery (2020)	Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Tentang Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) di Puskesmas Alusi Kecamatan Kormomolin Kepulauan Tanimbar Maluku Tahun 2019	Mengetahui pengaruh promosi kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan ibu tentang pemberian MP-ASI	Pra-eksperimen dengan <i>desain one group pretest-posttest</i> . Sampel menggunakan total populasi sebanyak 20 ibu. Data dianalisis untuk melihat perbedaan rata-rata pengetahuan sebelum dan sesudah promosi kesehatan.	Rata-rata pengetahuan sebelum promosi kesehatan adalah 43,75 dan meningkat menjadi 62,75 setelah intervensi. Hasil uji menunjukkan nilai $p = 0,000 (<0,05)$, artinya terdapat pengaruh signifikan promosi kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan ibu tentang pemberian MP-ASI. Kesimpulan: Promosi kesehatan efektif meningkatkan pengetahuan ibu mengenai MP-ASI.
10	Dian Rezky Ramadhani Ismi, Icha Dian Nurcahyani, ST. Masithah, Kurnia Yusuf, Selvia (2023)	Pengaruh Edukasi Praktik Pemberian MP-ASI Terhadap Self Efficacy Ibu Pada Anak Usia 6–24 Bulan	Mengetahui pengaruh edukasi praktik pemberian MP-ASI terhadap self efficacy ibu pada anak usia 6–24 bulan di Kabupaten Maros	<i>Quasi experimental design</i> dengan rancangan <i>pretest</i> dan <i>posttest (group pretest-posttest)</i> . Sampel 374 ibu menggunakan <i>purposive sampling</i> . Intervensi berupa edukasi praktik MP-ASI menggunakan modul dan <i>leaflet</i> . Analisis menggunakan uji <i>Wilcoxon</i> karena data tidak berdistribusi normal.	Sebelum intervensi, mayoritas pengetahuan dan self efficacy berada pada kategori cukup dan kurang. Setelah edukasi, seluruh responden (100%) berada pada kategori baik untuk pengetahuan dan self efficacy. Uji <i>Wilcoxon</i> menunjukkan $p\text{-value} = 0,001 (<0,05)$, artinya terdapat pengaruh signifikan edukasi terhadap peningkatan pengetahuan dan self efficacy ibu. Kesimpulan: Edukasi praktik MP-ASI efektif meningkatkan pengetahuan dan self efficacy ibu dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6–24 bulan.

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil dan Kesimpulan
11	Ana Sahroni, Rachmawati, Reka Julia Utama (2023)	Pengaruh Edukasi dengan Metode Kelas Ibu terhadap Pengetahuan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), Praktik Pemberian MP-ASI dan Berat Badan Balita Underweight	Mengetahui pengaruh edukasi metode kelas ibu terhadap pengetahuan PMBA, praktik pemberian MP-ASI, dan berat badan balita underweight di Kemukiman Pulo Mesjid, Kecamatan Tangse, Kabupaten Pidie	<i>Quasi experimental dengan desain pretest-posttest control group design.</i> Sampel 38 responden (19 kelompok perlakuan dan 19 kontrol) menggunakan random sampling. Intervensi berupa edukasi kelas ibu selama 3 minggu menggunakan <i>booklet</i> PMBA. Analisis menggunakan <i>Dependent</i> dan <i>Independent Sample T-Test</i> ($\alpha < 0,05$).	Pada kelompok perlakuan terjadi peningkatan signifikan pada praktik pemberian MP-ASI (keragaman bahan, cara pengolahan, cara pemberian) ($p < 0,05$). Terdapat perbedaan signifikan pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kontrol ($p = 0,000$). Namun, tidak terdapat perbedaan signifikan berat badan antara kelompok perlakuan dan kontrol ($p > 0,05$). Kesimpulan: Edukasi metode kelas ibu efektif meningkatkan praktik pemberian MP-ASI, tetapi belum menunjukkan pengaruh signifikan terhadap peningkatan berat badan balita underweight dalam periode penelitian.

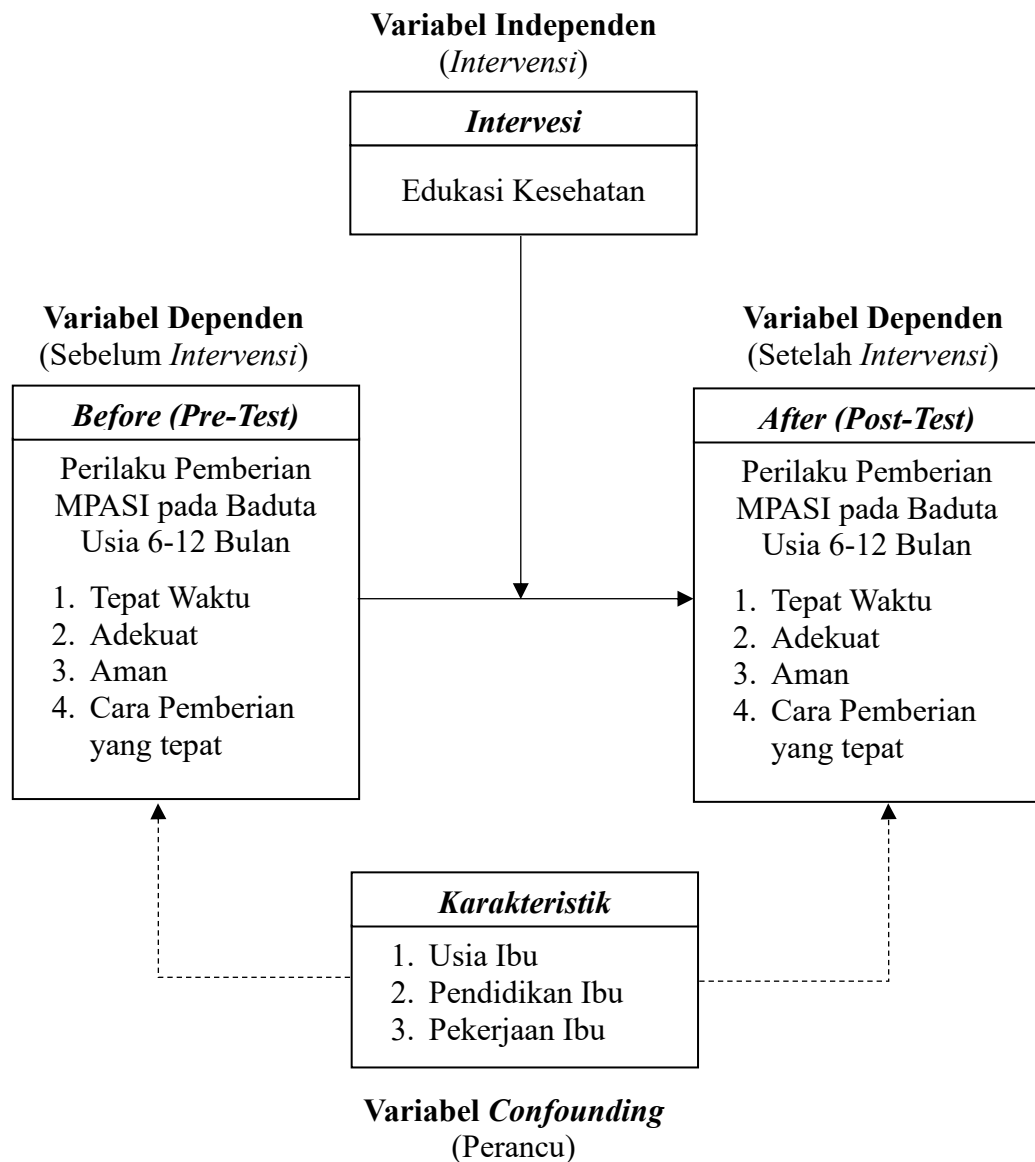
2.3. Kerangka Teoritis



Sumber : Dimodifikasi dan diadaptasi dari Teori Lawrence Green serta hasil penelitian Prilyastuty & Hidayati (2020) dan Novianti *et al.*(2021). (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak, 2020)

Gambar 2. Kerangka Teori Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian (MP-ASI) Bagi Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah

2.4. Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka Konsep Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian (MP-ASI) Bagi Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah

2.5. Hipotesis

Hipotesis adalah dugaan sementara yang menjadi jawaban dari suatu permasalahan dalam penelitian. Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

2. Terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap penerapan prinsip tepat waktu dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
3. Terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap penerapan prinsip adekuat pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
4. Terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap prinsip aman pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
5. Terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap pemberian MP-ASI dengan cara yang benar pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
6. Terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI setelah dikontrol oleh pendidikan ibu, usia ibu, dan pekerjaan ibu.

III. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *quasi experiment* dengan rancangan *non-equivalent control group pre-test and post-test design*, yaitu suatu desain penelitian yang melibatkan kelompok intervensi dan kelompok kontrol tanpa dilakukan randomisasi dalam penentuan kelompok (Adiputra *et al.*, 2021). Pada rancangan ini, kedua kelompok diberikan pengukuran awal (*pre-test*) untuk mengetahui kondisi sebelum intervensi. Selanjutnya, kelompok intervensi diberikan edukasi kesehatan, sedangkan kelompok kontrol memperoleh pelayanan sesuai dengan program rutin Puskesmas. Setelah intervensi selesai, kedua kelompok kembali diberikan pengukuran akhir (*post-test*). Perbedaan hasil antara *pre-test* dan *post-test*, serta perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, digunakan untuk menilai pengaruh intervensi yang diberikan (Notoatmodjo, 2018b).

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret hingga Mei 2026 di wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah. Kegiatan intervensi berupa edukasi kesehatan mengenai pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) melalui penyampaian materi, penjelasan contoh-contoh menu MP-ASI sesuai usia anak, sesi tanya jawab, serta pembagian *booklet* panduan pemberian MP-ASI. Intervensi dilaksanakan sebanyak 3 (tiga) kali pertemuan untuk 2 (dua) kelompok.

3.3. Variabel Penelitian

Penelitian ini melibatkan dua variabel utama, yaitu variabel independen (bebas) sebagai faktor yang memberikan pengaruh, dan variabel dependen (terikat) sebagai variabel yang dipengaruhi akibat adanya perlakuan. Hubungan antara kedua variabel tersebut dianalisis untuk mengetahui apakah terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap perubahan perilaku pemberian MP-ASI.

3.3.1. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah edukasi kesehatan, yaitu intervensi yang diberikan kepada ibu yang memiliki anak berupa penyampaian informasi atau penyuluhan mengenai prinsip pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat waktu, adekuat, aman, dan diberikan dengan cara yang benar.

Edukasi kesehatan tersebut disampaikan melalui penyampaian materi, penjelasan contoh-contoh menu MP-ASI sesuai usia anak, sesi diskusi dan tanya jawab, serta pembagian *booklet* yang berisi informasi mengenai konsep dasar pemberian MP-ASI, prinsip pemberian MP-ASI sesuai usia anak, keragaman jenis makanan, frekuensi dan porsi pemberian makan, pemilihan bahan makanan bergizi, contoh menu harian, cara pengolahan makanan yang aman dan higienis, serta cara pemberian yang benar. Edukasi kesehatan dalam penelitian ini berfungsi sebagai perlakuan yang diharapkan dapat meningkatkan pemahaman dan mendorong perubahan perilaku ibu dalam praktik pemberian MP-ASI.

3.3.2. Variabel Dependen

Variabel dependen pada penelitian ini adalah perilaku pemberian MP-ASI, yaitu tindakan atau praktik ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI kepada anak usia 6-12 bulan. Perilaku pemberian MP-ASI dalam penelitian ini diukur berdasarkan empat prinsip utama, yaitu:

1. Tepat waktu (pemberian MP-ASI sesuai usia dan frekuensi yang dianjurkan).

2. Adekuat (kecukupan jenis, jumlah, dan kandungan zat gizi sesuai kebutuhan usia anak).
3. Aman (proses pengolahan, penyimpanan, dan penyajian makanan yang higienis).
4. Cara pemberian yang benar (pemberian secara responsif, tidak memaksa, dan sesuai kemampuan makan anak).

Keempat prinsip tersebut menjadi indikator dalam menilai tingkat perilaku pemberian MP-ASI pada responden.

3.3.3. Variabel Perancu (*Confounding*)

Variabel perancu dalam penelitian ini meliputi (1) usia ibu, (2) pendidikan ibu, dan (3) pekerjaan ibu. Variabel-variabel tersebut berpotensi memengaruhi perilaku pemberian MP-ASI. Oleh karena itu, variabel perancu ini dikontrol dalam analisis untuk memperoleh pengaruh yang lebih murni dari edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI.

3.4. Definisi Operasional

Tabel 4. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Edukasi Kesehatan	Pemberian informasi mengenai MP-ASI melalui penyuluhan terstruktur dan pembagian <i>booklet</i> yang berisi panduan pemberian MP-ASI serta contoh menu sesuai usia anak.	Daftar hadir pemberian informasi dan <i>booklet</i>	Ibu mengikuti sesi edukasi sesuai protokol penelitian	0 = Tidak diberikan edukasi 1 = Diberikan edukasi	Nominal
2	Perilaku Pemberian MP-ASI	Total skor perilaku pemberian MP-ASI meliputi tepat waktu, adekuat, aman dan cara pemberian yang benar	Kuesioner perilaku pemberian MP-ASI	Mengisi kuisisioner perilaku pemberian MP-ASI meliputi tepat waktu, adekuat, aman dan cara pemberian yang benar	<ul style="list-style-type: none"> • Baik, jika memenuhi 4 prinsip • Kurang Baik, jika memenuhi ≤ 3 prinsip 	Ordinal
3	Tepat Waktu	MP-ASI diberikan pada usia yang tepat, yaitu ketika ASI saja tidak mencukupi kebutuhan nutrisi bayi.	Kuesioner tepat waktu dalam pemberian MP-ASI.	Pengukuran dilakukan menggunakan ketepatan waktu pemberian MP-ASI sebanyak 10 pertanyaan pilihan ganda.	<ul style="list-style-type: none"> • Baik/Tepat : $\geq 75\%$ dari skor maksimal (≥ 8 dari total skor 10) • Kurang Baik/Tidak Tepat : $< 75\%$ dari skor maksimal (< 8 dari total skor 10) 	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
4	Adekuat	MP-ASI menyediakan energi, protein, dan mikronutrien yang cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anak yang sedang tumbuh.	Kuesioner adekuat dalam pemberian MP-ASI.	Mengisi kuesioner adekuasi pemberian MP-ASI yang terdiri dari 33 pertanyaan	<ul style="list-style-type: none"> • Baik : > 5 Kelompok Makanan • Kurang Baik : < 5 Kelompok Makanan (Kementerian Kesehatan, 2024) 	Nominal
5	Aman	MP-ASI disimpan dan disiapkan secara higienis, serta diberi makan dengan tangan bersih menggunakan peralatan bersih, sesuai prinsip keamanan pangan.	Kuisisioner keamanan dalam pemberian MP-ASI.	Mengisi kuesioner keamanan dalam pemberian MP-ASI yang berjumlah 12 soal. Perhitungan dengan menggunakan skala likert.	<ul style="list-style-type: none"> • Hygiene baik : $\geq 75\%$ dari skor maksimal • Hygiene kurang baik : < 75% (Birdida <i>et al.</i> , 2024)	Nominal
6	Cara Pemberian yang Benar	MP-ASI diberikan sesuai dengan sinyal nafsu makan dan rasa kenyang anak (<i>responsive feeding</i>), serta frekuensi dan cara pemberian makan sesuai dengan usia.	Kuisisioner cara pemberian MP-ASI yang benar.	Mengisi kuesioner cara pemberian MP-ASI yang benar yang berjumlah 15 soal. Perhitungan dengan menggunakan skala likert.	<ul style="list-style-type: none"> • Buruk-Sedang (Kurang Baik) : 0–36 • Baik-Sangat baik (Baik): 37–60 Modifikasi dari (Pallewaththa <i>et al.</i> , 2021)	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
7	Usia Ibu	Lamanya masa hidup ibu sejak dilahirkan sampai dengan saat pengisian kuesioner yang	Kuesioner karakteristik responden	Mengisi kuesioner karakteristik responden	0. Usia Dini (≤ 19 tahun) 1. Usia Matang (> 19 tahun) (UU No. 16 Tahun 2019)	Nominal
8	Pendidikan Ibu	Jenjang pendidikan terakhir yang ditamatkan oleh ibu	Kuesioner karakteristik responden	Mengisi kuesioner karakteristik responden	0. Rendah (Tidak sekolah, SD, SMP) 1. Tinggi (SMA, PT/Akademi) (Adri <i>et al.</i> , 2024)	Ordinal
9	Pekerjaan Ibu	Segala kegiatan yang dilaksanakan oleh ibu, diluar kegiatan rumah tangga yang menghasilkan sumber pendapatan atau uang.	Kuesioner karakteristik responden	Mengisi kuesioner karakteristik responden	0. Bekerja 1. Ibu rumah tangga	Nominal

3.5. Populasi dan Sampel Penelitian

3.5.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki anak usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah berjumlah 407 orang.

3.5.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian ibu yang memiliki anak usia 6–12 bulan di wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah yang dipilih untuk mewakili populasi penelitian. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *non-probability sampling* dengan metode *purposive sampling*, yaitu pemilihan responden berdasarkan pertimbangan dan kriteria tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti. Sampel dipilih dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi, sehingga responden yang terpilih sesuai dengan tujuan penelitian. Oleh karena itu, pemilihan sampel dalam penelitian ini didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada Kelompok Intervensi adalah sebagai berikut:

1. Ibu yang memiliki anak usia 6–12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
2. Ibu yang bersedia menjadi responden dan menandatangani lembar *informed consent*.
3. Ibu yang dapat berkomunikasi dengan baik dan bersedia mengikuti seluruh rangkaian kegiatan intervensi penelitian.

Kriteria inklusi pada Kelompok Kontrol adalah sebagai berikut:

1. Ibu yang memiliki anak usia 6–12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
2. Ibu yang bersedia menjadi responden dan menandatangani lembar *informed consent*.
3. Ibu yang dapat berkomunikasi dengan baik dan bersedia mengikuti seluruh rangkaian kegiatan intervensi penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada Kelompok Intervensi adalah sebagai berikut:

1. Anak yang memiliki penyakit kronis, kelainan kongenital, atau kondisi medis yang dapat mempengaruhi pola pemberian makan.
2. Ibu yang tidak mengikuti kegiatan edukasi kesehatan hingga selesai selama proses penelitian berlangsung.
3. Ibu yang mengundurkan diri sebagai responden selama penelitian berlangsung.

Kriteria eksklusi pada Kelompok Kontrol adalah sebagai berikut:

1. Anak yang memiliki penyakit kronis, kelainan kongenital, atau kondisi medis yang dapat mempengaruhi pola pemberian makan.
2. Ibu yang tidak mengikuti seluruh tahapan pengisian kuesioner dalam penelitian.
3. Ibu yang mengundurkan diri sebagai responden selama penelitian berlangsung

c. Perhitungan Sampel

Perhitungan jumlah sampel pada penelitian ini ditentukan menggunakan rumus uji beda dua rata-rata independen, yaitu sebagai berikut:

$$n = \left[\frac{2\sigma^2 \left(Z_{1 - \frac{\alpha}{2}} + Z_{1 - \beta} \right)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \right]$$

Keterangan ;

- | | | |
|----------------------------|---|---|
| n | = | Besar Sampel |
| $Z_{1 - \frac{\alpha}{2}}$ | = | Standar normal deviasi untuk α (standar deviasi $\alpha = 0.05=1.96$) |
| $Z_{1 - \beta}$ | = | Standar normal deviasi untuk β (standar deviasi $\beta = 0.842$) |
| μ_1 | = | Nilai <i>mean</i> kelompok kontrol yang didapat dari literatur |
| μ_2 | = | Nilai <i>mean</i> kelompok intervensi yang didapat dari literatur |

σ = Estimasi standar deviasi dari beda *mean pretest* dan *posttest* berdasarkan literatur

Berdasarkan penelitian (Ariestantia & Utami, 2020) tentang Whatsapp Sebagai Pendidikan Kesehatan Dalam Meningkatkan Pengetahuan Ibu Tentang MP-ASI, didapatkan nilai *mean* kelompok kontrol ($\mu_1 = 12,55$) dan nilai *mean* kelompok intervensi ($\mu_2 = 14,00$), nilai standar deviasi kelompok kontrol ($S_1 = 2,108$), dan nilai standar deviasi kelompok intervensi ($S_2 = 2,151$). Berdasarkan data tersebut, dapat dihitung nilai standar deviasi gabungan sebagai dasar dalam perhitungan besar sampel.

$$\begin{aligned}\sigma^2 &= \frac{S_1^2 + S_2^2}{2} \\ \sigma^2 &= \frac{(2,108)^2 + (2,151)^2}{2} \\ \sigma^2 &= \frac{4,444 + 4,629}{2} \\ \sigma^2 &= \frac{9,073}{2} = 4,536\end{aligned}$$

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut, nilai varians gabungan yang diperoleh selanjutnya digunakan sebagai dasar dalam menentukan besar sampel penelitian.

$$\begin{aligned}n &= \left[\frac{2\sigma^2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \right] \\ n &= \left[\frac{2(4,536)(1,96 + 0,842)^2}{(12,55 - 14,00)^2} \right] \\ n &= 33,8 \sim 34\end{aligned}$$

Dalam penelitian *Quasi Experiment*, terdapat kemungkinan responden tidak menyelesaikan seluruh rangkaian penelitian (*drop out*). Oleh karena itu, diperlukan penyesuaian jumlah sampel awal untuk mengantisipasi kehilangan subjek penelitian. Penyesuaian besar sampel dapat dihitung dengan rumus :

$$n' = \frac{n}{1-d}$$

Keterangan :

n' = besar sampel setelah penyesuaian

n = besar sampel hasil perhitungan awal

d = proporsi drop out (10% = 0,1)

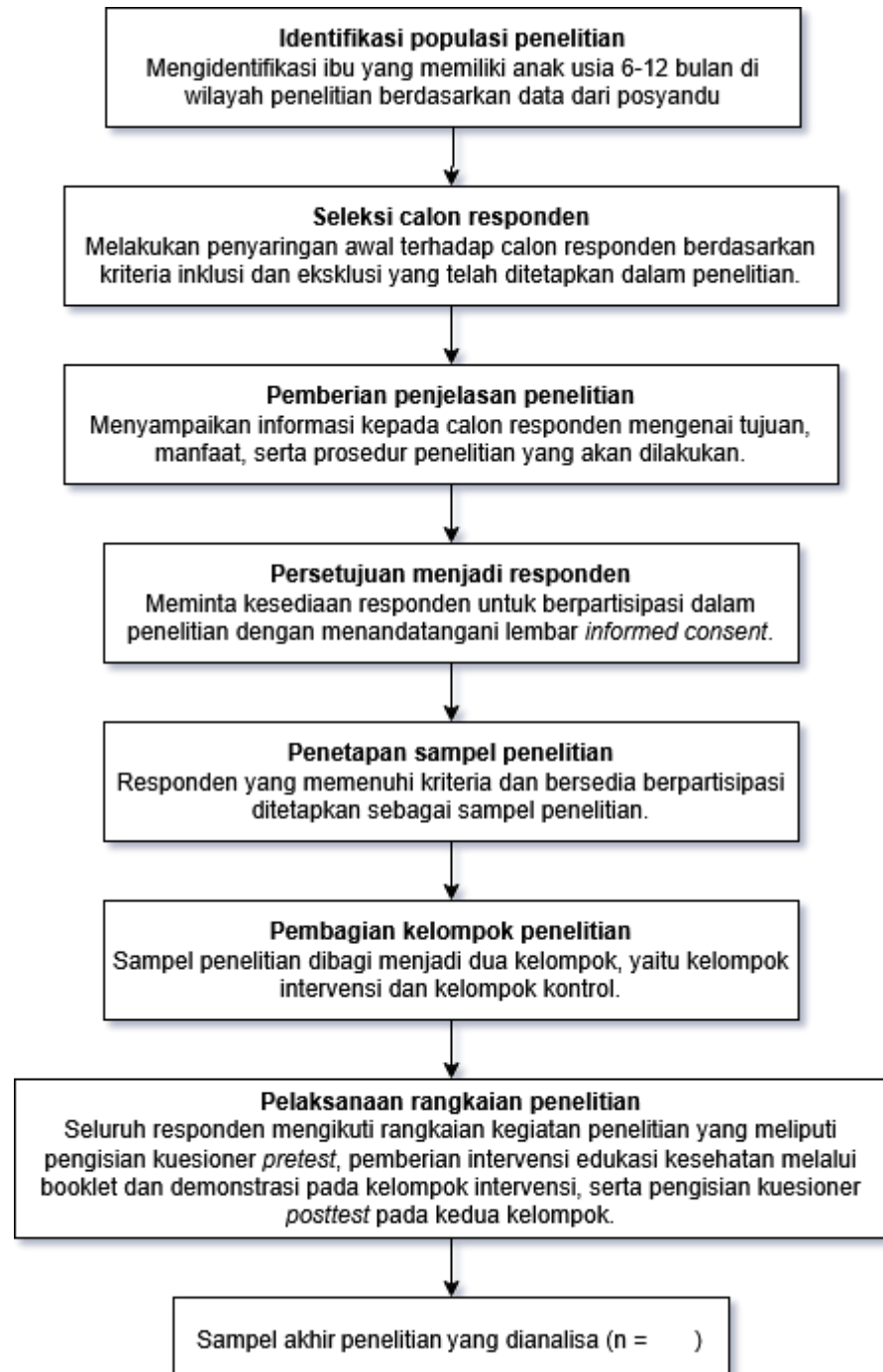
$$n' = \frac{34}{1 - 0,1} = \frac{34}{0,9}$$

$$n' = 37,78 \sim 38$$

Berdasarkan hasil perhitungan dan penyesuaian besar sampel, diperoleh jumlah sampel sebanyak 38 responden pada masing-masing kelompok. Dengan demikian, total minimal sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 76 responden.

Prosedur pengambilan sampel dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi ibu yang memiliki anak usia 6-12 bulan di Wilayah penelitian berdasarkan data dari posyandu.
2. Melakukan seleksi awal calon responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan dalam penelitian.
3. Menyampaikan informasi mengenai penelitian kepada calon responden yang meliputi tujuan, manfaat, prosedur penelitian, serta kegiatan yang akan diikuti.
4. Meminta kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan menandatangani lembar *informed consent*.
5. Menetapkan responden yang memenuhi kriteria sebagai sampel penelitian, kemudian membagi responden ke dalam kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
6. Melibatkan responden dalam rangkaian kegiatan penelitian yang meliputi pengisian kuesioner pretest, pemberian intervensi edukasi kesehatan melalui penyampaian materi, penjelasan contoh-contoh menu MP-ASI, sesi diskusi dan tanya jawab, serta pembagian *booklet* pada kelompok intervensi, kemudian dilanjutkan dengan pengisian kuesioner posttest pada kedua kelompok.



Gambar 4. Prosedur Pengambilan Sampel

Dengan pendekatan ini, diharapkan hasil penelitian dapat menggambarkan perubahan perilaku ibu dalam pemberian MP-ASI, yang meliputi ketepatan waktu, adekuat, aman, dan cara pemberian yang benar setelah mendapatkan intervensi edukasi kesehatan melalui penyuluhan dan *booklet*.

3.6. Tahap Penelitian

Tahap penelitian disusun agar seluruh proses penelitian berjalan terarah dan sesuai dengan tujuan penelitian. Tahapan penelitian meliputi tahap persiapan penelitian dan tahap pelaksanaan penelitian sebagai berikut :

3.6.1. Persiapan Penelitian

Pada tahap persiapan penelitian, peneliti melakukan perumusan masalah berdasarkan fenomena yang terjadi di masyarakat terkait perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada ibu yang memiliki anak usia 6-12 bulan. Selanjutnya peneliti menyusun tujuan penelitian, kerangka konsep, dan metode penelitian yang akan digunakan. Hasil dari tahap ini kemudian dituangkan dalam bentuk proposal penelitian yang selanjutnya dikonsultasikan dengan dosen pembimbing untuk memperoleh masukan dan perbaikan sebelum penelitian dilaksanakan.

3.6.2. Pelaksanaan Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilakukan secara bertahap. Tahapan pelaksanaan penelitian meliputi tahap persiapan, pengambilan data awal, pelaksanaan intervensi, pengambilan data lanjutan, dan pengolahan data dan analisis data.

1. Tahap Persiapan Pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti terlebih dahulu mengurus perizinan penelitian kepada instansi terkait di lokasi penelitian serta mengajukan persetujuan etik penelitian kepada komite etik penelitian kesehatan. Persetujuan etik ini diperlukan untuk memastikan bahwa penelitian yang dilakukan telah memenuhi prinsip etika penelitian, seperti penghormatan terhadap hak responden, kerahasiaan data, serta keselamatan partisipan penelitian.

Selain itu, pada tahap persiapan, peneliti melakukan rekrutmen dan standarisasi fasilitator yang akan terlibat dalam pelaksanaan intervensi edukasi. Fasilitator dalam penelitian ini berjumlah 4 orang petugas kesehatan yang bertugas memberikan edukasi mengenai

pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) kepada responden pada kelompok intervensi.

Sebelum pelaksanaan intervensi, seluruh fasilitator mengikuti kegiatan *Training of Trainer* (TOT) yang diselenggarakan oleh peneliti. Kegiatan TOT bertujuan untuk menyamakan persepsi dan meningkatkan pemahaman fasilitator mengenai materi edukasi yang akan diberikan kepada responden. Materi yang disampaikan meliputi prinsip pemberian MP-ASI sesuai Pedoman Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), waktu pemberian MP-ASI, frekuensi dan porsi makan sesuai usia, keragaman pangan, praktik higiene dan keamanan pangan dalam pemberian MP-ASI, serta teknik penyampaian edukasi kepada responden.

Untuk memastikan kesiapan fasilitator dalam menyampaikan materi edukasi, peneliti terlebih dahulu melakukan uji kompetensi sebelum pelaksanaan intervensi. Uji kompetensi dilakukan melalui tes pengetahuan dan observasi oleh peneliti untuk menilai pemahaman fasilitator terhadap materi edukasi mengenai pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) serta kesiapan dalam menyampaikan materi kepada responden. Pelaksanaan uji kompetensi ini bertujuan untuk:

1. Menilai tingkat pemahaman fasilitator terhadap materi edukasi mengenai pemberian MP-ASI.
2. Menstandarkan pengetahuan fasilitator agar sesuai dengan indikator dan tujuan penelitian.
3. Memastikan kesiapan fasilitator dalam menyampaikan materi edukasi kepada responden secara tepat dan sistematis.
4. Memberikan kesempatan bagi fasilitator untuk meninjau kembali dan memperdalam materi sebelum kegiatan intervensi dilaksanakan.

Setelah mengikuti kegiatan TOT, seluruh fasilitator mengikuti uji kompetensi untuk menilai tingkat pemahaman dan kesiapan dalam menyampaikan materi edukasi mengenai pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI). Penilaian kompetensi dilakukan menggunakan instrumen yang disusun oleh peneliti dengan rentang skor 0–100.

Penentuan batas kompetensi (*cut-off point*) didasarkan pada pendapat Arikunto (2013) yang menyatakan bahwa tingkat penguasaan materi dapat dinilai berdasarkan persentase pencapaian skor. Seseorang dikatakan memiliki penguasaan yang baik apabila mencapai minimal 75% dari skor maksimum yang dapat diperoleh. Oleh karena itu, dalam penelitian ini fasilitator dinyatakan kompeten apabila memperoleh nilai ≥ 75 dari rentang skor 0–100, yang menunjukkan bahwa peserta telah menguasai sebagian besar materi dan memiliki kesiapan untuk menyampaikan edukasi MP-ASI. Hasil uji kompetensi fasilitator setelah mengikuti TOT disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5. Hasil Uji Kompetensi Fasilitator pada Tahap Persiapan Intervensi

Fasilitator	Nilai Uji Kompetensi	Keterangan
Fasilitator 1	96	Kompeten
Fasilitator 2	94	Kompeten
Fasilitator 3	94	Kompeten
Fasilitator 4	95	Kompeten
Rata-rata	94,5	Kompeten

Berdasarkan Tabel 5, seluruh fasilitator memperoleh nilai uji kompetensi di atas standar kelulusan yang telah ditetapkan, dengan rentang nilai 94–96 dan rata-rata sebesar 94,5. Hasil ini menunjukkan bahwa seluruh fasilitator memiliki pemahaman yang sangat baik terhadap materi edukasi pemberian MP-ASI serta telah

memenuhi kriteria kompetensi yang ditetapkan dalam penelitian. Keseragaman nilai yang tinggi antar fasilitator mengindikasikan bahwa proses penyamaan persepsi melalui kegiatan TOT berjalan dengan baik. Dengan demikian, seluruh fasilitator dinyatakan layak untuk memberikan intervensi edukasi kepada responden sesuai dengan prosedur penelitian yang telah ditetapkan, sehingga variasi dalam penyampaian materi selama pelaksanaan intervensi dapat diminimalkan.

2. Tahap Pengambilan Data Awal (*Pretest*)

Setelah tahap persiapan selesai, peneliti melakukan proses rekrutmen responden dengan mengidentifikasi ibu yang memiliki anak usia 6-12 bulan di Wilayah penelitian. Calon responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, serta prosedur penelitian yang akan dilakukan.

Responden yang bersedia mengikuti penelitian diminta menandatangani lembar *informed consent* sebagai bentuk persetujuan menjadi subjek penelitian. Apabila terdapat calon responden yang menolak untuk berpartisipasi, maka peneliti menghormati keputusan tersebut dan tidak memasukkan individu tersebut sebagai sampel penelitian.

Responden yang telah bersedia mengikuti penelitian selanjutnya dibagi menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Sebelum pelaksanaan intervensi, seluruh responden diminta mengisi kuesioner *pretest* untuk mengukur perilaku pemberian MP-ASI. Pada tahap ini juga dilakukan pengisian kuesioner karakteristik responden yang meliputi usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan ibu.

3. Tahap Pelaksanaan Intervensi

Pada tahap ini dilakukan pemberian intervensi berupa edukasi kesehatan mengenai pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) kepada responden pada kelompok intervensi. Bentuk intervensi yang diberikan adalah edukasi kesehatan melalui penyampaian materi, penjelasan contoh-contoh menu MP-ASI, sesi diskusi dan tanya jawab, serta pembagian *booklet* yang disampaikan secara langsung oleh fasilitator yang merupakan petugas kesehatan dari Puskesmas.

a. Bentuk dan Metode Intervensi

Intervensi dalam penelitian ini berbentuk edukasi kesehatan tentang praktik pemberian MP-ASI yang tepat kepada ibu yang memiliki anak usia 6–12 bulan. Metode edukasi yang digunakan meliputi:

- 1) Ceramah interaktif, yaitu penyampaian materi oleh fasilitator mengenai prinsip-prinsip pemberian MP-ASI yang tepat sesuai usia anak.
- 2) Diskusi dan tanya jawab, yaitu sesi interaktif antara fasilitator dan responden untuk memperjelas materi yang telah disampaikan.
- 3) Penyajian contoh-contoh menu MP-ASI, yaitu pemberian contoh menu sesuai usia anak untuk membantu ibu memahami variasi, komposisi, dan penerapan MP-ASI dalam kehidupan sehari-hari.

Metode tersebut dipilih untuk meningkatkan pemahaman ibu mengenai praktik pemberian MP-ASI yang tepat serta mendorong perubahan perilaku dalam pemberian MP-ASI kepada anak.

b. Media Edukasi

Media edukasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah *booklet* edukasi MP-ASI yang diberikan kepada seluruh

responden pada kelompok intervensi. *Booklet* tersebut berisi informasi mengenai:

- 1) Waktu yang tepat memulai MP-ASI
- 2) Keragaman jenis makanan dan kebutuhan gizi bayi
- 3) Cara pengolahan makanan yang aman dan higienis
- 4) Cara pemberian MP-ASI yang benar
- 5) Contoh menu harian MP-ASI

Booklet disusun berdasarkan Pedoman Pemberian Makan Bayi dan Anak dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia serta rekomendasi *Infant and Young Child Feeding* (IYCF) dari WHO. Media ini diberikan kepada responden agar dapat digunakan sebagai panduan mandiri di rumah setelah kegiatan edukasi selesai.

c. Materi Edukasi

Materi edukasi yang diberikan kepada responden meliputi beberapa topik utama terkait prinsip pemberian MP-ASI, yaitu:

1) Pertemuan pertama, topik Prinsip Tepat Waktu

Pertemuan pertama membahas konsep dasar pemberian MP-ASI yang menekankan pada prinsip tepat waktu, yaitu waktu yang tepat memulai MP-ASI pada usia 6 bulan ketika ASI saja tidak lagi mencukupi kebutuhan gizi bayi. Materi yang disampaikan meliputi tanda kesiapan bayi menerima makanan pendamping, alasan pentingnya pemberian MP-ASI pada usia yang tepat, serta pengenalan kebutuhan gizi bayi usia 6–12 bulan sebagai dasar pemenuhan kebutuhan nutrisi anak.

2) Pertemuan kedua, topik Prinsip Adekuat

Pertemuan kedua membahas prinsip kecukupan (*adequate*) dalam pemberian MP-ASI, yaitu pemenuhan kebutuhan gizi anak melalui makanan yang beragam dan bergizi seimbang. Materi yang diberikan meliputi keragaman jenis makanan, frekuensi pemberian makan, jumlah atau porsi makanan sesuai

dengan usia anak, serta pemilihan bahan makanan bergizi terutama sumber protein hewani dan nabati yang penting untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak.

3) Pertemuan ketiga, topik Prinsip Aman dan Cara Pemberian yang Benar

Pertemuan ketiga membahas praktik pemberian MP-ASI dengan menekankan prinsip keamanan pangan dan cara pemberian makan yang benar. Materi yang diberikan meliputi cara pengolahan makanan yang aman dan higienis, penjelasan serta contoh-contoh menu MP-ASI sesuai usia anak, contoh menu harian, serta penerapan pemberian makan responsif (*responsive feeding*) yang memperhatikan sinyal lapar dan kenyang anak serta interaksi positif antara ibu dan anak saat proses makan.

d. Durasi dan Frekuensi Intervensi

Kegiatan intervensi dilaksanakan sebanyak tiga kali pertemuan, dengan durasi sekitar 60 menit pada setiap pertemuan. Dengan jumlah responden sebanyak 38 orang pada kelompok intervensi, peserta dibagi menjadi dua kelompok kecil untuk meningkatkan efektivitas proses edukasi dan interaksi antara fasilitator dan peserta.

Setiap kelompok terdiri dari sekitar 19 responden, sehingga proses penyampaian materi dan diskusi dapat berlangsung secara lebih optimal serta memungkinkan responden untuk berpartisipasi secara lebih aktif dalam kegiatan edukasi.

e. *Rundown* Kegiatan Intervensi

Pelaksanaan kegiatan intervensi pada setiap pertemuan dilakukan dengan tahapan kegiatan sebagai berikut:

1) Pembukaan (± 10 menit)

- Fasilitator membuka kegiatan dan memperkenalkan diri

- Penyampaian tujuan kegiatan edukasi
 - Penjelasan singkat mengenai topik yang akan dibahas
- 2) Penyampaian Materi (± 25 menit)
- Fasilitator menyampaikan materi edukasi mengenai pemberian MP-ASI menggunakan metode ceramah interaktif dengan bantuan *booklet* sebagai media pendukung
 - Penjelasan dilakukan secara bertahap sesuai dengan topik pada setiap pertemuan
- 3) Penyampaian Contoh Menu MP-ASI dan Diskusi (± 20 menit)
- Fasilitator menunjukkan contoh-contoh menu MP-ASI yang sesuai dengan usia anak berdasarkan prinsip gizi seimbang dan rekomendasi pemberian MP-ASI.
 - Fasilitator menjelaskan komposisi, variasi bahan pangan, tekstur, serta porsi yang sesuai dengan tahapan usia anak.
 - Responden diberikan kesempatan untuk mengamati contoh menu yang ditampilkan serta mengajukan pertanyaan terkait materi yang disampaikan.
- 4) Penutup (± 5 menit)
- Fasilitator menyimpulkan materi yang telah disampaikan
 - Mengingatkan responden untuk menerapkan praktik pemberian MP-ASI yang tepat di rumah
- f. Monitoring dan Pengendalian Intervensi
- Untuk memastikan pelaksanaan intervensi berjalan sesuai dengan rencana penelitian, peneliti melakukan kegiatan monitoring dan pengendalian selama proses intervensi berlangsung. Monitoring dilakukan dengan cara mencatat kehadiran responden pada setiap pertemuan serta memastikan seluruh responden memperoleh materi edukasi yang sama.

Seluruh responden yang mengikuti penelitian pada kelompok intervensi menerima materi edukasi kesehatan yang disampaikan oleh fasilitator serta memperoleh *booklet* sebagai media edukasi yang dapat digunakan secara mandiri. Materi edukasi mencakup konsep dasar pemberian MP-ASI, prinsip pemberian MP-ASI sesuai usia anak, contoh-contoh menu MP-ASI, serta praktik pemberian makan yang tepat. Sementara itu, responden pada kelompok kontrol tidak diberikan intervensi khusus berupa edukasi kesehatan maupun *booklet*, dan tetap mendapatkan pelayanan kesehatan rutin sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku di wilayah penelitian.

4. Tahap Pengambilan Data Lanjutan (*Posttest*)

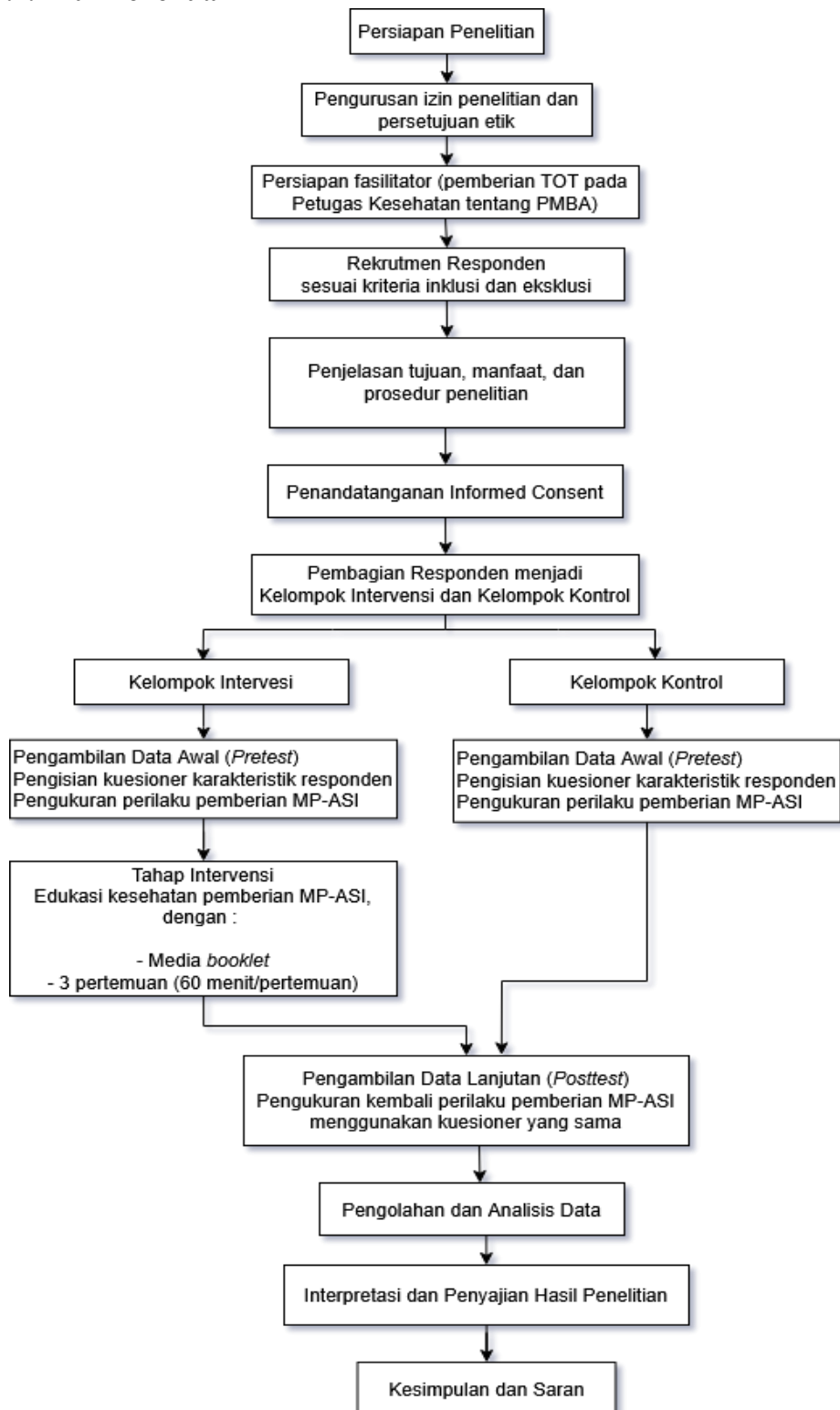
Setelah seluruh rangkaian intervensi selesai dilaksanakan, kedua kelompok kembali diberikan kuesioner yang sama untuk mengukur perubahan perilaku pemberian MP-ASI. Pengisian kuesioner ini dilakukan sebagai *posttest* untuk menilai perubahan perilaku responden setelah pelaksanaan edukasi kesehatan.

Data hasil pengukuran sebelum intervensi (*pretest*) dan setelah intervensi (*posttest*) kemudian dikumpulkan untuk selanjutnya dilakukan proses pengolahan dan analisis data. Seluruh data yang diperoleh dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

5. Tahap Pengolahan dan Analisis Data

Data hasil *pretest* dan *posttest* selanjutnya dilakukan proses pengolahan data. Setelah itu dilakukan analisis data yang terdiri dari analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel dan uraian naratif dengan tetap menjaga kerahasiaan data responden.

3.7. Alur Penelitian



Gambar 5. Alur Penelitian Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian (MP-ASI) Bagi Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah

3.8. Pengumpulan Data

3.8.1. Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh secara langsung dari responden melalui pengumpulan data di lapangan menggunakan kuesioner. Kuesioner digunakan untuk mengukur perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang mencakup empat prinsip pemberian MP-ASI, yaitu ketepatan waktu pemberian, keragaman jenis makanan, jumlah atau porsi makanan, serta frekuensi pemberian makan. Data yang diperoleh dari kuesioner tersebut digunakan untuk menggambarkan perilaku ibu dalam praktik pemberian MP-ASI pada anak usia 6–12 bulan.

Data sekunder merupakan data pendukung yang diperoleh dari sumber yang telah tersedia di UPT Puskesmas Kampung Sawah. Data tersebut meliputi jumlah bayi dan balita, serta data status gizi anak. Data sekunder ini digunakan untuk memberikan gambaran umum mengenai kondisi status gizi dan situasi kesehatan anak di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

3.8.2. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data, mengukur fenomena, dan memperoleh informasi yang relevan dari subjek atau sampel penelitian. Penelitian ini menggunakan kuesioner terstruktur sebagai instrumen pengumpulan data, yang disusun dalam bentuk serangkaian pertanyaan tertulis untuk diberikan kepada responden. Serangkaian pertanyaan tertulis diberikan kepada responden untuk diisi, setelah itu data dianalisis (Ishak, Choirunissa *et al.*, 2023). Kuesioner dibagi menjadi beberapa bagian berikut :

1. Karakteristik Responden

Kuesioner karakteristik digunakan untuk memperoleh data dasar responden yang meliputi usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan ibu. Bagian ini bertujuan untuk menggambarkan karakteristik responden

dalam penelitian mengenai perilaku pemberian MP-ASI pada ibu yang memiliki anak usia 6-12 bulan.

2. Ketepatan pemberian MP-ASI

Pertanyaan tentang ketepatan waktu pemberian MP-ASI, yang meliputi waktu pertama kali anak diberikan makanan selain ASI, pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan, alasan pemberian MP-ASI, serta tanda kesiapan anak menerima makanan pendamping ASI. Pertanyaan terdiri dari beberapa item dengan pilihan jawaban ya/tidak atau pilihan waktu pemberian MP-ASI. Perilaku pemberian MP-ASI dengan prinsip tepat waktu diukur menggunakan kuesioner pilihan ganda tertutup yang terdiri dari 10 butir pertanyaan, disusun berdasarkan panduan dari WHO dan Kementerian Kesehatan. Setiap pertanyaan memiliki satu jawaban yang benar, dengan pemberian skor 1 untuk jawaban benar dan 0 untuk jawaban salah. Total skor berkisar antara 0–10. Semakin tinggi skor yang diperoleh menunjukkan semakin baik perilaku ketepatan waktu pemberian MP-ASI. Skor yang diperoleh kemudian dikonversi ke dalam bentuk persentase (0–100) dan dikategorikan menjadi praktik baik/tepat apabila $\geq 75\%$ dari skor maksimal dan praktik kurang/tidak tepat apabila $< 75\%$ dari skor maksimal.

3. Pemberian MP-ASI yang adekuat

Pertanyaan tentang pemberian MP-ASI yang adekuat, yaitu jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi anak selama 24 jam terakhir. Setiap pertanyaan memiliki pilihan jawaban ya, tidak, dan tidak tahu. Skor adekuat dinilai berdasarkan total skor dari pengelompokan jenis makanan yang terdiri dari delapan kelompok bahan makanan. Kelompok 1 terdiri dari pertanyaan nomor 1; kelompok 2 terdiri dari pertanyaan nomor 15 dan 16; kelompok 3 terdiri dari pertanyaan nomor 3 dan 18; kelompok 4 terdiri dari pertanyaan nomor 17; kelompok 5 terdiri dari pertanyaan nomor 21 dan 22; kelompok 6 terdiri dari pertanyaan nomor 23; kelompok 7 terdiri dari pertanyaan nomor 24 dan 26; serta kelompok 8 terdiri dari pertanyaan nomor 25,

27, dan 28. Penilaian dilakukan dengan menghitung jumlah kelompok bahan makanan yang dijawab “ya”. Semakin banyak kelompok bahan makanan yang dikonsumsi anak menunjukkan semakin adekuat pemberian MP-ASI. Pemberian MP-ASI dikategorikan baik apabila anak mengonsumsi lebih dari lima kelompok makanan dari delapan kelompok bahan makanan, dan tidak baik apabila anak mengonsumsi kurang dari lima kelompok makanan.

4. Aman dalam pemberian MP-ASI

Pertanyaan tentang keamanan dalam pemberian MP-ASI, meliputi praktik kebersihan tangan, kebersihan peralatan makan, pengolahan makanan, penyimpanan makanan, serta keamanan air dan bahan pangan. Penilaian menggunakan 15 butir pertanyaan dengan skala Likert 0–4, yaitu tidak pernah (0), jarang (1), kadang-kadang (2), sering (3), dan selalu (4). Total skor diperoleh dari penjumlahan seluruh item pertanyaan dengan rentang skor 0–60. Semakin tinggi skor yang diperoleh menunjukkan praktik keamanan pemberian MP-ASI yang semakin baik. Hasil penilaian kemudian dikategorikan menjadi praktik higiene baik/aman apabila skor $\geq 75\%$ dari skor maksimal dan praktik higiene kurang/tidak aman apabila skor $< 75\%$ dari skor maksimal.

5. Cara pemberian yang benar

Pertanyaan tentang cara pemberian MP-ASI yang benar (*responsive feeding*) diukur menggunakan *Responsive Feeding Practices Assessment Tool* (RFPAT). Penilaian menggunakan skala Likert 0–4, yaitu tidak pernah (0), jarang (1), kadang-kadang (2), sering (3), dan selalu (4). Kuesioner terdiri dari beberapa butir pertanyaan dengan rentang skor setiap item 0–4 sehingga total skor diperoleh dari penjumlahan seluruh item pertanyaan dengan rentang skor 0–60. Semakin tinggi skor yang diperoleh menunjukkan praktik pemberian makan yang semakin responsif dan sesuai dengan kebutuhan anak. Hasil penilaian kemudian dikategorikan menjadi buruk (0–34),

sedang (35–36), baik (37–40), dan sangat baik (41–60) dalam praktik *responsive feeding*

3.8.3. Teknik pengumpulan data

Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara terstruktur dan dokumentasi sebagai berikut.

1. Wawancara Terstruktur

Pengumpulan data utama dilakukan melalui wawancara terstruktur menggunakan kuesioner kepada responden. Wawancara ini digunakan untuk memperoleh data mengenai karakteristik responden yang meliputi usia, pendidikan, dan pekerjaan, serta untuk mengukur perilaku pemberian MP-ASI yang mencakup ketepatan waktu pemberian MP-ASI, kecukupan pemberian MP-ASI, keamanan pemberian MP-ASI, dan cara pemberian MP-ASI yang benar. Wawancara dilakukan 2 (dua) kali, yaitu pada saat *pretest* sebelum pemberian intervensi dan *posttest* setelah pelaksanaan intervensi.

2. Dokumentasi

Teknik dokumentasi digunakan untuk melengkapi data penelitian melalui pencatatan dan pengumpulan dokumen yang berkaitan dengan pelaksanaan penelitian, seperti daftar responden, lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*), serta dokumentasi kegiatan edukasi kesehatan melalui penyampaian materi, penjelasan contoh-contoh menu MP-ASI, diskusi interaktif, dan pembagian *booklet* selama proses intervensi berlangsung.

3.9. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauh mana instrumen penelitian mampu mengukur apa yang seharusnya diukur. Uji validitas juga bertujuan untuk menilai apakah setiap butir pertanyaan dapat dipahami oleh responden

dan mampu merepresentasikan variabel yang diteliti. Suatu item pertanyaan dinyatakan valid apabila nilai r hitung $>$ r tabel (Sahir, 2021).

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui tingkat konsistensi instrumen penelitian dalam mengukur suatu variabel. Reliabilitas menunjukkan sejauh mana instrumen memberikan hasil yang konsisten apabila digunakan berulang kali pada kondisi yang relatif sama. Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan metode *Cronbach's Alpha*. Suatu instrumen dinyatakan reliabel apabila memiliki nilai *Cronbach's Alpha* $>$ 0,60 (Sahir, 2021).

Pada penelitian ini, uji validitas dilakukan pada 36 responden di Wilayah Kerja Puskesmas Kebon Jahe. Dengan derajat kebebasan ($df = n - 2 = 34$) dan tingkat signifikansi 5%, diperoleh nilai r tabel sebesar 0,329. Dengan demikian, setiap item pertanyaan dinyatakan valid apabila memiliki nilai r hitung $>$ 0,329. Sedangkan instrumen dinyatakan reliabel apabila memiliki nilai *Cronbach's Alpha* $>$ 0,60.

3.9.1. Tepat Waktu dalam Pemberian MP-ASI

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen tepat waktu dalam pemberian MP-ASI dapat dilihat pada Tabel 6.

Tabel 6. Uji Validitas dan Reliabilitas Tepat Waktu dalam Pemberian MP-ASI

	<i>Scale Mean if Item Deleted</i>	<i>Scale Variance if Item Deleted</i>	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha if Item Deleted</i>
P1	8.0556	4.625	0,593	0,915
P2	8.0278	4.485	0,822	0,903
P3	8.0278	4.485	0,822	0,903
P4	8.0000	4.571	0,920	0,901
P5	8.0556	4.625	0,593	0,915
P6	8.0556	4.454	0,732	0,907
P7	8.0833	4.593	0,548	0,919
P8	8.0556	4.511	0,685	0,910
P9	8.0556	4.397	0,779	0,904
P10	8.0833	4.536	0,590	0,916

Berdasarkan Tabel 6 hasil uji validitas dan reliabilitas pada instrumen pengetahuan tentang tepat waktu dalam pemberian MP-ASI yang terdiri dari 10 pertanyaan (P1–P10) dengan jumlah responden sebanyak 36 orang, diperoleh hasil bahwa nilai *mean* setiap item berada pada rentang 0,86–0,94. Nilai rata-rata tertinggi terdapat pada item P4 (*mean* = 0,94), sedangkan nilai terendah terdapat pada item P7 dan P10 (*mean* = 0,86). Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah memiliki pengetahuan yang baik mengenai tepat waktu pemberian MP-ASI yang benar.

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa seluruh item pertanyaan dinyatakan valid. Hal ini terlihat dari nilai *Corrected Item-Total Correlation* yang berkisar antara 0,548–0,920. Seluruh nilai tersebut lebih besar dibandingkan nilai *r* tabel pada $n = 36$ ($\pm 0,329$), sehingga setiap item mampu mengukur variabel pengetahuan tentang tepat waktu dalam pemberian MP-ASI secara tepat. Item dengan korelasi tertinggi terdapat pada P4 (0,920), sedangkan nilai terendah terdapat pada P7 (0,548), namun masih memenuhi syarat validitas.

Selanjutnya, hasil uji reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen memiliki tingkat konsistensi internal yang sangat baik. Nilai *Cronbach's Alpha if Item Deleted* berada pada rentang 0,901–0,919, dengan nilai *Cronbach's Alpha* keseluruhan termasuk kategori sangat tinggi ($>0,90$). Hal ini menunjukkan bahwa seluruh item pertanyaan konsisten dalam mengukur pengetahuan responden mengenai tepat waktu pemberian MP-ASI yang benar.

Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa instrumen pengetahuan tentang tepat waktu dalam pemberian MP-ASI valid dan reliabel, sehingga layak digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian.

3.9.2. Adekuat dalam Pemberian MP-ASI

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen Adekuat dalam pemberian MP-ASI dapat dilihat pada Tabel 7.

Tabel 7. Uji Validitas dan Reliabilitas Adekuat dalam Pemberian MP-ASI

	<i>Scale Mean if Item Deleted</i>	<i>Scale Variance if Item Deleted</i>	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha if Item Deleted</i>
S1	20.3056	95.418	0,786	0,965
S2	20.4444	94.368	0,822	0,964
S3	20.1944	98.961	0,465	0,967
S4	20.1944	98.504	0,527	0,966
S5	20.3611	96.752	0,597	0,966
S6	20.3611	96.066	0,673	0,965
S7	20.3611	94.694	0,825	0,964
S8	20.3056	95.418	0,786	0,965
S9	20.4444	94.368	0,822	0,964
S10	20.1944	98.961	0,465	0,967
S11	20.1944	98.504	0,527	0,966
S12	20.3611	96.752	0,597	0,966
S13	20.3611	96.066	0,673	0,965
S14	20.3611	94.694	0,825	0,964
S15	20.4444	94.368	0,822	0,964
S16	20.4444	94.368	0,822	0,964
S17	20.4167	97.850	0,461	0,967
S18	20.2500	98.021	0,527	0,966
S19	20.4444	94.368	0,822	0,964
S20	20.5833	98.650	0,369	0,968
S21	20.4444	94.368	0,822	0,964
S22	20.3056	95.418	0,786	0,965
S23	20.4444	94.368	0,822	0,964
S24	20.1944	98.961	0,465	0,967
S25	20.1944	98.504	0,527	0,966
S26	20.3611	96.752	0,597	0,966
S27	20.3611	96.066	0,673	0,965
S28	20.3611	94.694	0,825	0,964
S29	20.2500	96.993	0,654	0,966
S30	20.4444	94.368	0,822	0,964
S31	20.4444	94.368	0,822	0,964

Berdasarkan Tabel 7, hasil uji validitas dan reliabilitas pada instrumen pengetahuan tentang adekuat dalam pemberian MP-ASI yang terdiri dari 31 pertanyaan (S1–S31) dengan jumlah responden sebanyak 36 orang, diperoleh hasil bahwa nilai *mean* setiap item berada pada rentang 0,44–0,83. Nilai rata-rata tertinggi terdapat pada beberapa item seperti S3, S4, S10, S11, S24, dan S25 (*mean* = 0,83), sedangkan nilai terendah terdapat pada item S20 (*mean* = 0,44). Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup baik mengenai kecukupan atau adekuasi pemberian MP-ASI, meskipun masih terdapat beberapa aspek yang belum dipahami secara optimal oleh sebagian responden.

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa seluruh item pertanyaan dinyatakan valid. Hal ini dapat dilihat dari nilai *Corrected Item-Total Correlation* yang berkisar antara 0,369–0,825. Seluruh nilai tersebut lebih besar dibandingkan nilai *r* tabel pada jumlah responden 36 orang ($\pm 0,329$), sehingga semua item mampu mengukur variabel pengetahuan tentang adekuat dalam pemberian MP-ASI dengan baik. Nilai korelasi tertinggi terdapat pada beberapa item seperti S2, S7, S9, S14, S15, S16, S19, S21, S23, S30, dan S31 (0,822–0,825), sedangkan nilai terendah terdapat pada item S20 (0,369), namun masih memenuhi syarat validitas.

Selanjutnya, hasil uji reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen memiliki tingkat konsistensi internal yang sangat baik. Nilai *Cronbach's Alpha if Item Deleted* berada pada rentang 0,964–0,968, yang menunjukkan bahwa seluruh item memiliki konsistensi yang tinggi dalam mengukur variabel penelitian. Nilai Cronbach's Alpha keseluruhan termasuk kategori sangat tinggi ($>0,90$), sehingga instrumen dinyatakan reliabel.

Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa instrumen pengetahuan tentang adekuat dalam pemberian MP-ASI valid dan reliabel, sehingga layak digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian untuk menilai tingkat pengetahuan ibu mengenai kecukupan pemberian MP-ASI pada anak.

3.9.3. Aman dalam Pemberian MP-ASI

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen aman dalam pemberian MP-ASI disajikan pada Tabel 8.

Tabel 8. Uji Validitas dan Reliabilitas Aman dalam Pemberian MP-ASI

	<i>Scale Mean if Item Deleted</i>	<i>Scale Variance if Item Deleted</i>	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha if Item Deleted</i>
R1	51.5000	90.143	0,822	0,961
R2	51.5278	90.313	0,725	0,963
R3	51.6944	89.875	0,768	0,962
R4	51.1667	91.971	0,911	0,960
R5	51.1944	91.647	0,918	0,960
R6	51.3611	90.409	0,817	0,961
R7	51.2778	91.178	0,864	0,960
R8	52.0278	92.485	0,377	0,978
R9	51.1389	92.123	0,919	0,960
R10	51.2778	91.006	0,876	0,960
R11	51.1389	92.123	0,919	0,960
R12	51.1389	92.123	0,919	0,960
R13	51.2778	91.006	0,876	0,960
R14	51.1389	92.123	0,919	0,960
R15	51.1389	92.123	0,919	0,960

Berdasarkan Tabel 8, hasil uji validitas dan reliabilitas pada instrumen pengetahuan tentang keamanan dalam pemberian MP-ASI yang terdiri dari 15 pertanyaan (R1–R15) dengan jumlah responden sebanyak 36 orang, diperoleh hasil bahwa nilai *mean* setiap item berada pada rentang 2,97–3,86. Nilai rata-rata tertinggi terdapat pada item R9, R11, R12, R14, dan R15 (*mean* = 3,86), sedangkan nilai terendah terdapat pada

item R8 ($mean = 2,97$). Hasil ini menunjukkan bahwa secara umum responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik mengenai aspek keamanan dalam pemberian MP-ASI, meskipun masih terdapat beberapa item yang belum sepenuhnya dipahami oleh responden.

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa seluruh item pertanyaan dinyatakan valid. Hal ini terlihat dari nilai *Corrected Item-Total Correlation* yang berada pada rentang 0,377–0,919. Seluruh nilai tersebut lebih besar dibandingkan nilai r tabel pada jumlah responden 36 orang ($\pm 0,329$), sehingga semua item mampu mengukur variabel pengetahuan tentang keamanan dalam pemberian MP-ASI dengan baik. Nilai korelasi tertinggi terdapat pada item R5, R9, R11, R12, R14, dan R15 (0,918–0,919), sedangkan nilai terendah terdapat pada item R8 (0,377), namun masih memenuhi kriteria validitas.

Selanjutnya, hasil uji reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen memiliki tingkat konsistensi internal yang sangat baik. Nilai *Cronbach's Alpha if Item Deleted* berkisar antara 0,960–0,978, yang menunjukkan bahwa setiap item memiliki konsistensi yang tinggi dalam mengukur konstruk penelitian. Nilai *Cronbach's Alpha* keseluruhan berada pada kategori sangat tinggi ($>0,90$), sehingga instrumen dinyatakan reliabel.

Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa instrumen pengetahuan tentang keamanan dalam pemberian MP-ASI valid dan reliabel, sehingga layak digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian untuk menilai pengetahuan ibu mengenai keamanan pemberian MP-ASI pada anak.

3.9.4. Cara yang Benar dalam Pemberian MP-ASI

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen Cara yang Benar dalam Pemberian MP-ASI disajikan pada Tabel 9.

Tabel 9. Uji Validitas dan Reliabilitas Cara yang benar dalam Pemberian MP-ASI

	<i>Scale Mean if Item Deleted</i>	<i>Scale Variance if Item Deleted</i>	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha if Item Deleted</i>
Q1	49.1111	113.987	0,864	0,945
Q2	49.1111	113.987	0,864	0,945
Q3	49.6389	108.123	0,694	0,951
Q4	49.1944	116.333	0,705	0,948
Q5	48.8889	117.416	0,885	0,946
Q6	49.1111	113.987	0,864	0,945
Q7	48.9167	117.564	0,859	0,946
Q8	49.0278	121.171	0,624	0,950
Q9	49.0000	115.029	0,898	0,945
Q10	49.3611	113.323	0,750	0,947
Q11	49.3333	111.657	0,783	0,947
Q12	49.1944	114.447	0,835	0,946
Q13	49.0556	117.140	0,796	0,947
Q14	49.3611	118.123	0,461	0,955
Q15	49.4167	112.421	0,619	0,952

Berdasarkan Tabel 9, hasil uji validitas dan reliabilitas pada instrumen pengetahuan tentang cara yang benar dalam pemberian MP-ASI yang terdiri dari 15 pertanyaan (Q1–Q15) dengan jumlah responden sebanyak 36 orang, diperoleh hasil bahwa nilai *mean* setiap item berada pada rentang 3,06–3,81. Nilai rata-rata tertinggi terdapat pada item Q5 (*mean* = 3,81), sedangkan nilai terendah terdapat pada item Q3 (*mean* = 3,06). Hasil ini menunjukkan bahwa secara umum responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik mengenai cara yang benar dalam pemberian MP-ASI.

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa seluruh item pertanyaan dinyatakan valid. Hal ini dapat dilihat dari nilai *Corrected Item-Total Correlation* yang berkisar antara 0,461–0,898. Seluruh nilai tersebut lebih besar dibandingkan nilai *r* tabel pada jumlah responden 36 orang ($\pm 0,329$), sehingga semua item mampu mengukur variabel pengetahuan tentang cara yang benar dalam pemberian MP-ASI secara tepat. Nilai korelasi tertinggi terdapat pada item Q9 (0,898), sedangkan nilai

terendah terdapat pada item Q14 (0,461), namun masih memenuhi syarat validitas.

Selanjutnya, hasil uji reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen memiliki tingkat konsistensi internal yang sangat baik. Nilai *Cronbach's Alpha if Item Deleted* berada pada rentang 0,945–0,955, yang menunjukkan bahwa setiap item memiliki konsistensi yang tinggi dalam mengukur konstruk penelitian. Nilai *Cronbach's Alpha* keseluruhan berada pada kategori sangat tinggi ($>0,90$), sehingga instrumen dinyatakan reliabel.

Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa instrumen pengetahuan tentang cara yang benar dalam pemberian MP-ASI valid dan reliabel, sehingga layak digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian untuk menilai tingkat pengetahuan ibu mengenai cara pemberian MP-ASI yang benar pada anak.

3.10. Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan tahap penting dalam penelitian ini untuk memastikan data yang diperoleh akurat, lengkap, dan siap dianalisis. Seluruh proses pengolahan data dilakukan menggunakan *software* analisis statistik yang telah ditetapkan. Adapun tahapan pengolahan data meliputi:

- a. *Editing*, memeriksa kembali kelengkapan dan konsistensi jawaban pada kuesioner *pretest* dan *posttest* yang telah diisi oleh responden, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Tahap ini bertujuan untuk mengidentifikasi kesalahan pengisian, jawaban yang tidak lengkap, maupun data yang tidak logis sebelum dilakukan proses pengolahan lebih lanjut.
- b. *Scoring* (Pemberian Skor), dengan memberikan nilai pada setiap item pertanyaan kuesioner perilaku pemberian MP-ASI sesuai dengan pedoman skoring yang telah ditetapkan. Skor kemudian dijumlahkan untuk memperoleh skor total perilaku pemberian MP-ASI pada masing-masing responden, baik pada tahap *pretest* maupun *posttest*.

Tabel 10. *Scoring*

Variabel	Scoring
Tepat Waktu	0 = Salah 1 = Benar
Adekuat	0 = Tidak Tahu, Tidak 1 = Ya
Aman	0 = Tidak Pernah 1 = Jarang 2 = Kadang-kadang 3 = Sering 4 = Selalu
Cara yang benar	0 = Tidak Pernah 1 = Jarang 2 = Kadang-kadang 3 = Sering 4 = Selalu

- c. *Coding*, mengelompokkan jawaban dari responden ke dalam kategori-kategori, dilakukan dengan memberikan tanda atau kode ke dalam bentuk angka masing-masing jawaban untuk mempermudah saat pengolahan data.

Tabel 11. *Coding*

Variabel	Kode
Usia	0. Usia Dini (≤ 19 tahun) 1. Usia Matang (> 19 tahun)
Pendidikan	0. Rendah (Tidak sekolah, SD, SMP) 1. Tinggi (SMA, PT/Akademi)
Pekerjaan	0. Bekerja 1. Ibu rumah tangga

- d. *Entry Data*, data yang telah melalui proses *editing*, *scoring*, dan *coding* kemudian dimasukkan ke dalam program komputer atau *software* statistik untuk dilakukan pengolahan dan analisis lebih lanjut. Proses *entry data* dilakukan secara teliti untuk meminimalkan kesalahan input.
- e. *Cleaning*, merupakan tahap pemeriksaan ulang terhadap data yang telah diinput untuk mendeteksi adanya kesalahan entry, data ganda, data hilang (*missing value*), atau inkonsistensi antarvariabel (misalnya perbedaan data *pretest* dan *posttest* yang tidak wajar). Apabila ditemukan kesalahan, dilakukan koreksi sesuai dengan data asli pada kuesioner.

3.11. Analisis Data

Untuk melakukan analisis data pada penelitian ini melalui beberapa tahap, sebagai berikut :

3.11.1. Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk mengetahui gambaran perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6-12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah berdasarkan empat prinsip pemberian MP-ASI, yaitu tepat waktu, adekuat, aman, dan diberikan dengan cara yang benar. Selain itu, analisis ini juga bertujuan untuk mengetahui distribusi karakteristik responden yang meliputi usia ibu, tingkat pendidikan ibu, dan pekerjaan ibu.

3.11.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) pada anak usia 6–12 bulan. Seluruh variabel yang dianalisis berupa data kategorik yang diukur pada responden yang sama sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) intervensi, sehingga analisis menggunakan uji McNemar.

Uji McNemar merupakan uji nonparametrik yang digunakan untuk menganalisis perubahan proporsi pada dua pengukuran berpasangan (*paired nominal data*) serta menentukan ada tidaknya perbedaan proporsi sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok yang sama. Uji ini sesuai digunakan pada desain *quasi eksperimen pretest-posttest* karena mampu mengevaluasi perubahan kategori responden setelah diberikan perlakuan (Dahlan, 2014).

Dalam penelitian ini, uji McNemar digunakan untuk menganalisis perubahan perilaku pemberian MP-ASI secara keseluruhan dan setiap prinsip pemberian MP-ASI, yaitu tepat waktu, adekuat, aman, dan cara pemberian yang benar, baik pada kelompok intervensi

maupun kelompok kontrol. Keputusan statistik ditentukan berdasarkan nilai *p-value* dengan tingkat kemaknaan (α) sebesar 0,05. Apabila nilai $p < 0,05$ maka terdapat perubahan yang signifikan antara hasil *pretest* dan *posttest*.

3.11.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel independen dengan satu variabel dependen (Notoatmodjo, 2018b). Pada penelitian ini, analisis multivariat dilakukan menggunakan uji Mantel-Haenszel atau Cochran-Mantel-Haenszel (CMH) merupakan salah satu uji statistik yang digunakan untuk menganalisis hubungan antara dua variabel kategorik dengan mengendalikan pengaruh variabel perancu (*confounding*). Prinsip dasar uji Mantel-Haenszel adalah melakukan analisis hubungan pada setiap kelompok atau strata berdasarkan variabel pengontrol, kemudian menggabungkan hasilnya menjadi satu estimasi hubungan secara keseluruhan. Dengan demikian, peneliti dapat mengetahui apakah hubungan antara variabel independen dan dependen tetap bermakna setelah pengaruh variabel lain dikendalikan.

Hasil uji Mantel-Haenszel biasanya ditunjukkan melalui nilai *p-value* dan *Odds Ratio Mantel-Haenszel* (ORMH). Apabila diperoleh nilai $p < 0,05$, maka terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel setelah dikontrol oleh variabel perancu. Sementara itu, nilai OR digunakan untuk melihat besar risiko atau kekuatan hubungan antar variabel. Pendidikan, usia, dan pekerjaan ibu dapat memengaruhi tingkat pemahaman dan praktik pemberian MP-ASI, sehingga perlu dikontrol agar pengaruh edukasi kesehatan dapat dinilai secara lebih objektif dan tidak bias.

3.12. Etika Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan dengan memperhatikan dan memenuhi seluruh prinsip etika penelitian yang berlaku, meliputi prinsip menghormati hak dan martabat responden (*respect for persons*), memberikan manfaat serta meminimalkan risiko yang mungkin timbul (*beneficence*), dan menjunjung tinggi keadilan dalam pemilihan serta perlakuan terhadap responden (*justice*). Sebagai bukti pemenuhan aspek etika tersebut, penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik (*ethical clearance*) dari Komite Etik Penelitian Politeknik Kesehatan Tanjungkarang dengan Nomor: 244/KEPK-TJK/III/2026 tanggal 16 Maret 2026. Persetujuan etik ini menunjukkan bahwa prosedur penelitian telah ditelaah dan dinyatakan layak untuk dilaksanakan sesuai dengan kaidah etika penelitian kesehatan.

Sebelum proses pengumpulan data dilakukan, peneliti memberikan penjelasan secara lengkap kepada seluruh calon responden mengenai tujuan penelitian, prosedur pelaksanaan, manfaat, potensi risiko, serta hak-hak responden selama mengikuti penelitian. Setelah memperoleh informasi yang memadai, responden diberikan kesempatan untuk menyatakan kesediaannya berpartisipasi secara sukarela melalui penandatanganan *informed consent*. Peneliti juga menjamin kerahasiaan identitas dan data pribadi responden dengan hanya menggunakan data untuk kepentingan penelitian. Selain itu, responden diberikan kebebasan untuk menolak atau mengundurkan diri dari penelitian kapan saja tanpa adanya konsekuensi atau kerugian dalam bentuk apa pun.

IV. HASIL PENELITIAN

4.1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi usia ibu, tingkat pendidikan, dan pekerjaan yang dianalisis pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Penyajian karakteristik responden bertujuan untuk memberikan gambaran umum mengenai kondisi awal kedua kelompok sebelum dilakukan intervensi edukasi kesehatan. Distribusi karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 12 berikut.

Tabel 12. Karakteristik Responden

Karakteristik	Kontrol n (%)	Intervensi n (%)
Umur Ibu		
<19 tahun	0 (0,0%)	2 (5,3%)
>19 tahun	38 (100,0%)	36 (94,7%)
Pendidikan		
Tidak sekolah – SMP	5 (13,2%)	7 (18,4%)
SMA – Sarjana	33 (86,8%)	31 (81,6%)
Pekerjaan		
Bekerja	9 (23,7%)	6 (15,8%)
Ibu rumah tangga	29 (76,3%)	32 (84,2%)
Total	38 (100,0%)	38 (100,0%)

Pada Tabel 12 terlihat bahwa seluruh responden pada kelompok kontrol berada pada kategori usia >19 tahun (100%). Pada kelompok intervensi, sebagian besar responden juga berusia >19 tahun yaitu sebanyak 36 orang (94,7%), sedangkan responden berusia <19 tahun hanya sebanyak 2 orang (5,3%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas ibu yang memiliki anak usia 6–12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah berada pada usia dewasa, sehingga secara umum memiliki kematangan dalam menerima edukasi

kesehatan terkait perilaku pemberian MP-ASI. Selain itu, distribusi umur pada kedua kelompok relatif homogen sehingga faktor usia diperkirakan tidak terlalu memengaruhi hasil intervensi edukasi kesehatan.

Data pada Tabel 12 menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok kontrol memiliki tingkat pendidikan SMA hingga sarjana yaitu sebanyak 33 orang (86,8%), sedangkan responden dengan pendidikan tidak sekolah hingga SMP sebanyak 5 orang (13,2%). Pada kelompok intervensi, mayoritas responden juga memiliki pendidikan SMA hingga sarjana sebanyak 31 orang (81,6%), sedangkan pendidikan tidak sekolah hingga SMP sebanyak 7 orang (18,4%). Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas ibu yang memiliki anak usia 6–12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah memiliki tingkat pendidikan yang cukup baik. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi dapat mempermudah ibu dalam memahami informasi kesehatan dan menerima edukasi mengenai pemberian MP-ASI yang tepat. Selain itu, distribusi pendidikan pada kedua kelompok relatif serupa sehingga faktor pendidikan diperkirakan tidak terlalu memengaruhi perbedaan hasil setelah intervensi edukasi kesehatan.

Berdasarkan Tabel 12, diketahui bahwa sebagian besar responden pada kelompok kontrol merupakan ibu rumah tangga yaitu sebanyak 29 orang (76,3%), sedangkan ibu yang bekerja sebanyak 9 orang (23,7%). Pada kelompok intervensi, mayoritas responden juga merupakan ibu rumah tangga sebanyak 32 orang (84,2%), sedangkan ibu bekerja sebanyak 6 orang (15,8%). Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang memiliki anak usia 6–12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah memiliki lebih banyak waktu di rumah untuk mengasuh dan memberikan MP-ASI kepada anak. Status sebagai ibu rumah tangga juga dapat memengaruhi kesempatan ibu dalam mengikuti edukasi kesehatan dan menerapkan praktik pemberian MP-ASI yang dianjurkan. Distribusi pekerjaan pada kedua kelompok terlihat relatif homogen, sehingga perubahan perilaku pemberian MP-ASI lebih mungkin dipengaruhi oleh intervensi edukasi kesehatan yang diberikan.

4.2. Analisis Univariat

4.2.1. Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Tepat Waktu

Perilaku pemberian MP-ASI berdasarkan prinsip tepat waktu merupakan perilaku ibu dalam memberikan MP-ASI sesuai usia yang direkomendasikan dan memperhatikan kesiapan anak menerima makanan pendamping. Analisis univariat pada variabel ini bertujuan untuk menggambarkan distribusi perilaku pemberian MP-ASI berdasarkan prinsip tepat waktu pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum (*pre-test*) dan sesudah (*post-test*) pemberian edukasi kesehatan. Hasil analisis disajikan pada tabel berikut.

Tabel 13. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Tepat Waktu pada Kelompok Kontrol

Prinsip Tepat Waktu	Kurang Baik	Baik	Total
	n (%)	n (%)	
<i>Pre-test</i>	17 (44,7)	21 (55,3)	38 (100,0%)
<i>Post-test</i>	19 (50,0)	19 (50,0)	38 (100,0%)

Data pada tabel 13 menunjukkan pada kelompok kontrol, sebelum pengukuran akhir terdapat 21 responden (55,3%) yang memiliki perilaku pemberian MP-ASI berdasarkan prinsip tepat waktu dalam kategori baik, sedangkan 17 responden (44,7%) berada pada kategori kurang baik. Pada *post-test*, proporsi kategori baik menurun menjadi 19 responden (50,0%), sementara kategori kurang baik meningkat menjadi 19 responden (50,0%). Hasil ini menunjukkan bahwa tanpa pemberian edukasi kesehatan tidak terjadi peningkatan perilaku pemberian MP-ASI berdasarkan prinsip tepat waktu.

Tabel 14. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Tepat Waktu pada Kelompok Intervensi

Prinsip Tepat Waktu	Kurang Baik	Baik	Total
	n (%)	n (%)	
<i>Pre-test</i>	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100,0%)
<i>Post-test</i>	4 (10,5%)	34 (89,5%)	38 (100,0%)

Berdasarkan tabel 14, sebelum diberikan edukasi kesehatan, sebagian besar responden pada kelompok intervensi telah memiliki perilaku pemberian MP-ASI berdasarkan prinsip tepat waktu dalam kategori baik yaitu sebanyak 23 responden (60,5%), sedangkan 15 responden (39,5%) masih berada pada kategori kurang baik. Setelah diberikan edukasi kesehatan, proporsi responden dengan kategori baik meningkat menjadi 34 responden (89,5%), sedangkan kategori kurang baik menurun menjadi 4 responden (10,5%). Hasil ini menunjukkan adanya peningkatan perilaku pemberian MP-ASI berdasarkan prinsip tepat waktu setelah diberikan edukasi kesehatan.

Tabel 15 dan Tabel 16 menyajikan rekapitulasi jawaban responden pada setiap item kuesioner mengenai prinsip tepat waktu dalam pemberian MP-ASI pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Secara umum, terlihat adanya perbedaan pola perubahan antara kedua kelompok. Pada kelompok kontrol, proporsi jawaban benar pada sebagian besar item cenderung tetap atau bahkan mengalami sedikit penurunan setelah periode pengamatan, sedangkan pada kelompok intervensi tampak adanya peningkatan pada beberapa indikator penting setelah diberikan edukasi kesehatan.

Tabel 15. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Tepat Waktu pada Kelompok Kontrol

Prinsip Tepat Waktu	Jumlah Benar (<i>Pre-test</i>)	Jumlah Benar (<i>Post-test</i>)
	N (%)	N (%)
P1	34 (89,5%)	32 (84,2%)
P2	22 (57,9%)	21 (55,3%)
P3	34 (89,5%)	32 (84,2%)
P4	38 (100%)	37 (97,4%)
P5	36 (94,7%)	35 (92,1%)
P6	37 (97,4%)	36 (94,7%)
P7	33 (86,8%)	31 (81,6%)
P8	32 (84,2%)	32 (84,2%)
P9	38 (100%)	38 (100%)
P10	37 (97,4%)	34 (89,5%)

Pada tabel 15 terlihat bahwa tidak terdapat peningkatan yang menonjol pada setiap item pertanyaan setelah dilakukan *post-test*. Sebaliknya, beberapa indikator justru mengalami penurunan proporsi jawaban benar. Capaian jawaban benar yang paling rendah terdapat pada pertanyaan mengenai apakah anak hanya mendapatkan ASI sampai usia 6 bulan (P2), yaitu sebesar 57,9% pada *pre-test* dan sedikit menurun menjadi 55,3% pada *post-test*. Hasil ini menunjukkan bahwa pemahaman responden mengenai pemberian ASI eksklusif hingga usia 6 bulan masih menjadi aspek yang paling lemah pada kelompok kontrol.

Selain itu, pertanyaan mengenai apakah refleks melepeh (mengeluarkan makanan dari mulut) sudah berkurang saat mulai MP-ASI (P7) juga masih menunjukkan capaian yang relatif rendah, dengan persentase jawaban benar sebesar 86,8% pada *pre-test* dan menurun menjadi 81,6% pada *post-test*. Hal ini mengindikasikan bahwa pemahaman mengenai tanda kesiapan oral motorik bayi sebelum memulai MP-ASI masih belum optimal.

Di sisi lain, pertanyaan mengenai kapan waktu yang paling tepat untuk mulai MP-ASI (P9) menunjukkan capaian terbaik, di mana seluruh responden menjawab benar baik pada *pre-test* (100%) maupun *post-test* (100%). Temuan ini mengindikasikan bahwa pengetahuan mengenai waktu yang tepat memulai MP-ASI telah dimiliki dengan baik oleh responden sejak awal penelitian.

Secara keseluruhan, hasil pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa tanpa adanya intervensi edukasi kesehatan tidak terjadi peningkatan pengetahuan yang berarti, dan aspek mengenai pemberian ASI eksklusif serta tanda kesiapan bayi menerima MP-ASI masih menjadi materi yang memerlukan perhatian lebih lanjut.

Tabel 16. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Tepat Waktu pada Kelompok Intervensi

Prinsip Tepat Waktu	Jumlah Benar (<i>Pre-test</i>)	Jumlah Benar (<i>Post-test</i>)
	N (%)	N (%)
P1	35 (92,1%)	37 (97,4%)
P2	24 (63,2%)	29 (76,3%)
P3	36 (94,7%)	37 (97,4%)
P4	38 (100%)	35 (92,1%)
P5	38 (100%)	36 (94,7%)
P6	38 (100%)	37 (97,4%)
P7	30 (78,9%)	32 (84,2%)
P8	34 (89,5%)	35 (92,1%)
P9	37 (97,4%)	36 (94,7%)
P10	36 (94,7%)	37 (97,4%)

Berdasarkan Tabel 16, secara umum edukasi kesehatan memberikan dampak positif terhadap peningkatan pengetahuan responden pada beberapa indikator prinsip tepat waktu pemberian MP-ASI. Peningkatan yang paling besar terjadi pada pertanyaan mengenai apakah anak hanya mendapatkan ASI sampai usia 6 bulan (P2), di mana jumlah jawaban benar meningkat dari 24 responden (63,2%) pada *pre-test* menjadi 29 responden (76,3%) pada *post-test*. Meskipun demikian, indikator ini masih memiliki persentase jawaban benar terendah setelah intervensi, sehingga menunjukkan bahwa pemahaman mengenai pentingnya ASI eksklusif hingga usia 6 bulan masih memerlukan penguatan melalui edukasi yang lebih intensif.

Peningkatan juga terlihat pada pertanyaan mengenai apakah refleks melepeh (mengeluarkan makanan dari mulut) sudah berkurang saat mulai MP-ASI (P7), dengan jumlah jawaban benar meningkat dari 30 responden (78,9%) menjadi 32 responden (84,2%). Meskipun mengalami peningkatan, capaian ini masih relatif lebih rendah dibandingkan sebagian besar indikator lainnya, yang mengindikasikan

bahwa konsep mengenai tanda kesiapan oral motorik bayi masih cukup sulit dipahami oleh sebagian responden.

Di sisi lain, beberapa item justru menunjukkan sedikit penurunan pada hasil *post-test*. Pertanyaan mengenai sebelum memberikan MP-ASI apakah ibu memperhatikan tanda kesiapan makan anak (P4) mengalami penurunan dari 38 responden (100%) pada *pre-test* menjadi 35 responden (92,1%) pada *post-test*. Demikian pula pertanyaan mengenai apakah anak menunjukkan ketertarikan terhadap makanan sebelum mulai MP-ASI (P5) menurun dari 38 responden (100%) menjadi 36 responden (94,7%), sedangkan pertanyaan mengenai apakah saat mulai MP-ASI anak sudah mampu menegakkan leher dan mengangkat kepala tanpa bantuan (P6) menurun dari 38 responden (100%) menjadi 37 responden (97,4%).

Selain itu, pertanyaan mengenai kapan waktu yang paling tepat untuk mulai MP-ASI (P9) juga menunjukkan sedikit penurunan, dari 37 responden (97,4%) pada *pre-test* menjadi 36 responden (94,7%) pada *post-test*. Namun demikian, proporsi jawaban benar pada indikator ini tetap sangat tinggi sehingga tidak menunjukkan penurunan yang bermakna secara praktis.

Secara keseluruhan, perbandingan kedua tabel menunjukkan bahwa edukasi kesehatan berkontribusi terhadap peningkatan pemahaman ibu mengenai prinsip tepat waktu dalam pemberian MP-ASI, terutama pada aspek yang sebelumnya masih memiliki tingkat pemahaman rendah. Meskipun demikian, materi mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif hingga usia 6 bulan dan pengenalan tanda-tanda kesiapan bayi menerima MP-ASI masih perlu menjadi fokus utama dalam kegiatan edukasi berikutnya karena merupakan indikator yang secara konsisten menunjukkan capaian paling rendah dibandingkan indikator lainnya.

4.2.2. Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Adekuat

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi perilaku pemberian MP-ASI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah edukasi kesehatan. Perilaku pemberian MP-ASI diukur berdasarkan prinsip MP-ASI adekuat yang meliputi pemberian ASI, keragaman pangan, kecukupan sumber zat gizi, serta konsumsi berbagai jenis makanan dan minuman pada anak usia 6–12 bulan, kemudian dikategorikan menjadi perilaku baik dan kurang baik.

Tabel 17. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Adekuat pada Kelompok Kontrol

Prinsip Adekuat	Kurang Baik	Baik	Total
	n (%)	n (%)	
<i>Pre-test</i>	19 (50,0%)	19 (50,0%)	38 (100,0%)
<i>Post-test</i>	21 (55,3%)	17 (44,7%)	38 (100,0%)

Berdasarkan tabel 17 terlihat bahwa pada kelompok kontrol, proporsi responden dengan perilaku pemberian MP-ASI yang baik justru menurun dari 50,0% saat *pre-test* menjadi 44,7% pada *post-test*, sedangkan perilaku kurang baik meningkat dari 50,0% menjadi 55,3%. Hasil ini menunjukkan bahwa tanpa pemberian edukasi kesehatan tidak terjadi peningkatan perilaku pemberian MP-ASI yang bermakna.

Tabel 18. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Adekuat pada Kelompok Intervensi

Prinsip Tepat Waktu	Kurang Baik	Baik	Total
	n (%)	n (%)	
<i>Pre-test</i>	16 (42,1%)	22 (57,9%)	38 (100,0%)
<i>Post-test</i>	4 (10,5%)	34 (89,5%)	38 (100,0%)

Tabel 18 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan perilaku pemberian MP-ASI yang baik pada kelompok intervensi dari 57,9% saat *pre-test* menjadi 89,5% pada *post-test*, sedangkan perilaku kurang baik menurun dari 42,1% menjadi 10,5%. Hasil ini menunjukkan bahwa setelah diberikan edukasi kesehatan, sebagian besar ibu mampu

menerapkan prinsip pemberian MP-ASI yang lebih sesuai dengan rekomendasi.

Tabel 19 dan Tabel 20 menyajikan rekapitulasi jawaban responden pada setiap item kuesioner mengenai prinsip adekuat dalam pemberian MP-ASI pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok kontrol cenderung tidak mengalami perubahan yang berarti antara *pre-test* dan *post-test*, sedangkan kelompok intervensi menunjukkan peningkatan proporsi jawaban benar pada sebagian besar indikator setelah diberikan edukasi kesehatan, meskipun beberapa indikator masih memerlukan perbaikan lebih lanjut.

Tabel 19. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Adekuat pada Kelompok Kontrol

Prinsip Adekuat	Jumlah Benar (<i>Pre-test</i>)	Jumlah Benar (<i>Post-test</i>)
	N (%)	N (%)
R1	32 (84,2%)	30 (78,9%)
R2	36 (94,7%)	33 (86,8%)
R3	12 (31,6%)	13 (34,2%)
R4	13 (34,2%)	15 (39,5%)
R5	4 (10,5%)	7 (18,4%)
R6	35 (92,1%)	33 (86,8%)
R7	28 (73,7%)	27 (71,1%)
R8	38 (100,0%)	38 (100,0%)
R9	36 (94,7%)	32 (84,2%)
R10	36 (94,7%)	33 (86,8%)
R11	27 (71,1%)	27 (71,1%)
R12	7 (18,4%)	8 (21,1%)
R13	35 (92,1%)	33 (86,8%)
R14	28 (73,7%)	24 (63,2%)
R15	26 (68,4%)	28 (73,7%)
R16	34 (89,5%)	33 (86,8%)
R17	28 (73,7%)	26 (68,4%)
R18	25 (65,8%)	24 (63,2%)
R19	14 (36,8%)	15 (39,5%)
R20	16 (42,1%)	16 (42,1%)
R21	29 (76,3%)	30 (78,9%)
R22	28 (73,7%)	27 (71,1%)

Tabel 19. (lanjutan)

R23	25 (65,8%)	25 (65,8%)
R24	34 (89,5%)	31 (81,6%)
R25	32 (84,2%)	31 (81,6%)
R26	29 (76,3%)	29 (76,3%)
R27	32 (84,2%)	31 (81,6%)
R28	29 (76,3%)	29 (76,3%)
R29	34 (89,5%)	29 (76,3%)
R30	28 (73,7%)	27 (71,1%)
R31	30 (78,9%)	29 (76,3%)

Berdasarkan hasil rekapitulasi jawaban responden pada Tabel 19, terlihat bahwa pada kelompok kontrol secara umum tidak terjadi perubahan yang berarti antara hasil *pre-test* dan *post-test* pada instrumen Prinsip Pemberian MP-ASI yang Adekuat. Meskipun beberapa indikator menunjukkan sedikit peningkatan, sebagian besar indikator cenderung tetap atau bahkan mengalami penurunan proporsi jawaban benar setelah periode pengamatan. Temuan ini mengindikasikan bahwa tanpa adanya intervensi edukasi, perubahan pengetahuan dan praktik responden terkait prinsip pemberian MP-ASI yang adekuat masih relatif terbatas.

Pada aspek pemberian ASI (R1), proporsi jawaban benar menurun dari 84,2% menjadi 78,9%. Pemberian air putih (R2) juga mengalami penurunan dari 94,7% menjadi 86,8%. Sebaliknya, konsumsi susu dan produk susu selain ASI (R3) hanya mengalami sedikit peningkatan dari 31,6% menjadi 34,2%, demikian pula frekuensi pemberian susu selain ASI (R4) meningkat dari 34,2% menjadi 39,5%. Pada indikator terkait produk susu yang mengandung tambahan gula atau pemanis (R5), capaian meningkat dari 10,5% menjadi 18,4%, namun nilainya masih tergolong rendah.

Pada aspek minuman, sebagian besar indikator mengalami penurunan. Jawaban benar mengenai tidak diberikannya minuman rasa coklat (R6) menurun dari 92,1% menjadi 86,8%, jus buah atau minuman rasa buah

(R7) menurun dari 73,7% menjadi 71,1%, sedangkan konsumsi soda atau minuman berenergi (R8) tetap tinggi yaitu 100%. Pada indikator teh, kopi, atau minuman herbal (R9) terjadi penurunan dari 94,7% menjadi 84,2%, demikian pula pada minuman tanpa tambahan gula atau pemanis (R10 dan R13) yang masing-masing menurun menjadi 86,8%.

Pada indikator cairan lain yang sesuai (R12), hanya terjadi peningkatan kecil dari 18,4% menjadi 21,1%, menunjukkan bahwa pemilihan jenis cairan yang sesuai untuk baduta masih belum optimal. Sementara itu, pemberian air kaldu atau air sup (R11) tetap tidak mengalami perubahan, yaitu 71,1%.

Pada kelompok makanan sumber karbohidrat dan protein, beberapa indikator menunjukkan penurunan, seperti bubur, nasi, mie, pasta, roti, dan sereal (R14) dari 73,7% menjadi 63,2%; konsumsi pisang atau umbi-umbian (R15) meningkat tipis dari 68,4% menjadi 73,7%; kacang-kacangan (R16) menurun dari 89,5% menjadi 86,8%; dan produk olahan susu seperti keju (R17) menurun dari 73,7% menjadi 68,4%. Konsumsi hati atau jeroan (R18) juga sedikit menurun dari 65,8% menjadi 63,2%.

Pada kelompok sumber protein hewani lainnya, indikator daging (R20) tetap sebesar 42,1%, sedangkan konsumsi ikan atau makanan laut (R21) sedikit meningkat dari 76,3% menjadi 78,9%. Konsumsi telur (R22) justru mengalami penurunan dari 73,7% menjadi 71,1%.

Pada kelompok sayur dan buah, indikator makanan sumber vitamin A (R23) tetap sebesar 65,8%, sayuran hijau (R24) menurun dari 89,5% menjadi 81,6%, buah kaya vitamin A (R25) menurun dari 84,2% menjadi 81,6%, sayuran lainnya (R26) tetap sebesar 76,3%, dan buah lainnya (R27) menurun dari 84,2% menjadi 81,6%.

Untuk indikator pembatasan makanan kurang sehat, jawaban benar mengenai tidak diberikannya makanan manis (R28) tetap sebesar 76,3%, sedangkan tidak diberikannya keripik, gorengan, dan makanan asin (R29) menurun dari 89,5% menjadi 76,3%. Pemberian makanan lain yang sesuai (R30) juga mengalami penurunan dari 73,7% menjadi 71,1%, demikian pula pemberian makanan padat, semi-padat, atau lunak (R31) dari 78,9% menjadi 76,3%.

Secara keseluruhan, hasil pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa tanpa intervensi edukasi, perubahan perilaku pemberian MP-ASI cenderung minimal dan beberapa indikator bahkan mengalami penurunan pada pengukuran *post-test*.

Tabel 20. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Adekuat pada Kelompok Intervensi

Prinsip Adekuat	Jumlah Benar (<i>Pre-test</i>)	Jumlah Benar (<i>Post-test</i>)
	N (%)	N (%)
R1	34 (89,5%)	37 (97,4%)
R2	35 (92,1%)	36 (94,7%)
R3	12 (31,6%)	24 (63,2%)
R4	13 (34,2%)	23 (60,5%)
R5	5 (13,2%)	19 (50,0%)
R6	34 (89,5%)	18 (47,4%)
R7	34 (89,5%)	20 (52,6%)
R8	37 (97,4%)	24 (63,2%)
R9	37 (97,4%)	38 (100,0%)
R10	34 (89,5%)	36 (94,7%)
R11	20 (52,6%)	23 (60,5%)
R12	4 (10,5%)	12 (31,6%)
R13	34 (89,5%)	38 (100,0%)
R14	29 (76,3%)	33 (86,8%)
R15	29 (76,3%)	31 (81,6%)
R16	30 (78,9%)	32 (84,2%)
R17	33 (86,8%)	35 (92,1%)
R18	24 (63,2%)	28 (73,7%)
R19	12 (31,6%)	24 (63,2%)
R20	23 (60,5%)	28 (73,7%)

Tabel 20. (lanjutan)

R21	32 (84,2%)	34 (89,5%)
R22	24 (63,2%)	33 (86,8%)
R23	22 (57,9%)	27 (71,1%)
R24	34 (89,5%)	36 (94,7%)
R25	31 (81,6%)	32 (84,2%)
R26	27 (71,1%)	28 (73,7%)
R27	30 (78,9%)	31 (81,6%)
R28	29 (76,3%)	30 (78,9%)
R29	29 (76,3%)	30 (78,9%)
R30	30 (78,9%)	32 (84,2%)
R31	28 (73,7%)	32 (84,2%)

Berdasarkan Tabel 20, kelompok intervensi menunjukkan peningkatan proporsi jawaban benar pada sebagian besar indikator setelah diberikan edukasi kesehatan. Meskipun masih terdapat beberapa indikator dengan capaian yang relatif rendah, hasil ini menunjukkan adanya perbaikan pengetahuan dan praktik responden mengenai prinsip pemberian MP-ASI yang adekuat.

Pada aspek pemberian ASI (R1), proporsi jawaban benar meningkat dari 89,5% menjadi 97,4%, sedangkan pemberian air putih (R2) meningkat dari 92,1% menjadi 94,7%. Peningkatan yang cukup besar juga terlihat pada konsumsi susu dan produk susu selain ASI (R3), yaitu dari 31,6% menjadi 63,2%, serta frekuensi pemberian susu selain ASI (R4) dari 34,2% menjadi 60,5%.

Pada indikator produk susu yang mengandung tambahan gula atau pemanis (R5), capaian meningkat dari 13,2% menjadi 50,0%. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan pemahaman responden dalam mengenali karakteristik produk susu dengan tambahan gula atau pemanis, meskipun proporsi yang benar masih tergolong rendah dan memerlukan penguatan edukasi lebih lanjut.

Pada kelompok minuman, tidak semua indikator mengalami perbaikan. Proporsi jawaban benar pada indikator minuman rasa coklat (R6) menurun dari 89,5% menjadi 47,4%, sedangkan jus buah atau minuman rasa buah (R7) menurun dari 89,5% menjadi 52,6%, dan soda atau minuman berenergi (R8) menurun dari 97,4% menjadi 63,2%. Sebaliknya, indikator teh, kopi, atau minuman herbal (R9) meningkat dari 97,4% menjadi 100%, sedangkan indikator minuman tanpa tambahan gula (R10 dan R13) meningkat menjadi 94,7% dan 100%.

Pada indikator air kaldu atau air sup (R11), terjadi peningkatan dari 52,6% menjadi 60,5%, sedangkan cairan lain yang sesuai (R12) meningkat cukup besar dari 10,5% menjadi 31,6%, walaupun capaian akhirnya masih relatif rendah.

Pada kelompok makanan pokok dan sumber protein, hampir seluruh indikator mengalami peningkatan. Bubur, nasi, mie, pasta, roti, dan sereal (R14) meningkat dari 76,3% menjadi 86,8%; pisang atau umbi-umbian (R15) dari 76,3% menjadi 81,6%; kacang-kacangan (R16) dari 78,9% menjadi 84,2%; produk olahan susu seperti keju (R17) dari 86,8% menjadi 92,1%; hati atau jeroan (R18) dari 63,2% menjadi 73,7%; serta konsumsi daging (R20) dari 60,5% menjadi 73,7%.

Peningkatan juga terlihat pada konsumsi ikan atau makanan laut (R21) dari 84,2% menjadi 89,5%, konsumsi telur (R22) dari 63,2% menjadi 86,8%, serta makanan sumber vitamin A (R23) dari 57,9% menjadi 71,1%. Pada kelompok sayur dan buah, terjadi peningkatan pada sayuran hijau (R24) dari 89,5% menjadi 94,7%, buah kaya vitamin A (R25) dari 81,6% menjadi 84,2%, sayuran lainnya (R26) dari 71,1% menjadi 73,7%, dan buah lainnya (R27) dari 78,9% menjadi 81,6%.

Untuk indikator pembatasan makanan kurang sehat, proporsi jawaban benar mengenai tidak diberikannya makanan manis (R28) meningkat

dari 76,3% menjadi 78,9%, sedangkan tidak diberikannya keripik, gorengan, dan makanan asin (R29) meningkat dari 76,3% menjadi 78,9%. Pemberian makanan lain yang sesuai (R30) meningkat dari 78,9% menjadi 84,2%, dan pemberian makanan padat, semi-padat, atau lunak sesuai rekomendasi (R31) juga meningkat dari 73,7% menjadi 84,2%.

Secara keseluruhan, hasil pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa edukasi kesehatan memberikan dampak positif terhadap peningkatan praktik pemberian MP-ASI yang adekuat. Peningkatan paling menonjol terlihat pada indikator konsumsi susu dan produk susu selain ASI (R3), frekuensi pemberian susu selain ASI (R4), konsumsi telur (R22), serta makanan sumber vitamin A (R23). Meskipun demikian, beberapa indikator seperti pengenalan produk susu berpemanis (R5), cairan lain yang sesuai (R12), serta konsumsi minuman rasa coklat, minuman rasa buah, dan soda (R6–R8) masih menunjukkan capaian yang relatif rendah sehingga memerlukan penguatan edukasi lebih lanjut.

4.2.3. Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Aman

Analisis univariat pada variabel perilaku aman dalam pemberian MP-ASI bertujuan untuk menggambarkan distribusi perilaku responden dalam praktik *hygiene* dan keamanan pangan saat menyiapkan, mengolah, menyimpan, dan memberikan MP-ASI kepada anak usia 6–12 bulan. Hasil analisis disajikan secara terpisah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan hasil *pre-test* dan *post-test* untuk memberikan gambaran perubahan perilaku yang terjadi pada masing-masing kelompok.

Tabel 21. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Aman pada Kelompok Kontrol

Prinsip Adekuat	Kurang Baik	Baik	Total
	n (%)	n (%)	
<i>Pre-test</i>	17 (44,7%)	21 (55,3%)	38 (100,0%)
<i>Post-test</i>	21 (55,3%)	17 (44,7%)	38 (100,0%)

Hasil analisis yang disajikan pada Tabel 21 menunjukkan bahwa hasil penelitian, perilaku aman dalam pemberian MP-ASI pada kelompok kontrol menunjukkan kecenderungan menurun antara *pre-test* dan *post-test*. Sebelum pengukuran, responden dengan kategori perilaku baik berjumlah 21 orang (55,3%), sedangkan setelah pengukuran jumlah tersebut menurun menjadi 17 orang (44,7%). Sebaliknya, kategori kurang baik meningkat dari 44,7% menjadi 55,3%.

Secara umum, hasil univariat pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa tanpa adanya edukasi kesehatan tidak terjadi peningkatan perilaku aman dalam pemberian MP-ASI. Bahkan pada beberapa indikator ditemukan kecenderungan penurunan praktik higiene dan keamanan pangan yang dilakukan oleh responden. Temuan ini terlihat dari menurunnya proporsi responden dengan kategori perilaku baik pada saat *post-test* dibandingkan dengan *pre-test*.

Tabel 22. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Prinsip Aman pada Kelompok Intervensi

Prinsip Adekuat	Kurang Baik	Baik	Total
	n (%)	n (%)	
<i>Pre-test</i>	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100,0%)
<i>Post-test</i>	5 (13,2%)	33 (86,8%)	38 (100,0%)

Berdasarkan Tabel 22, dapat diketahui bahwa perilaku aman dalam pemberian MP-ASI pada kelompok intervensi menunjukkan perbaikan setelah diberikan edukasi kesehatan. Sebelum intervensi, sebagian besar responden telah memiliki perilaku aman kategori baik sebanyak 23 responden (60,5%), kemudian meningkat menjadi 33 responden (86,8%) setelah intervensi. Sebaliknya, proporsi responden dengan kategori kurang baik menurun dari 39,5% menjadi 13,2%.

Secara umum, hasil univariat pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa edukasi kesehatan berkontribusi terhadap peningkatan perilaku aman dalam pemberian MP-ASI, yang tercermin dari meningkatnya proporsi responden dengan kategori perilaku baik pada saat *post-test*.

Tabel 23 dan Tabel 24 menyajikan rekapitulasi jawaban responden pada setiap item kuesioner mengenai prinsip aman dalam pemberian MP-ASI pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok kontrol cenderung mengalami penurunan proporsi jawaban benar pada sebagian besar indikator antara *pre-test* dan *post-test*, sedangkan kelompok intervensi mampu mempertahankan bahkan meningkatkan proporsi jawaban benar pada beberapa indikator setelah diberikan edukasi kesehatan.

Tabel 23. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Aman pada Kelompok Kontrol

Prinsip Aman	Jumlah Benar (<i>Pre-test</i>)	Jumlah Benar (<i>Post-test</i>)
	N (%)	N (%)
S1	31 (81,6%)	26 (68,4%)
S2	32 (84,2%)	24 (63,2%)
S3	31 (81,6%)	24 (63,2%)
S4	33 (86,8%)	22 (57,9%)
S5	33 (86,8%)	27 (71,1%)
S6	33 (86,8%)	29 (76,3%)
S7	35 (92,1%)	30 (78,9%)
S8	22 (57,9%)	19 (50,0%)
S9	25 (65,8%)	21 (55,3%)
S10	34 (89,5%)	29 (76,3%)
S11	26 (68,4%)	25 (65,8%)
S12	23 (60,5%)	20 (52,6%)
S13	34 (89,5%)	28 (73,7%)
S14	35 (92,1%)	34 (89,5%)
S15	34 (89,5%)	27 (71,1%)

Terlihat pada Tabel 23 bahwa secara umum kelompok kontrol mengalami penurunan jumlah responden yang menjawab benar pada hampir seluruh indikator prinsip aman dalam pemberian MP-ASI

setelah pengukuran (*post-test*) dibandingkan sebelum pengukuran (*pre-test*). Sebelum pengukuran, capaian jawaban benar tertinggi terdapat pada indikator S7 (memasak MP-ASI hingga matang sempurna) dan S14 (mencuci bahan makanan sebelum diolah), masing-masing sebesar 35 responden (92,1%). Setelah pengukuran, indikator dengan capaian tertinggi adalah S14, dengan 34 responden (89,5%) menjawab benar, menunjukkan bahwa praktik ini relatif tetap terjaga.

Sebaliknya, indikator dengan capaian terendah sebelum pengukuran adalah S8 (memanaskan kembali makanan yang telah disimpan sebelum diberikan kepada anak), yaitu 22 responden (57,9%), sedangkan setelah pengukuran indikator terendah tetap terdapat pada S8, dengan jumlah jawaban benar menurun menjadi 19 responden (50,0%). Selain itu, S12 (sisa makanan anak tidak diberikan kembali pada waktu makan berikutnya) juga masih menunjukkan capaian yang relatif rendah, yaitu turun dari 23 responden (60,5%) menjadi 20 responden (52,6%).

Perubahan paling signifikan terjadi pada indikator S4 (peralatan makan anak dicuci dengan sabun dan air mengalir), yang mengalami penurunan sebesar 11 responden, dari 33 responden (86,8%) pada *pre-test* menjadi 22 responden (57,9%) pada *post-test*. Penurunan yang cukup besar juga terlihat pada S2 (mencuci tangan sebelum menyuapi anak), yaitu dari 32 responden (84,2%) menjadi 24 responden (63,2%), S3 (mencuci tangan anak sebelum makan) dari 31 responden (81,6%) menjadi 24 responden (63,2%), serta S15 (memeriksa tanggal kedaluwarsa pada makanan bayi kemasan sebelum digunakan) dari 34 responden (89,5%) menjadi 27 responden (71,1%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa praktik kebersihan tangan sebelum pemberian makan, kebiasaan mencuci tangan anak sebelum makan, serta pemeriksaan keamanan pangan melalui pengecekan tanggal

kedaluwarsa masih mengalami penurunan yang cukup nyata pada kelompok kontrol setelah pengukuran.

Secara keseluruhan, hasil tersebut menunjukkan bahwa kelompok kontrol mengalami penurunan proporsi jawaban benar pada hampir seluruh indikator prinsip aman dalam pemberian MP-ASI. Praktik mencuci bahan makanan sebelum diolah tetap menjadi perilaku yang paling baik dipertahankan, sedangkan praktik memanaskan kembali makanan yang telah disimpan sebelum diberikan kepada anak masih menjadi aspek dengan capaian terendah dan memerlukan perhatian lebih lanjut.

Tabel 24. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Aman pada Kelompok Intervensi

Prinsip Aman	Jumlah Benar (<i>Pre-test</i>)	Jumlah Benar (<i>Post-test</i>)
	N (%)	N (%)
S1	31 (81,6%)	32 (84,2%)
S2	31 (81,6%)	31 (81,6%)
S3	31 (81,6%)	30 (78,9%)
S4	35 (92,1%)	35 (92,1%)
S5	34 (89,5%)	34 (89,5%)
S6	34 (89,5%)	33 (86,8%)
S7	35 (92,1%)	35 (92,1%)
S8	27 (71,1%)	26 (68,4%)
S9	25 (65,8%)	24 (63,2%)
S10	36 (94,7%)	35 (92,1%)
S11	27 (71,1%)	28 (73,7%)
S12	23 (60,5%)	23 (60,5%)
S13	35 (92,1%)	33 (86,8%)
S14	36 (94,7%)	36 (94,7%)
S15	36 (94,7%)	35 (92,1%)

Berdasarkan Tabel 24, hasil rekapitulasi jawaban pada instrumen Prinsip Aman dalam Pemberian MP-ASI menunjukkan bahwa kelompok intervensi secara umum mampu mempertahankan proporsi jawaban benar yang tinggi setelah diberikan edukasi kesehatan, dengan

beberapa indikator mengalami peningkatan dan sebagian lainnya hanya mengalami perubahan yang relatif kecil.

Sebelum intervensi, capaian jawaban benar tertinggi terdapat pada S10 (MP-ASI yang belum diberikan disimpan dalam wadah tertutup), S14 (bahan makanan dicuci bersih sebelum diolah), dan S15 (memeriksa tanggal kedaluwarsa pada makanan bayi kemasan sebelum digunakan), masing-masing sebesar 36 responden (94,7%). Setelah intervensi, capaian tertinggi tetap dipertahankan pada S14 dengan 36 responden (94,7%), sedangkan S10 dan S15 hanya mengalami sedikit penurunan menjadi 35 responden (92,1%).

Sebaliknya, capaian jawaban benar terendah sebelum intervensi terdapat pada S12 (sisa makanan anak tidak diberikan kembali pada waktu makan berikutnya), yaitu 23 responden (60,5%), dan kondisi tersebut tetap tidak berubah pada *post-test*. Indikator dengan capaian relatif rendah lainnya adalah S9 (tidak memberikan makanan yang sudah berbau, berubah rasa, atau berubah warna), yang sedikit menurun dari 25 responden (65,8%) menjadi 24 responden (63,2%), serta S8 (memanaskan kembali makanan yang telah disimpan sebelum diberikan kepada anak) yang menurun dari 27 responden (71,1%) menjadi 26 responden (68,4%).

Peningkatan terjadi pada S1 (mencuci tangan dengan sabun sebelum menyiapkan MP-ASI) yang meningkat dari 31 responden (81,6%) menjadi 32 responden (84,2%) dan S11 (MP-ASI tidak dibiarkan pada suhu ruang lebih dari 2 jam) yang meningkat dari 27 responden (71,1%) menjadi 28 responden (73,7%). Meskipun peningkatannya hanya sebesar satu responden, kedua indikator tersebut menunjukkan adanya perbaikan setelah pemberian edukasi.

Sementara itu, pada indikator lainnya perubahan yang terjadi relatif kecil dan umumnya hanya mengalami penurunan sebesar satu hingga dua responden. Meskipun terdapat sedikit penurunan pada beberapa indikator, proporsi jawaban benar secara umum masih tetap tinggi dan menunjukkan bahwa praktik penerapan prinsip aman dalam pemberian MP-ASI pada kelompok intervensi tetap terjaga setelah diberikan edukasi kesehatan.

Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan mampu mempertahankan perilaku aman dalam pemberian MP-ASI pada kelompok intervensi. Hal tersebut terlihat dari tetap tingginya proporsi jawaban benar pada sebagian besar indikator serta tidak adanya penurunan yang signifikan setelah pelaksanaan intervensi.

4.2.4. Perilaku Pemberian MP-ASI berdasarkan Cara Pemberian yang Benar

Analisis univariat pada variabel perilaku pemberian MP-ASI bertujuan untuk menggambarkan distribusi perilaku responden dalam menerapkan prinsip cara pemberian MP-ASI yang benar pada anak usia 6–12 bulan. Hasil analisis disajikan secara terpisah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan hasil *pre-test* dan *post-test* untuk memberikan gambaran perubahan perilaku yang terjadi pada masing-masing kelompok.

Tabel 25. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Cara Pemberian yang benar pada Kelompok Kontrol

Prinsip Adekuat	Kurang Baik	Baik	Total
	n (%)	n (%)	
<i>Pre-test</i>	19 (50,0%)	19 (50,0%)	38 (100,0%)
<i>Post-test</i>	19 (50,0%)	19 (50,0%)	38 (100,0%)

Berdasarkan Tabel 25 diketahui bahwa pada kelompok kontrol, proporsi responden yang memiliki perilaku pemberian MP-ASI berdasarkan cara pemberian yang benar berada pada kategori baik saat *pre-test* dan *post-test* tetap sama yaitu sebanyak 19 responden (50,0%).

Demikian pula kategori kurang baik tetap sebanyak 19 responden (50,0%).

Tabel 26. Gambaran Perilaku Pemberian MP-ASI Berdasarkan Cara Pemberian yang benar pada Kelompok Intervensi

Prinsip Adekuat	Kurang Baik	Baik	Total
	n (%)	n (%)	
<i>Pre-test</i>	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100,0%)
<i>Post-test</i>	4 (10,5%)	34 (89,5%)	38 (100,0%)

Tabel 26 menunjukkan bahwa sebelum diberikan edukasi kesehatan, sebagian besar responden pada kelompok intervensi memiliki perilaku pemberian MP-ASI dalam kategori baik yaitu sebanyak 23 responden (60,5%), sedangkan sebanyak 15 responden (39,5%) masih berada pada kategori kurang baik. Setelah diberikan edukasi kesehatan, proporsi responden yang memiliki perilaku pemberian MP-ASI kategori baik meningkat menjadi 34 responden (89,5%), sedangkan kategori kurang baik menurun menjadi 4 responden (10,5%).

Tabel 27. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Cara Pemberian yang Benar pada Kelompok Kontrol

Cara Pemberian yang Benar	Jumlah Benar (<i>Pre-test</i>)	Jumlah Benar (<i>Post-test</i>)
	N (%)	N (%)
S1	31 (81,6%)	32 (84,2%)
S2	31 (81,6%)	31 (81,6%)
S3	31 (81,6%)	30 (78,9%)
S4	35 (92,1%)	35 (92,1%)
S5	34 (89,5%)	34 (89,5%)
S6	34 (89,5%)	33 (86,8%)
S7	35 (92,1%)	35 (92,1%)
S8	27 (71,1%)	26 (68,4%)
S9	25 (65,8%)	24 (63,2%)
S10	36 (94,7%)	35 (92,1%)
S11	27 (71,1%)	28 (73,7%)
S12	23 (60,5%)	23 (60,5%)
S13	35 (92,1%)	33 (86,8%)
S14	36 (94,7%)	36 (94,7%)
S15	36 (94,7%)	35 (92,1%)

Berdasarkan Tabel 27, hasil rekapitulasi jawaban benar pada instrumen Prinsip Cara Pemberian MP-ASI yang Benar menunjukkan bahwa kelompok kontrol secara umum mengalami penurunan pada sebagian besar indikator setelah dilakukan pengukuran *post-test*. Tidak terdapat indikator yang menunjukkan peningkatan jumlah jawaban benar dibandingkan saat *pre-test*, sehingga perubahan yang terjadi cenderung mengarah pada penurunan capaian praktik pemberian MP-ASI yang benar.

Penurunan paling signifikan terjadi pada indikator T6 mengenai penyiapan makanan yang menarik dan sesuai dengan selera anak, yaitu dari 35 responden (92,1%) pada *pre-test* menjadi 26 responden (68,4%) pada *post-test* atau mengalami penurunan sebanyak 9 responden (23,7%). Penurunan yang cukup besar juga terlihat pada T8 mengenai pemberian makan segera saat anak menunjukkan tanda lapar, dari 34 responden (89,5%) menjadi 25 responden (65,8%) atau berkurang 9 responden (23,7%). Kondisi serupa ditemukan pada T1, yaitu pemberian makan di tempat khusus, yang menurun dari 34 responden (89,5%) menjadi 27 responden (71,1%), serta T10 mengenai sikap sabar saat memberi makan anak yang turun dari 32 responden (84,2%) menjadi 25 responden (65,8%).

Penurunan yang cukup nyata juga terjadi pada T7 mengenai pemberian makanan sesuai usia anak, dari 25 responden (65,8%) menjadi 20 responden (52,6%), T12 mengenai pemberian dorongan atau motivasi kepada anak untuk makan dari 26 responden (68,4%) menjadi 21 responden (55,3%), serta T13 mengenai interaksi positif saat memberi makan dari 30 responden (78,9%) menjadi 24 responden (63,2%). Sementara itu, indikator T14 mengalami penurunan dari 32 responden (84,2%) menjadi 27 responden (71,1%), dan T15 menurun tipis dari 23 responden (60,5%) menjadi 22 responden (57,9%).

Adapun beberapa indikator lainnya juga mengalami penurunan, namun dengan selisih yang relatif kecil dibandingkan indikator lainnya. Secara keseluruhan, hasil tersebut menunjukkan bahwa tanpa adanya intervensi edukasi kesehatan, praktik cara pemberian MP-ASI yang benar pada kelompok kontrol cenderung tidak mengalami perbaikan bahkan memperlihatkan penurunan pada berbagai aspek penting pemberian makan responsif.

Tabel 28. Rekapitulasi Jawaban Kuesioner Instrumen Prinsip Cara Pemberian yang Benar pada Kelompok Intervensi

Cara Pemberian yang Benar	Jumlah Benar (<i>Pre-test</i>)	Jumlah Benar (<i>Post-test</i>)
	N (%)	N (%)
S1	31 (81,6%)	32 (84,2%)
S2	31 (81,6%)	31 (81,6%)
S3	31 (81,6%)	30 (78,9%)
S4	35 (92,1%)	35 (92,1%)
S5	34 (89,5%)	34 (89,5%)
S6	34 (89,5%)	33 (86,8%)
S7	35 (92,1%)	35 (92,1%)
S8	27 (71,1%)	26 (68,4%)
S9	25 (65,8%)	24 (63,2%)
S10	36 (94,7%)	35 (92,1%)
S11	27 (71,1%)	28 (73,7%)
S12	23 (60,5%)	23 (60,5%)
S13	35 (92,1%)	33 (86,8%)
S14	36 (94,7%)	36 (94,7%)
S15	36 (94,7%)	35 (92,1%)

Berdasarkan Tabel 28, hasil rekapitulasi jawaban benar pada instrumen Prinsip Cara Pemberian MP-ASI yang Benar menunjukkan bahwa kelompok intervensi secara umum mengalami peningkatan atau mampu mempertahankan capaian yang telah baik setelah diberikan edukasi kesehatan. Dibandingkan dengan kelompok kontrol, perubahan yang terjadi pada kelompok intervensi lebih mengarah pada peningkatan jumlah jawaban benar dan hanya sebagian kecil indikator yang mengalami penurunan ringan.

Peningkatan paling menonjol terlihat pada indikator T7 mengenai pemberian makanan sesuai dengan usia anak, yang meningkat dari 30 responden (78,9%) pada *pre-test* menjadi 33 responden (86,8%) pada *post-test* atau bertambah 3 responden (7,9%). Peningkatan dengan jumlah yang sama juga terjadi pada T4, yaitu penentuan jadwal makan berdasarkan tanda lapar anak, dari 22 responden (57,9%) menjadi 25 responden (65,8%), serta T14 mengenai pemberian kesempatan kepada anak untuk belajar makan sendiri sesuai tahap perkembangannya, dari 33 responden (86,8%) menjadi 35 responden (92,1%).

Selain itu, indikator T11 mengenai pemberian makan dengan penuh kelembutan mengalami peningkatan dari 29 responden (76,3%) menjadi 31 responden (81,6%), sedangkan T13 mengenai komunikasi positif dan kontak mata saat memberi makan meningkat dari 30 responden (78,9%) menjadi 31 responden (81,6%). Peningkatan juga terlihat pada T9 mengenai kemampuan memahami tanda kenyang anak, dari 28 responden (73,7%) menjadi 30 responden (78,9%), serta pada T3 dan T5 yang masing-masing mengalami kenaikan meskipun hanya sebesar 1 responden.

Di sisi lain, beberapa indikator menunjukkan sedikit penurunan setelah intervensi. Penurunan terbesar terjadi pada T15 mengenai tidak memaksa anak makan ketika menunjukkan tanda kenyang, yaitu dari 28 responden (73,7%) menjadi 26 responden (68,4%) atau berkurang 2 responden (5,3%). Penurunan ringan juga terlihat pada T8 dari 36 responden (94,7%) menjadi 35 responden (92,1%) serta T10 dari 32 responden (84,2%) menjadi 31 responden (81,6%). Meskipun demikian, proporsi jawaban benar pada indikator-indikator tersebut masih tetap berada pada kategori yang tinggi. Sementara itu, beberapa indikator lainnya mempertahankan capaian yang sama antara *pre-test* dan *post-test*, menunjukkan bahwa praktik tersebut telah diterapkan

dengan baik sejak sebelum intervensi dan tetap terjaga setelah pemberian edukasi kesehatan.

Secara keseluruhan, hasil tersebut menunjukkan bahwa edukasi kesehatan memberikan dampak positif terhadap penerapan prinsip cara pemberian MP-ASI yang benar, terutama pada aspek kesesuaian makanan dengan usia anak, pengenalan tanda lapar, pemberian kesempatan belajar makan mandiri, komunikasi positif selama makan, serta praktik *responsive feeding*. Selain meningkatkan beberapa indikator, edukasi juga mampu mempertahankan capaian tinggi yang telah dimiliki responden pada sejumlah aspek pemberian MP-ASI yang benar.

4.3. Analisis Bivariat

4.3.1. Perilaku Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah

Untuk mengetahui perubahan perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6–12 bulan sebelum dan sesudah penelitian, dilakukan analisis bivariat menggunakan uji McNemar pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Analisis ini bertujuan untuk menilai adanya perubahan perilaku pemberian MP-ASI antara pengukuran sebelum (*pre-test*) dan sesudah (*post-test*) penelitian pada masing-masing kelompok. Hasil analisis perubahan perilaku pemberian MP-ASI pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi disajikan pada Tabel 29 dan Tabel 30.

Tabel 29. Perubahan Perilaku Pemberian MP-ASI pada Kelompok Kontrol

Perilaku Pemberian MP-ASI	<i>Post-test</i> Kurang Baik	<i>Post-test</i> Baik	Total	<i>p-value</i>
	n (%)	n (%)		
<i>Pre-test</i> Kurang Baik	9 (47,4%)	10 (52,6%)	19 (100,0%)	1,000
<i>Pre-test</i> Baik	10 (52,6%)	9 (47,4%)	19 (100,0%)	
Total	19 (50,0%)	19 (50,0%)	38 (100,0%)	

Tabel 30. Perubahan Perilaku Pemberian MP-ASI pada Kelompok Intervensi

Perilaku Pemberian MP-ASI	<i>Post-test</i> Kurang Baik	<i>Post-test</i> Baik	Total	<i>p-value</i>
	n (%)	n (%)		
<i>Pre-test</i> Kurang Baik	2 (12,5%)	14 (87,5%)	16 (42,1%)	0,000
<i>Pre-test</i> Baik	0 (0,0%)	22 (100,0%)	22 (57,9%)	
Total	2 (5,3%)	36 (94,7%)	38 (100,0%)	

Pada Tabel 29 menunjukkan hasil *crosstabulation* pada kelompok kontrol dimana terlihat bahwa perubahan perilaku antara *pre-test* dan *post-test* tidak menunjukkan arah yang konsisten. Dari responden yang awalnya memiliki perilaku kurang baik, 47,4% tetap berada pada kategori kurang baik, sedangkan 52,6% berubah menjadi baik. Sementara itu, pada responden yang awalnya memiliki perilaku baik, 52,6% mengalami penurunan menjadi kurang baik dan hanya 47,4% yang tetap baik. Kondisi ini menunjukkan adanya fluktuasi perilaku tanpa pola perbaikan yang jelas. Hasil uji McNemar pada kelompok kontrol menunjukkan nilai $p = 1,000$ ($p > 0,05$), yang berarti tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pengamatan pada perilaku pemberian MP-ASI.

Tabel 30 menunjukkan pada kelompok intervensi terlihat adanya perubahan yang sangat jelas ke arah perbaikan. Sebagian besar responden yang awalnya memiliki perilaku kurang baik berubah menjadi baik (87,5%), dan seluruh responden yang sudah memiliki perilaku baik tetap berada pada kategori baik (100%). Secara keseluruhan, proporsi perilaku baik meningkat sangat tinggi pada *post-test* (94,7%).

Hasil uji McNemar pada kelompok intervensi menunjukkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), yang berarti terdapat perbedaan yang sangat signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan memberikan pengaruh yang kuat dalam meningkatkan perilaku pemberian MP-ASI pada ibu di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

4.3.2. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Penerapan Prinsip Tepat Waktu dalam Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

Hasil analisis perubahan penerapan prinsip tepat waktu pemberian MP-ASI pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah penelitian dapat dilihat pada Tabel 31 dan Tabel 32 berikut. Analisis ini dilakukan untuk menggambarkan perubahan penerapan prinsip tepat waktu pemberian MP-ASI pada masing-masing kelompok selama periode penelitian.

Tabel 31. Perubahan Penerapan Prinsip Tepat Waktu Pemberian MP-ASI pada Kelompok Kontrol

Penerapan Prinsip Tepat Waktu	<i>Post-test</i> Kurang Baik	<i>Post-test</i> Baik	Total	<i>p-value</i>
	n (%)	n (%)		
<i>Pre-test</i> Kurang Baik	7 (41,2%)	10 (58,8%)	17 (100,0%)	
<i>Pre-test</i> Baik	12 (57,1%)	9 (42,9%)	21 (100,0%)	0,832
Total	19 (50,0%)	19 (50,0%)	38 (100,0%)	

Tabel 32. Perubahan Penerapan Prinsip Tepat Waktu Pemberian MP-ASI pada Kelompok Intervensi

Penerapan Prinsip Tepat Waktu	<i>Post-test</i> Kurang Baik	<i>Post-test</i> Baik	Total	<i>p-value</i>
	n (%)	n (%)		
<i>Pre-test</i> Kurang Baik	2 (13,3%)	13 (86,7%)	15 (100,0%)	
<i>Pre-test</i> Baik	2 (8,7%)	21 (91,3%)	23 (100,0%)	0,007
Total	4 (10,5%)	34 (89,5%)	38 (100,0%)	

Tabel 31 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol terlihat bahwa dari responden yang awalnya memiliki kategori “kurang baik”, sebanyak 7 orang (41,2%) tetap berada pada kategori kurang baik, sedangkan 10 orang (58,8%) berubah menjadi baik. Sementara itu, dari responden yang awalnya “baik”, sebanyak 12 orang (57,1%) mengalami penurunan menjadi kurang baik, dan hanya 9 orang (42,9%) yang tetap berada pada kategori baik. Hal ini menunjukkan adanya perubahan yang tidak konsisten antara *pre-test* dan *post-test*. Hasil uji McNemar pada kelompok kontrol menunjukkan nilai $p = 0,832$ ($p > 0,05$), sehingga tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pengamatan pada ketepatan waktu pemberian MP-ASI.

Pada Tabel 32, kelompok intervensi menunjukkan adanya perbaikan penerapan prinsip tepat waktu pemberian MP-ASI yang lebih nyata setelah dilakukan intervensi edukasi Kesehatan. Dari responden yang awalnya “kurang baik”, sebanyak 2 orang (13,3%) tetap kurang baik, sedangkan 13 orang (86,7%) berubah menjadi baik. Pada responden yang awalnya sudah “baik”, sebanyak 2 orang (8,7%) berubah menjadi kurang baik, sedangkan 21 orang (91,3%) tetap berada pada kategori baik. Secara keseluruhan, proporsi kategori “baik” meningkat pada *post-test*.

Hasil uji McNemar pada kelompok intervensi menunjukkan nilai $p = 0,007$ ($p < 0,05$), yang berarti terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi. Dengan demikian, edukasi kesehatan terbukti memberikan pengaruh yang signifikan dalam meningkatkan ketepatan waktu pemberian MP-ASI pada ibu di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

4.3.3. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Penerapan Prinsip Adekuat dalam Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

Hasil analisis perubahan penerapan prinsip adekuat dalam pemberian MP-ASI pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah penelitian dapat dilihat pada Tabel 33 dan Tabel 34 berikut. Perubahan tersebut diamati berdasarkan hasil pengukuran *pre-test* dan *post-test* pada masing-masing kelompok.

Tabel 33. Perubahan Penerapan Prinsip Adekuat dalam Pemberian MP-ASI pada Kelompok Kontrol

Penerapan Prinsip Adekuat	<i>Post-test</i> Kurang Baik	<i>Post-test</i> Baik	Total	<i>p-value</i>
	n (%)	n (%)		
<i>Pre-test</i> Kurang Baik	9 (47,4%)	10 (52,6%)	19 (100,0%)	
<i>Pre-test</i> Baik	12 (57,1%)	9 (42,9%)	21 (100,0%)	0,832
Total	21 (55,3%)	17 (44,7%)	38 (100,0%)	

Tabel 34. Perubahan Penerapan Prinsip Adekuat dalam Pemberian MP-ASI pada Kelompok Intervensi

Penerapan Prinsip Adekuat	<i>Post-test</i> Kurang Baik	<i>Post-test</i> Baik	Total	<i>p-value</i>
	n (%)	n (%)		
<i>Pre-test</i> Kurang Baik	2 (12,5%)	14 (87,5%)	16 (100,0%)	
<i>Pre-test</i> Baik	2 (9,1%)	20 (90,9%)	22 (100,0%)	0,004
Total	4 (10,5%)	34 (89,5%)	38 (100,0%)	

Hasil analisis yang disajikan pada Tabel 33 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol, perubahan perilaku adekuat antara *pre-test* dan *post-test* tidak menunjukkan pola yang konsisten. Sebagian responden yang awalnya memiliki kategori kurang baik mengalami peningkatan menjadi baik (52,6%), namun pada kelompok yang awalnya baik justru lebih banyak yang mengalami penurunan menjadi kurang baik (63,2%). Hal ini menunjukkan adanya fluktuasi tanpa arah perubahan yang jelas. Hasil uji McNemar pada kelompok kontrol menunjukkan nilai $p = 0,832$ ($p > 0,05$), sehingga tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pengamatan pada aspek adekuat pemberian MP-ASI.

Tabel 34 menunjukkan bahwa, pada kelompok intervensi terlihat adanya perubahan yang jelas ke arah perbaikan. Sebagian besar responden yang awalnya kurang baik berubah menjadi baik (87,5%), dan sebagian besar responden yang sudah baik tetap mempertahankan kategori baik (90,9%). Secara keseluruhan, proporsi kategori baik meningkat menjadi 89,5% pada *post-test*. Hasil uji McNemar pada kelompok intervensi menunjukkan nilai $p = 0,004$ ($p < 0,05$), yang berarti terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan berpengaruh signifikan dalam meningkatkan aspek adekuat pemberian MP-ASI pada ibu di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

4.3.4. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Penerapan Prinsip Aman dalam Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

Hasil analisis perubahan penerapan prinsip aman dalam pemberian MP-ASI pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah penelitian dapat dilihat pada Tabel 35 dan Tabel 36 berikut. Analisis ini dilakukan dengan membandingkan hasil pengukuran *pre-test* dan *post-test* pada masing-masing kelompok untuk mengetahui perubahan penerapan prinsip aman dalam pemberian MP-ASI setelah pelaksanaan penelitian. Perubahan yang terjadi pada setiap kelompok kemudian dianalisis untuk melihat signifikansi perubahan sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 35. Perubahan Penerapan Prinsip Aman dalam Pemberian MP-ASI pada Kelompok Kontrol

Penerapan Prinsip Aman	<i>Post-test</i>	<i>Post-test</i>	Total	<i>p-value</i>
	Kurang Baik n (%)	Baik n (%)		
<i>Pre-test</i> Kurang Baik	9 (52,9%)	8 (47,1%)	17 (100,0%)	
<i>Pre-test</i> Baik	12 (57,1%)	9 (42,9%)	21 (100,0%)	0,503
Total	21 (55,3%)	17 (44,7%)	38 (100,0%)	

Tabel 36. Perubahan Penerapan Prinsip Aman dalam Pemberian MP-ASI pada Kelompok Intervensi

Penerapan Prinsip Aman	<i>Post-test</i> Kurang Baik	<i>Post-test</i> Baik	Total	<i>p-value</i>
	n (%)	n (%)		
<i>Pre-test</i> Kurang Baik	3 (20,0%)	12 (80,0%)	15 (100,0%)	
<i>Pre-test</i> Baik	2 (8,7%)	21 (91,3%)	23 (100,0%)	0,013
Total	5 (13,2%)	33 (86,8%)	38 (100,0%)	

Hasil analisis yang disajikan pada Tabel 35 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol, perubahan perilaku aman antara *pre-test* dan *post-test* tidak menunjukkan pola yang konsisten. Dari responden yang awalnya memiliki kategori kurang baik, 52,9% tetap berada pada kategori kurang baik, sedangkan 47,1% berubah menjadi baik. Pada kelompok yang awalnya baik, 57,1% mengalami penurunan menjadi kurang baik, dan 42,9% tetap berada pada kategori baik. Hal ini menunjukkan adanya fluktuasi perilaku tanpa arah perubahan yang jelas. Hasil uji McNemar pada kelompok kontrol menunjukkan nilai $p = 0,503$ ($p > 0,05$), sehingga tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pengamatan pada aspek aman pemberian MP-ASI.

Tabel 36 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terlihat adanya perubahan yang lebih jelas ke arah perbaikan. Sebagian besar responden yang awalnya memiliki perilaku kurang baik berubah menjadi baik (80,0%), dan sebagian besar responden yang sudah memiliki perilaku baik tetap berada pada kategori baik (91,3%). Secara keseluruhan, proporsi perilaku aman meningkat menjadi 86,8% pada *post-test*. Hasil uji McNemar pada kelompok intervensi menunjukkan nilai $p = 0,013$ ($p < 0,05$), yang berarti terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi. Hal ini menunjukkan

bahwa edukasi kesehatan memberikan pengaruh yang signifikan dalam meningkatkan aspek keamanan (aman) pemberian MP-ASI pada ibu di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

4.3.5. Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Penerapan Prinsip Pemberian MP-ASI Dengan Cara Yang Benar Pada Anak Usia 6-12 Bulan Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

Analisis perubahan penerapan prinsip pemberian MP-ASI dengan cara yang benar dilakukan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi berdasarkan hasil *pre-test* dan *post-test*. Hasil analisis pada masing-masing kelompok disajikan pada Tabel 37 dan Tabel 38 berikut.

Tabel 37. Perubahan Penerapan Prinsip Pemberian MP-ASI dengan Cara yang Benar pada Kelompok Kontrol

Penerapan Prinsip Cara yang Benar	<i>Post-test</i>	<i>Post-test</i>	Total	<i>p-value</i>
	Kurang Baik n (%)	Baik n (%)		
<i>Pre-test</i> Kurang Baik	8 (42,1%)	11 (57,9%)	19 (100,0%)	
<i>Pre-test</i> Baik	11 (57,9%)	8 (42,1%)	19 (100,0%)	1,000
Total	19 (50,0%)	19 (50,0%)	38 (100,0%)	

Tabel 38. Perubahan Penerapan Prinsip Pemberian MP-ASI dengan Cara yang Benar pada Kelompok Intervensi

Penerapan Prinsip Cara yang Benar	<i>Post-test</i>	<i>Post-test</i>	Total	<i>p-value</i>
	Kurang Baik n (%)	Baik n (%)		
<i>Pre-test</i> Kurang Baik	2 (13,3%)	13 (86,7%)	15 (100,0%)	
<i>Pre-test</i> Baik	2 (8,7%)	21 (91,3%)	23 (100,0%)	0,007
Total	4 (10,5%)	34 (89,5%)	38 (100,0%)	

Tabel 37 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol terlihat perubahan perilaku cara pemberian MP-ASI antara *pre-test* dan *post-test* tidak menunjukkan pola yang konsisten. Dari responden yang awalnya memiliki kategori kurang baik, 42,1% tetap berada pada kategori kurang baik, sedangkan 57,9% berubah menjadi baik. Namun, pada responden yang awalnya sudah baik, 57,9% justru mengalami penurunan menjadi kurang baik dan hanya 42,1% yang tetap berada pada kategori baik. Hal ini menunjukkan adanya fluktuasi tanpa arah perubahan yang jelas. Hasil uji McNemar pada kelompok kontrol menunjukkan nilai $p = 1,000$ ($p > 0,05$), sehingga tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pengamatan pada aspek cara pemberian MP-ASI.

Hasil analisis yang disajikan pada Tabel 38 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terlihat adanya perubahan yang jelas ke arah perbaikan. Sebagian besar responden yang awalnya memiliki perilaku kurang baik berubah menjadi baik (86,7%), dan sebagian besar responden yang sudah memiliki perilaku baik tetap berada pada kategori baik (91,3%). Secara keseluruhan, proporsi perilaku cara yang baik meningkat menjadi 89,5% pada *post-test*. Hasil uji McNemar pada kelompok intervensi menunjukkan nilai $p = 0,007$ ($p < 0,05$), yang berarti terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan berpengaruh signifikan dalam meningkatkan cara pemberian MP-ASI pada ibu di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

4.3.6. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.

Analisis bivariat pada Tabel 39 dan Tabel 40 menunjukkan adanya perbedaan yang nyata antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi dalam perubahan perilaku pemberian MP-ASI setelah

dilakukan pengukuran *pre-test* dan *post-test* pada seluruh variabel, yaitu perilaku pemberian MP-ASI, serta penerapan prinsip tepat waktu, adekuat, aman, dan benar.

Tabel 39. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6–12 Bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah pada Kelompok Kontrol

Variabel	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>		p-value
		Kurang Baik n (%)	Baik n (%)	
Perilaku MP-ASI	Kurang baik	9 (47,4%)	10 (52,6%)	1,000
	Baik	10 (52,6%)	9 (47,4%)	
	Total	19 (50,0%)	19 (50,0%)	
Prinsip Tepat Waktu	Kurang baik	7 (41,2%)	10 (58,8%)	0,832
	Baik	12 (57,1%)	9 (42,9%)	
	Total	19 (50,0%)	19 (50,0%)	
Prinsip Adekuat	Kurang baik	9 (47,4%)	10 (52,6%)	0,832
	Baik	12 (63,2%)	7 (36,8%)	
	Total	21 (55,3%)	17 (44,7%)	
Prinsip Aman	Kurang baik	9 (52,9%)	8 (47,1%)	0,503
	Baik	12 (57,1%)	9 (42,9%)	
	Total	21 (55,3%)	17 (44,7%)	
Prinsip Pemberian MP-ASI dengan Cara yang Benar	Kurang baik	8 (42,1%)	11 (57,9%)	1,000
	Baik	11 (57,9%)	8 (42,1%)	
	Total	19 (50,0%)	19 (50,0%)	

Pada kelompok kontrol, hasil analisis menunjukkan bahwa tidak terdapat perubahan yang signifikan pada seluruh variabel penelitian. Pada variabel perilaku pemberian MP-ASI, meskipun terdapat perpindahan kategori antara kurang baik dan baik, namun perubahan tersebut tidak menunjukkan arah yang konsisten, bahkan terdapat responden yang mengalami peningkatan dan penurunan secara bersamaan. Hal ini tercermin dari nilai $p = 1,000$ yang menunjukkan tidak adanya perbedaan bermakna antara sebelum dan sesudah pengamatan. Pola yang sama juga terlihat pada variabel prinsip tepat waktu dan adekuat dengan nilai $p = 0,832$, prinsip aman dengan $p = 0,503$, serta prinsip benar dengan $p = 1,000$. Secara keseluruhan, hasil

ini menunjukkan bahwa tanpa adanya intervensi edukasi kesehatan, perilaku ibu dalam pemberian MP-ASI cenderung stagnan dan tidak mengalami perubahan yang berarti.

Tabel 40. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 6–12 Bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah pada Kelompok Intervensi

Variabel	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Post-test</i>	p-value
		Kurang Baik n (%)	Baik n (%)	
Perilaku MP-ASI	Kurang baik	2 (12,5%)	14 (87,5%)	0,000
	Baik	0 (0,0%)	22 (100,0%)	
	Total	2 (5,3%)	36 (94,7%)	
Prinsip Tepat Waktu	Kurang baik	2 (13,3%)	13 (86,7%)	0,007
	Baik	2 (8,7%)	21 (91,3%)	
	Total	4 (10,5%)	34 (89,5%)	
Prinsip Adekuat	Kurang baik	2 (12,5%)	14 (87,5%)	0,004
	Baik	2 (9,1%)	20 (90,9%)	
	Total	4 (10,5%)	34 (89,5%)	
Prinsip Aman	Kurang baik	3 (20,0%)	12 (80,0%)	0,013
	Baik	2 (8,7%)	21 (91,3%)	
	Total	5 (13,2%)	33 (86,8%)	
Prinsip Pemberian MP-ASI dengan Cara yang Benar	Kurang baik	2 (13,3%)	13 (86,7%)	0,007
	Baik	2 (8,7%)	21 (91,3%)	
	Total	4 (10,5%)	34 (89,5%)	

Sebaliknya, pada kelompok intervensi, terlihat adanya perubahan yang signifikan dan konsisten ke arah perbaikan pada seluruh variabel. Pada variabel perilaku pemberian MP-ASI, terjadi peningkatan yang sangat jelas pada kategori baik setelah intervensi, dengan nilai $p = 0,000$. Demikian pula pada prinsip tepat waktu terjadi peningkatan signifikan dengan $p = 0,007$, prinsip adekuat dengan $p = 0,004$, prinsip aman dengan $p = 0,013$, serta prinsip benar dengan $p = 0,007$. Seluruh nilai p tersebut menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi, yang berarti edukasi kesehatan memberikan dampak positif terhadap perubahan perilaku ibu.

Peningkatan yang terjadi pada kelompok intervensi juga terlihat dari proporsi responden yang masuk kategori “baik” pada *post-test* yang jauh lebih tinggi dibandingkan *pre-test*. Hal ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan tidak hanya meningkatkan pengetahuan, tetapi juga berkontribusi dalam membentuk perilaku yang lebih tepat dalam pemberian MP-ASI, meliputi ketepatan waktu pemberian, kecukupan gizi, keamanan makanan, serta cara pemberian yang benar sesuai rekomendasi kesehatan.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menegaskan bahwa edukasi kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan dalam meningkatkan perilaku pemberian MP-ASI pada ibu yang memiliki anak usia 6–12 bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah, sedangkan tanpa intervensi, tidak terjadi perubahan perilaku yang bermakna.

4.4. Analisis Multivariat

- 4.4.1. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6-12 Bulan dengan Mengontrol Variabel Perancu yaitu Pendidikan Ibu, Usia Ibu, dan Pekerjaan Ibu.

Analisis multivariat dilakukan untuk mengontrol pengaruh variabel perancu yang terdiri dari pendidikan ibu, usia ibu, dan pekerjaan ibu terhadap hubungan antara edukasi kesehatan dan perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6–12 bulan. Melalui analisis ini dapat diketahui apakah variabel perancu tersebut memengaruhi hasil penelitian atau tidak, sehingga pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI dapat dinilai secara lebih akurat. Hasil analisis multivariat menggunakan uji Mantel-Haenszel pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi disajikan pada Tabel 19.

Tabel 41. Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6-12 Bulan dengan Mengontrol Variabel Perancu Yaitu Pendidikan Ibu, Usia Ibu, dan Pekerjaan Ibu

Kelompok	Uji	<i>p-value</i>	Interpretasi
Kontrol	Mantel-Haenszel	0.062	Tidak signifikan
Intervensi	Mantel-Haenszel	0.573	Tidak signifikan

Hasil analisis yang disajikan pada Tabel 19 menunjukkan bahwa baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel perancu dengan perubahan perilaku pemberian MP-ASI. Hasil uji Mantel-Haenszel pada kelompok kontrol menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,062, sedangkan pada kelompok intervensi diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,573 ($p > 0,05$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa variabel pendidikan ibu, usia ibu, dan pekerjaan ibu tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap perubahan perilaku pemberian MP-ASI.

Berdasarkan hasil analisis tersebut, variabel pendidikan ibu, usia ibu, dan pekerjaan ibu tidak memenuhi kriteria sebagai variabel perancu (*confounding variable*) karena tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan perubahan perilaku pemberian MP-ASI. Dengan demikian, pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6–12 bulan dapat dinilai tanpa adanya pengaruh perancu yang berarti dari faktor pendidikan, usia, maupun pekerjaan ibu.

VI. SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang Pengaruh Edukasi Kesehatan terhadap Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada Anak Usia 6–12 Bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah Tahun 2026, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Gambaran perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6–12 bulan menunjukkan bahwa setelah intervensi, kelompok intervensi mengalami peningkatan kategori baik pada seluruh aspek perilaku pemberian MP-ASI, sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan perubahan yang berarti.
2. Edukasi kesehatan berpengaruh signifikan terhadap penerapan prinsip tepat waktu dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6–12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
3. Edukasi kesehatan berpengaruh signifikan terhadap penerapan prinsip adekuat dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6–12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
4. Edukasi kesehatan berpengaruh signifikan terhadap penerapan prinsip aman dalam pemberian MP-ASI pada anak usia 6–12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
5. Edukasi kesehatan berpengaruh signifikan terhadap penerapan prinsip pemberian MP-ASI dengan cara yang benar pada anak usia 6–12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah.
6. Edukasi kesehatan berpengaruh signifikan terhadap perilaku pemberian MP-ASI pada anak usia 6–12 bulan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kampung Sawah, dengan peningkatan perilaku kategori baik pada kelompok intervensi ($p < 0,001$).

7. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa pendidikan ibu, usia ibu, dan pekerjaan ibu tidak merupakan variabel perancu, sehingga pengaruh edukasi kesehatan terhadap perilaku pemberian MP-ASI tetap signifikan setelah ketiga variabel tersebut dikendalikan.

6.2. Saran

1. Bagi Puskesmas

Diharapkan tenaga kesehatan di Puskesmas dapat meningkatkan kegiatan edukasi kesehatan secara rutin dan berkelanjutan terkait MP-ASI, baik melalui penyuluhan langsung, media edukasi, maupun kelas ibu balita, agar perilaku pemberian MP-ASI yang tepat dapat terus ditingkatkan.

2. Bagi Ibu Balita

Ibu diharapkan dapat menerapkan pengetahuan yang diperoleh dari edukasi kesehatan dalam praktik sehari-hari, khususnya dalam hal ketepatan waktu, kecukupan, keamanan, dan cara pemberian MP-ASI sesuai rekomendasi kesehatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian selanjutnya disarankan untuk menambahkan variabel lain yang dapat memengaruhi perilaku MP-ASI seperti dukungan keluarga, akses informasi kesehatan, serta budaya lokal, serta menggunakan desain penelitian dengan jangka waktu *follow-up* yang lebih panjang untuk melihat keberlanjutan perubahan perilaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I. M. S., Trisnadewi, N. W., Oktaviani, N. P. W., Munthe, S. A., Lubis, V. T. H., Faridi, I. B., *et al.* (2021). Metodologi penelitian kesehatan. Yayasan Kita Menulis.
- Adri, R. F., Redha, P. S., Setiana, I., Yosalli. (2024). Pengaruh tingkat pendidikan ibu terhadap pengetahuan pemberian makanan tambahan balita di Nagari Balingka. *Menara Ilmu: Jurnal Penelitian dan Kajian Ilmiah*, 18(2), 50–57.
- Afriyani, D., Novayelinda, R., Elita, V. (2022). Hubungan praktik pemberian makanan pendamping ASI pada anak dengan kejadian stunting. *Health Care: Jurnal Kesehatan*, 11(2), 502–509.
- Andriani, R., Supriyatno, B., Sjarif, D. R. (2021). Gambaran karakteristik ibu, pengetahuan, dan praktik pemberian makanan pendamping air susu ibu pada bayi di Kota Pontianak. *Sari Pediatri*, 22(6), 277–284.
- Ariestantia, D. R., Utami, P. B. (2020). Whatsapp sebagai pendidikan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan ibu tentang MP-ASI. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 9(2), 983–987.
- Arikunto, S. (2013). *Dasar-dasar evaluasi pendidikan (Edisi 2)*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Bappeda Prov. Lampung. (2025). *Bappeda Provinsi Lampung Umumkan Pemenang Penghargaan Penilaian Kinerja Pemerintah Kabupaten/Kota dalam Pelaksanaan Aksi Konvergensi Penurunan Stunting di Provinsi Lampung Tahun 2025*. Bappeda Provinsi Lampung. <https://bappeda.lampungprov.go.id/detail-post/bappeda-provinsi-lampung-umumkan-pemenang-penghargaan-penilaian-kinerja-pk-pemerintah-kabupaten-kota-dalam-pelaksanaan-aksi-konvergensi-penurunan-stunting-di-provinsi-lampung-tahun-2025>
- Birdida, R. T., Malka, E. S., Negash Kush, E., Tolesa Alemu, F. (2024). *Hygienic practice during complementary feeding and associated factors among mothers of children aged 6–24 months in Borecha Woreda, southwestern Ethiopia: A community-based cross-sectional study*. *Frontiers in Pediatrics*, 12(October), 1–9.

- BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan. (2018). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*. BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan.
- Black, R. E., & Aboud, F. E. (2011). *Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting*. *The Journal of Nutrition*, 141(3), 490–494.
- Dahlan, M. S. (2014). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Dewey, K. G. (2013). *The challenge of meeting nutrient needs of infants and young children during the period of complementary feeding: An evolutionary perspective*. *Maternal & Child Nutrition*, 9(Suppl. 2), 24–34.
- Fatimawati, I., Arini, D., Hastuti, P., Ernawati, D., Saidah, Q. I., Budiarti, A., *et al.* (2022). *Edukasi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang pemberian MP ASI pada bayi dan balita di Kelurahan Sukolilo Surabaya*. *Prosiding Seminar Nasional Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(1), 565–574.
- Gebremedhin, S. (2022). *Determinants of complementary feeding practices in developing countries*. *BMC Public Health*, 22(1), 1–12.
- Green, L. W., Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Handayani, S. (2022). *Effect of health education on complementary feeding practices among mothers*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(2), 123–131.
- Herlinah, L., Rudiati, E., Wredatami, P., & Indonesia, D. (2022). *Analisis Faktor Risiko Malnutrisi pada Balita Daerah Pesisir Jakarta Tahun 2022*. 65–73.
- Istammah, M., Arnita, Y., Hartaty, N. (2026). *Mothers' practices in complementary feeding (MP-ASI) among infants in the service area of Banda Aceh City Primary Health Center*. *Indonesian Journal of Health Science*, 6(1).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI)*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022, March 10). *Konsep Dasar dan Sejarah Perkembangan Ilmu Gizi*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/728/konsep-dasar-dan-sejarah-perkembangan-ilmu-gizi
- Kementerian Kesehatan RI. (2024, March 10). *Yuk, Cermati MPASI Anak*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/3866/yuk-cermati-mpasi-anak
- Kementerian Kesehatan. (2024). *Petunjuk teknis pemantauan praktik MP-ASI anak usia 6–23 bulan*. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan. (2025). *Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024: Dalam Angka*. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kusumaningrum, N. D., Hastuti, P., Mayasari, A. C. (2019). Hubungan Perilaku Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Bayi 6-24 Bulan di Posyandu Desa Bandung Mojokerto. *Jurnal Surya: Jurnal Media Komunikasi Ilmu Kesehatan*, 11(03), 62–68.
- Lestiarini, S., Sulistyorini, Y. (2020). Perilaku ibu pada pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) di Kelurahan Pegirian. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 8(1), 1–11.
- Liana, D. A., Handayani, H., Sholihat, N., Muttaqin, Z. (2025). Hubungan Pemberian MPASI Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 6-59 Bulan. *SENAL: Student Health Journal*, 1(3), 95–100.
- Mayusra, M. (2025). *Edukasi kesehatan tentang manfaat dan cara pemberian MP-ASI pada bayi usia 6–12 bulan*. *Jurnal Sinergi Pengabdian Kesehatan*.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan (Cetakan ke-2)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2018a). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2018b). *Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2018c). *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi (Cetakan ke-3)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novianti, E., Ramdhanie, G. G., Purnama, D. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP ASI) Dini – Studi Literatur. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-Ilmu Keperawatan, Analisis Kesehatan Dan Farmasi*, 21(2 SE-article), 344–367.
- Nurlela, L., Harfika, M. (2020). *Promosi Kesehatan*. Pustaka Panasea.
- Pallewaththa, P., Agampodi, T., Agampodi, S., Pérez-Escamilla, R., Siribaddana, S. (2021). *Development and Validation of a Tool to Assess Responsive Complementary Feeding: Sri Lanka's Responsive feeding Practices Assessment Tool (RFPAT)*. *Current Developments in Nutrition*, 5, 988.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak (2020).
- Prilyastuty, S. E., Hidayati, R. W. (2020). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian MP-ASI Dini pada Bayi Usia 6–11 Bulan*.
- Puskesmas Kampung Sawah. (2026). *Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP)*.
- Putri, D. A. (2024). Health education intervention and complementary feeding practices among mothers. *Jurnal Gizi Indonesia*, 13(1), 45–53.

- Rachmah, Q., Muniroh, L., Atmaka, D. R., Fitria, A. L., Pratiwi, A. A., Agustin, A. M., *et al.* (2022). Peningkatan pengetahuan gizi terkait makanan pendamping ASI (MP-ASI) melalui edukasi dan hands-on activity pada kader dan non-kader. *Media Gizi Indonesia*, 17(1SP), 47–52.
- Rahmadani, R. A., Prasetyowati, P., Tyarini, I. A., Rahagia, R., Paseno, M. M. (2025). *Nutritious food education and the practice of providing complementary foods are appropriate in efforts to prevent stunting*. *Abdimas Polsaka*, 4(2), 68–75.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328–335.
- Sahir, S. H. (2021). *Metodologi Penelitian* (Cetakan I). KBM Indonesia.
- Sari, R. (2023). Maternal behavior and complementary feeding practices after health education intervention. *Indonesian Journal of Public Health*, 19(3), 210–218.
- Soyanita, E., Kumalasari, D. (2019). Pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) sesuai dengan usia bayi di Desa Bawang Kecamatan Pesantren Kota Kediri. *Journal of Health Science*, 4(2), 7–11.
- Susilowardani, A. I., Budiono, I. (2022). Pengaruh Edukasi Gizi Terhadap Pengetahuan dan Praktik Ibu Baduta Dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP ASI). *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 2(2), 131-136.
- Suyitno, S. (2024). *Appropriate complementary feeding among Indonesian children: A literature review*. *Aceh Medical and Health Journal*.
- Tadesse, E., Abdirahman, I., Letta, S., Kirby, M., Mamo, T., Metaferia, H., *et al.* (2024). *Barriers to appropriate complementary feeding and the use of ultra-processed foods: A formative qualitative study from rural Oromia, Ethiopia*. *Maternal & Child Nutrition*, 20(1), e13576.
- UNICEF, WHO, & World Bank Group. (2025). *Levels and trends in child malnutrition*.
- United Nations Children's Fund. (2020). *Programming guide: Infant and young child feeding*. UNICEF.
- Victora, C. G. (2023). Interventions for improving infant feeding practices: A global review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 7(2), 85–96.
- WHO. (2024). *Malnutrition*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- World Health Organization. (2006). *Five keys to safer food manual*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Infant and young child feeding*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>