

BAB VI PEMBAHASAN

6.1. Karakteristik ibu dan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Pauh

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) di wilayah kerja Puskesmas Pauh berada pada usia ≥ 1 tahun, berjenis kelamin perempuan, dan termasuk dalam kategori BBLR 2000–<2500 gram. Temuan ini menunjukkan bahwa mayoritas kasus BBLR yang ditemukan masih berada pada kelompok BBLR ringan. Secara klinis, bayi dengan BBLR ringan memiliki peluang tumbuh kembang yang relatif lebih baik dibandingkan bayi dengan berat lahir sangat rendah, terutama apabila memperoleh pemantauan kesehatan secara rutin, asupan gizi yang adekuat, serta dukungan perawatan dari keluarga dan tenaga kesehatan. Kondisi ini juga mengindikasikan bahwa sebagian besar bayi BBLR dalam penelitian ini berpotensi mengalami perbaikan status kesehatan apabila intervensi dilakukan secara optimal sejak dini.^{60,61}

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rembet dkk. tahun 2017 yang menyatakan bahwa sebagian besar kasus BBLR yang dijumpai di fasilitas pelayanan kesehatan berada pada rentang berat lahir 2000–<2500 gram. Penelitian tersebut mengemukakan bahwa kategori BBLR ringan lebih sering ditemukan dibandingkan BBLR berat, karena faktor-faktor penyebabnya umumnya masih dapat dicegah dan dikendalikan. Kondisi ini sering dikaitkan dengan faktor maternal yang bersifat modifiable, seperti status gizi ibu selama kehamilan, kepatuhan terhadap kunjungan *antenatal care* (ANC), serta kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil. Dengan demikian, upaya pencegahan dan penanganan dini terhadap kejadian BBLR masih sangat memungkinkan untuk dilakukan melalui peningkatan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal.^{60,61}

Berdasarkan karakteristik ibu, mayoritas ibu berada pada kelompok usia reproduktif sehat, yaitu 20–35 tahun. Usia ini secara biologis dianggap sebagai usia yang paling aman untuk kehamilan karena organ reproduksi telah berkembang secara optimal dan risiko terjadinya komplikasi kehamilan relatif lebih rendah dibandingkan usia <20 tahun maupun >35 tahun. Namun demikian, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian BBLR tidak hanya terjadi pada ibu dengan usia berisiko, tetapi juga dapat terjadi pada ibu usia reproduktif sehat. Hal ini mengindikasikan bahwa usia ibu bukan satu-satunya faktor penentu kejadian BBLR, melainkan terdapat faktor lain yang turut berperan, seperti kondisi kesehatan ibu, status gizi, jarak kehamilan, serta kualitas perawatan selama masa kehamilan.^{60,61}

Mayoritas ibu dalam penelitian ini bekerja sebagai ibu rumah tangga. Kondisi ini dapat berkaitan dengan aktivitas fisik harian, tingkat pendidikan, serta akses ibu terhadap informasi dan pelayanan kesehatan selama kehamilan. Ibu rumah tangga cenderung memiliki aktivitas domestik yang beragam, yang pada kondisi tertentu dapat menyebabkan kelelahan apabila tidak diimbangi dengan istirahat yang cukup dan pemenuhan gizi yang baik. Selain itu, akses terhadap informasi kesehatan sangat bergantung pada peran tenaga kesehatan dan program penyuluhan yang tersedia di lingkungan tempat tinggal. Penelitian Zulfikar dkk. tahun 2023 menyebutkan bahwa pekerjaan ibu memiliki hubungan dengan kejadian BBLR, di mana ibu dengan keterbatasan akses informasi dan layanan kesehatan berpotensi memiliki risiko lebih tinggi melahirkan bayi BBLR.^{60,61}

Berdasarkan status gizi LILA trimester III ibu, hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok ibu yang memberikan ASI eksklusif, sebagian besar memiliki status gizi normal (61,1%), sedangkan pada kelompok ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif didominasi oleh status gizi kurang energi kronik (KEK) sebesar 66,7%. Secara keseluruhan, status gizi ibu terbanyak adalah status gizi normal (60%) sedangkan KEK (40%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya. Penelitian yang dilakukan oleh Rembet dkk. tahun 2017 melaporkan bahwa mayoritas ibu yang memberikan ASI eksklusif memiliki status gizi normal (59,4%), sedangkan ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif didominasi oleh status gizi KEK (74,1%). Hal ini menunjukkan bahwa kondisi gizi ibu berperan penting dalam keberhasilan pemberian ASI eksklusif.⁶⁰ Selain itu, penelitian Zulfikar dkk. tahun 2023 menemukan bahwa sebagian besar bayi BBLR lahir dari ibu dengan status gizi berdasarkan LILA kategori normal (70%). Temuan tersebut memperkuat dugaan bahwa status gizi ibu selama kehamilan memiliki kontribusi penting terhadap kondisi bayi saat lahir dan pola pemberian ASI setelah kelahiran.⁶¹

Hubungan biologis antara LILA trimester III dan status laktasi dapat dijelaskan melalui peran LILA sebagai indikator status gizi ibu jangka panjang. LILA mencerminkan cadangan energi dan protein ibu yang sangat dibutuhkan selama proses laktasi. Ibu dengan LILA normal cenderung memiliki keseimbangan hormon laktasi yang lebih baik, termasuk hormon prolaktin dan oksitosin, sehingga mendukung produksi dan pengeluaran ASI. Sebaliknya, ibu dengan KEK berisiko mengalami gangguan metabolik dan hormonal yang dapat memengaruhi produksi

serta kualitas ASI, yang pada akhirnya berdampak pada keberhasilan ASI eksklusif.^{60,61}

Peran intervensi gizi ibu dalam upaya peningkatan pertumbuhan bayi BBLR menjadi sangat penting mengingat bayi BBLR memiliki kebutuhan nutrisi yang lebih tinggi untuk mencapai pertumbuhan optimal. Intervensi gizi sejak masa kehamilan, seperti pemantauan LILA secara rutin, suplementasi zat gizi, serta edukasi gizi bagi ibu hamil dan menyusui, dapat mencegah terjadinya KEK dan meningkatkan keberhasilan ASI eksklusif. Dengan perbaikan status gizi ibu, diharapkan kualitas dan kuantitas ASI meningkat sehingga dapat mendukung kecepatan pertumbuhan berat badan dan panjang badan bayi BBLR secara optimal.^{60,61}

Keterkaitan antara status gizi ibu berdasarkan LILA trimester III dan pemberian ASI eksklusif dengan hasil pertumbuhan bayi BBLR terlihat jelas jika dikaitkan dengan temuan pada subbab sebelumnya. Pada subbab sebelumnya telah ditunjukkan bahwa bayi BBLR usia 0–6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif memiliki kecepatan pertumbuhan berat badan dan panjang badan yang lebih tinggi dibandingkan bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif, dengan perbedaan yang bermakna secara statistik ($p < 0,05$) pada seluruh interval usia. Temuan tersebut menunjukkan bahwa ASI eksklusif berperan penting dalam mendukung pertumbuhan optimal bayi BBLR.^{60,61}

Hasil tersebut dapat dijelaskan lebih lanjut melalui temuan pada subbab ini, yaitu proporsi ibu dengan status gizi normal lebih tinggi pada kelompok ASI eksklusif. Ibu dengan status gizi normal memiliki cadangan energi dan zat gizi yang memadai selama kehamilan dan masa menyusui, sehingga mampu mendukung

proses laktogenesis secara optimal. Produksi ASI yang cukup baik dari segi kuantitas dan kualitas memungkinkan bayi BBLR memperoleh asupan nutrisi yang adekuat, yang pada akhirnya tercermin pada kecepatan pertumbuhan berat badan dan panjang badan yang lebih tinggi sebagaimana ditemukan pada subbab sebelumnya.^{59,60}

Sebaliknya, dominansi status gizi KEK pada kelompok ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif dapat menjadi salah satu faktor yang menjelaskan lebih rendahnya kecepatan pertumbuhan bayi BBLR pada kelompok tersebut. Kondisi KEK pada ibu berpotensi menyebabkan penurunan produksi ASI, baik karena keterbatasan cadangan energi maupun gangguan keseimbangan hormonal selama laktasi. Hal ini dapat berdampak pada asupan nutrisi bayi yang tidak optimal, sehingga pertumbuhan berat badan dan panjang badan bayi BBLR menjadi lebih lambat, sebagaimana terlihat pada kelompok tidak ASI eksklusif pada subbab sebelumnya.⁵⁸

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya keterkaitan tidak langsung antara status gizi ibu berdasarkan LILA trimester III, keberhasilan pemberian ASI eksklusif, dan kecepatan pertumbuhan bayi BBLR. Status gizi ibu yang baik mendukung keberhasilan ASI eksklusif, yang selanjutnya berkontribusi terhadap pertumbuhan berat badan dan panjang badan bayi BBLR yang lebih optimal. Temuan ini menegaskan pentingnya pemantauan dan perbaikan status gizi ibu sejak masa kehamilan sebagai bagian dari upaya meningkatkan pertumbuhan dan kesehatan bayi BBLR.⁵⁸⁻⁶⁰

6.2. Rata-rata kecepatan pertumbuhan berat badan berdasarkan parameter g/kg/hari pada bayi BBLR yang mendapatkan ASI eksklusif dan tidak mendapatkan ASI eksklusif usia 0–6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pauh

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa bayi BBLR usia 0–6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif memiliki rata-rata kecepatan pertumbuhan berat badan yang lebih tinggi dibandingkan bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif pada seluruh interval usia. Pada interval usia 0–1 bulan, rerata kecepatan pertumbuhan berat badan bayi ASI eksklusif sebesar $12,63 \pm 9,26$ g/kg/hari, sedangkan bayi tidak ASI eksklusif sebesar $6,34 \pm 2,87$ g/kg/hari. WHO menyebutkan bahwa kenaikan berat-badan pada interval 0-1 bulan berkisar 602 gram – 1171 gram atau yang setara dengan 4,46-8,67 g/kg/hari, sehingga kelompok ASI eksklusif berada di atas nilai rujukan yang menandakan pertumbuhan lebih cepat dan optimal dibandingkan standar populasi rujukan, sementara kelompok tidak ASI eksklusif berada di dalam nilai rujukan.⁴⁸

Pada interval usia 1–2 bulan, rerata kecepatan pertumbuhan berat badan bayi ASI eksklusif sebesar $10,67 \pm 4,03$ g/kg/hari, lebih tinggi dibandingkan bayi tidak ASI eksklusif sebesar $4,84 \pm 1,86$ g/kg/hari. WHO menyebutkan bahwa kenaikan berat-badan pada interval 1-2 bulan berkisar 734 gram – 1301 gram atau yang setara dengan 4,53-8,03 g/kg/hari. Hasil ini menunjukkan bahwa kelompok ASI eksklusif diatas nilai rujukan, sedangkan kelompok tidak ASI eksklusif berada di batas bawah kisaran tersebut.⁴⁸

Pada interval usia 2–3 bulan, kecepatan pertumbuhan berat badan bayi ASI eksklusif sebesar $5,44 \pm 2,12$ g/kg/hari, sedangkan bayi tidak ASI eksklusif sebesar $2,32 \pm 0,74$ g/kg/hari. WHO menyebutkan bahwa kenaikan berat-badan pada interval 2-3 bulan berkisar 494 gram – 952 gram atau yang setara dengan 2,24-5,59

g/kg/hari. Dengan demikian, kelompok ASI eksklusif masih berada dalam batas nilai rujukan, sedangkan kelompok tidak ASI eksklusif berada di bawah standar yang diharapkan.⁴⁸ Pada interval usia 3–4 bulan, rerata kecepatan pertumbuhan berat badan bayi ASI eksklusif sebesar $3,93 \pm 1,58$ g/kg/hari, sedangkan bayi tidak ASI eksklusif sebesar $1,62 \pm 0,58$ g/kg/hari. WHO menyebutkan bahwa kenaikan berat-badan pada interval 3-4 bulan berkisar 376–804 gram atau yang setara dengan 1,96-4,19 g/kg/hari, menunjukkan bahwa kelompok ASI eksklusif masih berada dalam nilai rujukan, sementara kelompok tidak ASI eksklusif berada di bawah nilai rujukan.⁴⁸

Pada interval usia 4–5 bulan, rerata kecepatan pertumbuhan berat badan bayi ASI eksklusif sebesar $3,40 \pm 1,65$ g/kg/hari, dan bayi tidak ASI eksklusif sebesar $1,42 \pm 0,64$ g/kg/hari. WHO menyebutkan bahwa kenaikan berat-badan pada interval 4-5 bulan berkisar 286–703 gram atau yang setara dengan 1,42-3,50 g/kg/hari, menunjukkan bahwa kelompok ASI eksklusif masih berada dalam nilai rujukan, sementara kelompok tidak ASI eksklusif tepat berada di batas bawah nilai rujukan.⁴⁸

Pada interval usia 5–6 bulan, kecepatan pertumbuhan berat badan bayi ASI eksklusif sebesar $3,43 \pm 1,93$ g/kg/hari, sedangkan bayi tidak ASI eksklusif sebesar $1,50 \pm 0,94$ g/kg/hari. WHO menyebutkan bahwa kenaikan berat-badan pada interval 5-6 bulan berkisar 203–611 gram atau yang setara dengan 0,97-2,91 g/kg/hari, sehingga kelompok ASI eksklusif berada diatas nilai rujukan normal, sedangkan kelompok tidak ASI eksklusif berada di nilai yang diharapkan.⁴⁸

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yuli Istinawati (2014) yang menunjukkan bahwa growth velocity bayi ASI eksklusif lebih tinggi pada setiap

interval usia dibandingkan bayi tidak ASI eksklusif. Pada bayi ASI eksklusif, GV berturut-turut sebesar 8,8 g/kg/hari (0–1 bulan), 6,7 g/kg/hari (1–2 bulan), 5,7 g/kg/hari (2–3 bulan), 3,6 g/kg/hari (3–4 bulan), 3,3 g/kg/hari (4–5 bulan), dan 2,7 g/kg/hari (5–6 bulan). Sementara itu, pada bayi tidak ASI eksklusif GV lebih rendah, yaitu 7,6; 5,3; 4,2; 3,0; 2,7; dan 2,0 g/kg/hari pada interval usia yang sama. Hal ini menegaskan bahwa bayi ASI eksklusif memiliki *growth velocity* yang lebih tinggi pada setiap interval usia dibandingkan bayi tidak ASI eksklusif, dengan kecenderungan penurunan kecepatan pertumbuhan seiring bertambahnya usia pada kedua kelompok, namun tetap lebih tinggi pada kelompok ASI eksklusif.⁴⁷

6.3. Rata-rata kecepatan pertumbuhan panjang badan berdasarkan parameter cm/minggu pada bayi BBLR yang mendapatkan ASI eksklusif dan tidak mendapatkan ASI eksklusif usia 0–6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pauh

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kecepatan pertumbuhan panjang badan (*growth velocity*/GV) bayi BBLR usia 0–6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif secara konsisten lebih tinggi dibandingkan bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif pada hampir seluruh interval usia. Pada interval usia 0–1 bulan, rerata GV panjang badan bayi ASI eksklusif sebesar $1,47 \pm 1,43$ cm/minggu, sedangkan bayi tidak ASI eksklusif sebesar $0,66 \pm 0,57$ cm/minggu. WHO menyebutkan bahwa kenaikan panjang-badan pada interval 0-1 bulan berkisar 2,7–3,7 cm atau yang setara dengan 0,68-0,93 cm/minggu, sehingga nilai pada kelompok ASI eksklusif berada di atas nilai rujukan, sementara kelompok tidak ASI eksklusif berada di bawah nilai rujukan. Hal ini menunjukkan bahwa ASI eksklusif berperan penting dalam menunjang pertumbuhan *linear* awal bayi BBLR.⁴⁹

Pada interval usia 1–2 bulan, GV panjang badan bayi ASI eksklusif sebesar $0,90 \pm 0,49$ cm/minggu, lebih tinggi dibandingkan bayi tidak ASI eksklusif yaitu

0,36 ± 0,17 cm/minggu. WHO menyebutkan bahwa kenaikan panjang-badan pada interval 1-2 bulan berkisar 2,3–3,3 cm atau yang setara dengan 0,58-0,83 cm/minggu. Dengan demikian, kelompok ASI eksklusif berada diatas nilai rujukan normal, sedangkan kelompok tidak ASI eksklusif berada jauh di bawah nilai yang diharapkan.⁴⁸

Pada interval usia 2–3 bulan, GV panjang badan bayi ASI eksklusif tercatat 0,88 ± 0,47 cm/minggu, sedangkan bayi tidak ASI eksklusif sebesar 0,36 ± 0,17 cm/minggu. WHO menyebutkan bahwa kenaikan panjang-badan pada interval 2-3 bulan berkisar 2–2,9 cm atau yang setara dengan 0,50-0,73 cm/minggu. Dengan demikian, kelompok ASI eksklusif berada diatas nilai rujukan normal, sedangkan kelompok tidak ASI eksklusif berada di nilai yang diharapkan.⁴⁸

Pada interval usia 3–4 bulan, rerata GV panjang badan bayi ASI eksklusif sebesar 0,69 ± 0,37 cm/minggu, sedangkan bayi tidak ASI eksklusif hanya 0,28 ± 0,13 cm/minggu. WHO menyebutkan bahwa kenaikan panjang-badan pada interval 3-4 bulan berkisar 1,7–2,5 cm atau yang setara dengan 0,43-0,63 cm/minggu. Dengan demikian, kelompok ASI eksklusif berada diatas nilai rujukan normal, sedangkan kelompok tidak ASI eksklusif berada jauh di bawah nilai yang diharapkan.⁴⁸

Pada interval usia 4–5 bulan, GV panjang badan bayi ASI eksklusif sebesar 0,72 ± 0,62 cm/minggu, lebih tinggi dibandingkan bayi tidak ASI eksklusif sebesar 0,31 ± 0,28 cm/minggu. WHO menyebutkan bahwa kenaikan panjang-badan pada interval 4-5 bulan berkisar 1,4–2,1 cm atau yang setara dengan 0,35-0,53 cm/minggu. Dengan demikian, kelompok ASI eksklusif berada diatas nilai rujukan

normal, sedangkan kelompok tidak ASI eksklusif berada di bawah nilai yang diharapkan.⁴⁹

Pada interval usia 5–6 bulan, GV panjang badan bayi ASI eksklusif sebesar $0,44 \pm 0,24$ cm/minggu, sedangkan bayi tidak ASI eksklusif sebesar $0,19 \pm 0,10$ cm/minggu. WHO menyebutkan bahwa kenaikan panjang-badan pada interval 5-6 bulan berkisar 1,2–1,9 cm atau yang setara dengan 0,30-0,48 cm/minggu. Dengan demikian, kelompok ASI eksklusif berada di nilai rujukan normal, sedangkan kelompok tidak ASI eksklusif berada di bawah nilai yang diharapkan.⁴⁸

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yuli Istinawati tahun 2014 yang menunjukkan bahwa *growth velocity* panjang badan bayi ASI eksklusif lebih tinggi dibandingkan bayi tidak ASI eksklusif pada hampir seluruh interval usia. Pada kelompok ASI eksklusif, GV panjang badan berturut-turut sebesar 0,57; 0,52; 0,48; 0,41; dan 0,38 cm/minggu pada usia 0–6 bulan, sedangkan pada kelompok tidak ASI eksklusif sebesar 0,56; 0,47; 0,45; 0,31; 0,30; dan 0,28 cm/minggu. Pola ini menunjukkan bahwa meskipun kecepatan pertumbuhan panjang badan menurun seiring bertambahnya usia, bayi yang mendapatkan ASI eksklusif tetap memiliki pertumbuhan *linear* yang lebih baik.⁴⁷

6.4. Perbandingan rata-rata kecepatan pertumbuhan berat badan (g/kg/hari) bayi BBLR yang mendapatkan ASI eksklusif dan tidak ASI eksklusif pada usia 0–6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pauh

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik pada rata-rata kecepatan pertumbuhan berat badan bayi BBLR usia 0–6 bulan antara kelompok yang mendapatkan ASI eksklusif dan tidak mendapatkan ASI eksklusif pada seluruh interval usia, dengan nilai $p < 0,05$. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Modou et al. tahun 2020 di Senegal pada 112 bayi BBLR, melaporkan bahwa rata-rata kenaikan berat badan usia 0–6 bulan

tertinggi terdapat pada kelompok ASI eksklusif (747,9 g) dibandingkan kelompok susu formula (676,6 g).⁵⁰ Meta-analisis oleh Moradi et al. tahun 2023 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik ($p < 0,05$) terhadap kenaikan berat badan pada bayi yang diberi ASI dibandingkan dengan bayi yang diberi susu formula. Meta-analisis tersebut menegaskan bahwa ASI memiliki keunggulan dalam mendukung pertumbuhan *linear* bayi secara konsisten pada berbagai populasi.⁵¹

Penelitian Rahayu et al. tahun 2024 di Puskesmas Kota Makassar juga melaporkan bahwa bayi BBLR yang mendapatkan ASI memiliki proporsi pertumbuhan berat badan normal (BB/U) yang lebih tinggi sebanyak 78 bayi dibandingkan bayi yang tidak diberikan ASI hanya 28 bayi, dengan hubungan yang bermakna secara statistik.⁵² Penelitian Susanti R et al. tahun 2013 pada 229 bayi BBLR di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau menunjukkan bahwa bayi BBLR yang mendapatkan ASI eksklusif mengalami peningkatan berat badan yang jauh lebih besar dalam dua minggu pertama perawatan (+108,7 g) dibandingkan bayi yang diberikan susu formula (+35,1 g) dengan nilai $p = 0,007$ yang menunjukkan ada perbedaan bermakna antara ASI dengan susu formula terhadap peningkatan berat badan bayi.⁵³

Selain itu, penelitian Kumala dan Purnomo tahun 2019 pada balita usia 12–36 bulan dengan riwayat BBLR di Puskesmas Tanah Kali Kedinding Surabaya melaporkan adanya hubungan yang signifikan antara pemberian ASI eksklusif dengan pertumbuhan balita. Temuan tersebut menunjukkan bahwa manfaat ASI eksklusif tidak hanya berdampak pada periode bayi, tetapi juga berlanjut hingga usia balita pada anak dengan riwayat BBLR.⁵⁴ Penelitian Yuli Istinawati tahun 2014

pada 78 bayi di Kota Malang melaporkan bahwa pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi rata-rata kenaikan berat badan diatas kenaikan batas minimal, sedangkan pada bayi yang hanya diberi susu formula pada 6 bulan pertama memiliki kenaikan berat badan dibawah batas minimal.⁴⁷

Penelitian Wulan Ambarwati tahun 2014 pada 70 bayi di Kelurahan Kebon Jeruk Jakarta melaporkan bahwa rata-rata pertumbuhan berat badan bayi usia 6-7 bulan yang diberikan ASI eksklusif adalah 4834,29 gram, sedangkan yang diberikan PASI (pengganti air susu ibu) hanya 3205,71 gram, dan secara statistik menunjukkan ada perbandingan pertumbuhan berat badan bayi yang diberikan ASI eksklusif dengan bayi yang diberikan PASI ($p < 0,03$).⁵⁵

Temuan ini juga didukung oleh penelitian Juriyah et al. tahun 2024 yang melaporkan bahwa terdapat hubungan antara pemberian ASI dengan kenaikan berat badan pada bayi BBLR di Ruang NICU RSUD Dr. M. Saleh Kota Probolinggo dengan nilai P value 0.000.⁵⁶ Hardiningsih et al. tahun 2021 melaporkan bahwa pemberian ASI eksklusif berhubungan signifikan dengan pertumbuhan berat badan bayi, dengan peluang mencapai pertumbuhan optimal hingga 2,25 kali lebih besar dibandingkan bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif.⁵⁷

ASI memiliki peran penting dalam meningkatkan kecepatan pertumbuhan berat badan bayi BBLR melalui beberapa mekanisme. ASI mengandung protein *whey* yang mudah dicerna, sehingga meningkatkan efisiensi penyerapan asam amino untuk sintesis jaringan tubuh. Kandungan asam lemak rantai panjang (LC-PUFA) dalam ASI berperan sebagai sumber energi utama dan mendukung akumulasi jaringan lemak serta pertumbuhan sel. Selain itu, ASI mengandung

faktor pertumbuhan seperti *insulin-like growth factor-1* (IGF-1) yang berperan dalam stimulasi pertumbuhan jaringan dan peningkatan berat badan.⁵¹

ASI juga mengandung enzim pencernaan, hormon, serta prebiotik dan probiotik alami yang memperbaiki maturasi saluran cerna, meningkatkan absorpsi nutrisi, dan menurunkan risiko infeksi. Penurunan kejadian infeksi ini berdampak langsung pada efisiensi penggunaan energi, sehingga energi yang dikonsumsi bayi lebih optimal digunakan untuk pertumbuhan berat badan. Kombinasi faktor-faktor tersebut menjadikan ASI eksklusif sebagai asupan nutrisi paling ideal untuk mendukung percepatan pertumbuhan berat badan bayi BBLR.⁵¹

Meskipun bayi BBLR yang mendapatkan ASI eksklusif umumnya menunjukkan kecepatan pertumbuhan berat badan yang lebih baik, beberapa bayi tetap mengalami penambahan berat badan yang kurang optimal. Menurut Rahayu et al. tahun 2024, kondisi ini dapat dipengaruhi oleh frekuensi dan teknik pemberian ASI yang tidak adekuat, faktor genetik, serta riwayat berat badan lahir yang sangat rendah.⁵² Temuan ini didukung oleh Novianti et al. tahun 2020 yang melaporkan bahwa bayi yang mendapatkan ASI namun mengalami penambahan berat badan yang tidak optimal umumnya berasal dari ibu dengan status gizi kurang atau Kekurangan Energi Kronis (KEK) selama kehamilan, sehingga kualitas dan kandungan energi ASI menjadi kurang optimal dan berdampak pada laju kenaikan berat badan bayi.⁵⁸

6.5. Perbandingan rata-rata kecepatan pertumbuhan panjang badan (cm/minggu) bayi BBLR yang mendapatkan ASI eksklusif dan tidak ASI eksklusif pada usia 0–6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pauh

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik pada rata-rata kecepatan pertumbuhan panjang badan bayi BBLR usia 0–6 bulan antara kelompok yang mendapatkan ASI eksklusif dan tidak

mendapatkan ASI eksklusif pada seluruh interval usia, dengan nilai $p < 0,05$. Temuan ini menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif berperan penting dalam mendukung pertumbuhan linear bayi BBLR selama enam bulan pertama kehidupan. Hasil ini sejalan dengan meta-analisis Moradi et al. tahun 2023 yang melaporkan adanya perbedaan signifikan secara statistik ($p < 0,05$) terhadap kenaikan panjang badan bayi yang mendapatkan ASI dibandingkan bayi yang diberikan susu formula. Meta-analisis tersebut menegaskan bahwa ASI memiliki keunggulan dalam mendukung pertumbuhan *linear* bayi secara konsisten pada berbagai populasi.⁵¹

Penelitian Yuli Istinawati tahun 2014 pada 78 bayi di Kota Malang juga melaporkan bahwa bayi yang mendapatkan ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan mengalami kenaikan panjang badan di atas batas minimal pertumbuhan, sedangkan bayi yang hanya diberikan susu formula pada enam bulan pertama memiliki kenaikan panjang badan di bawah batas minimal.⁴⁷ Penelitian Rahayu et al. tahun 2024 di Puskesmas Kota Makassar melaporkan bahwa bayi BBLR yang mendapatkan ASI memiliki proporsi pertumbuhan panjang badan normal berdasarkan indikator PB/U yang lebih tinggi, yaitu 58 bayi, dibandingkan bayi yang tidak diberikan ASI sebanyak 19 bayi, dengan hubungan yang bermakna secara statistik.⁵²

Selain itu, penelitian Wulan Ambarwati tahun 2014 pada 70 bayi di Kelurahan Kebon Jeruk, Jakarta, melaporkan bahwa rata-rata pertumbuhan panjang badan bayi usia 6–7 bulan yang diberikan ASI eksklusif sebesar 17,071 cm, lebih tinggi dibandingkan bayi yang diberikan PASI (pengganti air susu ibu) yaitu 15,057 cm. Secara statistik, penelitian tersebut menunjukkan adanya perbedaan

pertumbuhan panjang badan yang bermakna antara bayi yang diberikan ASI eksklusif dan bayi yang diberikan PASI ($p < 0,020$).⁵⁵ Penelitian Rahma et al. tahun 2021 pada 36 bayi di Posyandu wilayah kerja Puskesmas Ariodillah Palembang juga menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif terhadap pertumbuhan panjang badan bayi usia 6–9 bulan dengan nilai $p = 0,025$.⁵⁹

ASI berperan penting dalam mendukung pertumbuhan panjang badan bayi BBLR melalui berbagai mekanisme biologis. ASI mengandung protein berkualitas tinggi dengan komposisi whey lebih dominan dibandingkan kasein, sehingga mudah dicerna dan optimal dalam mendukung sintesis jaringan tubuh serta pertumbuhan tulang. Selain itu, ASI mengandung kalsium, fosfor, dan vitamin D dengan bioavailabilitas tinggi yang berperan langsung dalam proses mineralisasi tulang dan pemanjangan tulang panjang. ASI juga mengandung faktor pertumbuhan, seperti *insulin-like growth factor-1* (IGF-1) dan epidermal growth factor (EGF), yang berperan dalam stimulasi proliferasi dan diferensiasi sel, termasuk sel tulang dan jaringan ikat. Faktor-faktor ini mendukung pertumbuhan *linear* bayi, terutama pada bayi BBLR yang membutuhkan percepatan pertumbuhan pascakelahiran.⁵¹

Kandungan asam lemak rantai panjang (LC-PUFA) dalam ASI juga berperan dalam pembentukan membran sel dan mendukung fungsi hormonal yang berhubungan dengan pertumbuhan. ASI juga membantu pematangan saluran cerna dan sistem imun bayi, sehingga menurunkan risiko infeksi. Penurunan kejadian infeksi ini berkontribusi terhadap efisiensi penggunaan energi dan nutrisi, sehingga asupan nutrisi dapat dimanfaatkan secara optimal untuk pertumbuhan panjang

badan. Dengan kombinasi kandungan nutrisi makro, mikronutrien, dan faktor bioaktif tersebut, ASI eksklusif menjadi sumber nutrisi paling ideal dalam mendukung pertumbuhan panjang badan bayi BBLR selama enam bulan pertama kehidupan.⁵¹

Meskipun ASI eksklusif terbukti meningkatkan kecepatan pertumbuhan berat badan bayi BBLR, beberapa bayi tetap menunjukkan pertumbuhan yang tidak normal. Menurut Rahayu et al. tahun 2024 kondisi ini dapat dipengaruhi oleh cara dan frekuensi pemberian ASI yang tidak optimal, faktor genetik, serta riwayat berat badan lahir yang rendah.⁵² Temuan ini didukung oleh Novianti et al. tahun 2020 yang melaporkan adanya bayi yang mendapatkan ASI namun tetap mengalami gangguan pertumbuhan berat badan, terutama pada bayi dengan riwayat BBLR dan ibu dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) saat hamil. Status gizi ibu yang kurang dapat menurunkan kualitas nutrisi ASI sehingga berdampak pada pertumbuhan linear bayi.⁵⁸

6.6. Kelebihan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa kelebihan. Penilaian pertumbuhan bayi BBLR dilakukan menggunakan parameter *growth velocity* baik berat badan (g/kg/hari) maupun panjang badan (cm/minggu), sehingga mampu menggambarkan dinamika pertumbuhan secara lebih sensitif dan akurat dibandingkan hanya menggunakan indikator antropometri statis. Analisis dilakukan per interval usia bulanan (0–6 bulan), sehingga memberikan gambaran longitudinal mengenai pola pertumbuhan bayi BBLR. Selain itu, penelitian ini menggunakan uji statistik yang sesuai, didahului oleh uji normalitas *Shapiro–Wilk* dan dilanjutkan dengan uji *independent t-test*, sehingga validitas hasil analisis dapat dipertanggungjawabkan. Penggunaan data lapangan di wilayah kerja Puskesmas Pauh juga memberikan

relevansi kontekstual terhadap kondisi pelayanan kesehatan primer, khususnya dalam pemantauan pertumbuhan bayi BBLR di masyarakat.

6.7. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini juga memiliki beberapa keterbatasan. Desain penelitian yang bersifat observasional tidak memungkinkan peneliti untuk mengontrol seluruh faktor perancu yang dapat memengaruhi pertumbuhan bayi, seperti genetik, frekuensi dan teknik menyusui, serta kondisi sosial ekonomi keluarga. Selain itu, penilaian status ASI eksklusif bergantung pada riwayat yang dilaporkan oleh ibu, sehingga berpotensi menimbulkan *recall bias*. Penelitian ini juga terbatas pada satu wilayah kerja puskesmas, sehingga generalisasi hasil ke populasi yang lebih luas perlu dilakukan dengan hati-hati. Keterbatasan lain adalah tidak dilakukan analisis lanjutan hingga usia di atas 6 bulan, sehingga dampak jangka panjang pemberian ASI eksklusif terhadap pertumbuhan lanjutan bayi BBLR belum dapat dievaluasi secara komprehensif.

BAB VII PENUTUP

7.1. Kesimpulan

1. Karakteristik bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Pauh didominasi oleh bayi berusia ≥ 1 tahun, berjenis kelamin perempuan, dan berada pada kategori BBLR 2000–<2500 gram. Sementara itu, karakteristik ibu didominasi oleh ibu usia reproduktif sehat (20–35 tahun), bekerja sebagai ibu rumah tangga, serta memiliki status gizi normal berdasarkan pengukuran LILA trimester III.
2. Bayi BBLR usia 0–6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif memiliki rata-rata kecepatan pertumbuhan berat badan (g/kg/hari) yang lebih tinggi dibandingkan bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif pada seluruh interval usia.
3. Rata-rata kecepatan pertumbuhan panjang badan (cm/minggu) bayi BBLR yang mendapatkan ASI eksklusif lebih tinggi dibandingkan bayi tidak ASI eksklusif pada seluruh interval usia 0–6 bulan.
4. Terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik pada kecepatan pertumbuhan berat badan bayi BBLR antara kelompok ASI eksklusif dan tidak ASI eksklusif pada setiap interval bulan ($p < 0,05$).
5. Terdapat perbedaan yang signifikan pada kecepatan pertumbuhan panjang badan antara bayi BBLR yang mendapatkan ASI eksklusif dan tidak ASI eksklusif ($p < 0,05$).
6. Status gizi ibu bayi BBLR menunjukkan bahwa kelompok yang memberikan ASI eksklusif didominasi oleh status gizi normal, sedangkan kelompok yang tidak memberikan ASI eksklusif lebih banyak memiliki status gizi KEK, dengan status gizi normal sebagai kategori terbanyak secara keseluruhan.

7.2. Saran

1. Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat, khususnya ibu dan keluarga bayi BBLR, diharapkan dapat meningkatkan pemahaman dan praktik pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan dengan memperhatikan frekuensi dan teknik menyusui yang benar. Ibu menyusui juga perlu menjaga kecukupan asupan gizi selama masa laktasi agar kualitas dan kuantitas ASI tetap optimal. Selain itu, pemantauan pertumbuhan bayi secara rutin melalui posyandu atau fasilitas pelayanan kesehatan sangat penting untuk mendeteksi secara dini adanya gangguan pertumbuhan.

2. Bagi Pemerintah dan Pihak Terkait

Bagi pemerintah dan pihak terkait, diharapkan dapat memperkuat program promosi dan edukasi ASI eksklusif, terutama bagi ibu dengan bayi BBLR. Peningkatan kualitas layanan kesehatan melalui konseling laktasi, pemantauan pertumbuhan bayi secara berkala, serta intervensi gizi bagi ibu hamil dan menyusui perlu terus dikembangkan. Dukungan kebijakan yang berfokus pada pemenuhan gizi ibu dan bayi diharapkan mampu menurunkan kejadian BBLR serta meningkatkan kualitas pertumbuhan bayi.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk melakukan penelitian dengan desain longitudinal dan jumlah sampel yang lebih besar agar dapat menggambarkan pola pertumbuhan bayi BBLR secara lebih komprehensif. Penelitian mendatang juga diharapkan mempertimbangkan faktor-faktor perancu seperti status gizi ibu, kondisi sosial ekonomi, serta praktik menyusui. Selain itu, kajian lanjutan

mengenai dampak jangka panjang ASI eksklusif terhadap pertumbuhan dan perkembangan bayi BBLR hingga usia balita perlu dilakukan.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan, khususnya di bidang kesehatan, diharapkan dapat memperkuat materi pembelajaran dan praktik klinik mengenai pentingnya ASI eksklusif, terutama pada bayi BBLR. Integrasi hasil penelitian ini ke dalam kurikulum diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan calon tenaga kesehatan dalam mendukung pemberian ASI eksklusif serta pemantauan pertumbuhan bayi secara optimal.

5. Bagi Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan dapat berperan aktif dalam memberikan edukasi dan pendampingan kepada ibu bayi BBLR terkait pemberian ASI eksklusif, teknik menyusui yang benar, serta pemantauan pertumbuhan bayi secara rutin. Peningkatan konseling laktasi dan deteksi dini gangguan pertumbuhan di fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan dapat mendukung pertumbuhan optimal bayi BBLR.

DAFTAR PUSTAKA

1. Anil KC, Basel PL, Singh S. Low birth weight and its associated risk factors: Health facility-based case-control study. *PLoS One*. 2020;15(6 June):1–10.
2. Stevens LM, Lynm C, Glass RM. Low birth weight. *JAMA*. 2002;287(2):270.
3. Kementrian Kesehatan. Profil Kesehatan. 2023. 100 p.
4. Dinas kesehatan kota padang. Profil Kesehatan Kota Padang Tahun 2024. Etika Jurnalisme Pada Koran Kuning : Sebuah Studi Mengenai Koran Lampu Hijau. 2025.
5. Zhang CY, Zhao W, Pan XP, Huang AQ. Effects of feeding patterns during the first 6 months on weight development of infants ages 0–12 months: a longitudinal study. *Sci Rep*. 2024;14(1):1–10.
6. Mikołajczyk-Stecyna J. The impact of exclusive breastfeeding on breastfeeding duration. *Applied Nursing Research*. 2024;79(November 2023).
7. Bhattacharya A, Dhingra S, Adhikari KM. Postnatal growth in very low birth weight babies fed on exclusive human breast milk. *Int J Contemp Pediatrics*. 2021;8(2):318.
8. North K, Semrau KEA, Bellad RM, Dhaded SM, Das L, Behera JN, et al. The Association Between Breastfeeding and Growth Among Infants with Moderately Low Birth Weight: A Prospective Cohort Study. *Journal of Pediatrics*. 2024;269:114003.
9. Akastia I, Ningtyas WS, Suryawan A. Optimalisasi Pertumbuhan Balita Usia 12-36 Bulan : Peran Asi Eksklusif dan Faktor BBLR. *Jurnal Vokasi Keperawatan (JVK)*. 2024;7(1):10–20.
10. Mitra. Deviasi Positif Pertumbuhan Pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah. 2021.
11. Boyle EM, Mielewczyk FJ, Mulvaney C. Late preterm and early term birth: Challenges and dilemmas in clinical practice. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2024;29(6):101564.

12. Anggraini H, Windari F, Rosmawati D, Ningsih TR. Faktor Penyebab Terjadinya Berat Badan Lahir Rendah (Bblr). Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia. 2024;3(1):205–9.
13. Annisa N, Wardani DWSR RF. faktor risiko bayi berat lahir rendah. medula. 2023;13(1):136–40.
14. Rizkika A, Rahfiludin MZ, Asna AF. Low Birth Weight Related Factors at Kertek 2 Public Health Centre Wonosobo Regency. Amerta Nutrition. 2023;7(1):37–44.
15. Santoso HB, Susiarno H, Hidayat D. Pengaruh Faktor Risiko terhadap Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Bhayangkara Sartika Asih Bandung. Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science. 2023;6(3):397.
16. Melinda RO, Wartono M. Berat badan lahir dan kejadian hipoglikemia pada neonatus. Jurnal Biomedika dan Kesehatan. 2021;4(4):164–9.
17. Putri TA, Salsabilla DA, Saputra RK. The Effect of Low Birth Weight on Stunting in Children Under Five: A Meta Analysis. Journal of Maternal and Child Health. 2021;6(4):496–506.
18. Nakano Y. Adult-onset diseases in low birth weight infants: Association with adipose tissue maldevelopment. J Atheroscler Thromb. 2020;27(5):397–405.
19. Song IG, Kim HS, Cho YM, Lim Y na, Moon DS, Shin SH, et al. Association between birth weight and neurodevelopmental disorders assessed using the Korean National Health Insurance Service claims data. Sci Rep. 2022;12(1):1–8.
20. Das SK, Mannan M, Faruque ASG, Ahmed T, McIntyre HD, Al Mamun A. Effect of birth weight on adulthood renal function: A bias-adjusted meta-analytic approach. Nephrology. 2016;21(7):547–65.
21. Grillo MA, Mariani G, Ferraris JR. Prematurity and Low Birth Weight in Neonates as a Risk Factor for Obesity, Hypertension, and Chronic Kidney Disease in Pediatric and Adult Age. Front Med (Lausanne). 2022;8(February):1–9.

22. Ledinger D, Nußbaumer-Streit B, Gartlehner G. WHO Recommendations for Care of the Preterm or Low-Birth-Weight Infant. Vol. 86, Gesundheitswesen. 2024. 289–293 p.
23. Ariany D, Ade Shafira Putri, Abdullah S. Hubungan Pemberian Asi Eksklusif Dengan Tumbuh Kembang Bayi Usia 6 - 12 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Tipo. Medika Alkhairaat : Jurnal Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. 2021;3(2):63–7.
24. Ballard O. Human Milk Composition Nutrients and Bioactive Factors. 2025;60(2013):49–74.
25. Mohamed Ahmed SO, Ashgar RI, Mohammed Abdelgader AA, Abdalla Hamid HI, Mathkor DM, Abdelsadig Ali MA, et al. Exclusive breastfeeding: Impact on infant health. Clinical Nutrition Open Science. 2023;51:44–51.
26. Purkiewicz A, Regin KJ, Mumtaz W, Pietrzak-Fiećko R. Breastfeeding: The Multifaceted Impact on Child Development and Maternal Well-Being. Nutrients . 2025;17(8):1–26.
27. Alinezhad Shebilouysofla P, Mostafa Gharebaghi M, Sattarzadeh Jahdi N, Abdoli Najmi L, Hakimi S. Effect of cup, syringe, and finger feeding on time of oral feeding of preterm neonate's: a randomized controlled clinical trial. J Health Popul Nutr. 2022;41(1):1–10.
28. Syahri IM, Laksono AD, Fitria M, Rohmah N, Masruroh M, Ipa M. Exclusive breastfeeding among Indonesian working mothers: does early initiation of breastfeeding matter? BMC Public Health. 2024;24(1):1–11.
29. Karabayir N, Mertturk Potak E, Karaman S, Sebirli MF, Istanbulu MB, Potak M, et al. The Finger Feeding Method and Relactation. Cureus. 2022;14(4):1–7.
30. Dhanawat A, Behura SS, Panda SK. Manual Method vs Breast Pump for Breast Milk Expression in Mothers of Preterm Babies During First Postnatal Week: A Randomized Controlled Trial. Indian Pediatr. 2022;59(8):608–12.
31. Kritzinger A, van Rooyen E, Bergh AM. A swallowing and breastfeeding intervention programme for small and sick neonates embedded in kangaroo mother care. South African Journal of Communication Disorders. 2024;71(1):1–8.

32. Hidayaturrahmi, Rosmawaty, Nasitoh S, Handayani Y, Lidra Maribeth A. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak Usia 0-2 Tahun : Tinjauan Literatur. *Scientific Journal*. 2024;3(4):221–31.
33. Sung TH, Lin CS, Jeng MJ, Tsao PC, Chen WY, Lee YS. Weight growth velocity and growth outcomes in very-low-birth-weight infants developing major morbidities. *Pediatr Neonatol*. 2024;65(2):177–82.
34. Kurniawan J, Anggraini A, Julia M. Infant feeding practice on growth velocity in 4-6 month-olds. *Paediatr Indones*. 2018;58(1):36.
35. Fenton TR, Madhu A, Griffin I, Associates M atlantic N, Hoyos AB. Preterm Infant Growth Velocity Calculations : A Systematic Review. 2017;(March).
36. Juharji H, Albalawi K, Aldwaighri M, Almalki A, Alshiti H, Kattan W, et al. Impact of Breastfeeding on Low Birthweight Infants, Weight Disorders in Infants, and Child Development. *Cureus*. 2022;14(12):10–5.
37. Frank NM, Lynch KF, Uusitalo U, Yang J, Lönnrot M, Virtanen SM, et al. The relationship between breastfeeding and reported respiratory and gastrointestinal infection rates in young children. *BMC Pediatr*. 2019;19(1):339.
38. Gianni ML, Consonni D, Liotto N, Roggero P, Morlacchi L, Piemontese P, et al. Does human milk modulate body composition in late preterm infants at term-corrected age? *Nutrients*. 2016;8(10):1–10.
39. Altobelli E, Angeletti PM, Verrotti A, Petrocelli R. The impact of human milk on necrotizing enterocolitis: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2020;12(5):1–13.
40. Firman SR, Darmawansyih D, Jalaluddin S, Anastasia R. Dampak Pemberian Air Susu Ibu Terhadap Pertumbuhan Bayi pada Usia 0-6 Bulan dengan Riwayat Berat Lahir Rendah di Puskesmas Kota Makassar Tahun 2020-2022. *Sari Pediatri*. 2024;26(4):230.
41. Anggraeni S, Bengé D. Analisis pemberian ASI Eksklusif dengan Berat Badan Bayi Usia 1-6 Bulan. *Journal for Quality in Women's Health*. 2022;5(1):42–51.

42. Prabakar S, Prakash S, Somasekar R. A Prospective Study of Growth Pattern in Exclusively Breast Fed-Low Birth Weight (LBW) Infants. 2025;17(3):1100–3.
43. Atzemoglou N, Tzavellas NP, Dermitzaki N, Baltogianni M, Balomenou F, Atzemoglou N, et al. Breastfeeding in SGA Neonates : “ Does It Promote Healthier Growth Patterns ? ” Breastfeeding in SGA Neonates : “ Does It Promote Healthier Growth Patterns ?” 2025;0–14.
44. Resvick H, Foster A, Hartman B, DaSilva O, Coughlin K, Madill J. Breastfeeding supports growth in small for gestational age infants: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2025;114(2):258–71.
45. Visuthranukul C, Abrams SA, Hawthorne KM, Hagan JL, Hair AB. Premature small for gestational age infants fed an exclusive human milk-based diet achieve catch-up growth without metabolic consequences at 2 years of age. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2019;104(3):F242–7.
46. Nurani N, Wibowo T, Susilowati R, Hastuti J, Julia M, Van Weissenbruch MM. Growth of exclusively breastfed small for gestational age term infants in the first six months of life: a prospective cohort study. *BMC Pediatr*. 2022;22(1):1–11.
47. Istinawati Y. PERBEDAAN PERTUMBUHAN BAYI USIA 0-6 BULAN YANG MEMPEROLEH ASI EKSLUSIF DAN YANG MEMPEROLEH SUSU FORMULA DI KELURAHAN MERJOSARI KECAMATAN LOWOKWARU KOTA MALANG [Skripsi]. Universitas Brawijaya; 2014.
48. WHO. Weight Velocity. World Health Organization [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 6]; Available from: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-velocity>
49. WHO. Leight Velocity. World Health Organization [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 8]; Available from: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/length-velocity>
50. Modou G, Amadou S, Aminata S, Dieynaba Fafa C, Boiro Djibril LF, Glen N, et al. Weight Growth of Low Birth Weight Infants According to the Type of Breastfeeding. *J Pediatr Perinatol Child Health*. 2020;04(03).

51. Moradi M, Angali KA, Behzadi MH, Farnoosh R. The effect of breastfeeding on children's growth indices up to 6 months: An application of multivariate t linear mixed model. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2023 Jan 1;28(1):31.
52. Rahayu SF, Jalaluddin S, Anastasia R. Dampak Pemberian Air Susu Ibu Terhadap Pertumbuhan Bayi pada Usia 0-6 Bulan dengan Riwayat Berat Lahir Rendah di Puskesmas Kota Makassar Tahun 2020-2022. *Sari Pediatri*. 2024;26(4).
53. Susanti R, Hasanah O, Utami GT. PERBANDINGAN KENAIKAN BERAT BADAN BBLR YANG DIBERI ASI DAN SUSU FORMULA PADA DUA MINGGU PERTAMA PERAWATAN. 2013;
54. Kumala HK, Purnomo W. Hubungan ASI Eksklusif dengan Perkembangan Balita yang Memiliki Riwayat Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Puskesmas Tanah Kali Kedinding Surabaya. *Media Gizi Kesmas*. 2019;8(2):33–9.
55. Wulan Ambarwati. Perbandingan Pertumbuhan yang diberi ASI Eksklusif dengan PASI di Kelurahan Kebon Jeruk Jakarta [Skripsi]. [Jakarta]: UIN Syarif Hidayatullah; 2014.
56. Juriyah, Zakiyyah M, Rohmatin H. HUBUNGAN PEMBERIAN ASI DENGAN KENAIKAN BERAT BADAN PADA BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) DI RUANG NICU RSUD DR. MOHAMAD SALEH KOTA PROBOLINGGO. *ASSYIFA : Jurnal Ilmu Kesehatan* [Internet]. 2024 Jan 19;1(1):181–90. Available from: <https://assyifa.forindpress.com/index.php/assyifa/article/view/32>
57. Hardiningsih H, Astrika Yunita F. Analisis Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Berat Badan Bayi Usia 6-12 Bulan di Wonorejo Karanganyar. *Profesi (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian* [Internet]. 2021 Jun 9;18(2):81–7. Available from: <https://journals.itspku.ac.id/index.php/profesi/article/view/52>
58. Novianti I, Mardianti D, Safitri Muchtar A, Kebidanan Batari Toja Watampone A. PEMBERIAN ASI DAN BBLR BERHUBUNGAN

DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA BALITA USIA 12-36 BULAN. JURNAL KEBIDANAN. 2020;6(3):329–34.

59. Rahma M, Dwi Putri V, Puspitasari S. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif terhadap Pertumbuhan Panjang Badan dan Lingkar Kepala Bayi Usia 6-9 Bulan di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Ariodillah Palembang tahun 2020. Cendekia Medika. 2021 Apr 1;6(1).
60. Rembet SR, Mayulu N, Ratag BT, Kesehatan F, Universitas M, Ratulangi S. HUBUNGAN STATUS GIZI IBU DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI KOTA MANADO. Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi. 2017;(1).
61. Zulfikar M, Setiawati D, Pratiwi UM, Rahmadhani R, Hilal F. HUBUNGAN STATUS GIZI IBU HAMIL BERDASARKAN LILA DENGAN KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH. Tahun. 2023;22(1).

LAMPIRAN

Lampiran 1. Etik Penelitian



FAKULTAS KEDOKTERAN

Universitas Baiturrahmah

3, Raya By Pass KM 15 Air Panas Kota Tangah - Padang,
Sumatera Barat Indonesia 25138
(0751) 462 089
fk@unbrah.ac.id

KOMISI ETIK PENELITIAN

Health Research Ethics Committee

KETERANGAN LAYAK ETIK

Description of Ethical Approval

“Ethical Approval”

No: 013/ETIK-FKUNBRAH/03/01/2025

Protokol penelitian yang diusulkan oleh:

The Research Protocol Proposed by

Penelitian Utama
Principal Investigator

: FAHNI OKTARIA FATRI/ 2210070100074

Nama Institusi
Name of The Institution

: FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BAITURRAHMAH

Dengan Judul
Title

PERBANDINGAN KECEPATAN PERTUMBUHAN BAYIBBLR YANG MENDAPATKAN ASI EKSKLUSIF USIA 0-6 BULAN DENGAN YANG TIDAK MENDAPATKAN ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH PUSKESMAS PAUH

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu: 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Resiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMSS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Value, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment And Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 07 Januari 2026 sampai dengan 07 Januari 2027.

This declaration of ethics applies during the period January, 07, 2026 until January, 07, 2027

07 January, 2026
Chairperson,

dr. Mutiara Anissa, Sp.KJ



Tembusan:
1. Arsip

Lampiran 2. Surat Permohonan Izin Penelitian



FAKULTAS KEDOKTERAN

Universitas Baiturrahman

Jl. Raya IV Pauh KM. 15 Arah Pauh Kota Tengah - Padang,
Sumatera Barat Indonesia 25158

(0751) 463 069

fb@unbrah.ac.id

Nomor : B.014/AK/FK-UNBRAH/SKRIPSI/1/2026

Lamp : ---

Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan Kota Padang
di
tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilakukannya penyusunan skripsi mahasiswa Program Studi
Kedokteran tahun ajaran 2025/2026:

Nama : Fahni Oktaria Fatri

NPM : 2210070100074

Judul : Perbandingan Kecepatan Pertumbuhan Bayi BBLR yang
Mendapatkan ASI Eksklusif Usia 0-6 Bulan dengan yang Tidak
Mendapatkan ASI Eksklusif di Wilayah Puskesmas Pauh Padang

Pembimbing : 1. dr. Laura Zeffira, Sp.A, M.Biomed
2. Dr. dr. Erdanela Setiawati, MM

Lama Penelitian : Januari - Februari 2026

Tempat Penelitian : Puskesmas Pauh Padang

Dengan ini kami mohon izin kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada
mahasiswa tersebut untuk melakukan Penelitian, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu
kami ucapkan terima kasih.



Padang, 08 Januari 2026

Koordinator Skripsi,

dr. Meta Zulyati O, Sp.PA, M.Biomed

NIK. 19851002201021066

Tembusan:
1. Arsip

Lampiran 3. Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH KOTA PADANG
DINAS KESEHATAN

Jalan Bagindo Aziz Chan Km.15 By Pass; Aia Pacah; Kota Padang 25176; Telepon (0751) 462619
Pos-el: dkkpadang@gmail.com; Laman: www.dinkes.padang.go.id

Padang, 13 Januari 2026

Nomor : 400.7/67/DKK-PDG/2026
Sifat : Biasa (B)
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Kepada Yth :
Dekan Universitas Baiturrahmah
di-
Padang

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Saudara yang diterima Dinas Kesehatan Kota Padang tanggal 13 Januari 2026 Nomor : B.014/AK/FK-UNBRAH/SKRIPSI/1/2026 tanggal 8 Januari 2026 perihal yang sama pada pokok surat tersebut, pada prinsipnya kami tidak keberatan memberikan izin kepada Mahasiswa tersebut melakukan Penelitian atau Pengambilan Data di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Padang.

NAMA	NIM/ JABATAN	JUDUL/ KEGIATAN
Fahmi Oktaria fatri	2210070100074/ Mahasiswa Prodi Kedokteran Universitas Baiturrahmah	Perbandingan Kecepatan Pertumbuhan Bayi BBLR yang Mendapatkan ASI Eksklusif Usia 0-6 Bulan dengan yang Tidak Mendapatkan ASI Eksklusif di Wilayah Puskesmas Pauh Padang" mulai saat surat ini diterbitkan di Dinas Kesehatan Kota Padang.

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak menyimpang dari kerangka acuan Praktik/ PKL/ Magang.
2. Mematuhi semua peraturan yang berlaku.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kepala,



dr. Srikurnia Yati, M.K.M
Pembina TK.I/IV-b
NIP 197603122006042031

Lampiran 4. Surat Selesai Penelitian



**PEMERINTAH KOTA PADANG
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS PAUH**

Jalan Irigasi, Pasar Baru, Telepon. (0751) 777457
Pos-el : hc.pauh@gmail.com

Padang, 21 Januari 2026

Nomor : 400.7/166/PKM-PU/2026
Sifat : Biasa
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : **Selesai Penelitian**

Kepada
Yth.
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Baiturrahmah
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat dari sdr tentang Permohonan Izin Penelitian an :

Nama : Fahmi Oktaria Fatri
NIM : 2210070100074
Judul Skripsi : "Perbandingan Kecepatan Pertumbuhan Bayi BBLR yang Mendapatkan ASI Eksklusif Usia 0-6 Bulan dengan yang Tidak Mendapatkan ASI Eksklusif di Wilayah Puskesmas Pauh Padang" mulai saat surat ini diterbitkan di Dinas Kesehatan Kota Padang.

Maka kami sampaikan kepada saudara bahwa yang bersangkutan telah selesai melaksanakan penelitian pada Oktober 2025 s/d Januari 2026 sesuai dengan kerangka konsep penelitian.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



Lampiran 5. Lembar Persetujuan Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*Informed Consent*)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Usia :

Saya selaku peneliti sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui perbandingan kecepatan pertumbuhan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yang mendapat ASI eksklusif dan tidak mendapat ASI eksklusif pada usia 0–6 bulan. Dalam penelitian ini, saya akan menggunakan data dari Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta melakukan wawancara singkat kepada Ibu mengenai pemberian ASI dan riwayat kesehatan bayi.

Informasi Penelitian

1. **Tujuan penelitian:** untuk mengetahui pola pertumbuhan bayi BBLR yang mendapat ASI eksklusif, sehingga dapat menjadi dasar ilmiah dalam upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak.
2. **Prosedur penelitian:** Peneliti akan mencatat data pertumbuhan bayi dari Buku KIA (berat badan, panjang badan, lingkar kepala) serta menanyakan beberapa pertanyaan terkait pemberian ASI.
3. **Manfaat penelitian:**
 - o Bagi Ibu, penelitian ini dapat membantu mengetahui kondisi pertumbuhan bayi secara lebih terukur.
 - o Bagi masyarakat, hasil penelitian dapat menjadi dasar program kesehatan dalam mendukung pemberian ASI eksklusif.
4. **Risiko penelitian:** Penelitian ini tidak menimbulkan risiko medis, karena hanya menggunakan data Buku KIA dan wawancara.
5. **Kerahasiaan data:** Semua informasi pribadi akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Identitas Ibu dan bayi akan diberikan kode inisial dalam laporan.
6. **Kebebasan berpartisipasi:** Ibu berhak untuk menolak atau mengundurkan diri dari penelitian ini kapan saja tanpa konsekuensi apa pun terhadap pelayanan kesehatan yang diterima.

Saya telah membaca dan/atau mendapat penjelasan mengenai penelitian ini. Saya memahami tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian, serta menyadari bahwa saya bebas untuk mengundurkan diri kapan saja. Dengan ini saya bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Padang, 2025
Responden

()

Lampiran 6. Formulir Skrining Responden

ID Subjek: _____

Nama Bayi: _____

Tanggal Lahir (DD-MM-YYYY): _____

Usia Bayi: _____

Nama Ibu: _____

Usia Ibu: _____ tahun

LILA :

No. Buku KIA / Nomor Rekam: _____

Tanggal Skrining: _____

1. Berapa berat lahir bayi Ibu? gram
 - ☐ < 2500 gram (BBLR)
 - ☐ ≥ 2500 gram
2. Selama bayi berusia 0–6 bulan, apakah bayi pernah mengalami penyakit infeksi berat seperti diare berat/berulang (lebih dari 2 episode berat) atau pneumonia berat yang mempengaruhi nafsu makan atau pertumbuhan?
 - ☐ Ya
 - ☐ Tidak
3. Apakah bayi pernah dirawat inap di rumah sakit selama periode usia 0–6 bulan (termasuk NICU/ICU neonatal atau perawatan intensif)?
 - ☐ Ya
 - ☐ Tidak
4. Apakah bayi pernah didiagnosis memiliki kelainan kongenital besar atau penyakit kronis yang dapat memengaruhi tumbuh kembang (misalnya kelainan jantung bawaan berat, kelainan saluran cerna kongenital, gangguan metabolik, dan sebagainya)?
 - ☐ Ya
 - ☐ Tidak
5. Selama 0–6 bulan pertama, apakah bayi Ibu **hanya diberi ASI tanpa tambahan makanan/minuman lain** (kecuali obat, vitamin, atau mineral bila diperlukan)?
 - ☐ Ya, ASI eksklusif
 - ☐ Tidak, diberi tambahan makanan/minuman lain
6. Apa pekerjaan Ibu saat ini?
 - ☐ Ibu rumah tangga
 - ☐ PNS/TNI/Polri
 - ☐ Pegawai swasta
 - ☐ Wiraswasta
 - ☐ Petani/Buruh
 - ☐ Lainnya: _____

Lampiran 7. Master Tabel

No	Nama Bayi	Usia Bayi	JK	Nama Ibu	Usia Ibu	Pekerjaan Ibu	ASI Eksklusif	Interval Bulan	Berat Badan			Panjang Badan			Status Gizi Ibu	
									BB T1	BB T2	GV BB	TB T1	TB T2	GV PB	LILA	Kategori
1	M. Zianka Al Barra	1 th 4 bln	LK	Risa Yuliana	29 tahun	IRT	YA	0 1	2400	3700	10,6	50	55	1,22	27	Normal
								1 2	3700	4500	7,52	55	58	1,2		
								2 3	4500	5500	6,68	58	61	1,00		
								3 4	5500	5800	1,44	61	62	0,27		
								4 5	5800	6100	1,94	62	63	0,38		
								5 6	6100	6400	1,55	63	64	0,32		
2	Uzair Ahmad Atarizi	2 th 1 bln	LK	Riri Karmila Mawardi	34 tahun	IRT	TIDAK	0 1	2400	2960	6,2	46	48,2	0,55	19,1	KEK
								1 2	2960	3290	3,1	48,2	49,8	0,40		
								2 3	3290	3620	2,8	49,8	51,2	0,35		
								3 4	3620	3740	0,9	51,2	51,8	0,15		
								4 5	3740	3840	0,8	51,8	52,5	0,18		
								5 6	3840	3930	0,7	52,5	53	0,12		
3	Arsyla Ainul Putri	1 thn 9 bln	PR	Ria Fitri Yanti	35 tahun	IRT	YA	0 1	2350	3200	9,64	45	48	0,94	22	KEK
								1 2	3200	4000	7,69	48	52	1,38		
								2 3	4000	4800	6,51	52	58	2,14		
								3 4	4800	5000	2,04	58	60	1		
								4 5	5000	5600	3,91	60	64,5	1,55		
								5 6	5600	6000	2,46	64,5	65	0,18		
4	Raila Permata Putri	1 thn 10 bln	PR	Manda putri	21 tahun	IRT	YA	0 1	2400	3500	7,54	48	53	1	25	Normal
								1 2	3500	4500	8,98	53	56	1,07		
								2 3	4500	5000	3,01	56	58	0,57		
								3 4	5000	5500	4,54	58	61	1,43		
								4 5	5500	6000	3,11	61	62	0,36		
								5 6	6000	6900	4,82	62	64	0,69		
5	Raisya Nur Arsyi	1 thn 7 bln	PR	Surasmi sirih	22 tahun	IRT	YA	0 1	2000	3100	12,53	42	50	2,29	19	KEK
								1 2	3100	3200	5,29	50	51	1,67		
								2 3	3200	3700	5,19	51	54	1,07		
								3 4	3700	4500	5,61	54	57	0,86		
								4 5	4500	5500	7,17	57	59	0,71		
								5 6	5500	5800	1,77	59	61	0,67		
6	Arganta Evandra Al'hanan	1 thn 1 bln	LK	Fika Wifra Maiputri	25 tahun	Wiraswasta	TIDAK	0 1	2450	3020	5,9	53	54,8	0,45	24,7	Normal
								1 2	3020	3420	3,5	54,8	56,8	0,50		
								2 3	3420	3720	2,4	56,8	60	0,80		
								3 4	3720	3880	1,2	60	61,6	0,40		
								4 5	3880	4040	1,1	61,6	64	0,60		
								5 6	4040	4170	0,9	64	64,7	0,10		
7	Arranzavy Mufazzal	7 bln	LK	Meissy Yosianti	27 tahun	Wiraswasta	YA	0 1	2300	3700	17	45	53	2	22	KEK
								1 2	3700	4900	8,01	53	57	0,8		
								2 3	4900	6100	7,07	57	61	0,9		
								3 4	6100	6900	4	61	67	1,35		
								4 5	6900	7300	1,95	67	69	0,48		
								5 6	7300	8300	4,59	69	70	0,25		
8	Jennaira Elshanum	7 bln	PR	Mia Aulia	35 tahun	Wiraswasta	TIDAK	0 1	2300	2720	4,8	45	47	0,50	23	KEK
								1 2	2720	3120	4,0	47	48,8	0,45		
								2 3	3120	3290	1,5	48,8	49,8	0,25		
								3 4	3290	3500	1,8	49,8	52	0,55		
								4 5	3500	3670	1,4	52	52,8	0,20		
								5 6	3670	3870	1,6	52,8	54	0,30		
9	Alisha marwah Dinata	8 bln	PR	Sefri Yenti	30 tahun	IRT	TIDAK	0 1	2200	2860	7,1	42	46,4	1,10	20	KEK
								1 2	2860	3140	2,5	46,4	48,8	0,60		
								2 3	3140	3420	2,3	48,8	50,2	0,35		
								3 4	3420	3680	2,0	50,2	51,4	0,30		
								4 5	3680	4010	2,4	51,4	52,4	0,25		
								5 6	4010	4140	0,9	52,4	53,3	0,22		
10	Alluri Gauri	11 bln	PR	Niflah Urahmi	26 tahun	IRT	YA	0 1	1700	2500	10,15	40	45	0,92	28	Normal
								1 2	2500	3800	16,75	45	52	1,96		
								2 3	3800	4500	4,67	52	55	0,58		
								3 4	4500	4800	2,8	55	57	0,61		
								4 5	4800	5000	0,91	57	59	0,31		
								5 6	5000	6000	8,29	59	60	0,32		
11	Arsyi Sepnalza	1 thn 2 bln	PR	Reza Oktara	34 tahun	IRT	YA	0 1	2400	3200	6,39	48	52	0,62	19	KEK
								1 2	3200	4000	20,29	52	53	0,64		
								2 3	4000	4800	5,21	53	56	0,6		
								3 4	4800	5600	5,51	56	58	0,5		
								4 5	5600	6000	2,49	58	60	0,5		
								5 6	6000	6500	2,86	60	61	0,25		
12	Nabila Zahira	1 thn 1 bln	PR	Tri Mita	29 tahun	Perawat	TIDAK	0 1	2400	3190	8,0	45	48,8	0,95	19	KEK
								1 2	3190	3580	3,2	48,8	50	0,30		
								2 3	3580	3980	3,0	50	51,6	0,40		
								3 4	3980	4200	1,5	51,6	53,6	0,50		
								4 5	4200	4340	0,9	53,6	54,3	0,18		
								5 6	4340	4610	1,7	54,3	54,7	0,10		
13	Amina Hurriya	9 bln	PR	Wiernawati	29 tahun	IRT	TIDAK	0 1	2406	2940	6,0	46	47,6	0,40	22	KEK
								1 2	2940	3740	7,5	47,6	50,6	0,75		
								2 3	3740	4010	1,1	50,6	51,7	0,28		
								3 4	4010	4150	1,0	51,7	52,9	0,30		
								4 5	4150	4210	0,4	52,9	53,5	0,15		
								5 6	4210	4820	4,2	53,5	54,2	0,18		
14	Ammura Bayza	6 bln	PR	Annisa Febrianti	27 tahun	Wiraswasta	TIDAK	0 1	2400	2730	3,9	47	48,2	0,30	17	KEK
								1 2	2730	3580	9,0	48,2	49,5	0,32		
								2 3	3580	3880	2,5	49,5	50,7	0,30		
								3 4	3880	4150	2,1	50,7	51,7	0,25		
								4 5	4150	4300	1,1	51,7	52,6	0,22		
								5 6	4300	4470	1,2	52,6	53	0,10		
15	M.Adwan Karim	1 thn 3 bln	LK	Amelia	30 tahun	IRT	YA	0 1	2300	3100	11,04	45	50	1,85	24,5	Normal
								1 2	3100	4400	12,96	50	52	0,74		
								2 3	4400	5200	5,03	52	57	1,52		
								3 4	5200	6000	4,06	57	60	0,86		
								4 5	6000	6800	3,57	60	65	1,43		
								5 6	6800	7000	1,45	65	66	0,5		

16	Annisa Humaira	1 thn 2 bln	PR	Yulimar	38 tahun	IRT	YA	0 1	2400	3000	6,03	48	52	0,76	26	Normal
								1 2	3000	4500	14,48	52	55	0,75		
								2 3	4500	5000	3,76	55	58	0,75		
								3 4	5000	5700	3,74	58	59	0,2		
								4 5	5700	6100	2,42	59	61	0,5		
								5 6	6100	5200	5,73	61	64	0,75		
	Shaquceena Shifa Alfama	1 thn	PR	Kuntum Khairani	26 tahun	Wiraswasta	TIDAK	0 1	2400	3030	6,5	47	50,4	0,85	26	Normal
								1 2	3030	3760	6,2	50,4	51,8	0,35		
								2 3	3760	4090	2,4	51,8	54,2	0,60		
								3 4	4090	4330	1,6	54,2	55,4	0,30		
								4 5	4330	4560	1,5	55,4	57,4	0,50		
								5 6	4560	4660	0,6	57,4	58,3	0,22		
18	Arsya Alfarizuki alfin	1 thn 8 bln	PR	Ivani Putri	31 tahun	PNS	YA	0 1	2400	3500	41,92	45	53	6,22	25	Normal
								1 2	3500	4700	8,45	53	53	0		
								2 3	4700	5300	4,3	53	56	0,75		
								3 4	5300	6540	7,51	56	59	0,75		
								4 5	6540	7400	3,53	59	62,5	0,7		
								5 6	7400	7800	1,88	62,5	63,5	0,25		
19	Zayn Kenzie Alfarizuki	1 thn 4 bln	LK	Ramadani	30 tahun	IRT	YA	0 1	2300	3200	8,94	48	52	0,76	23,6	Normal
								1 2	3200	3800	7,49	52	54	0,61		
								2 3	3800	5500	10,26	54	60,5	1,27		
								3 4	5500	6000	3,11	60,5	64	0,88		
								4 5	6000	6500	2,35	64	64	0		
								5 6	6500	6900	2,06	64	64	0		
20	M.Arkan Putra Melody	1 thn 6 bln	LK	Walti Desi Putri	30 tahun	PNS	YA	0 1	2400	2800	7,71	45	50	1,75	26	Normal
								1 2	2800	4000	10,19	50	55	1		
								2 3	4000	5000	7,97	55	57	0,5		
								3 4	5000	5500	2,72	57	60	0,6		
								4 5	5500	6100	3,73	60	63	0,75		
								5 6	6100	7000	4,75	63	66	0,72		
21	Jennaira Keysa Oktavia	1 thn 2 bln	PR	Mayang sari	27 tahun	IRT	YA	0 1	2300	3500	23,25	49	51	0,78	24,1	Normal
								1 2	3500	4500	8,98	51	53	0,5		
								2 3	4500	5100	3,58	53	55	0,4		
								3 4	5100	5800	4,59	55	57	0,5		
								4 5	5800	6300	2,96	57	59	0,5		
								5 6	6300	7000	3,4	59	61	0,45		
22	Shamika Qiana Mutsabirah	1 thn 6 bln	PR	Santika Putri	30 tahun	IRT	YA	0 1	2350	3100	6,44	46	49	0,49	31	Normal
								1 2	3100	4600	11,96	49	51	0,42		
								2 3	4600	4800	1,85	51	52	0,3		
								3 4	4800	5200	2,42	52	53	0,21		
								4 5	5200	5900	6,26	53	60	2,45		
								5 6	5900	6600	4,01	60	63,4	0,85		
23	Jennaira Hafiza Zahwa	1 thn 9 bln	PR	Mega Wati	29 tahun	Wiraswasta	TIDAK	0 1	2000	2300	3,5	42	43,4	0,35	26	Normal
								1 2	2300	2960	6,9	43,4	44,6	0,30		
								2 3	2960	3170	1,8	44,6	45,8	0,30		
								3 4	3170	3380	1,7	45,8	46,2	0,10		
								4 5	3380	3530	1,2	46,2	47	0,20		
								5 6	3530	3860	2,5	47	48,4	0,35		
24	Sheza Arya Mecca	1 thn 3 bln	PR	Nika Media Putri	31 tahun	IRT	TIDAK	0 1	2300	3880	15,0	47	57	2,50	28	Normal
								1 2	3880	4500	4,1	57	57	0,00		
								2 3	4500	4840	2,0	57	58,2	0,30		
								3 4	4840	5420	3,2	58,2	59,5	0,32		
								4 5	5420	5740	1,6	59,5	60,6	0,28		
								5 6	5740	5910	0,8	60,6	61	0,10		
25	Shafana Nuwaira Khansa	1 thn 1 bln	PR	Elga Rahmatila	33 tahun	IRT	YA	0 1	2000	3000	10,4	49	52	0,54	23,6	Normal
								1 2	3000	4000	11,06	52	55	0,81		
								2 3	4000	4800	6,51	55	58,5	0,88		
								3 4	4800	5500	4,86	58,5	60	0,38		
								4 5	5500	6500	4,77	60	61,5	0,3		
								5 6	6500	7000	1,95	61,5	64	0,46		
26	Izqian Arsyandendra	1 thn 7 bln	LK	Imelda Oktaviani	29 tahun	PNS	TIDAK	0 1	2100	2560	4,9	45	46,4	0,35	19	KEK
								1 2	2560	2900	3,2	46,4	47,5	0,28		
								2 3	2900	3370	4,0	47,5	49,5	0,50		
								3 4	3370	3540	1,3	49,5	50,9	0,35		
								4 5	3540	3690	1,1	50,9	50,9	0,00		
								5 6	3690	3820	0,9	50,9	50,9	0,00		
27	Azzlan Mahwira Putra	9 bln	LK	Anngun Pratiwi	35 tahun	Wiraswasta	TIDAK	0 1	2200	2610	4,5	45	48,2	0,80	24,4	Normal
								1 2	2610	3100	4,8	48,2	49,8	0,40		
								2 3	3100	3460	3,1	49,8	50,6	0,20		
								3 4	3460	3600	1,1	50,6	51,6	0,25		
								4 5	3600	3820	1,7	51,6	52,8	0,30		
								5 6	3820	4100	2,0	52,8	53,9	0,28		
28	Azka Naya Zahrani	10 bln	PR	Murzaini Oktavia	27 tahun	IRT	TIDAK	0 1	2200	3110	9,2	46	47,4	0,35	26	Normal
								1 2	3110	3600	3,9	47,4	48,2	0,20		
								2 3	3600	3830	1,6	48,2	48,8	0,15		
								3 4	3830	4110	1,9	48,8	49,6	0,20		
								4 5	4110	4330	1,4	49,6	50,4	0,22		
								5 6	4330	4580	1,5	50,4	51,1	0,18		
29	Mizan Amir Randra	1 thn	LK	Meri Andriani	31 tahun	IRT	TIDAK	0 1	2050	2380	3,8	40	41	0,25	27,5	Normal
								1 2	2380	2910	5,5	41	41,8	0,20		
								2 3	2910	3010	0,9	41,8	42,4	0,15		
								3 4	3010	3140	1,1	42,4	42,8	0,10		
								4 5	3140	3490	3,0	42,8	47,6	1,20		
								5 6	3490	3760	2,1	47,6	49,2	0,40		
30	Albyan El Shirazy	1 thn 11 bln	LK	Fauziah Hanum	30 tahun	PNS	TIDAK	0 1	2400	2950	5,8	43	44,2	0,30	20	KEK
								1 2	2950	3530	5,2	44,2	46	0,45		
								2 3	3530	3850	2,5	46	48	0,50		
								3 4	3850	4130	2,0	48	48,8	0,20		
								4 5	4130	4390	1,8	48,8	49,5	0,18		
								5 6	4390	4530	0,9	49,5	50,5	0,75		

Lampiran 8. Dokumentasi Penelitian



Lampiran 9. Hasil Olah Data

Univariat karakteristik

UsiaBayi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1 tahun	7	23.3	23.3	23.3
	> 1 tahun	23	76.7	76.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

UsiaIbu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35 tahun	29	96.7	96.7	96.7
	>35 tahun	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

KategoriBBLR					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1500-1999	1	3.3	3.3	3.3
	2000-2500	29	96.7	96.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

PekerjaanIbu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IRT	18	60.0	60.0	60.0
	PNS	5	16.7	16.7	76.7
	Wiraswasta	7	23.3	23.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

JenisKelaminBayi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LK	11	36.7	36.7	36.7
	PR	19	63.3	63.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

StatusGiziLILAibu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KEK	12	40.0	40.0	40.0
	Normal	18	60.0	60.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

(Min, Max, Mean, SD)

ASI EKSLUSIF					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BB01	15	6.03	41.92	12.6387	9.26225
BB12	15	5.29	20.29	10.6733	4.02575
BB23	15	1.85	10.26	5.4400	2.12752
BB34	15	1.44	7.51	3.9300	1.58861
BB45	15	.91	7.17	3.4047	1.65371
BB56	15	1.45	8.29	3.4380	1.93117
PB01	15	.49	6.22	1.4760	1.43021
PB12	15	.00	1.96	.9033	.49957
PB23	15	.30	2.14	.8820	.47881
PB34	15	.20	1.43	.6933	.37856
PB45	15	.00	2.45	.7280	.62663
PB56	15	.00	.85	.4440	.24787
Valid N (listwise)	15				

TIDAK ASI EKSLUSIF

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BB01	15	3.50	15.00	6.3400	2.87173
BB12	15	2.50	9.00	4.8400	1.86808
BB23	15	.90	4.00	2.3267	.74782
BB34	15	.90	3.20	1.6267	.58975
BB45	15	.40	3.00	1.4267	.64195
BB56	15	.60	4.20	1.5000	.94188
PB01	15	.25	2.50	.6667	.57217
PB12	15	.00	.75	.3667	.17811
PB23	15	.15	.80	.3620	.17632
PB34	15	.10	.55	.2847	.13076
PB45	15	.00	1.20	.3107	.28406
PB56	15	.00	.40	.1933	.10978
Valid N (listwise)	15				

Uji Normalitas dengan Shapiro-Wilk

		Shapiro-Wilk		
	Kelompok	Statistic	df	Sig.
BB01	1	.665	15	.074
	2	.794	15	.277
BB12	1	.905	15	.113
	2	.921	15	.201
BB23	1	.975	15	.921
	2	.980	15	.968
BB34	1	.972	15	.890
	2	.896	15	.084
BB45	1	.923	15	.097
	2	.930	15	.277
BB56	1	.879	15	.066
	2	.812	15	.055
PB01	1	.632	15	.065
	2	.677	15	.144
PB12	1	.966	15	.787
	2	.974	15	.917
PB23	1	.893	15	.076
	2	.907	15	.120
PB34	1	.940	15	.384
	2	.952	15	.556
PB45	1	.796	15	.325
	2	.698	15	.236
PB56	1	.952	15	.556
	2	.964	15	.074

Uji Independent t-test BB 0-1 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
BB01	Equal variances assumed	4.580	.041	2.516	28	.018	6.29867	2.50381	1.16984 11.42750
	Equal variances not assumed			2.516	16.667	.022	6.29867	2.50381	1.00803 11.58930

Uji Independent t-test BB 1-2 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
BB12	Equal variances assumed	5.838	.022	5.091	28	.000	5.83333	1.14590	3.48606 8.18061
	Equal variances not assumed			5.091	19.762	.000	5.83333	1.14590	3.44118 8.22549

Uji Independent t-test BB 2-3 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
BB23	Equal variances assumed	9.826	.004	5.347	28	.000	3.11333	.58227	1.92061 4.30606
	Equal variances not assumed			5.347	17.407	.000	3.11333	.58227	1.88704 4.33963

Uji Independent t-test BB 3-4 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
BB34	Equal variances assumed	9.040	.006	5.264	28	.000	2.30333	.43753	1.40709 3.19957
	Equal variances not assumed			5.264	17.787	.000	2.30333	.43753	1.38333 3.22334

Uji Independent t-test BB 4-5 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
BB45	Equal variances assumed	6.384	.017	4.318	28	.000	1.97800	.45803	1.03977 2.91623
	Equal variances not assumed			4.318	18.126	.000	1.97800	.45803	1.01619 2.93981

Uji Independent t-test BB 5-6 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
BB56	Equal variances assumed	7.071	.013	3.493	28	.002	1.93800	.55477	.80160 3.07440
	Equal variances not assumed			3.493	20.304	.002	1.93800	.55477	.78188 3.09412

Uji Independent t-test PB 0-1 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
PB01	Equal variances assumed	2.940	.097	2.035	28	.041	.80933	.39773	-.00539 1.62405
	Equal variances not assumed			2.035	18.369	.041	.80933	.39773	-.02507 1.64374

Uji Independent t-test PB 1-2 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
PB12	Equal variances assumed	8.771	.006	3.919	28	.001	.53667	.13694	.25616 .81718
	Equal variances not assumed			3.919	17.503	.001	.53667	.13694	.24838 .82496

Uji Independent t-test PB 2-3 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
PB23	Equal variances assumed	6.226	.019	3.947	28	.000	.52000	.13174	.25013 .78987
	Equal variances not assumed			3.947	17.728	.001	.52000	.13174	.24291 .79709

Uji Independent t-test PB 3-4 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
PB34	Equal variances assumed	12.262	.002	3.952	28	.000	.40867	.10341	.19684 .62049
	Equal variances not assumed			3.952	17.294	.001	.40867	.10341	.19077 .62656

Uji Independent t-test PB 4-5 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
PB45	Equal variances assumed	4.109	.052	2.349	28	.026	.41733	.17764	.05345 .78122
	Equal variances not assumed			2.349	19.521	.029	.41733	.17764	.04619 .78847

Uji Independent t-test PB 5-6 bulan

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
PB56	Equal variances assumed	10.138	.004	3.581	28	.001	.25067	.07000	.10729 .39405
	Equal variances not assumed			3.581	19.289	.002	.25067	.07000	.10431 .39702

Lampiran 10. Biodata Penulis

BIODATA PENULIS

Riwayat Pribadi

Nama : Fahni Oktaria Fatri
NPM/NIM : 2210070100074
Tempat/Tanggal Lahir : Lubuklinggau/12 Oktober 2004
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
No.HP : 081273514061
Motto : Dan setiap kesulitan ada kemudahan
Alamat : Wisma akademika By pass Km.15



Riwayat Pendidikan

1. 2010-2016 : SD Negeri 27 lubuklinggau
2. 2016-2019 : Madrasah Tsanawiyah negeri 2 Lubuklinggau
3. 2019-2022 : Madrasah Aliyah Negeri 2 Lubuklinggau
4. 2022 : Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah

Pengalaman Organisasi

2023-2025 : BEM FK UNBRAH

Pengalaman Kepanitiaan

2023 : Divisi Perlengkapan MBSA'22
2024 : Divisi Humas Medicolista FK UNBRAH