

**HUBUNGAN PEMBERIAN MP-ASI DAN KELENGKAPAN IMUNISASI
DASAR DENGAN STATUS GIZI ANAK USIA 6—24 BULAN DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS TANJUNG SARI NATAR**

(Skripsi)

Oleh

CYNTHIA IRENE ZHU

2218011156



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

**HUBUNGAN PEMBERIAN MP-ASI DAN KELENGKAPAN IMUNISASI
DASAR DENGAN STATUS GIZI ANAK USIA 6—24 BULAN DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS TANJUNG SARI NATAR**

Oleh

CYNTHIA IRENE ZHU

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Program Studi Pendidikan Dokter
Jurusan Kedokteran
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

Judul Skripsi

: **HUBUNGAN PEMBERIAN MP-ASI DAN
KELENGKAPAN IMUNISASI DASAR
DENGAN STATUS GIZI ANAK USIA 6—24
BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
TANJUNG SARI NATAR**

Nama Mahasiswa

: **Cynthia Irene Zhu**

Nomor Pokok Mahasiswa

: 2218011156

Program Studi


: Pendidikan Dokter

Fakultas

: Kedokteran

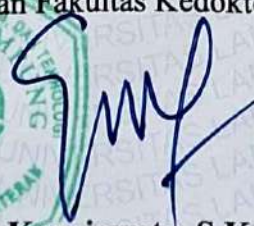



Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar
Rengganis Wardani, S.K.M., M.Kes.
NIP 197206281997022001


dr. Shinta Nareswari, Sp.A
NIP 198910212014042001

2. Dekan Fakultas Kedokteran




Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc.
NIP 197601202003122001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua

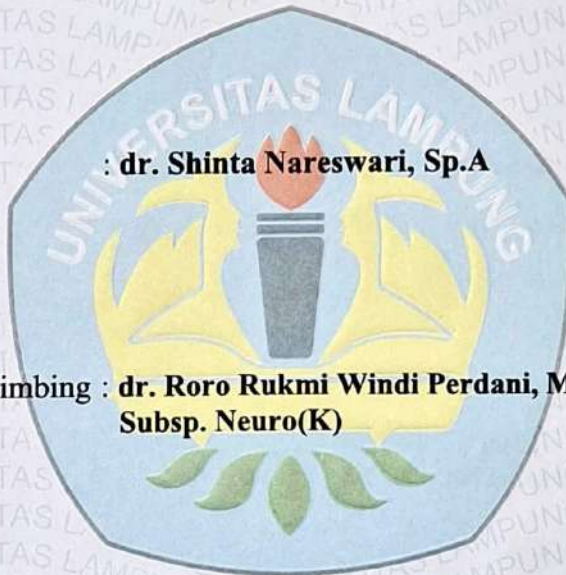
: **Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar Rengganis Wardani, S.K.M., M.Kes.**

Sekretaris

: **dr. Shinta Nareswari, Sp.A**

Penguji

Bukan Pembimbing : **dr. Roro Rukmi Windi Perdani, M.Kes., Sp.A,**
Subsp. Neuro(K)



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc.
NIP 197601202003122001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 8 Januari 2026

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Cynthia Irene Zhu

NPM : 2218011156

Program Studi : Pendidikan Dokter

Judul Skripsi : HUBUNGAN PEMBERIAN MP-ASI DAN KELENGKAPAN IMUNISASI DASAR DENGAN STATUS GIZI ANAK USIA 6—24 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TANJUNG SARI NATAR

Dengan ini menyatakan bahwa karya ilmiah Skripsi ini merupakan **HASIL KARYA SAYA SENDIRI**. Apabila di kemudian hari terbukti adanya plagiarisme dan kecurangan dalam karya ilmiah ini, maka saya bersedia diberi sanksi.

Bandar Lampung, 8 Januari 2026

Mahasiswa,


Cynthia Irene Zhu

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Jakarta pada tanggal 17 September 2003. Penulis menempuh pendidikannya di SD Poris Indah pada tahun 2009 dan lulus pada tahun 2015. Kemudian, penulis melanjutkan pendidikan di SMP Poris Indah pada tahun 2015 dan lulus pada tahun 2018. Setelah itu, penulis melanjutkan pendidikan di SMAN 2 Jakarta pada tahun 2018 dan lulus pada tahun 2021.

Pada tahun 2022, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN). Selama menjadi mahasiswa, penulis tergabung dalam organisasi Lunar Medical Research Community (LUNAR-MRC) sebagai anggota muda pada tahun 2023 dan bendahara divisi *Public Relationship and Alumni* (PR-A) pada tahun 2024.

“Segala perkara dapat kutanggung di dalam
Dia yang memberi kekuatan kepadaku ”

– Filipi 4:13 –

SANWACANA

Puji syukur senantiasa Penulis panjatkan kepada Tuhan Yesus Kristus atas kasih dan penyertaan-Nya, Penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Skripsi dengan judul “Hubungan Pemberian MP-ASI dan Kelengkapan Imunisasi Dasar dengan Status Gizi Anak Usia 6—24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar” disusun sebagai pemenuh syarat guna mencapai gelar sarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, masukan, bantuan, kritik, dan saran dari berbagai pihak. Dengan ini penulis ingin menyampaikan ucapan rasa terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M., selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
3. Dr. dr. Indri Windarti, S.Ked., Sp.PA, selaku Ketua Jurusan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. dr. Intanri Kurniati, S.Ked., Sp.PK, selaku Kepala Program Studi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
5. Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar Rengganis Wardani, S.K.M., M.Kes., selaku Pembimbing Pertama yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing, memberikan kritik dan saran yang konstruktif selama proses penyusunan skripsi ini. Terima kasih atas segala dukungan dan nasihat yang tidak pernah putus diberikan selama proses penyusunan skripsi, penulis sangat menghargai ilmu yang telah dibagikan;
6. dr. Shinta Nareswari, Sp.A, selaku Pembimbing Kedua, yang bersedia meluangkan waktu dan tenaga, serta dengan sabar memberikan bimbingan,

dukungan, kritik, saran yang membangun dalam penyelesaian skripsi ini. Terima kasih atas segala bimbingan dan ilmu yang telah diberikan kepada penulis;

7. dr. Roro Rukmi Windi Perdani, M.Kes., Sp.A, Subsp. Neuro(K), selaku Pembahas, yang telah meluangkan banyak waktu untuk memberikan masukan, kritik, saran, dan pembahasan yang bermanfaat dalam proses penyelesaian skripsi yang tidak akan pernah saya lupakan. Terima kasih atas arahan dan nasihat yang tidak pernah putus diberikan selama proses penyusunan skripsi ini;
8. Dr. dr. Fitria Saftarina, M,Sc., Sp.KKLP, selaku Pembimbing Akademik yang senantiasa memberikan bimbingan, motivasi, dan masukan selama proses perkuliahan;
9. Segenap jajaran dosen dan civitas Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, yang telah mendidik dan membantu penulis selama perkuliahan;
10. Mama dan Papa tercinta, terima kasih atas kasih sayang, kesabaran, penguatan, dan doa yang senantiasa menyertai setiap langkah penulis. Bimbingan dan kepercayaan yang telah Mama dan Papa berikan menjadi kekuatan utama bagi penulis dalam menjalani setiap proses kehidupan;
11. Kedua adik tersayang, terima kasih atas dukungan, penguatan, doa, dan kebersamaan yang selalu memberikan semangat bagi penulis dalam menjalani kehidupan ini;
12. Keluarga besar dari Mama dan Papa, terima kasih atas doa, perhatian, bantuan, dan dukungan yang senantiasa diberikan kepada penulis;
13. Kedua sahabat penulis semasa sekolah, terima kasih telah selalu mendukung penulis dan menjadi pendengar yang baik bagi penulis. Terima kasih atas semua doa dan dukungannya selama ini untuk penulis;
14. Seluruh pihak Puskesmas Tanjung Sari Natar yang telah bersedia membimbing dan membantu penulis dalam proses penelitian hingga selesai;
15. Teman-teman sejawat angkatan 2022 (Troponin-Tropomiosin), terima kasih untuk segala memori indahnyanya selama tujuh semester ini. Semoga perjuangan yang sudah kita lalui dapat membantu kita menjadi dokter yang profesional;

16. Terima kasih kepada segala pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah mendukung dan membantu dalam penyusunan skripsi ini;
17. Terima kasih juga kepada diri saya sendiri yang selalu memilih berusaha dengan jujur dan tidak menyerah sesulit apa pun proses penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak ketidaksempurnaan dalam penulisan skripsi ini. Oleh karena itu, Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberi kebermanfaatan bagi para pembacanya.

Bandar Lampung, 8 Januari 2026
Penulis

CYNTHIA IRENE ZHU

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN COMPLEMENTARY FEEDING AND COMPLETENESS OF BASIC IMMUNIZATION WITH THE NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN AGED 6–24 MONTHS IN TANJUNG SARI NATAR HEALTH CENTER AREA

By

CYNTHIA IRENE ZHU

Background: Nutritional status is an important indicator in determining a child's growth and development. The first 1,000 days of life, from pregnancy to two years old, represent the most critical period for meeting nutritional needs. Proper complementary feeding practices and complete basic immunization are essential for maintaining a child's nutritional health.

Methods: This study was an analytical observational study with a cross-sectional design conducted in the Tanjung Sari Natar Health Center area. A total of 63 respondents were selected using purposive sampling. Data were obtained from primary sources through questionnaires and from secondary sources, including maternal and child health books. Data analysis was conducted using univariate and bivariate analyses with the chi-square test.

Results: The results showed that 85.7% of children aged 6–24 months had normal nutritional status, 55.6% of mothers provided appropriate complementary feeding, and 61.9% of children received complete basic immunization. There was a significant relationship between complementary feeding practices and the nutritional status of children aged 6–24 months ($p = 0.001$). However, there was no significant relationship between the completeness of basic immunization and the nutritional status of children aged 6–24 months ($p = 0.958$).

Conclusions: Appropriate complementary feeding practices are related to the nutritional status of children aged 6–24 months. However, the completeness of basic immunization is not related to the nutritional status of children aged 6–24 months.

Keywords: complementary feeding, immunization, nutrition

ABSTRAK

HUBUNGAN PEMBERIAN MP-ASI DAN KELENGKAPAN IMUNISASI DASAR DENGAN STATUS GIZI ANAK USIA 6—24 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TANJUNG SARI NATAR

Oleh

CYNTHIA IRENE ZHU

Latar Belakang: Status gizi anak merupakan indikator penting dalam menentukan tumbuh kembang anak. Periode paling kritis dalam pemenuhan gizi adalah 1.000 hari pertama kehidupan (HPK) yang dimulai dari masa kehamilan sampai anak berusia dua tahun. Praktik pemberian makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) yang tepat dan kelengkapan imunisasi dasar berperan penting dalam mendukung status gizi anak.

Metode: Penelitian ini merupakan studi analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar dengan total sampel sebanyak 63 orang menggunakan teknik *purposive sampling*. Data yang digunakan adalah data primer dari kuesioner dan data sekunder dari buku kesehatan ibu dan anak (KIA). Pada penelitian ini dilakukan analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *chi-square*.

Hasil: hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar anak usia 6—24 bulan memiliki status gizi normal (85,7%). Sebanyak 55,6% ibu memberikan MP-ASI dengan tepat dan 61,9% anak mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Terdapat hubungan antara pemberian MP-ASI dengan status gizi anak usia 6—24 bulan ($p = 0,001$). Tidak terdapat hubungan antara kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak usia 6—24 bulan ($p = 0,958$).

Kesimpulan: Pemberian MP-ASI berhubungan dengan status gizi anak usia 6—24 bulan, sedangkan kelengkapan imunisasi dasar tidak berhubungan dengan status gizi anak usia 6—24 bulan.

Kata Kunci: gizi, imunisasi, MP-ASI

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL.....	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR LAMPIRAN	v
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti	5
1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat	5
1.4.3 Manfaat Bagi Institusi.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Definisi Status Gizi	6
2.2 Penilaian Status Gizi Anak	6
2.3 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Status Gizi	7
2.3.1 Faktor Langsung	8
2.3.2 Faktor Tidak Langsung.....	10
2.4 Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)	16
2.4.1 Definisi MP-ASI.....	16
2.4.2 Manfaat Pemberian MP-ASI	17
2.4.3 Prinsip Pemberian MP-ASI	18
2.5 Imunisasi	22
2.5.1 Definisi Imunisasi	22
2.5.2 Tujuan Imunisasi.....	22
2.5.3 Manfaat Imunisasi.....	23
2.5.4 Jenis-Jenis Imunisasi.....	24
2.5.5 Macam-Macam Imunisasi Dasar	26
2.6 Penelitian Terdahulu	29
2.7 Kerangka Teori	30
2.8 Kerangka Konsep.....	31
2.9 Hipotesis Penelitian	31
BAB III METODE PENELITIAN	32

3.1 Desain Penelitian	32
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	32
3.2.1 Tempat Penelitian	32
3.2.2 Waktu Penelitian	32
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	32
3.3.1 Populasi Penelitian	32
3.3.2 Sampel Penelitian	33
3.3.3 Teknik <i>Sampling</i>	33
3.4 Kriteria Sampel	33
3.4.1 Kriteria Inklusi	33
3.4.2 Kriteria Eksklusi	33
3.5 Identifikasi Variabel Penelitian	34
3.5.1 Variabel Bebas (<i>independent variable</i>)	34
3.5.2 Variabel Terikat (<i>dependent variable</i>)	34
3.6 Definisi Operasional	35
3.7 Instrumen Penelitian	35
3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	36
3.9 Prosedur Penelitian	36
3.10 Pengolahan dan Analisis Data	38
3.10.1 Pengolahan Data	38
3.10.2 Analisis Data	38
3.11 Etika Penelitian	39
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	40
4.1 Gambaran Umum Penelitian	40
4.2 Hasil Penelitian	41
4.2.1 Analisis Univariat	41
4.2.2 Analisis Bivariat	46
4.3 Pembahasan	47
4.3.1 Analisis Univariat	47
4.3.2 Analisis Bivariat	62
4.4 Keterbatasan Penelitian	66
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	67
5.1 Simpulan	67
5.2 Saran	67
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	78

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Status Gizi Balita	7
2. Tabel AKG	8
3. Pemberian MP-ASI yang Adekuat.....	20
4. Contoh Komponen MP-ASI dalam URT	20
5. Jadwal Imunisasi Dasar.....	24
6. Jadwal Imunisasi Lanjutan.....	25
7. Penelitian Terdahulu	29
8. Definisi Operasional.....	35
9. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden	41
10. Distribusi Frekuensi Pemberian MP-ASI	42
11. Usia Pemberian MP-ASI.....	42
12. Tekstur MP-ASI.....	43
13. Frekuensi Pemberian MP-ASI	43
14. Frekuensi Pemberian Makanan Selingan	43
15. Variasi Pemberian MP-ASI	44
16. Porsi Pemberian MP-ASI.....	44
17. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Imunisasi Dasar	44
18. Persentase Anak berdasarkan Jenis Imunisasi Dasar dan Kelompok Usia.....	45
19. Distribusi Frekuensi Status Gizi Anak Usia 6—24 Bulan	46
20. Hubungan Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Anak Usia 6—24 Bulan	46
21. Hubungan Kelengkapan Imunisasi Dasar dengan Status Gizi Anak Usia 6—24 Bulan	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori.....	30
2. Kerangka Konsep.....	31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Surat Izin Melakukan Penelitian	79
2. Surat Persetujuan Etik	80
3. Lembar Formulir <i>Informed Consent</i>	81
4. Lembar Persetujuan Keikutsertaan Penelitian	82
5. Lembar Karakteristik Responden.....	83
6. Lembar Kuesioner Pemberian MP-ASI	84
7. Lembar Pemberian Imunisasi Dasar	86
8. Data Penelitian	87
9. Hasil Uji Statistik	90
10. Dokumentasi	99

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gizi merupakan salah satu faktor utama yang memengaruhi tumbuh kembang anak. Asupan gizi yang cukup tidak hanya berpengaruh pada pertumbuhan fisik, tetapi juga pada perkembangan otak, daya tahan tubuh, dan kualitas hidup pada masa mendatang. Masa yang paling penting dalam pemenuhan gizi dikenal dengan 1.000 hari pertama kehidupan (HPK), yang dimulai sejak masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun (UNICEF, 2023). Periode ini disebut juga sebagai *golden period* karena perkembangan tubuh berlangsung sangat cepat. Apabila kebutuhan gizi tidak terpenuhi, hal ini akan berdampak jangka panjang, seperti penurunan kecerdasan, penurunan produktivitas, dan peningkatan risiko penyakit degeneratif (Anugrahini *et al.*, 2024). Status gizi pada anak dapat dinilai dengan berbagai indikator antropometri, salah satunya adalah berat badan menurut panjang badan atau tinggi badan (BB/PB atau BB/TB) yang umum digunakan di pelayanan kesehatan dasar (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Pada tahun 2024, dilaporkan secara global terdapat sebanyak 42,8 juta (6,6%) balita mengalami gizi kurang (*wasting*) dan 35,5 juta (5,5%) mengalami gizi lebih (*overweight*). Sebesar 70% kasus *wasting* dan 46% kasus *overweight* mayoritas berada di Asia (UNICEF *et al.*, 2025). Berdasarkan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) pada tahun 2024, didapatkan persentase balita *severe wasting* sebesar 1,2%, *wasting* sebesar 6,2%, dan *overweight* sebesar 3,4% (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Pada tahun 2024, Provinsi Lampung memiliki prevalensi balita *severe wasting* sebanyak 0,9%, *wasting* sebanyak 5,9%, dan *overweight* sebanyak

2,9%. Di Kabupaten Lampung Selatan sendiri, persentase balita yang mengalami *severe wasting* sebanyak 0,3%, *wasting* sebanyak 6,9%, serta *overweight* dan obesitas sebanyak 1,7% (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Menurut kerangka konseptual yang dikembangkan oleh UNICEF pada tahun 1990, status gizi anak dapat dipengaruhi oleh faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung meliputi kurangnya asupan nutrisi dan riwayat penyakit infeksi. Faktor tidak langsung meliputi kondisi sosial ekonomi, pola asuh, sanitasi lingkungan, dan pelayanan kesehatan. Pada penelitian ini, pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) termasuk ke dalam faktor tidak langsung melalui aspek pola asuh, sedangkan kelengkapan imunisasi dasar masuk ke dalam faktor tidak langsung melalui aspek pelayanan kesehatan (Thamaria, 2017).

Pemberian MP-ASI yang tepat merupakan salah satu bentuk pola asuh yang dapat mencegah terjadinya permasalahan gizi. Menurut WHO (2023), setelah usia enam bulan, kebutuhan gizi anak tidak lagi dapat terpenuhi hanya dari air susu ibu (ASI) atau susu formula sehingga perlu diberikan MP-ASI karena aktivitas fisiknya makin meningkat. Oleh karena itu, MP-ASI perlu diberikan secara tepat, yaitu secara bertahap dengan memperhatikan usia, variasi, frekuensi, jumlah porsi, dan tekstur (Lestiarini & Sulistyorini, 2020). Selain itu, MP-ASI harus mengandung energi, protein, dan zat gizi mikro anak yang seimbang agar kebutuhan anak terpenuhi (Stiawan *et al.*, 2024).

Terdapat beberapa penelitian yang menghubungkan antara pola pemberian MP-ASI dengan status gizi anak. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Suci *et al.* (2024) di Puskesmas Kesamben Kabupaten Blitar menunjukkan bahwa adanya pengaruh antara pemberian MP-ASI dengan status gizi anak dengan 77,8% anak yang diberikan MP-ASI yang tepat memiliki status gizi baik. Selain itu, penelitian di Puskesmas Satelit Kota Bandar Lampung

menunjukkan bahwa perilaku ibu dalam memberikan MP-ASI yang tepat berpengaruh terhadap status gizi anak yang baik (Sari & Angraini, 2022).

Selain pemberian MP-ASI, kelengkapan imunisasi dasar juga berperan dalam membantu membentuk kekebalan tubuh sehingga anak terlindungi dari penyakit yang dapat memengaruhi status gizinya. Anak yang sering sakit cenderung kehilangan nafsu makan sehingga asupan gizinya berkurang dan risiko gizi kurang meningkat (Thamaria, 2017). Imunisasi dasar diberikan sebelum anak berusia satu tahun untuk mencegah penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, yaitu vaksin Hepatitis B, Polio, BCG, DPT-HB-Hib, *Measles* dan *Rubella* (MR), PCV, serta Rotavirus (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Penelitian oleh Hikmah *et al.* (2016) di Posyandu Bunga Padi Kota Tangerang menunjukkan bahwa anak yang mendapatkan imunisasi lengkap memiliki peluang lebih besar untuk tumbuh normal dibandingkan dengan anak yang mendapatkan imunisasi yang tidak lengkap. Hal serupa juga terlihat pada penelitian Zukhrina & Yarah (2020) di Puskesmas Kuta Baro Kabupaten Aceh Besar yang menunjukkan adanya hubungan kelengkapan imunisasi dasar dengan gizi kurang karena balita yang tidak menerima imunisasi dasar lengkap lebih rentan terkena penyakit yang dapat memengaruhi status gizi.

Anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar yang ditimbang pada tahun 2025 yang mengalami *severe wasting* berjumlah 1 orang, *wasting* berjumlah 1 orang, normal berjumlah 372 orang, risiko gizi lebih berjumlah 31 orang, gizi lebih berjumlah 31 orang, dan obesitas berjumlah 15 orang (Puskesmas Tanjung Sari Natar, 2025). Beberapa penelitian sebelumnya telah mengkaji hubungan pemberian MP-ASI dengan status gizi anak dan penelitian lainnya meneliti hubungan kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak. Namun, penelitian yang mengkaji kedua faktor tersebut secara bersamaan pada anak usia 6—

24 bulan belum ditemukan. Berdasarkan latar belakang ini, peneliti tertarik meneliti lebih lanjut hubungan pemberian MP-ASI dan kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang penelitian, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan antara pemberian MP-ASI dan kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pemberian MP-ASI dan kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran pemberian MP-ASI dan kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar
2. Mengetahui hubungan pemberian MP-ASI dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar
3. Mengetahui hubungan kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti terkait hubungan pemberian MP-ASI dan kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar.

1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman dan manfaat terkait hubungan pemberian MP-ASI dan kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar.

1.4.3 Manfaat Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan menambah referensi ilmiah di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung sehingga dapat dimanfaatkan sebagai rujukan dalam pembelajaran dan penelitian berikutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Status Gizi

Status gizi adalah kondisi yang terjadi akibat keseimbangan antara jumlah zat gizi yang diperoleh dari makanan dengan kebutuhan gizi yang diperlukan tubuh dalam proses metabolisme. Setiap individu memerlukan asupan nutrisi yang berbeda-beda tergantung usia, jenis kelamin, aktivitas sehari-hari, berat badan, tinggi badan, dan faktor lainnya (Thamaria, 2017). Status gizi menggambarkan kondisi pemenuhan gizi dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak, serta dapat menunjukkan adanya kekurangan gizi yang dapat mengganggu kesehatan (Rahmadani *et al.*, 2023). Status gizi juga dapat menunjukkan tingkat keberhasilan pemenuhan gizi yang dapat dinilai dari panjang badan atau tinggi badan dan berat badannya (Sapitri *et al.*, 2022). Masalah gizi pada anak merupakan gangguan yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara asupan gizi dan kebutuhan tubuh dan dapat disebabkan oleh adanya penyakit infeksi. Kondisi ini dapat menimbulkan gizi kurang atau gizi lebih sehingga penilaian status gizi anak penting untuk dilakukan untuk mengetahui adanya masalah malnutrisi pada anak (Sari & Agustin, 2023).

2.2 Penilaian Status Gizi Anak

Status gizi anak dapat dinilai dengan menggunakan Standar Antropometri Anak. Penilaian status gizi anak dapat diukur dengan empat cara, yaitu berdasarkan indeks berat badan menurut umur (BB/U), panjang badan atau tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U), berat badan menurut panjang badan atau tinggi badan (BB/PB atau BB/TB), dan indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2020), status gizi balita dapat dikategorikan sebagai berikut:

Tabel 1. Status Gizi Balita

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
BB/U	Sangat Kurang	< -3 SD
	Kurang	-3 SD s.d. < -2 SD
	Normal	-2 SD s.d. +1 SD
	Risiko Lebih	> +1 SD
PB/U atau TB/U	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD s.d. < -2 SD
	Normal	-2 SD s.d. +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
BB/PB atau BB/TB	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD s.d. < -2 SD
	Gizi Baik	-2 SD s.d. +1 SD
	Berisiko Gizi Lebih	> +1 SD s.d. +2 SD
	Gizi Lebih	> +2 SD s.d. +3 SD
IMT/U	Obesitas	> +3 SD
	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD s.d. < -2 SD
	Gizi Baik	-2 SD s.d. +1 SD
	Berisiko Gizi Lebih	> +1 SD s.d. +2 SD
	Gizi Lebih	> +2 SD s.d. +3 SD
	Obesitas	> +3 SD

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2020)

Penelitian ini menggunakan indeks BB/PB atau BB/TB karena indikator ini mampu menggambarkan kesesuaian antara berat badan anak dengan panjang badan atau tinggi badannya sehingga dapat membantu menentukan apakah anak tergolong gizi buruk (*severely wasted*), gizi kurang (*wasted*), atau berisiko mengalami gizi lebih (*possible risk of overweight*) (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2.3 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Status Gizi

Pada tahun 1990, UNICEF mengembangkan sebuah kerangka konseptual mengenai masalah gizi pada ibu dan anak. Kerangka konseptual ini membantu para peneliti dan pembuat kebijakan untuk menganalisis penyebab dari masalah gizi dan mengidentifikasi langkah-langkah yang dilakukan untuk menangani permasalahan gizi (Hapsari, 2020). Masalah

gizi pada anak terdiri atas dua faktor, yaitu faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung yang memengaruhi status gizi, yaitu asupan nutrisi dan riwayat penyakit infeksi. Sementara itu, faktor tidak langsung yang memengaruhi status gizi, yaitu kondisi sosial ekonomi, pola asuh, sanitasi lingkungan, dan pelayanan kesehatan (Thamaria, 2017).

2.3.1 Faktor Langsung

2.3.1.1 Asupan Nutrisi

Asupan nutrisi yang seimbang merupakan kebutuhan yang penting bagi pertumbuhan dan perkembangan anak, terutama dalam membentuk pola pikir. Perkembangan anak bergantung pada kecukupan dan keseimbangan nutrisi yang dikonsumsi. Keseimbangan nutrisi yang harus diberikan pada anak dihitung melalui indikator angka kecukupan gizi (AKG) Indonesia sebagai berikut.

Tabel 2. Tabel AKG

Kelompok Umur	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak Total (g)	Karbohidrat (g)
0—5 bulan	550	9	31	59
6—11 bulan	800	15	35	105
1—3 tahun	1350	20	45	215

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2019)

Ketidakseimbangan asupan ini dapat menyebabkan masalah gizi pada balita yang menghambat pertumbuhan, fungsi kognitif, dan daya tahan tubuh. Kekurangan protein dapat mengganggu pertumbuhan, defisit lemak menghambat penyerapan vitamin larut lemak, sementara kurangnya karbohidrat mengurangi energi yang diperlukan tubuh. Asupan energi bagi anak usia 6—24 bulan dapat diperoleh melalui kombinasi ASI dan MP-ASI. MP-ASI merupakan pemberian makanan atau minuman kepada anak yang diberikan dengan menyesuaikan pertambahan usia,

perkembangan fisiologis, serta kemampuan anak dalam menerima dan mencerna makanan (Stiawan *et al.*, 2024).

Penelitian oleh Toby *et al.* (2021) menunjukkan bahwa balita yang mendapatkan asupan gizi yang tidak cukup memiliki risiko yang lebih tinggi untuk memiliki status gizi yang tidak normal daripada balita yang mendapatkan asupan gizi yang cukup.

2.3.1.2 Riwayat Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi terjadi akibat masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh, seperti bakteri, virus, parasit, dan jamur. Penularannya dapat melalui pernapasan, pencernaan, atau luka di kulit, baik secara langsung maupun tidak langsung (Tanjung & Nazara, 2023). Penyakit infeksi berhubungan erat dengan status gizi pada anak karena infeksi meningkatkan kebutuhan energi, tetapi nafsu makanan menurun dan penyerapan makanan terganggu, terutama pada penyakit diare (Khairani & Effendi, 2020).

Anak yang kekurangan gizi akan lebih mudah terserang penyakit infeksi karena sistem kekebalan tubuhnya menurun dan tidak mampu untuk melawan mikroorganisme patogen (Azrimaidaliza *et al.*, 2022). Ketika anak mengalami infeksi, tubuh akan menjadi kurang mampu untuk menyerap zat gizi, khususnya protein, yang dibutuhkan untuk memperbaiki jaringan dan membentuk sel-sel baru. Akibatnya, energi yang ada tidak digunakan untuk proses pertumbuhan, melainkan digunakan untuk melawan penyakit (Desyanti & Nindya, 2017). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa balita yang tidak mengalami penyakit infeksi berpeluang 6,38 kali

memiliki status gizi yang baik dibandingkan dengan balita yang mengalami penyakit infeksi (Patty, 2023).

2.3.2 Faktor Tidak Langsung

2.3.2.1 Kondisi Sosial Ekonomi

Kondisi sosial ekonomi berperan penting terhadap status gizi anak. Terdapat perbedaan karakteristik sosial ekonomi dan demografi yang berdampak signifikan terhadap pola hidup individu. Anak dari keluarga dengan ekonomi rendah cenderung memiliki pola makan yang kurang baik, termasuk kualitas dan variasi makanan yang dikonsumsi. Sementara itu, anak dari keluarga dengan ekonomi lebih baik cenderung lebih mudah mendapatkan makanan bergizi dan memiliki pola makan yang lebih seimbang (Wulanta *et al.*, 2019).

Penelitian yang dilakukan di negara berpenghasilan rendah dan menengah menunjukkan bahwa keterbatasan ekonomi berpengaruh negatif terhadap ketersediaan dan kualitas makanan yang dapat menimbulkan masalah gizi di masyarakat (Gómez *et al.*, 2021). Penelitian oleh Ermawati *et al.* (2023) menunjukkan bahwa pendapat orang tua sangat berpengaruh terhadap kualitas dan kecukupan gizi keluarga. Anak yang status gizinya baik banyak ditemukan pada pendapatan keluarga \geq Rp2.600.000, sedangkan anak yang status gizinya kurang banyak ditemukan pada pendapatan keluarga $<$ Rp2.600.000.

2.3.2.2 Peran Ibu

Peran ibu dalam membesarkan anak, yaitu memberikan perhatian, kasih sayang, serta memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis anak, termasuk dalam aspek pemberian makanan, kebersihan, serta pembentukan perilaku pola asuh untuk

meningkatkan status gizinya. Peran ibu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu usia ibu, tingkat pendidikan, status pekerjaan, pola asuh, dan tingkat pengetahuan.

Ibu yang berada pada usia produktif, yaitu usia 20—35 tahun, umumnya memiliki kondisi tubuh yang sehat dan organ reproduksi yang matang sehingga mampu menjalani kehamilan dan persalinan dengan risiko lebih rendah. Ibu yang usianya lebih muda (di bawah 20 tahun) lebih berisiko saat hamil karena organ reproduksinya belum berkembang dengan sempurna serta pengalaman dan pengetahuan tentang gizi anak masih belum cukup. Hal ini dapat menyebabkan anak lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan mengalami kekurangan gizi. Ibu dengan usia lebih tua (di atas 35 tahun) juga memiliki risiko gangguan kesehatan selama kehamilan yang dapat memengaruhi status gizi anak. Penelitian di Puskesmas Imbanagara Kabupaten Ciamis menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan status gizi anak (Zaidah *et al.*, 2024).

Pendidikan ibu berpengaruh terhadap pengetahuan gizi dan perilaku pemberian makan. Ibu yang berpendidikan rendah seringkali tidak tahu cara menyusun menu seimbang, kurang peka terhadap tanda-tanda anak kekurangan gizi, menunda ke fasilitas kesehatan ketika anak sakit, serta cenderung memberikan makanan instan yang tinggi kalori dan rendah protein dan vitamin (Ayuningtyas *et al.*, 2022). Sementara itu, ibu yang berpendidikan tinggi lebih terbuka terhadap informasi kesehatan, aktif di posyandu, paham pentingnya gizi dan imunisasi, serta mampu mengatur pengeluaran keluarga agar asupan anak tetap tercukupi (Huriah *et al.*, 2020). Penelitian di Desa Way Galih Kabupaten Lampung Selatan

menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi balita dengan *prevalence ratio* (PR) sebesar 4,19 yang berarti ibu yang pendidikan terakhirnya SMP berisiko 4,19 kali lebih tinggi memiliki balita dengan status gizi tidak normal dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan SMA (Fayola *et al.*, 2025).

Ibu yang bekerja cenderung memiliki waktu yang lebih sedikit untuk memperhatikan makanan dan nutrisi anak. Anak dari ibu yang sibuk bekerja berisiko kurang mendapat perhatian dalam asupan gizi terutama apabila tidak ada pengasuh yang memahami kebutuhan makan anak. Perhatian yang kurang dapat menurunkan kualitas pemberian makan dari segi frekuensi dan variasi makanan (Fauzia *et al.*, 2019). Penelitian di Puskesmas Menur Kota Surabaya menunjukkan adanya korelasi antara status pekerjaan ibu dengan status gizi balita dengan $OR = 0,194$ yang berarti ibu yang bekerja memiliki peluang lebih besar memiliki anak dengan status gizi yang kurang daripada ibu yang tidak bekerja (Putri & Lusida, 2025).

Peningkatan status gizi anak dapat dicapai melalui pola asuh yang baik, termasuk pengelolaan menu makanan yang sehat, variasi jenis makanan, serta metode pemberian makanan yang sesuai (Rizyana & Yulia, 2018). Penelitian oleh Purba *et al.* (2019) menunjukkan bahwa orang tua dengan pola asuh makan yang kurang baik berisiko 2,54 kali lebih tinggi memiliki balita dengan status gizi tidak baik.

2.3.2.3 Faktor Lingkungan

Anak dengan gizi yang baik dan lingkungan yang sehat mengalami pertumbuhan fisik serta perkembangan kognitif yang baik. Fasilitas sanitasi dasar, seperti jamban sehat,

sumber air bersih, dan kepemilikan saluran pembuangan air limbah (SPAL) berperan penting dalam mencegah masalah kekurangan gizi (Arnisa *et al.*, 2022). Sanitasi buruk meningkatkan pertumbuhan bakteri patogen yang menyebabkan enteropati lingkungan, diare, pneumonia, serta malnutrisi. Kontaminasi feses yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan penyakit enteropati lingkungan atau penyakit usus akibat lingkungan yang dapat merusak mukosa dinding usus, mengganggu penyerapan zat gizi, dan menghambat pertumbuhan anak (Basyariyah *et al.*, 2022). Studi Kamara *et al.* (2017) menegaskan bahwa peningkatan sanitasi dan kebersihan rumah dapat mencegah permasalahan kesehatan anak.

Sumber air minum yang layak adalah air yang berasal dari sarana yang terlindung, seperti air ledeng, keran umum, hidran umum, terminal air, penampungan air hujan (PAH), mata air, sumur bor, dan pompa. Sumber air perlu berjarak setidaknya 10 meter dari lokasi pembuangan kotoran, limbah, atau sampah agar kualitas air tetap aman (Hasan & Kadarusman, 2019). Air minum yang bersih harus memenuhi kriteria, yaitu jernih (tidak berwarna atau keruh), tidak berbau, tidak berasa, tidak korosif, dan tidak terpapar logam berat (WHO, 2017). Anak yang mengonsumsi air yang tidak bersih lebih berisiko terkena penyakit infeksi karena menurunkan nafsu makan dan mengganggu proses metabolisme sehingga dapat memengaruhi status gizinya (Munthe *et al.*, 2024). Penelitian oleh Oginawati *et al.* (2023) di Kabupaten Bandung menunjukkan bahwa penemuan kandungan logam berat pada air minum, seperti Pb, Cd, dan As, memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian *stunting*.

Jamban sehat merupakan fasilitas pembuangan kotoran yang menyalurkan feses ke penampungan khusus seperti tangki septik (*septic tank*), bukan dibuang langsung ke sungai atau laut. Jamban sehat harus memenuhi syarat, yaitu jarak lubang pembuangan kotoran dan sumber air minimal 10 meter, tidak berbau, tidak menjadi perkembangan serangga dan vektor penyakit, segera disedot apabila sudah penuh dengan kotoran, mudah dibersihkan, dan memiliki penutup (berdinding, berpintu, dan beratap) (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Jamban yang tidak memenuhi standar sanitasi dapat menjadi tempat berkembang biaknya vektor penyakit, salah satunya adalah diare. Pembuangan feses yang tidak tepat dapat mencemari air, tanah, dan menjadi tempat berkembangnya vektor penyakit, yang dapat mengontaminasi sumber air atau makanan sehingga dapat menimbulkan penyakit pada manusia (Rohmah & Syahrul, 2017). Infeksi penyakit di saluran pencernaan akan menghambat penyerapan nutrisi yang dapat menyebabkan anak mengalami kekurangan gizi (Shrestha *et al.*, 2020).

Air limbah merupakan air buangan rumah tangga yang berasal dari aktivitas, seperti mencuci, memasak, dan mandi, yang tidak mengandung feses manusia. Air limbah yang tidak dikelola dengan baik akan membahayakan kesehatan manusia karena mengandung patogen sehingga setiap rumah harus memiliki SPAL yang sesuai dengan kriteria. SPAL yang aman harus terbuat dari bahan kedap air, tidak menjadi tempat berkembangnya vektor penyakit, tidak ada genangan, tidak berbau, dan terhubung dengan saluran pembuangan seperti got atau sumur resapan yang tertutup (Basyariyah *et al.*, 2022). Jika SPAL dibiarkan terbuka atau dikelola dengan tidak benar, air limbah dapat meresap ke tanah atau mengalir ke sungai

sehingga dapat mencemari sumber air yang akan meningkatkan risiko penyakit seperti diare. Apabila anak sering terkena infeksi berulang, anak akan mengalami gangguan penyerapan makanan sehingga dapat mengganggu pertumbuhannya (Pertiwi & Widayani, 2018).

Rumah yang ideal memiliki luas kamar minimal 8 m² untuk dua orang. Rumah yang terlalu padat penghuninya dapat meningkatkan risiko penularan penyakit infeksi karena suhu ruangan meningkat sehingga meningkatkan kelembapan udara dan kadar karbon dioksida akan meningkat dalam ruangan. Kelembapan udara merupakan persentasi banyaknya air yang terdapat diudara pada suatu waktu tertentu. kelembapan udara dalam rumah yang ideal adalah 40—60%. Kelembapan lebih dari 60% dapat membuat mikroorganisme lebih mudah untuk berkembang, sedangkan kelembapan kurang dari 40% dapat menyebabkan mukosa hidung menjadi kering sehingga seseorang dapat lebih mudah terinfeksi. Untuk menanggulangi masalah ini, diperlukan sistem ventilasi yang baik untuk memperbaiki kualitas udara (Putri, 2019).

Ventilasi rumah memiliki fungsi untuk menjaga agar udara di dalam rumah tetap segar dan kadar oksigen bagi penghuni rumah tetap tercukupi. Apabila ventilasi rumah kurang, kadar oksigen akan menurun dan karbon dioksida yang bersifat racun akan meningkat. Hal ini juga dapat menyebabkan udara menjadi lembap karena penguapan cairan dari kulit tidak keluar dengan baik. Selain itu, ventilasi yang cukup membantu terjadinya sirkulasi udara secara terus-menerus sehingga patogen yang terbawa udara dapat keluar dari ruangan. Ventilasi rumah yang baik memiliki luas lebih dari atau sama dengan 10% dari luas lantai rumah. Penelitian di Kabupaten

Bima menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara ventilasi dan status gizi anak dengan terjadi penyakit infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) (Mukhlis & Firmansyah, 2025).

2.3.2.4 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan berperan penting terhadap status gizi anak karena pertumbuhan anak dapat dipantau, penyakit infeksi dapat dicegah dengan imunisasi, dan orang tua mendapat edukasi gizi yang tepat. Akses ke layanan kesehatan dipengaruhi oleh jarak, waktu tempuh, dan biaya. Apabila jaraknya jauh dan sulit ditempuh, keluarga dengan keterbatasan ekonomi akan kesulitan memanfaatkan layanan kesehatan. Akibatnya, imunisasi anak menjadi tidak lengkap yang dapat meningkatkan risiko infeksi, seperti campak, diare, dan pneumonia (Kamilah *et al.*, 2022). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa balita yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan berisiko mengalami status gizi yang kurang dibandingkan dengan balita yang mendapatkan pelayanan kesehatan dengan baik (Nauli *et al.*, 2023).

2.4 Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)

2.4.1 Definisi MP-ASI

Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) adalah makanan dan minuman yang diberikan kepada anak yang berusia 6—24 bulan untuk mencukupi kebutuhan gizinya. Menurut WHO (2023), MP-ASI mulai diberikan ketika nutrisi dari ASI atau susu formula tidak lagi cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi. Masa pemberian MP-ASI menjadi sangat penting bagi anak untuk beradaptasi dengan makanan baru serta membangun pola makan yang akan memengaruhi kehidupan anak jangka panjang.

Setelah memasuki usia 6 bulan, kebutuhan nutrisi bayi makin meningkat karena aktivitas fisik yang makin beragam sehingga bayi memerlukan tambahan makanan berupa MP-ASI agar kebutuhan gizinya tercukupi. Aktivitas seperti berguling, mengangkat dada, merangkak, belajar duduk, dan berjalan, yang menjadi penyebab bayi memerlukan tambahan energi dari makanan (Lestiarini & Sulistyorini, 2020).

2.4.2 Manfaat Pemberian MP-ASI

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2024), manfaat pemberian MP-ASI yang baik adalah sebagai berikut:

- a. Memenuhi kebutuhan zat gizi makro dan mikro, seperti vitamin A, zat besi, dan seng, yang mulai berkurang kadarnya dalam ASI setelah bayi berusia 6 bulan, sehingga mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak;
- b. Mencegah *stunting* dengan memastikan asupan protein hewani tercukupi yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan organ tubuh anak;
- c. Merangsang fungsi otot rongga mulut yang berkaitan dengan kemampuan bicara, terutama melalui pemberian makanan padat pada usia 6—9 bulan, sehingga membantu keterampilan makan dan bicara di tahap berikutnya;
- d. Membentuk pola makan sehat dengan membiasakan anak mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan membatasi makanan yang kurang sehat.

2.4.3 Prinsip Pemberian MP-ASI

Prinsip pemberian MP-ASI adalah tepat waktu, adekuat, aman dan higienis, serta diberikan secara responsif (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

2.4.3.1 Tepat Waktu

Pemberian MP-ASI harus diberikan tepat waktu Ketika bayi telah berusia 6 bulan karena kebutuhan energinya tidak lagi dapat dipenuhi dari ASI saja. Apabila diberikan terlalu dini, risiko anak terpapar patogen berbahaya akan meningkat. Sebaliknya, apabila diberikan terlambat, dapat menyebabkan bayi mengalami kekurangan gizi (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Beberapa pertimbangan MP-ASI tidak disarankan diberikan sebelum usia 6 bulan, yaitu hiperosmosis, kenaikan berat badan berlebih (obesitas), alergi, dan paparan zat tambahan atau kontaminan terlalu cepat (garam, pewarna, pengawet, atau mikroorganisme) (Putri *et al.*, 2023).

Penelitian oleh Zogara *et al.* (2021) di Kabupaten Kupang menguji hubungan waktu pemberian MP-ASI dengan status gizi balita dengan menggunakan uji *chi square* dan memperoleh nilai $p = 0,001$ yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara waktu pemberian MP-ASI dengan status gizi balita. Balita yang diberikan MP-ASI dengan tepat waktu memiliki status gizi yang baik dibandingkan dengan balita yang diberikan MP-ASI dengan tidak tepat waktu. Balita yang diberikan MP-ASI secara dini lebih banyak mengalami permasalahan gizi, yaitu kurus dan sangat kurus. Hasil penelitian didapatkan bayi dengan status gizi baik yang pemberian MP-ASI tepat waktu sebanyak 70,6%, sedangkan bayi yang diberikan MP-ASI dini sebanyak 29,4%. Bayi dengan status gizi kurus yang diberikan MP-ASI tepat waktu

sebanyak 44,4%, sedangkan bayi yang diberikan MP-ASI dini sebanyak 55,6%. Bayi dengan status gizi sangat kurus yang diberikan MP-ASI tepat waktu sebanyak 22,5%, sedangkan bayi yang diberikan MP-ASI dini sebanyak 77,5%.

2.4.3.2 Adekuat

Pemberian MP-ASI harus adekuat berarti mampu menyediakan energi, protein, dan mikronutrien dalam jumlah yang cukup yang memperhatikan usia, jumlah asupan, frekuensi pemberian, konsistensi atau tekstur makanan, serta keberagaman jenis makanan. MP-ASI yang disajikan harus beragam agar bayi dapat mengeksplorasi berbagai macam rasa dan tekstur, serta untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi. Pola makan yang beragam mencakup makanan yang terdiri dari berbagai kelompok setiap harinya, yaitu 1) ASI; 2) sereal, umbi berpati; 3) kacang-kacangan, biji-bijian; 4) produk susu (susu formula, keju, yogurt); 5) daging-dagingan; 6) telur; 7) buah dan sayuran kaya vitamin A; 8) buah dan sayuran lainnya. Anak-anak yang diberikan berbagai macam makanan cenderung memenuhi kebutuhan mikronutrien, termasuk kebutuhan vitamin A, zat besi, kalsium, tiamin, asam folat, seng, vitamin B6, dan vitamin B12 (UNICEF, 2020). Pemberian makanan yang adekuat menurut Kementerian Kesehatan RI (2024) dijelaskan secara rinci melalui tabel berikut.

Tabel 3. Pemberian MP-ASI yang Adekuat

Usia	Kebutuhan Jumlah Energi	Tekstur	Frekuensi	Jumlah Setiap Kali Makan	Proporsi Energi
6—8 bulan	200 kkal	Bubur kental, makanan lumat	Utama: 2—3 kali Selingan: 1—2 kali	Dimulai 2—3 sendok makan tiap kali makan, ditingkatkan bertahap menjadi setengah mangkuk 250 ml (125 ml)	70% ASI + 30% MP-ASI
9—11 bulan	300 kkal	Cincang halus, cincang kasar, makanan yang dapat dipegang bayi (<i>finger food</i>)	Utama: 3—4 kali Selingan: 1—2 kali	Setengah hingga tiga perempat mangkuk ukuran 250 ml (125—200 ml)	50% ASI + 50% MP-ASI
12—24 bulan	550 kkal	Makanan keluarga, dihaluskan atau dicincang seperlunya	Utama: 3—4 kali Selingan: 1—2 kali	Tiga perempat hingga satu mangkuk berukuran 250 ml	30% ASI + 70% MP-ASI
Jika tidak mendapat ASI (6—24 bulan)	Sesuai dengan kelompok usia	Sesuai dengan kelompok usia	Sesuai dengan kelompok usia	Sesuai dengan kelompok usia, dengan penambahan 1—2 gelas susu per hari 250 ml dan 2—3 kali cairan (air putih, kuah sayur)	

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2024)

Berikut ini adalah contoh komposisi dan ukuran rumah tangga (URT) bahan MP-ASI yang dapat diberikan kepada anak.

Tabel 4. Contoh Komponen MP-ASI dalam URT

Komponen Makanan	Contoh Bahan Makanan	Usia		
		6—8 Bulan	9—11 Bulan	12—24 Bulan
Karbohidrat	Nasi Putih	3 sdm (50 g)	4 sdm (45 g)	5 sdm (55 g)
	Telur Ayam	1 butir sedang (50 g)	1 butir besar (60 g)	1 butir besar (60 g)
Lauk Hewani	Daging Ayam	4 sdm (40 g)	5 sdm (50 g)	6 sdm (60 g)
	Daging Sapi	3 sdm (30 g)	4 sdm (40 g)	5 sdm (50 g)
	Daging Ikan	4 sdm (40 g)	5 sdm (50 g)	6 sdm (60 g)
	Hati Ayam	3,5 sdm (35 g)	4,5 sdm (45 g)	5,5 sdm (55 g)
Sayur dan Buah	Wortel	1 sdm (10 g)	2 sdm (20 g)	2 sdm (20 g)
	Pepaya	2 potong (30 g)	4 potong (50 g)	4 potong (50 g)
Lemak	Santan atau Minyak	2 sdm (30 g)	2 sdm (30 g)	$\frac{3}{4}$ sdm (7,5 g)

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2023)

Penelitian sebelumnya di Kabupaten Klaten menunjukkan bahwa terdapat hubungan tekstur MP-ASI dengan status gizi anak usia 6—12 bulan dengan menggunakan uji *chi square* dengan hasil $p = 0,005$. Hasil penelitian didapatkan bahwa responden dengan tekstur MP-ASI kental lebih banyak memiliki status gizi baik (51,1%) daripada yang memiliki status gizi kurang (15,6%). Hal ini terjadi karena tekstur MP-ASI yang kental lebih mudah diserap dan dicerna oleh sistem pencernaan sehingga dapat meningkatkan asupan nutrisi dan mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak (Pibriyanti & Atmojo, 2017).

2.4.3.3 Aman

MP-ASI yang diberikan harus aman berarti MP-ASI harus disiapkan dan disimpan dengan cara yang higienis. Terdapat lima prinsip utama dalam menjaga keamanan makanan, yaitu:

- a. Menjaga kebersihan tangan, tempat kerja, dan alat yang digunakan saat persiapan dan pemberian MP-ASI
- b. Memisahkan makanan mentah dan makanan matang untuk mencegah kontaminasi silang
- c. Memastikan bahan makanan segar dan dimasak hingga matang
- d. Menempatkan makanan pada suhu di bawah 5°C untuk mencegah pertumbuhan mikroorganisme
- e. Menggunakan air bersih yang aman dalam proses pengolahan MP-ASI

(Kementerian Kesehatan RI, 2024)

2.4.3.4 Diberikan Secara Responsif

MP-ASI diberikan secara responsif berarti MP-ASI harus memerhatikan beberapa syarat, yaitu diberikan secara terjadwal, lingkungan yang mendukung, dan prosedur makan.

Jadwal makan, termasuk makanan selingan, harus dilaksanakan secara teratur dan terencana dengan durasi maksimal 30 menit per sesi makan. Pemberian makanan dilakukan tanpa adanya pemaksaan meskipun anak hanya makan 1—2 suap, dengan memperhatikan tanda lapar dan kenyang. Selain itu, makanan tidak dianjurkan digunakan sebagai bentuk penghargaan atau hadiah, serta pemberian makanan sambil bermain atau menonton televisi perlu dihindari agar membentuk kebiasaan makan yang sehat dan fokus (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

2.5 Imunisasi

2.5.1 Definisi Imunisasi

Imunisasi adalah upaya untuk membentuk kekebalan tubuh secara aktif terhadap penyakit tertentu sehingga seseorang tidak mudah sakit atau hanya mengalami gejala ringan saat terpapar patogen (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Anak yang telah mendapatkan imunisasi akan terlindungi dari penyakit tertentu, tetapi belum tentu memiliki kekebalan terhadap penyakit lainnya. Oleh karena itu, diperlukan pemberian beberapa jenis imunisasi agar anak dapat terlindungi dari berbagai jenis penyakit (Asrina *et al.*, 2021). Imunisasi tidak hanya melindungi individu dari penyakit serius, tetapi juga berperan penting dalam melindungi masyarakat sehingga dapat menurunkan risiko penyebaran penyakit (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.5.2 Tujuan Imunisasi

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2017), imunisasi memiliki dua tujuan utama, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umumnya adalah menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Sementara itu, tujuan khusus pemberian imunisasi, yaitu:

- a. meningkatkan cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi sesuai dengan target yang ditentukan
- b. Mewujudkan *Universal Child Immunization* (UCI) dengan memastikan setidaknya 80% bayi di setiap desa atau kelurahan menerima imunisasi dasar lengkap (IDL) sehingga terbentuk kekebalan kelompok di masyarakat
- c. Menjamin pemberian imunisasi lanjutan bagi anak usia di bawah dua tahun, anak usia sekolah dasar, serta wanita usia subur (WUS) untuk memberikan perlindungan tambahan pada kelompok rentan
- d. Mengurangi dan mencegah terjadinya PD3I sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian
- e. Memberikan perlindungan bagi orang yang akan bepergian ke daerah dengan risiko tinggi penyakit endemis melalui imunisasi yang sesuai
- f. Memastikan pelaksanaan imunisasi dilakukan dengan aman, memperhatikan cara penyuntikan yang benar, serta mengelola limbah medis dengan baik agar tidak membahayakan kesehatan dan lingkungan.

2.5.3 Manfaat Imunisasi

Pemberian imunisasi memberikan manfaat bagi anak, keluarga, dan negara, yaitu:

1. Bagi anak, imunisasi dapat melindungi anak dari penyakit menular sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi dan menurunkan risiko kematian.
2. Bagi keluarga, imunisasi membantu mengurangi kekhawatiran orang tua sekaligus mengurangi biaya pengobatan ketika anak sakit sehingga keluarga dapat hidup lebih tenang dan berkualitas.
3. Bagi negara, imunisasi dapat meningkatkan kesehatan masyarakat dan membentuk generasi yang sehat, cerdas, dan

produktif sehingga dapat mendukung kemajuan pembangunan nasional.

(Tribakti *et al.*, 2023)

2.5.4 Jenis-Jenis Imunisasi

Imunisasi Program merupakan imunisasi wajib untuk melindungi individu dan masyarakat dari PD3I. Program ini terbagi menjadi tiga kategori, yaitu imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.5.4.1 Imunisasi Rutin

a. Imunisasi Dasar

Imunisasi dasar adalah imunisasi yang diterima anak sampai usia satu tahun yang bertujuan untuk mencegah PD3I, seperti hepatitis B, difteri, pertusis, tetanus, tuberkulosis, diare, pneumonia, dan campak. Pemberian imunisasi dasar yang lengkap menurut IDAI (2024) adalah sebagai berikut.

Tabel 5. Jadwal Imunisasi Dasar

Umur	Jenis
0—24 Jam	Hepatitis B
1 Bulan	BCG, OPV 1
2 Bulan	DPT-HB-Hib 1, OPV 2, PCV 1, RV 1
3 Bulan	DPT-HB-Hib 2, OPV 3, PCV 2, RV 2
4 Bulan	DPT-HB-Hib 3, OPV 4, IPV 1, RV 3
9 Bulan	MR 1, IPV 2
10 Bulan	<i>Japanese Encephalitis (JE)</i> (di daerah endemis)
12 Bulan	PCV 3

Sumber: IDAI (2024)

b. Imunisasi Lanjutan

Imunisasi lanjutan diberikan untuk menjaga kekebalan tubuh pada anak bawah dua tahun (baduta), anak usia sekolah, serta wanita usia subur (WUS), termasuk ibu hamil. Adapun jadwal imunisasi lanjutan pada baduta

menurut Kementerian Kesehatan RI (2017) adalah sebagai berikut.

Tabel 6. Jadwal Imunisasi Lanjutan

Umur	Jenis Imunisasi	Interval Minimal Setelah Imunisasi Dasar
18 Bulan	DPT-HB-Hib	12 bulan dari DPT-HB-Hib 3
	Campak	6 bulan dari MR dosis pertama

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2017)

2.5.4.2 Imunisasi Tambahan

Imunisasi tambahan terdiri dari berbagai program yang bertujuan meningkatkan cakupan imunisasi dasar, khususnya di daerah dengan cakupan rendah atau risiko tinggi terhadap PD3I. Beberapa kegiatan utama dalam imunisasi tambahan menurut Kementerian Kesehatan RI (2017) meliputi:

a. *Backlog Fighting*

Kegiatan ini difokuskan pada desa yang dalam dua tahun terakhir belum mampu mencapai UCI.

b. *Crash Program*

Upaya intervensi di daerah yang berisiko tinggi mengalami kejadian luar biasa (KLB) akibat PD3I. Kriteria wilayah yang memerlukan *crash program* mencakup:

- Angka kematian bayi akibat PD3I masih tinggi
- Terbatasnya tenaga kesehatan, sarana, dan pendanaan
- Desa yang dalam tiga tahun yang tidak memenuhi target UCI

c. Pekan Imunisasi Nasional (PIN)

Tujuan utama PIN adalah menghentikan penyebaran penyakit dan meningkatkan *herd immunity* terhadap penyakit tertentu, seperti campak dan polio.

d. *Catch-Up Campaign*

Program imunisasi tambahan yang dilakukan secara luas pada kelompok usia dan wilayah tertentu untuk menghentikan penularan agen penyebab PD3I.

e. Sub Pekan Imunisasi Nasional (Sub-PIN)

Program imunisasi ini mirip dengan PIN, tetapi pelaksanaannya hanya di beberapa provinsi, kabupaten, atau kota.

f. *Outbreak Response Immunization*

Program imunisasi yang disesuaikan dengan kondisi epidemiologis suatu penyakit dalam rangka menangani KLB untuk mencegah penyebaran lebih lanjut.

2.5.4.3 Imunisasi Khusus

Imunisasi khusus diberikan saat terjadi wabah atau kondisi darurat kesehatan, seperti imunisasi meningitis meningokokus, *yellow fever*, dan rabies (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

2.5.5 Macam-Macam Imunisasi Dasar

2.5.5.1 Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B diberikan untuk melindungi anak dari penyakit liver kronis akibat infeksi virus Hepatitis B. Penularan biasanya berlangsung melalui cairan tubuh orang yang terjangkit virus tersebut atau melalui penularan dari ibu ke janin selama masa kehamilan (Utami *et al.*, 2023).

2.5.5.2 Polio

Imunisasi Polio bertujuan mencegah *poliomyelitis*, yaitu penyakit akibat virus polio yang dapat menyebabkan kelumpuhan permanen yang ditandai dengan gejala lumpuh layu serta kekakuan pada leher dan punggung. Penularan

biasanya terjadi melalui makanan atau minuman yang tidak higienis dan lingkungan dengan sanitasi yang kurang baik. Terdapat dua jenis vaksin Polio, yaitu Polio IPV dan Polio OPV. Vaksin IPV bersifat inaktif yang diberikan melalui injeksi dan melindungi dari virus polio tipe 1, 2, dan 3. Sementara itu, vaksin OPV merupakan vaksin hidup yang diberikan secara oral dan melindungi dari virus polio tipe 1 dan 2 (Utami *et al.*, 2023).

2.5.5.3 *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG)

Imunisasi BCG diberikan untuk mencegah penyakit tuberkulosis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Gejala tuberkulosis ditandai dengan batuk kronis lebih dari 2 minggu, berat badan menurun, demam hilang timbul, dan keringat pada malam hari (Utami *et al.*, 2023).

2.5.5.4 DPT-HB-Hib

Vaksin DPT-HB-Hib terdiri dari vaksin Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B, dan *Haemophilus influenzae* tipe b. Difteri, disebabkan oleh *Corynebacterium diphtheriae*, muncul dalam bentuk selaput yang menutup jalan napas dan menyebarkan toksin hingga menyebabkan kematian. Tetanus, disebabkan oleh *Clostridium tetani*, muncul dalam bentuk kejang dan kekakuan di seluruh tubuh dan dapat menyebabkan kematian. Pertusis, disebabkan oleh *Bordetella pertussis*, muncul dalam bentuk batuk rejan (*whooping*) yang terus-menerus dan tidak kunjung sembuh. Vaksin Hib diberikan untuk mencegah infeksi *Haemophilus influenzae* tipe b (Hib) yang merupakan salah satu bakteri penyebab radang selaput otak (meningitis), radang paru (pneumonia), dan infeksi telinga (otitis media) pada bayi dan anak (Utami *et al.*, 2023).

2.5.5.5 *Measles* dan *Rubella* (MR)

Vaksin MR diberikan untuk mencegah infeksi campak (*Measles*) dan *rubella*. Infeksi campak menyebabkan ruam kemerahan pada seluruh tubuh disertai demam, mata berair, batuk, bersin, dan gatal pada kulit, serta dapat menimbulkan komplikasi radang paru-paru (Utami *et al.*, 2023).

2.5.5.6 *Pneumococcal Conjugate Vaccine* (PCV)

Vaksin PCV berfungsi untuk mencegah pneumonia atau radang paru yang disebabkan oleh bakteri *Streptococcus pneumoniae*. Selain dapat menyebabkan pneumonia, bakteri ini juga dapat menyebabkan meningitis dan otitis media pada anak-anak, dewasa, dan lansia. Penularan pneumonia terjadi melalui *droplet*, baik kontak langsung ataupun kontak tidak langsung (Utami *et al.*, 2023).

2.5.5.7 Rotavirus (RV)

Vaksin Rotavirus diberikan untuk mencegah infeksi Rotavirus yang dapat menyebabkan diare berat yang disertai dehidrasi pada anak. Infeksi ini biasanya ditandai dengan diare, muntah, demam, bahkan dapat menyebabkan dehidrasi berat hingga syok pada kondisi yang berat (Utami *et al.*, 2023).

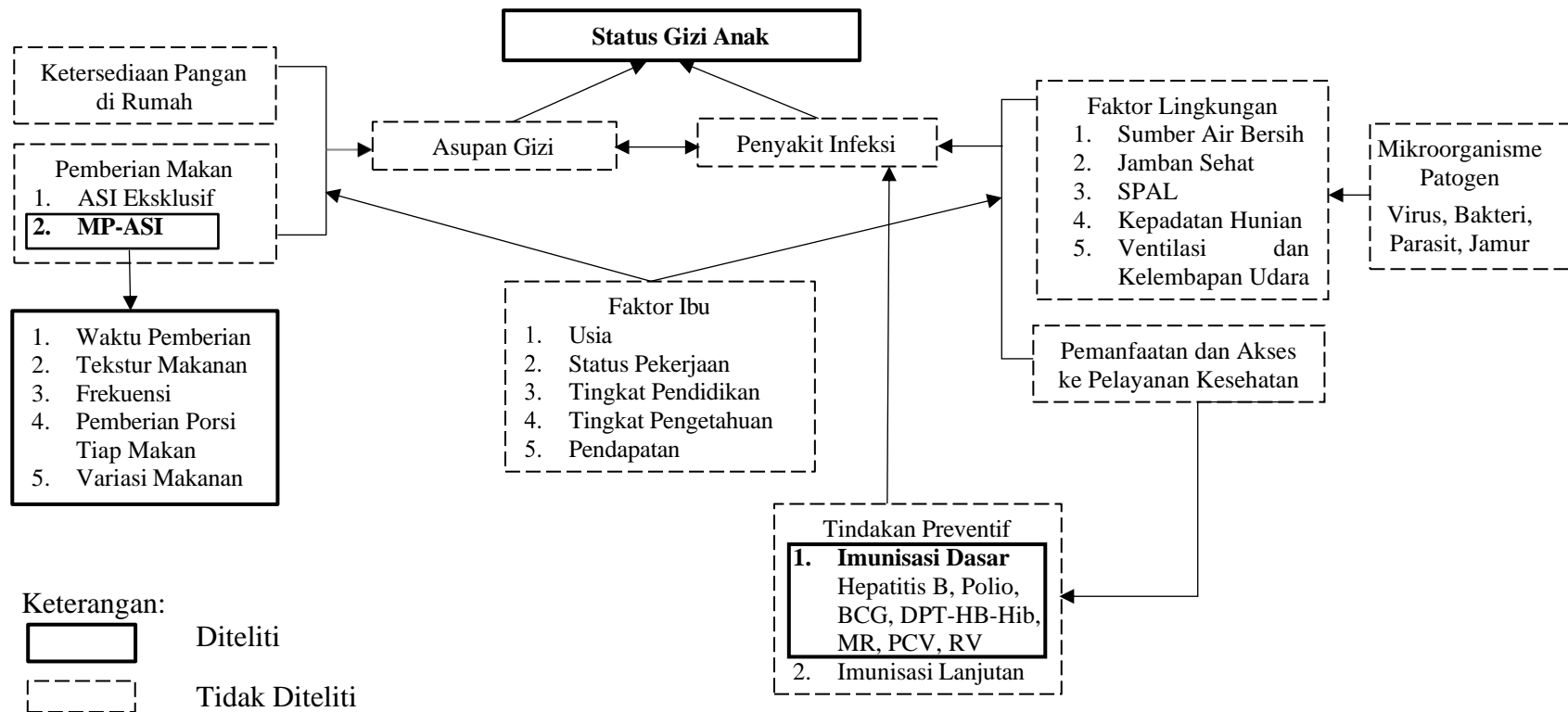
2.6 Penelitian Terdahulu

Tabel 7. Penelitian Terdahulu

No	Judul	Peneliti	Hasil
1	Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi pada Bayi Usia 6-12 Bulan	Novikasari L, Hardono, Adi HS	Bayi yang menerima MP-ASI kurang baik memiliki risiko 4,65 kali lebih tinggi mengalami status gizi kurang dibandingkan dengan bayi yang menerima MP-ASI dengan baik (Novikasari <i>et al.</i> , 2020).
2	Hubungan Antara Usia Awitan Pemberian Makanan Pendamping-ASI (MPASI) dengan Status Gizi pada Balita di Puskesmas Pancur Batu, Deli Serdang Tahun 2017	Legie FS, Lubis M	Anak yang menerima MP-ASI kurang dari 6 bulan berisiko memiliki status gizi tidak normal lebih besar 4 kali lipat daripada anak yang menerima MP-ASI pada usia yang sesuai (Legie & Lubis, 2019).
3	Hubungan Tekstur Makanan Pendamping ASI dengan Status Gizi Bayi Usia 6-12 Bulan di Puskesmas Trucuk Kecamatan Trucuk Kabupaten Klaten	Pibriyanti K, Atmojo D	Tekstur MP-ASI yang kental memiliki status gizi yang sebagian besar gizi baik sebesar 51,1% dan gizi kurang sebesar 15,6%. Tekstur MP-ASI yang cair memiliki status gizi baik sebesar 11,1% dan gizi kurang sebesar 22,2% (Pibriyanti & Atmojo, 2017)
4	Hubungan Kelengkapan Imunisasi Dasar dengan Tumbuh Kembang Toddler di Posyandu Bunga Padi Kota Tangerang	Hikmah, Riyantini Y, Wahyuni Y	Diperoleh nilai OR = 7,000, yaitu anak yang diberikan imunisasi lengkap memiliki peluang 7 kali lebih besar memiliki status gizi normal dibandingkan dengan anak yang tidak diberikan imunisasi lengkap (Hikmah <i>et al.</i> , 2016).
5	Hubungan Kelengkapan Status Imunisasi Dasar terhadap Status Gizi pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Jaten II Karanganyar	Wulandari SA, Agussafutri WD, Andhikantias YR	Didapatkan hasil bahwa anak yang memiliki status imunisasi lengkap akan memiliki status gizi yang baik. Sebaliknya, anak yang memiliki status imunisasi lengkap yang rendah, maka status gizi anak semakin buruk (Wulandari <i>et al.</i> , 2021).

2.7 Kerangka Teori

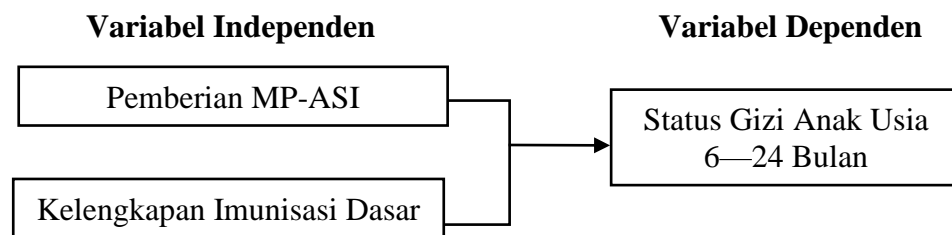
Berdasarkan uraian di atas dan penelitian-penelitian sebelumnya, kerangka teori dalam penelitian ini dapat disusun sebagai berikut.



Gambar 1. Kerangka Teori

Sumber: (UNICEF, 2021; Kementerian Kesehatan RI, 2024; Putri, 2019; Rahmawati, 2019)

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

2.9 Hipotesis Penelitian

Hipotesis pada penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

1. H₀: tidak terdapat hubungan antara pemberian MP-ASI dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar
 Ha: terdapat hubungan antara pemberian MP-ASI dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar
2. H₀: tidak terdapat hubungan antara kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar
 Ha: terdapat hubungan antara kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode observasional analitik yang menggunakan pendekatan *cross-sectional*. Data dikumpulkan dari responden dalam satu periode waktu dengan menggunakan lembar data karakteristik responden, kuesioner pemberian MP-ASI, data sekunder kelengkapan imunisasi dasar dari buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), serta pengukuran antropometri berdasarkan BB/PB, sehingga diketahui hubungan pemberian MP-ASI dan kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak usia 6—24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November—Desember 2025.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah anak usia 6—24 bulan yang berjumlah 75 orang.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian diambil dari anak usia 6—24 bulan wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

3.3.3 Teknik *Sampling*

Sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik *non-probability sampling* di mana pemilihan responden dilakukan berdasarkan kriteria tertentu yang sesuai dengan tujuan penelitian (Sugiyono, 2023). Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus Slovin, yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

$$n = \frac{75}{1 + 75 \cdot (0,05)^2}$$

$$n = 63$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel yang dibutuhkan

N = Jumlah populasi

e = *Margin of error* (0,05)

Jadi, jumlah sampel minimal dalam penelitian ini adalah 63 orang.

3.4 Kriteria Sampel

3.4.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada penelitian ini ditentukan berdasarkan:

- 1) Ibu atau pengasuh dengan anak usia 6—24 bulan yang datang ke posyandu di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar.

3.4.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini ditentukan berdasarkan:

- 1) Ibu atau pengasuh dengan anak usia 6—24 bulan yang tidak bersedia menjadi responden.

- 2) Data imunisasi dasar di buku KIA responden yang tidak lengkap.
- 3) Anak usia 6—24 bulan yang mengalami penyakit kronis atau sedang mengalami kondisi yang memengaruhi berat badan, seperti diare dan/atau infeksi saluran pernapasan atas (ISPA).

3.5 Identifikasi Variabel Penelitian

3.5.1 Variabel Bebas (*independent variable*)

Variabel bebas pada penelitian ini adalah pemberian MP-ASI dan kelengkapan imunisasi dasar.

3.5.2 Variabel Terikat (*dependent variable*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah status gizi anak usia 6—24 bulan.

3.6 Definisi Operasional

Tabel 8. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Pemberian MP-ASI	<p>Riwayat pemberian MP-ASI oleh ibu atau pengasuh pada anak usia 6—24 bulan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu Pemberian: MP-ASI diberikan ketika anak telah berusia 6 bulan. 2. Tekstur makanan: makanan lumat (6—8 bulan); <i>finger food</i> (9—11 bulan); makanan keluarga (12—24 bulan) 3. Frekuensi pemberian: 2—3 kali (6—8 bulan); 3—4 kali (9—24 bulan) 4. Porsi setiap makan: 2—3 sendok makan hingga $\frac{1}{2}$ mangkuk 250 ml (6—8 bulan); $\frac{1}{2}$ hingga $\frac{3}{4}$ mangkuk 250 ml (9—11 bulan); $\frac{3}{4}$ hingga 1 mangkuk 250 ml (12—24 bulan) 5. Variasi makanan: karbohidrat, protein, sayur, dan buah 	Kuesioner Pemberian MP-ASI	<p>1. Tidak Tepat 2. Tepat</p> <p>Kriteria: $\geq 70\%$: Tepat $< 70\%$: Tidak Tepat</p>	Nominal
Kelengkapan Imunisasi Dasar	Imunisasi dasar dikatakan lengkap apabila telah mendapatkan imunisasi sesuai dengan rentang usia anak.	Buku KIA Responden	1. Tidak Lengkap 2. Lengkap	Nominal
Status Gizi	Status gizi anak usia 6—24 bulan yang dihitung menggunakan indikator BB/PB yang dilakukan oleh kader posyandu.	Timbangan, pengukur panjang badan	<p>1. Tidak Normal (< -2 SD; $> +2$ SD)</p> <p>2. Normal (-2 SD s.d. $+2$ SD)</p>	Nominal

3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan untuk mengukur penelitian ini adalah kuesioner pemberian MP-ASI. Kuesioner berupa formulir tentang pemberian MP-ASI yang sesuai dengan prinsip pemberian MP-ASI.

3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Uji validitas merupakan prosedur untuk menilai sejauh mana suatu instrumen benar-benar mampu mengukur apa yang seharusnya diukur. Suatu instrumen dikatakan memiliki validitas tinggi apabila alat ukur tersebut menjalankan fungsi pengukuran secara tepat dan menghasilkan data yang akurat sesuai dengan tujuan penelitian. Sementara itu, uji reliabilitas berkaitan dengan tingkat konsistensi instrumen dalam memperoleh data yang dapat dipercaya, sehingga alat tersebut layak digunakan sebagai alat pengumpulan data (Sugiyono, 2023).

Dalam penelitian ini, uji validitas terhadap kuesioner dilakukan menggunakan uji *Pearson Product Moment*, yaitu dengan membandingkan nilai r hitung terhadap r tabel pada taraf signifikansi tertentu. Jika nilai r hitung lebih besar dari r tabel, maka butir pertanyaan dalam kuesioner dinyatakan valid. Untuk menguji reliabilitas, digunakan koefisien *Cronbach's Alpha*. Instrumen dinyatakan reliabel apabila nilai *alpha* lebih besar dari 0,6 yang menunjukkan bahwa konsistensi internal antar *item* dalam kuesioner cukup memadai (Ghozali, 2021).

Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner yang telah teruji validasi oleh Rahmawati (2019) di Puskesmas Lendah II yang diujicobakan pada 30 orang responden dengan uji validitas r hitung $> r$ tabel (r hitung = 0,370—0,568 dan r tabel = 0,361 dengan nilai signifikan 0,05). Uji reliabilitas diperoleh *Cronbach's Alpha* sebesar 0,792, yaitu lebih besar dari 0,6 sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner tersebut reliabel.

3.9 Prosedur Penelitian

Tahapan-tahapan yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Peneliti menyusun proposal penelitian dan melakukan prasurvei di Puskesmas Tanjung Sari Natar sebelum penelitian dilakukan untuk memperoleh data awal jumlah anak usia 6—24 bulan, memeriksa

kelengkapan data posyandu, serta melakukan koordinasi awal dengan petugas gizi.

2. Setelah penyusunan proposal selesai, peneliti melaksanakan seminar proposal untuk mendapatkan masukan dari pembimbing dan pembahas sebelum pelaksanaan penelitian.
3. Setelah proposal disetujui, peneliti mengajukan surat pengantar penelitian. Kemudian, peneliti mengajukan permohonan kelayakan etik ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
4. Peneliti menyerahkan surat izin penelitian kepada Kepala Puskesmas Tanjung Sari Natar, kemudian berkoordinasi dengan petugas gizi dan kader posyandu untuk menentukan jadwal pengumpulan data dan lokasi posyandu yang menjadi sasaran.
5. Peneliti kemudian melakukan penelitian di posyandu yang telah ditentukan. Responden yang dipilih adalah ibu atau pengasuh anak usia 6—24 bulan yang hadir di posyandu dan memenuhi kriteria inklusi. Setelah itu, peneliti memberikan penjelasan terkait prosedur penelitian dan meminta responden untuk menandatangani lembar *informed consent* sebagai persetujuan untuk berpartisipasi.
6. Data karakteristik responden dan pemberian MP-ASI diperoleh melalui wawancara terstruktur menggunakan kuesioner yang berisi 10 pertanyaan tentang waktu pertama pemberian, tekstur, frekuensi, dan porsi pemberian MP-ASI. Wawancara berlangsung selama kurang lebih 5—10 menit.
7. Data imunisasi dasar diambil dari buku KIA responden. Sementara itu, data berat dan panjang badan anak diambil dari hasil pengukuran kader menggunakan timbangan digital dan infantometer yang telah dikalibrasi.
8. Data yang telah terkumpul melalui kuesioner dikode dan diolah menggunakan aplikasi uji statistik. Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik responden dan distribusi variabel penelitian. Status gizi anak diinterpretasikan berdasarkan hasil *Z-score*. Analisis bivariat menggunakan uji *chi-square* untuk mengetahui

hubungan antara pemberian MP-ASI dan kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak usia 6—24 bulan.

9. Setelah analisis data selesai, peneliti menyusun laporan hasil penelitian dan memaparkannya pada seminar hasil.

3.10 Pengolahan dan Analisis Data

3.10.1 Pengolahan Data

Data dikumpulkan melalui data primer berupa kuesioner pemberian MP-ASI dan pengukuran antropometri berdasarkan BB/PB, serta data sekunder berupa buku KIA untuk melihat kelengkapan imunisasi dasar. Kemudian, data diolah dengan menggunakan program statistik melalui serangkaian tahapan, yaitu:

- a. *Editing*

Editing dilakukan dengan cara mengecek data yang telah dikumpulkan agar tidak terdapat kesalahan pada data.

- b. *Coding*

Pada tahap *coding*, setiap variabel diberikan kode tertentu.

- c. *Processing*

Data yang sudah melalui tahap pemberian kode kemudian dimasukkan ke dalam program statistik untuk dianalisis.

- d. *Crosscheck*

Data yang telah dianalisis kemudian diperiksa kembali untuk mencegah terjadinya kesalahan.

3.10.2 Analisis Data

3.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan teknik analitik yang digunakan untuk menggambarkan karakteristik variabel secara mandiri tanpa mempertimbangkan keterkaitannya dengan variabel lain. Analisis ini bertujuan untuk memperoleh gambaran umum distribusi data. Analisis

univariat dalam penelitian ini adalah data karakteristik responden serta distribusi frekuensi pemberian MP-ASI, kelengkapan imunisasi dasar, dan status gizi anak usia 6—24 bulan.

3.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat adanya hubungan antara dua variabel, yaitu antara variabel independen (pemberian MP-ASI dan kelengkapan imunisasi dasar) dengan variabel dependen (status gizi anak usia 6—24 bulan). Pengujian dilakukan dengan uji *chi-square* dengan nilai *expected count* < 5 tidak melebihi 20%. Apabila ketentuan tersebut tidak terpenuhi, analisis akan menggunakan uji *Fisher Exact*.

3.11 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan atas persetujuan Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung berdasarkan surat persetujuan etik dengan nomor 6684/UN26.18/PP.05.02.00/2025.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Mayoritas anak telah mendapatkan pemberian MP-ASI yang tepat (55,6%), memiliki kelengkapan imunisasi dasar yang lengkap (61,9%), dan memiliki status gizi normal (85,7%).
2. Terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian MP-ASI dengan status gizi anak usia 6—24 bulan.
3. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan imunisasi dasar dengan status gizi anak 6—24 bulan.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian ini, saran yang dapat diberikan peneliti adalah sebagai berikut:

1. Bagi Ibu dengan Balita

Diharapkan para ibu dapat meningkatkan pengetahuan dalam praktik pemberian MP-ASI yang tepat dan sesuai dengan usia anak agar perkembangan anak menjadi lebih baik dan sesuai dengan usianya. Selain itu, ibu diharapkan untuk tetap melengkapi seluruh jenis imunisasi dasar dan mengikuti jadwal posyandu dengan rutin.

2. Bagi Instansi Terkait

Diharapkan dapat melakukan penyuluhan dan edukasi yang dapat meningkatkan pengetahuan ibu untuk memberikan MP-ASI dengan tepat dan mau mengimunisasi anaknya dengan lengkap.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan penelitian selanjutnya dapat menambahkan variabel lain yang berpotensi memengaruhi status gizi anak, seperti riwayat penyakit infeksi, pendapatan keluarga, sanitasi lingkungan, dan tingkat pengetahuan ibu.

DAFTAR PUSTAKA

- Alpon L, Ramli, Sattu M, Polunggu DEF, Syahrir M, Tongko M. 2021. Penyebab Balita Tidak Imunisasi Dasar Lengkap di Desa Kalumbatan Kabupaten Banggai Kepulauan. *Jurnal Kesmas Untika Luwuk: Public Health Journal*. 12(2): 72–81.
- Anugrahini C, Fouk MFWA, Seukasa SM, Naitboho JA. 2024. 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) pada Ibu Hamil dan Keluarga Beresiko Stunting di Desa Kabuna Haliwen Atambua Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Budimas*. 6(1): 1–8.
- Apriliani AP, Arifuddin D, Nurmadilla N, Ananda F, Bima IH. 2023. Analisis Karakteristik dan Pola Pemberian MPASI Anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Sorowako. *Fakumi Medical Journal: Jurnal Mahasiswa Kedokteran*. 3(7): 462–470.
- Arnisa R, Khairunnas DCN, Darmawan, Duana M. 2022. Pengaruh Sanitasi Lingkungan terhadap Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Meureubo Kecamatan Meureubo Kabupaten Aceh Barat. *Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. 2(1): 83–94.
- Asrina A, Nurjannah SN, Nuraini AS. 2021. Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Balita. *Journal of Public Health Innovation*. 1(2): 97–104.
- Ayuningtyas H, Milati ZS, Fadilah AL, Nadhiroh SR. 2022. Status Ekonomi Keluarga dan Kecukupan Gizi dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6–24 Bulan di Kota Surabaya. *Media Gizi Indonesia*. SP(1): 145–152.
- Ayuningtyas N, Surjadi LM. 2024. Hubungan Kelengkapan Imunisasi Dasar dengan Status Gizi pada Anak Bawah Dua Tahun. *Jurnal Akta Trimedika*. 1(3): 285–297.
- Azrimaidaliza A, Syarif L, Resmiati R. 2022. Hubungan Antara Pendapatan, Penyakit Infeksi, dan Pola Makan terhadap Kejadian Gizi Kurang pada Balita. *Amerta Nutrition*. 6(1): 259–265.

- Basyariyah Q, Diyanah KC, Pawitra AS. 2022. Hubungan Ketersediaan Sanitasi Dasar terhadap Status Gizi Baduta di Desa Pelem, Bojonegoro. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*. 21(1): 18–26.
- Desyanti C, Nindya TS. 2017. Hubungan Riwayat Penyakit Diare dan Praktik Higiene dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Simolawang, Surabaya. *Amerta Nutrition*. 1(3): 243–251.
- Edayani S, Suryawati I. 2019. Hambatan Cakupan Imunisasi pada Anak di Kabupaten Aceh Utara. *Idea Nursing Journal*. X(3): 50–57.
- Ermawati C, Anggraeni M, Meinasari K. 2023. Hubungan Status Ekonomi, Pengetahuan Gizi Ibu dan Pemberian ASI Eksklusif pada Balita Usia 12-24 Bulan dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Selindung Kota Pangkalpinang Tahun 2022. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*. 2(7): 2778–2784.
- Fauzia NR, Sukmandari NMA, Triana KY. 2019. Hubungan status pekerjaan ibu dengan status gizi balita. *CARING*. 3(1): 28–32.
- Fayola D, Zuraida R, Jausal AN, Darwis I. 2025. Hubungan tingkat pendidikan akhir ibu terhadap status gizi balita (BB/TB). *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*. 7(2): 943–956.
- Ghozali I. 2021. Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS 26. Edisi 10. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Gómez G, Kovalskys I, Leme ACB, Quesada D, Rigotti A, Sanabria LYC, García MCY, Liria-Domínguez MR, Herrera-Cuenca M, Fisberg RM, Previdelli AN, Guajardo V, Ferrari G, Fisberg M, Brenes JC. 2021. Socioeconomic Status Impact on Diet Quality and Body Mass Index in Eight Latin American countries: ELANS Study Results. *Nutrients*. 13(7): 1–16.
- Handayani F, Siagian A, Aritonang EY. 2017. Mother's Education as A Determinant of Stunting among Children of Age 24 to 59 Months in North Sumatera Province of Indonesia. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*. 22(6): 58–64.
- Hanifah AN, Anggraeni AD. 2024. Hubungan Frekuensi Kunjungan Posyandu, Riwayat Imunisasi Dasar Lengkap, dan Riwayat Hipertensi Terhadap Kejadian Stunting. *Jurnal Promotif Preventif*. 7(1): 136–143.
- Hanifah L, Sari AN. 2021. Analisis Kelengkapan Imunisasi Dasar terhadap Status Gizi Balita. *Avicenna: Journal of Health Research*. 4(1): 128–134.
- Hapsari P. 2020. The Application of UNICEF'S 2020 Conceptual Framework of Maternal and Child Nutrition in Indonesia. *SEAMO RECFON: AWESOME*. 1(1): 9–10.

- Hasan A, Kadarusman H. 2019. Akses ke Sarana Sanitasi Dasar sebagai Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Balita Usia 6-59 Bulan. *Jurnal Kesehatan*. 10(3): 413–421.
- Hikmah, Riyantini Y, Wahyuni Y. 2016. Hubungan Kelengkapan Imunisasi Dasar dengan Tumbuh Kembang Toddler di Posyandu Bunga Padi Kota Tangerang. *Jurnal JKFT*. 1(2): 89–96.
- Huddina NAS, Nurjannah, Fatmawati. 2024. Hubungan Pola Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Balita Usia 6-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Padongko Kabupaten Barru. *Jurnal Pendidikan Keperawatan dan Kebidanan*. 3(2): 85–95.
- Huriah T, Lestari Y, Sudyasih T, Sutantri S, Susyanto BE. 2020. Pendidikan Ibu Berbasis Masyarakat (PIBM) dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Pemenuhan Gizi Balita Stunting. *Jurnal Solma*. 9(2): 400–410.
- IDAI. 2024. Jadwal Imunisasi Anak Usia 0-18 Tahun Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Tahun 2024. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Islamiah A, Tallo NNA. 2020. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemberian MP-ASI Dini dengan Kejadian Stunting pada Balita di Kelurahan Lelamase Kecamatan Rasana'e Timur Kota Bima Tahun 2020. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak*. 14(2): 167–179.
- Junianti, N, Hanum P, Wulandari A, Qurniawan L, Suzarni M, Bismawati. 2025. Hubungan Sosial Budaya, Pengetahuan, Sumber Informasi dengan Pemberian MP-ASI Dini pada Bayi Usia 0-6 Bulan. *Manuju: Malahayati Nursing Journal*. 7(6): 2375–2385.
- Kamara JK, Galukande M, Maeda F, Luboga S, Renzaho AMN. 2017. Understanding the Challenges of Improving Sanitation and Hygiene Outcomes in a Community Based Intervention: A Cross-Sectional Study in Rural Tanzania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 14(6): 1–16.
- Kamilah A, Ramadhaniah R, Santi TD. 2022. Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan, BBLR, ASI Eksklusif dan Asupan Protein dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia > 6-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Baitussalam Kecamatan Baitussalam Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022. *Journal of Health and Medical Science*. 1(1): 171–177.
- Kementerian Kesehatan RI. 2022. Buku Bacaan Kader Posyandu 'Jangan Sebar Kotoranmu! Ayo Pakai Jamban Sehatmu!' Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2024. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kementerian Kesehatan RI. 2023. Buku Resep Makanan Lokal Bayi, Balita, dan Ibu Hamil. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak. Jakarta, Indonesia: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2019 Tentang Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Untuk Masyarakat Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2024. Petunjuk Teknis: Pemantauan Praktik MP-ASI Anak Usia 6-23 Bulan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2025. Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 dalam Angka. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Khairani N, Effendi SU. 2020. Analisis Kejadian Stunting pada Balita Ditinjau Dari Status Imunisasi Dasar dan Riwayat Penyakit Infeksi. PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat. 4(2): 228–234.
- Kumayas V, Malonda NSH, Punuh MI. 2019. Hubungan Antara Status Imunisasi dan Penyakit Infeksi dengan Status Gizi pada Balita Usia 24-59 Bulan di Desa Tateli Dua Kecamatan Mandolang Kabupaten Minahasa. Jurnal KESMAS. 8(6): 299–305.
- Legie FS, Lubis M. 2019. Hubungan Usia Awitan Pemberian Makanan Pendamping-ASI (MPASI) dengan Status Gizi pada Balita di Puskesmas Pancur Batu, Deli Serdang Tahun 2017. Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana. 4(1): 10–17.
- 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.
- Masitah R. 2025. Peningkatan Ketepatan Jenis, Porsi Dan Tekstur Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) Melalui Konseling dan Penyuluhan Gizi. Jurnal Pengabdian dan Pengembangan Masyarakat Indonesia. 4(1): 76–83.

- Mawaddah S, Utami PP, Khaerani N. 2021. Analisis Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Terhadap Status Gizi Bayi Usia 12-24 Bulan di Desa Guntur Macan Puskesmas Gunungsari Tahun 2021. *JKF*. 9(1): 33–37.
- Mirania AN, Louis SL. 2021. Hubungan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi pada Anak Usia 6-24 Bulan. *Citra Delima: Jurnal Ilmiah STIKES Citra Delima Bangka Belitung*. 5(1): 45–52.
- Munthe SN, Silalahi RM, Pertiwi KC, Permanasari VY, Andriani H. 2024. Kajian Literatur: Pengaruh Konsumsi Air Bersih terhadap Stunting pada Anak yang Berasal dari Keluarga Berpendapatan Rendah. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*. 4(2): 566–580.
- Nauli M, Dalimunthe KT, Dalimunthe DS, Pohan H. 2023. Hubungan Status Gizi, Ekonomi dan Fasilitas Kesehatan dengan Kejadian Stunting di Kelurahan Padang Matinggi. *Miracle Journal*. 3(1): 1–9.
- Novikasari L, Hardono, Adi HS. 2020. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi pada Bayi Usia 6-12 Bulan. *Holistik Jurnal Kesehatan*. 14(1): 29–37.
- Oginawati K, Yapfrine SJ, Fahimah N, Salami IRS, Susetyo SH. 2023. The associations of heavy metals exposure in water sources to the risk of stunting cases. *Emerging Contaminants*. 9(4): 1–8.
- Oktavia A, Punuh MI, Sanggelorang Y. 2025. Hubungan Riwayat Imunisasi Dasar dengan Status Gizi pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Remboken. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 9(2): 5563–5570.
- Patty SY. 2023. Hubungan ASI Eksklusif, dan Pemberian MP-ASI dan Penyakit Infeksi dengan Status Gizi Balita Umur 12-24 Bulan di Puskesmas Siko Kota Ternate Tahun 2022. *SIMFISIS: Jurnal Kebidanan Indonesia*. 3(2): 607–614.
- Pertiwi TS, Widayani P. 2018. Penggunaan Sistem Informasi Geografis (GIS) untuk Pemetaan Kerentanan Wilayah Berdasarkan Faktor Risiko Kejadian Diare pada Balita. *Journal of Information System for Public Health*. 3(1): 30–39.
- Pibriyanti K, Atmojo D. 2017. Hubungan Tekstur Makanan Pendamping ASI dengan Status Gizi Bayi Usia 6-12 Bulan di Puskesmas Trucuk I Kecamatan Trucuk Kabupaten Klaten. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*. 9(22): 217–222.
- Purba SS, Aritonang EY, Nasution Z. 2019. Hubungan Pola Asuh dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Batu Anam Kabupaten Simalungun 2018. *Jurnal Kesehatan Pena Medika*. 9(1): 1–7.

- Puskesmas Tanjung Sari Natar. 2025. Profil Status Gizi Usia 6-24 Bulan Puskesmas Rawat Inap Tanjung Sari Natar. Lampung Selatan: Puskesmas Tanjung Sari Natar.
- Putri EBA, Nurbaeti TS, Dhewi S, Conterius REB, Badi'ah A, Majiding CM. 2023. Ilmu Gizi dan Pangan (Teori dan Penerapan). Bandung: Media Sains Indonesia.
- Putri LTD, Faturrahman Y, Maywati S. 2022. Analisis Perilaku Ibu yang Tidak Memberikan Imunisasi Dasar pada Bayi (Kajian Teori Health Belief Model (HBM) di Desa Cipicung Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Culamega Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2021). *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*. 18(1): 355–367.
- Putri NZ, Lusida N. 2025. Hubungan Status Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi Balita Puskesmas Menur Kota Surabaya. *Medic Nutricia: Jurnal Ilmu Kesehatan*. 12(4): 81–90.
- Putri RA. 2019. Hubungan Kondisi Rumah dengan Kejadian ISPA di Desa Kotagajah Kecamatan Kotagajah Kabupaten Lampung Tengah. *Ruwa Jurai*. 13(2): 75–80.
- Rahma FA, Munir M, Fauziah LF. 2024. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif, Kelengkapan Imunisasi Dasar dan Penyakit Infeksi pada Balita Usia 1-5 Tahun dengan Kejadian Wasting di Kabupaten Tuban. *INSOLOGI: Jurnal Sains dan Teknologi*. 3(2): 215–225.
- Rahmadani RA, Wahyuni R, Arda D, Musrah AS, Sabriana R. 2023. Faktor Sosial Ekonomi dengan Status Gizi Balita. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*. 12(2): 445–451.
- Rahmawati UA. 2019. Hubungan Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dengan Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) di Wilayah Kerja Puskesmas Sentolo I Kabupaten Kulon Progo Tahun 2019. Yogyakarta: Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta.
- Rimandini KD, Syafnil L. 2022. Hubungan Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Bayi 6-24 Bulan pada Masa Pandemi Covid 19 di Klinik Moty Care Ciangsana Tahun 2021. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 4(1): 32–39.
- Rizyana NP, Yulia. 2018. Hubungan Pola Asuh terhadap Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Dadok Tunggul Hitam Kota Padang Tahun 2018. *Jurnal Ilmu Kesehatan (JIK)*. 2(2): 100–107.
- Rohmah N, Syahrul F. 2017. Hubungan Kebiasaan Cuci Tangan dan Penggunaan Jamban Sehat dengan Kejadian Diare Balita. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 5(1): 95–106.

- Roslina. 2022. Karakteristik Ibu, Bayi dan Balita (Usia 6-24 Bulan) dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). *Midwifery Journal*. 2(2): 94–102.
- Sapitri R, Simangunsong D, Riskierdi F, Fevria R. 2022. Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi pada Balita. *Prosiding Seminar Biologi*. 2(2): 864–869.
- Sari RP, Agustin K. 2023. Analisis Hubungan Status Gizi dengan Kejadian Penyakit Infeksi pada Anak Balita di Posyandu Wilayah Puskesmas Colomadu I. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 14(1): 171–178.
- Sari WP, Angraini DI. 2022. Hubungan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi Bayi Usia 6-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Satelit Kota Bandar Lampung. *Medula*. 12(2): 386–390.
- Sarinda RA, Trisonjaya T, Supriyanto BE. 2023. Hubungan Pemberian Imunisasi Dasar dengan Status Gizi Pada Anak Usia 1 - 3 Tahun. *Malahayati Nursing Journal*. 5(10): 3541–3549.
- Shrestha A, Six J, Dahal D, Marks S, Meierhofer R. 2020. Association of nutrition, water, sanitation and hygiene practices with children's nutritional status, intestinal parasitic infections and diarrhoea in rural Nepal: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 20(1241): 1–21.
- Stiawan YMP, Mulyanti L, Istiana S, Damayaanti FN. 2024. Hubungan Pola Pemberian MPASI pada Bayi Usia 6-24 Bulan dengan Status Gizi di Kelurahan Sendangguwo. *Prosiding Seminar Nasional UNIMUS*. 7(1): 243–249.
- Suci LN, Farizi SA, Andriyanti. 2024. Pengaruh Pola Pemberian MPASI terhadap Status Gizi Balita Usia 7-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kesamben Kabupaten Blitar. *Blantika: Multidisciplinary Journal*. 2(8): 211–219.
- Sugiyono. 2023. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV Alfabeta.
- Sutriyawan A, Kurniawati RD, Rahayu S, Habibi J. 2020. Hubungan Status Imunisasi dan Riwayat Penyakit Infeksi dengan Kejadian Stunting pada Balita: Studi Retrospektif. *Journal of Midwifery*. 8(2): 2–9.
- Syahrin MA, Hadju V, As'Ad S. 2020. Pola Pemberian ASI dan Pemberian MPASI dengan Status Gizi Anak Usia 12-23 Bulan. *Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung*. 12(2): 335–339.

- Syam NFS, Triananingsih N, Azis M, Eryanti R. 2025. The Relationship between Type and Frequency of Complementary Feeding and Nutritional Status among Infants Aged 7-12 Months. *Omni Health Journal*. 2(4): 92–96.
- Tanjung NU, Nazara EN. 2023. Hubungan Asupan Gizi Makro dan Riwayat Infeksi dengan Malnutrisi pada Balita di Puskesmas Lotu. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*. 15(1): 23–28.
- Thamaria N. 2017. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Toby YR, Anggraeni LD, Rasmada S. 2021. Analisis Asupan Zat Gizi terhadap Status Gizi Balita. *Faletehan Health Journal*. 8(2): 92–101.
- Tribakti I, Nelwetis N, Noflidaputri R, Diniayuningrum A, Aji R, Syakurah RA, Sembiring A, Kasiyati M, Hidayati SA, Jayatmi I. 2023. *Vaksin dan Imunisasi*. Padang: PT Global Eksekutif Teknologi.
- UNICEF. 2020. *Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2023. *Key Asks 2023: SDG National Reviews*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2021. *UNICEF Conceptual Framework on Maternal and Child Nutrition*. New York: UNICEF.
- UNICEF, World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. 2025. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF / WHO / World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. Key findings of the 2025 edition*. Geneva: World Health Organization.
- Utami FA, Dharmawan LL, Ratih OD. 2023. *Buku Vaksin Indonesia untuk Parents*. Jakarta: imuni.
- WHO. 2017. *Guidelines for Drinking-water Quality: fourth edition incorporating the first addendum*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2023. *WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*. Geneva: World Health Organization.
- Wulandari SA, Agussafutri WD, Andhikantias YR. 2021. Hubungan Kelengkapan Status Imunisasi Dasar terhadap Status Gizi pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Jaten II Karanganyar. *Surakarta*.
- Wulanta E, Amisi MD, Punuh ML. 2019. Hubungan Antara Status Sosial Ekonomi dengan Status Gizi pada Anak Usia 24-59 Bulan di Desa Kima Bajo Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara. *Jurnal KESMAS*. 8(5): 34–41.

- Yulnefia, Faris AR. 2020. Hubungan Frekuensi Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan. *Collaborative Medical Journal (CMJ)*. 3(3): 123–130.
- Zaidah N, Fathwa MG, Hapsoro I. 2024. Hubungan Karakteristik Ibu terhadap Status Gizi Balita di Wilayah Puskemas Imbanagara Kabupaten Ciamis. *Manuju: Malahayati Nursing Journal*. 6(1): 355–366.
- Zogara AU, Loaloka MS, Pantaleon MG. 2021. Faktor Ibu dan Waktu Pemberian MPASI Berhubungan dengan Status Gizi Balita di Kabupaten Kupang. *Journal of Nutrition College*. 10(1): 55–61.
- Zukhrina Y, Yarah S. 2020. Hubungan Kelengkapan Imunisasi Dasar dan Penyakit Diare dengan Kejadian Wasting pada Balita Usia 2-5 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Kuta Baro Kabupaten Aceh Besar Tahun 2020. *Jurnal Aceh Medika*. 4(2): 216–224.