



**HUBUNGAN ANTARA PRAKTIK PEMBERIAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MP-ASI) DAN PENYAKIT INFEKSI
KAITANNYA DENGAN STATUS GIZI PADA BAYI
UMUR 6-12 BULAN**

**(Studi pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas
Boja I Kabupaten Kendal 2010)**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

oleh:

Widiya Larasati

NIM. 6450406039

PERPUSTAKAAN
UNNES

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2011

ABSTRAK

Widiya Larasati

Hubungan antara Praktik Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan Penyakit Infeksi kaitannya dengan Status Gizi pada Bayi Umur 6-12 Bulan (Studi pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal 2010)

XIV+ 65 Halaman+ 12 Tabel+ 9 Gambar+ 13 Lampiran

Prevalensi bayi bawah garis merah Puskesmas Boja I mengalami kenaikan dari 1,19% menjadi 1,49%. Permasalahan yang diteliti adalah bagaimanakah hubungan antara praktik pemberian MP-ASI dan penyakit infeksi kaitannya dengan status gizi pada bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.

Jenis penelitian ini adalah *explanatory*, menggunakan metode survey dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi adalah ibu-ibu yang mempunyai bayi umur 6-12 bulan yang berdomisili di Kecamatan Boja dan bekerja di perkebunan karet, yaitu sejumlah 94 orang. Sampel dalam penelitian ini yaitu bayi umur 6-12 bulan berjumlah 48 dipilih secara *simple random sampling*. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah waktu pemberian MP-ASI, jumlah asupan makanan, konsistensi MP-ASI, dan penyakit infeksi sebagai variabel bebas dan status gizi sebagai variabel terikat. Pengumpulan data menggunakan metode observasi dan wawancara menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan uji statistik *chi square* dan uji alternatif *fisher* ($\alpha= 5\%$).

Berdasarkan hasil penelitian status gizi bayi 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet 70,8% baik., waktu pemberian MP-ASI 54,2% tepat, jumlah asupan makanan 47,9% baik, konsistensi MP-ASI yang sesuai dan tidak sesuai sama besar 50%, sedangkan penyakit infeksi 100% tidak ada yang kena. Hasil perhitungan menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara waktu pemberian MP-ASI ($p=0,049$), jumlah asupan makanan ($p=0,001$) dan konsistensi MP-ASI ($p=0,002$) dengan status gizi. Adapun penyakit infeksi tidak dapat dianalisis karena tidak mempunyai variabilitas.

Saran yang penulis ajukan bagi Puskesmas yaitu perlu adanya program penyuluhan pemberian makanan pendamping ASI secara tepat sesuai dengan kebutuhan bayi.

Kata Kunci : Praktik Pemberian MP-ASI, Status Gizi
Kepustakaan : 35 (1986 - 2008)

ABSTRACT

Widiya Larasati

Corelations between The gift practical of Complementary feeding of ASI (MP-ASI) and the Infectious Diseases relatid to Nutrition Status at infant age 6-12 Month (Study on the family rubber plantation workers in Boja I Public Health Center Kendal Regency 2010)

XIV+ 65 Pages+ 12 Tables+ 9 Pictures+ 13 Appendix

Prevalence of infants below red line Boja I Public Health Center has passed from 1,19% to 1,49%. The problem of this research is there are hoe corelation between the practice of giving MP-ASI and Infectious diseases related to the Nutrition Status in infants age 6-12 months on the family rubber plantation workers in the working area Boja I Public Health Center Kendal Regency.

This research is *explanatory*, using survey method *cross sectional* design. The population of this research where mothers who had infants aged 6-12 month who live Boja Sub District in Kendal Regency and worked on rubber plantations, consist of 94 people. The sample in this research were infants age 6-12 month 48 selected by *simple random sampling*. Variable examined in this study in the timing of MP-ASI, the amount of food intake, consistency MP-ASI, and infetious diseses as independant variables and nutrition status as the dependent variable. Using data collection method of observation and interviews using questionnaires. Data analysis using *chi square* test and *fisher* test alternatives ($\alpha= 5\%$).

The result of the research the nutrition status of infants 6-12 month on the family rubber plantation workers 70,8% good, timing o MP-ASI right 54,2%, 47,9% total food intake is good, consistency MP-ASI appropriate and not according to equal 50%, where as 100% of infectious diseases there is no taxable. The calculation results show a significant corelations between the timing of MP-ASI ($p = 0,049$), total food intake ($p = 0,001$) and consistency MP-ASI ($p = 0,002$) with nutrition status. The infectious diseases can not be analyzed as lacking any variability.

Suggestions that can proposed for Public Health Center is need for extension programs providing appropriate complementary feeding of ASI in accordance with the needs of the baby.

Key Word : Gift practical MP-ASI, Nutrition Status

Bibliography : 35 (1986 - 2008)

HALAMAN PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahraagaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama :

Nama : Widiya Larasati

NIM : 6450406039

Judul : Hubungan antara Praktik Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan Penyakit Infeksi Kaitannya dengan Status Gizi pada Bayi Umur 6-12 bulan (Studi pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal 2010).

Pada hari : Senin

Tanggal : 21 Februari 2011

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Sekretaris,

Drs. Harry Pramono, M.si
NIP. 19591019.198503.1.001

Widya Hary Cahyati, SKM, M.Kes
NIP. 19771227.200501.2.001

Dewan Penguji

Tanggal
Persetujuan

Ketua Penguji

1. dr. Oktia Woro KH, M.Kes
NIP. 19591001.198703.2.001

Anggota Penguji
(Pembimbing Utama)

2. Irwan Budiono, SKM, M.Kes
NIP. 19751217.200501.1.003

Anggota Penguji
(Pembimbing Pendamping)

3. Mardiana, SKM
NIP. 19800420.200501.2.003

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

- 1. Kehidupan kita hari ini adalah hasil dari cara berpikir kita kemarin. Kehidupan besok akan ditentukan oleh apa yang kita pikirkan hari ini*
(Maxwell, 2004:26).
- 2. Kelemahan terbesar adalah menyerah, jalan paling pasti menuju sukses adalah selalu mencoba sekali lagi.*
(Thomas A. Edison)
- 3. Jangan biarkan masa sulit menjatuhkanmu, belajar untuk bangkit kembali dari kegagalan merupakan nilai yang berharga*
(Lauren Fox)

Persembahan:

Skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Bapak dan Ibu tercinta sebagai darma bakti ananda karena beliau yang selalu mengasihiku, menyayangiku dan selalu mengiringi langkahku dengan doa.
2. Suami dan anakku tercinta yang selalu memberikan semangat, motivasi dan doanya selama ini.
3. Mba Eka dan Fajar yang selalu memberikan perhatian dan motivasi.
4. Keluarga besar “Blue Kos” yang selalu memberikan warna dalam kehidupanku.
5. Teman IKM’06 yang tak terlupakan.
6. Almamater Universitas Negeri Semarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala nikmat, rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul : “Hubungan antara Praktik Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan Penyakit Infeksi Kaitannya dengan Status Gizi pada Bayi Umur 6-12 bulan (Studi pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal 2010)” dapat diselesaikan.

Skripsi ini disusun untuk melengkapi persyaratan kelulusan Strata 1 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang.

Keberhasilan dalam penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan dorongan berbagai pihak. Oleh karena itu dengan segenap ketulusan hati, diucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Drs. Harry Pramono, M.Si, atas izin penelitiannya.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan, Drs. Said Junaidi, M.Kes atas izin penelitiannya.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang, dr. Mahalul Azam, M.Kes atas izin penelitiannya.
4. Pembimbing I Irwan Budiono, SKM, M.Kes atas bimbingan dan arahan sampai selesainya penulisan skripsi ini.
5. Pembimbing II Mardiana, SKM atas bimbingan dan arahan sampai selesainya penulisan skripsi ini.
6. Dosen serta staf tata usaha Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang atas segala dukungan dan bimbingannya di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang.
7. Kepala UPTD Puskesmas Boja I dr. Slamet Riyanto atas izin dalam pelaksanaan penelitiannya.
8. Bapak dan Ibu tercinta, atas motivasi dan doa-doanya.

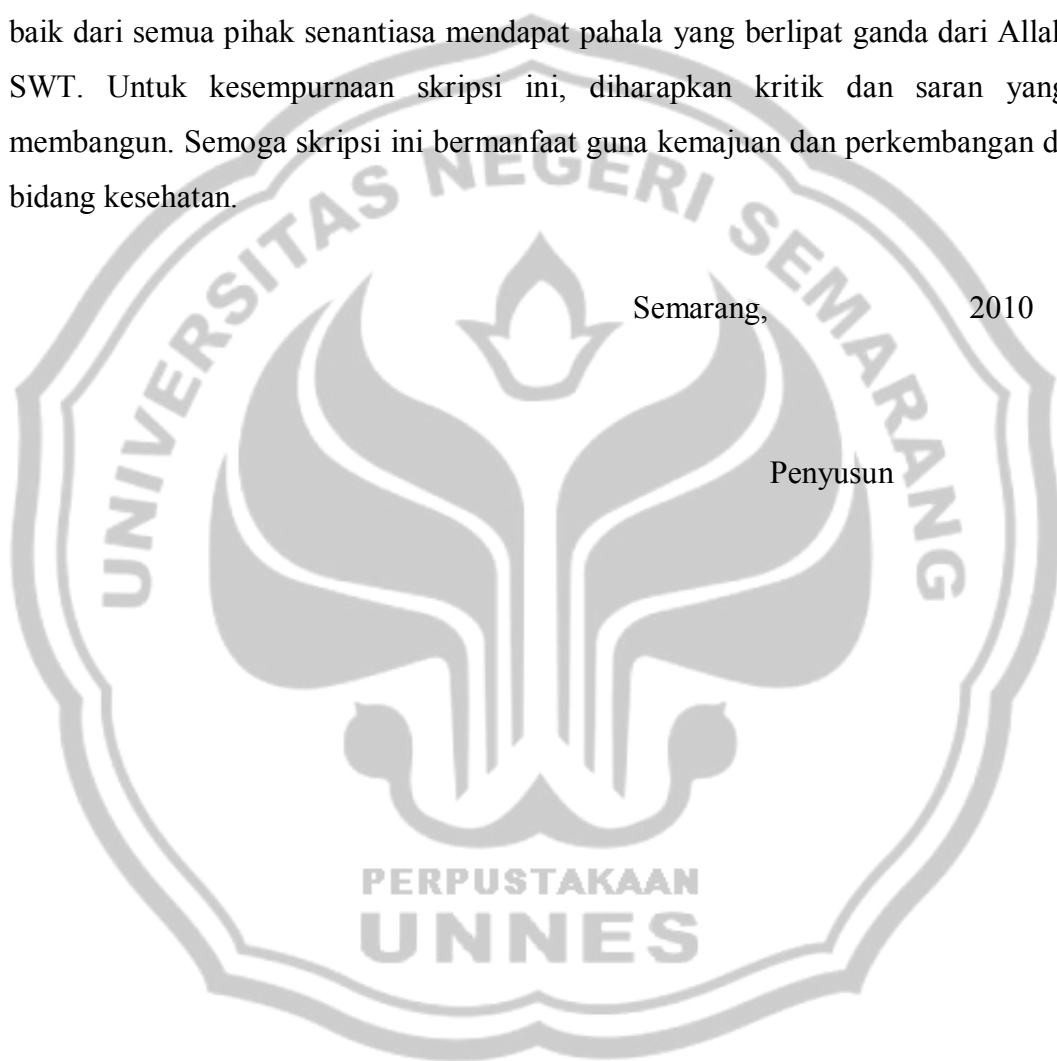
9. Suami dan anakku tercinta (antok, maila) yang selalu memberikan semangat dan motivasinya selama ini.
10. Mba Eka dan Fajar yang selalu memberikan perhatian dan motivasi.
11. Semua pihak yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan skripsi ini sehingga selesai.

Disadari dalam penyusunan skripsi ini banyak kekurangan, semoga amal baik dari semua pihak senantiasa mendapat pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Untuk kesempurnaan skripsi ini, diharapkan kritik dan saran yang membangun. Semoga skripsi ini bermanfaat guna kemajuan dan perkembangan di bidang kesehatan.

Semarang,

2010

Penyusun



DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PENGESAHAN	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Hasil Penelitian	7
1.5 Keaslian Penelitian	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	9
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat	9
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	9
1.6.3 Ruang Lingkup Materi	9
BAB II LANDASAN TEORI	
2.1 Landasan Teori	10
2.1.1 Status Gizi	10
2.1.1.1 Pengertian Status Gizi	10
2.1.1.2 Penilaian Status Gizi	11
2.1.1.3 Klasifikasi Status Gizi	16
2.1.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi	20
2.1.2 Praktik pemberian MP-ASI	24

2.1.2.1 Tujuan Pemberian MP-ASI	26
2.1.2.2 Batasan MP-ASI	25
2.1.2.3 Jenis-jenis MP-ASI	26
2.1.2.4 Persyaratan MP-ASI	28
2.1.2.5 Macam-macam Zat Gizi	29
2.1.2.6 Kebutuhan Gizi Balita	32
2.1.3.7 Konsep Pemberian MP-ASI	32
2.1.3.8 Pemberian MP-ASI	33
2.1.3.9 Masalah dalam Pemberian MP-ASI	35
2.1.2.4 Penilaian Konsumsi Makanan	37
2.2 Kerangka Teori	40
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konsep	41
3.2 Hipotesis Penelitian	41
3.3 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	42
3.4 Jenis dan Rancangan Penelitian	43
3.5 Populasi dan Sampel	43
3.6 Instrumen Penelitian	44
3.7 Teknik Pengambilan Data	45
3.8 Teknik Analisis Data	45
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Deskripsi Data	47
4.1.1 Gambarn Umum	47
4.1.2 Karakteristk Responden	48
4.1.2.1 Umur Responden	48
4.1.3 Karakteristik Bayi	49
4.1.3.1 Umur Bayi	49
4.2 Hasil Penelitian	49
4.2.1 Analisis Univariat	49
4.2.1.1 Waktu Pemberian MP-ASI	50
4.2.1.2 Jumlah Asupan Makanan	50

4.2.1.3 Konsistensi MP-ASI	52
4.2.1.4 Penyakit Infeksi	53
4.2.1.5 Status Gizi	53
4.2.2 Analisis Bivariat	54
4.2.2.1 Hubungan Waktu Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi	55
4.2.2.2 Hubungan Jumlah Asupan Makanan dengan Status Gizi	56
4.2.2.3 Hubungan Konsistensi MP-ASI dengan Status Gizi	57
4.2.2.4 Hubungan Penyakit Infeksi dengan Status Gizi	58
4.2.2.5 Rekapitulasi Analisis Bivariat	58
BAB V PEMBAHASAN	
5.1 Pembahasan	59
5.1.1 Hubungan Waktu Pemberian dengan Status Gizi	59
5.1.2 Hubungan Jumlah Asupan Makanan dengan Status Gizi	60
5.1.3 Hubungan Konsistensi MP-ASI dengan Status Gizi	61
5.1.4 Hubungan Penyakit Infeksi dengan Status Gizi	62
5.2 Hambatan dan Kelemahan	63
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan	64
6.2 Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian.....	8
2.1 Klasifikasi Status Gizi menurut WHO-NCHS	16
2.2 Klasifikasi Gizi menurut WHO-NCHS.....	17
2.3 Status Gizi berdasarkan Indeks Antropometri.....	17
2.4 Jenis-jenis MP-ASI	27
2.4 Kebutuhan Energi dan Protein Bagi Anak	32
2.5 Pola Makanan Bayi dan Baduta.....	34
3.1 Definisi Opeasional.....	42
4.1 Hubungan Waktu Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi.....	55
4.2 Hubungan Jumlah Asupan Makanan dengan Status Gizi	56
4.3 Hubungan Konsistensi MP-ASI dengan Status Gizi.....	57
4.4 Rekapitulasi Analisis Bivariat	58



DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori.....	40
2. Kerangka Konsep.....	41
3. Distribusi Frekuensi menurut Umur Ibu	48
4. Distribusi Frekuensi menurut Umur Bayi	49
5. Waktu Pemberian MP-ASI.....	50
6. Jumlah Asupan Makanan	51
7. Kesesuaian Konsistensi MP-ASI.....	52
8. Penyakit Infeksi.....	53
9. Status Gizi Bayi	54



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Surat Tugas Dosen Pembimbing	69
2. Form Pengajuan Ijin Penelitian	70
3. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas	71
4. Surat Tembusan Kesbangpolinmas Kendal	72
5. Surat Tembusan Bappeda Kendal	73
6. Surat Ijin Penelitian dari Dinkes Kendal	75
7. Surat Selesai Penelitian dari Puskesmas Boja I	76
8. Kuesioner Penelitian	77
9. Form Recall	79
10. Data Hasil Penelitian	80
11. Analisis Univariat	81
12. Analisa Bivariat	85
13. Foto Dokumentasi	88

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sejak Dasawarsa 1990-an, kata kunci pembangunan bangsa di suatu negara adalah Sumber Daya Manusia (SDM). Terciptanya keberhasilan pembangunan suatu bangsa berkaitan erat dengan kualitas SDM yang baik. Dalam menciptakan SDM yang bermutu, perlu ditata sejak dini yaitu dengan memperhatikan kesehatan anak-anak, khususnya anak balita. Derajat kesehatan yang tinggi dalam pembangunan ditujukan untuk mewujudkan manusia yang sehat, cerdas, dan produktif. Salah satu unsur penting dari kesehatan adalah masalah gizi. Gizi sangat penting bagi kehidupan. Kekurangan gizi pada anak dapat menimbulkan beberapa efek negatif seperti lambatnya pertumbuhan badan, rawan terhadap penyakit, menurunnya tingkat kecerdasan, dan terganggunya mental anak. Kekurangan gizi yang serius dapat menyebabkan kematian anak (Soengeng Santoso, 2004:70).

Keadaan gizi meliputi proses penyediaan dan penggunaan gizi untuk pertumbuhan, perkembangan, pemeliharaan dan aktivitas. Selain itu status gizi juga dapat dipengaruhi oleh praktik pola asuh gizi yang dilakukan dalam rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak. Menurut Zeitlin Marian (2000) yang dikutip oleh Amy Prahesti (2001:21) mengatakan bahwa salah satu aspek kunci dalam pola asuh gizi adalah praktek penyusuan dan pemberian MP-ASI.

Masa bayi adalah masa yang ditandai oleh pertumbuhan dan perkembangan yang cepat disertai dengan perubahan dalam kebutuhan zat gizi. Di masa bayi ASI merupakan makanan terbaik dan utama, karena mempunyai kandungan zat kekebalan yang sangat diperlukan untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit, terutama penyakit infeksi. Namun, dengan bertambahnya umur bayi bertambah pula kebutuhan gizinya dan kebutuhan gizi tersebut tidak dapat dipenuhi hanya dengan ASI saja, sehingga perlu diberi makanan pendamping ASI (MP-ASI) (Diyah Krisnatuti dan Rina Yensina, 2002 : 15).

Gizi memegang peranan penting dalam siklus hidup manusia. Untuk mencapai tumbuh kembang optimal, di dalam *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, WHO/UNICEF merekomendasikan empat hal penting yang harus dilakukan. *Pertama* memberikan air susu ibu kepada bayi segera mungkin dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. *Kedua* memberikan hanya air susu ibu (ASI) saja atau pemberian ASI secara eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, *ketiga* memberikan makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan. *Keempat* meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih (Depkes RI, 2006).

Studi MP-ASI multisenter di 6 lokasi yaitu Kodya Bogor dan Kabupaten Indramayu (Jawa Barat), Kabupaten Purworejo (Jawa Tengah), Kabupaten Jombang (Jawa Timur), Kabupaten Banu (Sulawesi Selatan), dan Kabupaten Belu (Nusa Tenggara Timur) tahun 1997, menunjukkan bahwa baik kualitas maupun kuantitas MP-ASI masih di bawah Angka Kecukupan Gizi (AKG), Rendahnya mikronutrien, hanya memenuhi kurang lebih 20% dari AKG. Sampai akhir tahun

1999 terdapat sekitar 24.000 balita gizi buruk tingkat berat. Prosentase bayi dengan status gizi baik menurun sejak bayi usia 6-10 bulan dan terus menurun hingga kira-kira separuh pada anak-anak berusia 48-59 bulan. Anak-anak pedesaan cenderung memiliki status gizi lebih buruk dibandingkan dengan anak-anak di daerah perkotaan (Ditjen, Direktorat Gizi Masyarakat: 5).

Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SKDI) menunjukkan bahwa hampir semua bayi (96,3%) pernah mendapat ASI. Sebanyak 8% bayi baru lahir mendapat ASI dalam 1 jam setelah lahir dan 53% bayi mendapat ASI pada hari pertama. Proporsi anak yang mendapat ASI pada hari pertama menurun dengan meningkatnya tingkat pendidikan ibu. Proporsi anak yang diberi ASI pada hari pertama paling rendah yaitu 51% untuk bayi yang dilahirkan dengan pertolongan dokter/bidan, dan tertinggi 65% untuk bayi lahir tanpa pertolongan/orang awam. Rata-rata lamanya pemberian ASI Eksklusif hanya 1,7 bulan. Hal ini menunjukkan bahwa minuman selain ASI dan MP-ASI sudah mulai diberikan pada usia lebih dini. Data SDKI tahun 1997 juga menunjukkan, konsumsi makanan pendamping ASI (MP-ASI) secara dini cukup besar, yaitu sebanyak 35% pada bayi usia kurang dari 2 bulan dan sebanyak 37% pada bayi usia 2-3 bulan (Ditjen, Direktorat Gizi Masyarakat: 4).

Prevalensi gizi kurang pada balita di Indonesia Tahun 2003 sebanyak 20,96% dan gizi buruk 9,96%. Menurut Biro Pusat Statistik Indonesia Tahun 2002, pada penduduk miskin, 54% gizi kurang pada bayi dan balita adalah penyebab utama kematian (WHO 2002) yang dikutip oleh Burhanudin (2006). Berdasarkan profil kesehatan propinsi Jawa Tengah, prevalensi gizi buruk dari

tahun 2006 hingga 2008 mengalami penurunan, yaitu berturut-turut dari tahun 2006 sampai 2008 adalah 0,78%, 0,91% dan 0,28%. Namun prevalensi balita bawah garis merah di Kabupaten Kendal meningkat dari 2,30% menjadi 2,54%.

Menurut Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2007 prevalensi balita bawah garis merah (BGM) di Kabupaten Kendal sebesar 2,30% dan gizi buruk 0,70%, sedangkan tahun 2008 prevalensi BGM sebesar 2,54% dan gizi buruk sebesar 0,6% (Dinkes Jateng, 2008). Berdasarkan hasil wawancara dengan ahli gizi puskesmas boja I, prevalensi gizi buruk bayi pada keluarga pekerja perkebunan di wilayah kerja puskesmas Boja I tahun 2009 tidak mengalami kenaikan ataupun penurunan yaitu 0,59%, tetapi prevalensi BGM mengalami kenaikan dari 1,19% menjadi 1,49%.

Usia 6-12 bulan merupakan masa yang amat penting sekaligus masa kritis dalam proses tumbuh kembang bayi baik fisik maupun kecerdasan. Karena itu setiap bayi pada masa ini harus memperoleh asupan gizi sesuai kebutuhannya. Umur 6-12 bulan merupakan periode awal pemberian Makanan Pendamping ASI. Dalam periode pemberian Makanan Pendamping ASI, bayi tergantung sepenuhnya pada perawatan dan pemberian makanan oleh ibunya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan ahli gizi Puskesmas Boja I ketidaktepatan pemberian MP-ASI dalam masyarakat masih sering terjadi. Umumnya banyak ibu yang beranggapan kalau anaknya kelaparan dan akan tidur nyenyak kalau dikasih makan.

Kejadian gizi buruk dan banyaknya kejadian bayi Bawah Garis Merah terdapat di desa Merbuh. Desa Merbuh adalah salah satu desa yang masuk

wilayah kerja Puskesmas Boja I yang mayoritas penduduknya bekerja di perkebunan karet. Masalah gangguan tumbuh kembang pada bayi dan anak usia di bawah 2 tahun (baduta) merupakan masalah yang perlu ditanggulangi dengan serius. Berdasarkan hasil beberapa penelitian menyatakan bahwa keadaan kurang gizi pada bayi dan anak disebabkan karena kebiasaan pemberian makanan pendamping ASI yang tidak tepat.

Berdasarkan hal-hal terurai di atas maka penulis tertarik meneliti bagaimanakah praktik pemberian makanan pendamping ASI dan penyakit infeksi pada bayi umur 6-12 bulan kaitannya dengan status gizi pada keluarga pekerja perkebunan karet di Kabupaten Kendal. Maka dari itu, penulis mencoba meneliti dengan judul **“HUBUNGAN ANTARA PRAKTIK PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI) DAN PENYAKIT INFEKSI KAITANNYA DENGAN STATUS GIZI PADA BAYI UMUR 6-12 BULAN (Studi pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal 2010)”**

1.2 Rumusan Masalah

1. Prevalensi balita BGM di Kabupaten Kendal sebesar 2,30% dan gizi buruk 0,70%, sedangkan tahun 2008 prevalensi BGM sebesar 2,54% dan gizi buruk sebesar 0,6%.
2. Prevalensi gizi buruk bayi pada keluarga pekerja perkebunan di wilayah kerja puskesmas Boja I tahun 2009 tidak mengalami kenaikan ataupun penurunan yaitu 0.59%, tetapi prevalensi BGM mengalami kenaikan dari 1,19% menjadi 1,49%.

Dengan demikian masalah yang ingin penulis teliti yaitu : “ Bagaimanakah hubungan antara praktik pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan penyakit infeksi kaitannya dengan status gizi pada bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal ?”

1.3 Tujuan Penelitian

Ada dua macam tujuan dalam penelitian :

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui bagaimanakah hubungan antara praktik pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan penyakit infeksi kaitannya dengan status gizi pada bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan waktu pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.
2. Menganalisis hubungan jumlah asupan makanan dengan status gizi pada bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal
3. Menganalisis hubungan konsistensi MP-ASI dengan status gizi bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.

4. Menganalisis hubungan penyakit infeksi dengan status gizi bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.

1.4 Manfaat Hasil Penelitian

Diharapkan penelitian ini bermanfaat untuk :

1.4.1 Ibu Bayi

Lebih memahami tentang MP-ASI. Sehingga dapat mengetahui waktu yang tepat untuk memberikan MP-ASI dan dapat menyusun menu yang baik untuk anak agar tercapai status gizi yang baik bagi anak.

1.4.2 Program Studi

Sebagai bahan tambahan kajian dan pengembangan ilmu di bidang gizi kesehatan masyarakat khususnya mengenai MP-ASI.

1.4.3 Peneliti

Mendapat pengalaman nyata di masyarakat untuk mengetahui hubungan praktik pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan penyakit infeksi kaitannya dengan status gizi pada bayi umur 6-12 bulan dan untuk mengembangkan wawasan tentang Metodologi Penelitian.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan penelitian	Variabel Penelitian	Hasil
1	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktik Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi umur 6-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pringapus Kabupaten Semarang Tahun 2008	Ainul Fadhillah	2008 Puskesmas Pringapus Kabupaten Sematang	<i>Cross Sectional</i>	- Variabel bebas: pendidikan ibu, pengetahuan ibu, sikap ibu, pendapatan orang tua, peran Petugas kesehatan dan dukungan keluarga - Variabel terikat : Praktik pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) - Variabel Pengganggu : Nilai dan budaya, persepsi	1. Faktor-faktor yang berhubungan : pendidikan ibu, pengetahuan ibu, sikap ibu dan dukungan keluarga Faktor-faktor yang tidak berhubungan : pendapatan orang tua Dan peran petugas kesehatan
2	Hubungan antara pengetahuan ibu dan pola pemberian Makanan Pendamping ASI dengan status gizi balita usia 4-24 bulan di Desa Sendangharjo Kecamatan Blora Kabupaten Tahun 2007 Blora Kabupaten	Heny Sulistyowati	2007 Desa Sendangharjo Kecamatan Blora Kabupaten Blora	<i>Explanatory Research dengan pendekatan Cross Sectional</i>	- Variabel bebas : Pengetahuan ibu tentang Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) - Variabel antara : Pola pemberian MP-ASI Variabel terikat : Status gizi balita	Ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang makanan pendamping ASI dan pola pemberian makanan pendamping ASI dengan
3	Hubungan antara pola pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi umur 4-12 bulan di desa Gunan Kecamatan Slogohimi Kabupaten Wonogiri	Carnoto SM	2000 Desa Gunan Kecamatan Slogohimi Kabupaten Wonogiri	<i>Explanatory Research dengan metode survey dan pendekatan Cross Sectional</i>	- Variabel Bebas : Pola pemberian MP-ASI pada bayi 4-12 bulan -Variabel Terikat: Status Gizi	Ada hubungan yang signifikan antara pola pemberian MPASI, tingkat konsumsi energi &protein dengan status gizi

Perbedaan penelitian yang akan penulis lakukan dengan penelitian yang ada di atas adalah :

1. Lokasi Penelitian, dimana penelitian yang penulis lakukan adalah di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.
2. Variabel penelitian yang penulis gunakan adalah praktik pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), penyakit infeksi dan status gizi.
3. Sampel Penelitian adalah bayi umur 6-12 bulan dari keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.

1.6 Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini meliputi lingkup tempat, waktu dan materi.

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian dilakukan pada kurun waktu tahun 2010.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Lingkup materi penelitian meliputi bidang Gizi Masyarakat mengenai Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), Penyakit Infeksi dan Status Gizi.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Status Gizi

2.1.1.1 Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh yang disebabkan oleh konsumsi, penyerapan dan penggunaan makanan (Suhardjo, 1986:15). Sedangkan Sunita Almatsier (2002) mengatakan bahwa status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi.

Hadisiswanto (2001) dalam Dadang Rosmana (2003:9), menjelaskan bahwa status gizi adalah keadaan gizi seseorang yang dapat dinilai untuk mengetahui apakah seseorang itu normal atau bermasalah (gizi salah) yang merupakan gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kekurangan/kelebihan dan atau ketidakseimbangan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan, kecerdasan dan aktivitas atau produktivits. Sedangkan menurut Soekirman (2000:65) status gizi berarti keadaan kesehatan fisik seseorang atau sekelompok orang yang ditentukan dengan salah satu atau dua kombinasi dari ukuran–ukuran gizi tertentu.

Dalam pembahasan status gizi baik untuk perorangan ataupun kelompok menurut Habicht Basumi (1988) dalam Dadang Rosmana (2003: 9) ada tiga konsep yang satu dengan yang lainnya saling berkaitan yang perlu dipahami.

Ketiga konsep tersebut adalah:

1. Proses dari organisme dalam menggunakan bahan makanan melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pembuangan untuk pemeliharaan hidup, pertumbuhan, fungsi organ tubuh, dan produksi energi. Proses ini disebut gizi (*nutrition*).
2. Keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara masukan gizi disatu pihak dan pengeluaran oleh organisme dipihak lain disebut "*nutriture*".
3. Tanda-tanda atau penampilan yang diakibatkan oleh "*nutriture*" yang terlihat melalui variabel tertentu disebut sebagai status gizi (*nutritional status*).

Karena itu dalam merujuk keadaan gizi seseorang perlu disebutkan variabel yang digunakan dalam penentuan, misalnya tinggi badan atau variabel pertumbuhan lainnya. Variabel-variabel yang digunakan dalam menentukan status gizi disebut indikator status gizi. Berbagai pendapat tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa, status gizi merupakan keadaan atau kesehatan seseorang pada waktu tertentu akibat status keseimbangan antara jumlah asupan "*intake*" zat gizi dan jumlah yang dibutuhkan tubuh untuk melakukan fungsi biologisnya (pertumbuhan fisik, perkembangan, aktivitas dan lain-lain).

2.1.1.2 Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi adalah penafsiran informasi dari penilaian antropometri, konsumsi makanan, laboratorium dan klinik. Informasi yang diperoleh digunakan untuk menetapkan status kesehatan individu atau

kelompok masyarakat yang berkaitan dengan konsumsi dan penggunaan zat-zat gizi oleh tubuh (Hadisiswanto, 2001) dalam Dadang Rosmana (2003:12).

Penilaian status gizi secara garis besar dapat dilakukan dengan tiga cara, yaitu: pengukuran tubuh (Antropometri), konsumsi makanan dan biokimia. Pemilihan jenis penilaian status gizi yang akan digunakan hendaknya disesuaikan dengan tujuan penggunaan indikator status gizi, adapun tujuan dari pengukuran dapat dibagi ke dalam tiga kelompok, yaitu:

1. Untuk tapis gizi (*screening*) perorangan bagi keperluan pemberian makanan (*treatment*) khusus.
2. Survei gizi (*nutritional survey*) untuk mendapatkan gambaran status gizi masyarakat pada saat tertentu dan faktor-faktor yang berkaitan.
3. Pemantauan status gizi (*nutritional status monitoring*) untuk mendapatkan gambaran perubahan status gizi penduduk dari waktu ke waktu.

Menurut Supariasa, dkk (2002:18-20), penilaian status gizi dapat dibedakan menjadi dua yaitu, penilaian secara langsung dan tidak langsung.

1) Penilaian Status Gizi secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu: antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik.

a. Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat

ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supriasa, dkk, 2002 : 19).

Penilaian status gizi secara antropometri merupakan cara yang paling sederhana dan praktis dibanding dengan yang lain, karena antropometri tidak membutuhkan peralatan yang sangat spesifik, prosedurnya relatif mudah serta biaya yang digunakan murah. Selain itu antropometri atau ukuran tubuh dapat memberikan gambaran tentang status energi dan protein seseorang sehingga sering digunakan sebagai indikator status gizi yang berkaitan dengan masalah kurang energi protein/ *malnutrisi* (Reksodikusumo, 1989) dalam Dadang Rosmana (2003: 11).

Ada beberapa indikator antropometri yang dapat digunakan dalam penentuan status gizi seseorang, diantaranya adalah berat badan (BB), tinggi badan (TB), lingkar lengan atas (LLA), lingkar kepala (LK), dan lingkar dada (LD) serta lapis lemak bawah kulit (LLBK). Dalam penggunaannya indikator tersebut selalu dikaitkan dengan umur, sehingga indikator antropometri yang digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), lingkar lengan atas menurut umur (LLA/U) serta berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Masing-masing indikator ini mempunyai kekurangan dan kelebihan masing-masing yang menjadi pemikiran dalam menentukan pemilihan indikator antropometri. Sedangkan indeks antropometri adalah BB/U, TB/U, BB/TB, persen terhadap median sedangkan median itu sendiri adalah nilai tengah dari suatu populasi.

Rumus persen terhadap median:

$$\% \text{ terhadap Median} = \frac{\text{nilai individu subjek}}{\text{nila median baku rujukan}} \times 100\%$$

(Supriasa, 2002: 59)

b. Klinis

Pemeriksaan klinis merupakan metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut, mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat (*rapid clinical surveys*). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Disamping itu digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit (Supriasa, dkk, 2002 : 19).

c. Biokimia

Pemeriksaan secara biokimia merupakan pemeriksaan *specimen* yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain : darah, urin, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot. Metode ini digunakan untuk peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi (Supriasa, dkk, 2002:20).

d. Biofisik

Penilaian secara biofisik merupakan metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan). Umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik. Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap (Supariasa, dkk, 2002:20).

2) Penilaian Status Gizi secara Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi menjadi tiga yaitu: survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi.

a. Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan merupakan metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi dalam masyarakat, keluarga, dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan atau kekurangan zat gizi (Supariasa, dkk, 2002:20).

b. Statistik Vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya dengan gizi. Penggunaannya dipertimbangkan sebagai bagian dari indikator tidak langsung pengukuran status gizi masyarakat (Supariasa, dkk, 2002:20).

c. Faktor Ekologi

Faktor ekologi digunakan untuk mengungkap bahwa malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologis seperti iklim, tanah, irigasi dll. Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar melakukan program intervensi gizi (Supariasa, dkk, 2002:21).

2.1.1.3 Klasifikasi Status Gizi

Dalam buku petunjuk teknik Pemantauan Status Gizi (PSG) anak balita tahun 1999, klasifikasi status gizi dapat diklasifikasikan menjadi 5, yaitu: gizi lebih, gizi baik, gizi sedang, gizi kurang dan gizi buruk. Baku rujukan yang digunakan adalah *World Health Organization-National Center for Health Statistics* (WHO-NCHS), dengan indeks berat badan menurut umur. Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Depkes dalam Pemantauan Status Gizi (PSG) anak balita tahun 1999 menggunakan baku rujukan WHO-NCHS dengan klasifikasi seperti terlihat pada tabel.

Tabel 2.1 Klasifikasi status gizi menurut WHO-NCHS

Kategori	Cut of point*)
Gizi lebih	>120 % Median BB/U baku WHO-NCHS
Gizi baik	80 %-120 % Median BB/U baku WHO-NCHS
Gizi sedang	70 %-79,9 % Median BB/U baku WHO-NCHS
Gizi kurang	60 %-69,9 % Median BB/U baku WHO-NCHS
Gizi buruk	<60 % Median BB/U baku WHO-NCHS

*) Laki-laki dan perempuan sama

Sumber: Supariasa, dkk (2002: 76)

Tabel 2.2 Klasifikasi gizi menurut WHO-NCHS

Indikator	Status Gizi	Keterangan
Berat badan menurut umur (BB/U)	Gizi lebih	>2SD
	Gizi baik	≥-2SD sampai 2SD
	Gizi kurang	<-2SD sampai ≥-3SD
	Gizi buruk	<-3SD
Tinggi badan menurut umur (TB/U)	Normal	≥-2SD sampai 2SD
	Pendek	<-2SD
Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)	Gemuk	>2SD
	Normal	≥-2SD sampai 2SD
	Kurus	<2SD sampai ≥-3SD
	Kurus sekali	<-3SD

Sumber: Depkes RI (2002: 13)

Tabel 2.3 Status Gizi berdasarkan Indeks Anthropometri

Status Gizi	BB/U	TB/U	BB/TB
Gizi Baik	> 80%	> 90%	> 90%
Gizi Sedang	71%-80%	81%-90%	81%-90%
Gizi Kurang	61%-70%	71%-80%	71%-80%
Gizi Buruk	≤ 60%	≤ 70%	≤ 70%

Sumber: Yayah K. Husaini. Antropometri sebagai indeks gizi dan kesehatan masyarakat. Jakarta: medika (1997: 60).

Catatan: persen dinyatakan terhadap baku NCHS.

Menurut Soekirman (2000: 61), status gizi anak balita dibedakan menjadi:

1. Status gizi baik

Status gizi baik yaitu keadaan dimana asupan zat gizi sesuai penggunaan untuk aktivitas tubuh. Refleksi yang diberikan adalah keselarasan antara pertumbuhan berat badan dengan umurnya. Adapun ciri-ciri anak berstatus gizi baik dan sehat menurut Departemen Kesehatan RI (1993) dalam Soengeng Santoso dan Anne Lies R.(1999:3) adalah sebagai berikut :

- a. Tumbuh dengan normal
- b. Tingkat perkembangannya sesuai dengan tingkat umurnya
- c. Mata bersih dan bersinar
- d. Bibir dan lidah tampak segar

- e. Nafsu makan baik
- f. Kulit dan rambut tampak bersih dan tidak kering
- g. Mudah menyesuaikan diri dengan lingkungan

2. Status gizi lebih

Gizi lebih adalah suatu keadaan karena kelebihan konsumsi pangan. Keadaan ini berkaitan dengan kelebihan energi dalam hidangan yang dikonsumsi relatif terhadap kebutuhan penggunaannya atau *energy expenditure*. Ada tiga zat penghasil energi utama yaitu karbohidrat, lemak dan protein. Kelebihan energi dalam tubuh, diubah menjadi lemak dan ditimbun dalam tempat-tempat tertentu. Jaringan lemak ini merupakan jaringan yang relatif inaktif, tidak langsung berperan serta dalam kegiatan kerja tubuh. Orang yang kelebihan berat badan, biasanya karena jaringan lemak yang tidak aktif tersebut. Kondisi seperti ini akan meningkatkan beban kerja dari organ-organ tubuh, terutama kerja jantung (Achmad Djaeni S, 2000:27).

3. Kurang gizi (status gizi kurang dan status gizi buruk)

Status gizi kurang atau gizi buruk terjadi karena tubuh kekurangan satu atau beberapa zat gizi yang diperlukan. Beberapa hal yang menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi adalah karena makanan yang dikonsumsi kurang atau mutunya rendah atau bahkan keduanya. Selain itu zat gizi yang dikonsumsi gagal untuk diserap dan dipergunakan oleh tubuh. Kurang gizi banyak menimpa anak-anak khususnya anak-anak berusia di bawah 5 tahun, karena merupakan golongan yang rentan. Jika kebutuhan zat-zat gizi tidak tercukupi maka anak akan mudah terserang penyakit.

Macam-macam penyakit akibat dari Gizi Kurang dan Gizi Buruk adalah sebagai berikut:

a. Marasmus

Dengan cirri-ciri: Tampak sangat kurus tinggal tulang terbungkus kulit, wajah seperti orang tua, cengeng, rewel, kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada, perut cekung, iga gambang, sering disertai penyakit infeksi (kronis berulang), diare kronik / konstipasi / susah buang air besar (Supariasa, dkk, 2002:131).

b. Kwasiorkor

Dengan cirri-ciri: Udema, umumnya seluruh tubuh terutama pada punggung dan kaki, wajah membulat dan sembab, pandangan mata sayu, rambut tipis, kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit dan rontok, perubahan status mental, apatis, rewel, pembesaran hati, otot mengecil (*hipertrofi*) lebih nyata bila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk, kelainan kulit berupa bercak merah muda yang luas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas (*crazy pavement dermatosis*), sering disertai penyakit infeksi umumnya akut, anemia dan diare (Supariasa, dkk, 2002:131).

c. Marasmus-Kwasiorkor

Gambaran klinik merupakan campuran dari berbagai gejala klinik kwasiorkor dan marasmus, dengan BB/U < 50% baku median WHONCHS disertai udema yang tidak mencolok (Supariasa, dkk 2002:131).

2.1.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi Status Gizi

Banyak faktor yang mempengaruhi status gizi seseorang. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung.

1. Faktor yang mempengaruhi secara langsung

1) Asupan Makanan

Keadaan kesehatan gizi masyarakat tergantung pada tingkat konsumsi. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh dalam susunan hidangan dan perbandingannya yang satu dengan yang lainnya. Kuantitas menunjukkan kuantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Susunan hidangan baik dari segi kualitas dan kuantitas akan memenuhi kebutuhan tubuh, sehingga tubuh akan mendapatkan kondisi kesehatan yang sebaik-baiknya. Sebaliknya konsumsi yang kurang dari makanan baik dari segi kualitas maupun kuantitas akan memberikan kondisi kesehatan gizi kurang atau defisiensi (Soegeng Santoso, dkk, 1999:82).

Konsumsi makanan secara tidak langsung dipengaruhi oleh: daya beli keluarga atau kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung besar kecilnya keluarga, latar belakang sosial budaya, tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi serta jumlah anggota keluarga.

2) Infeksi

Penyakit infeksi adalah penyakit yang disebabkan karena masuknya bibit penyakit (virus, bakteri, parasit). Ada hubungan yang erat antara infeksi (virus, bakteri, parasit) dengan malnutrisi. Ada interaksi yang sinergis antara malnutrisi dengan penyakit infeksi dan juga infeksi akan mempengaruhi status gizi dan mempercepat malnutrisi (Supariasa dkk, 2002:177). Infeksi dapat berhubungan dengan gangguan gizi melalui beberapa cara yaitu mempengaruhi nafsu makan, dapat juga menyebabkan kehilangan bahan makanan karena diare atau muntah serta mempengaruhi metabolisme makanan (Soegeng Santoso dkk, 1997: 82)

Menurut Soekirman (2000:84) penyebab langsung timbulnya gizi kurang pada anak adalah konsumsi pangan dan penyakit infeksi. Kedua penyebab tersebut saling berpengaruh. Dengan demikian timbulnya gizi kurang tidak hanya karena kurang makanan tetapi juga karena adanya penyakit infeksi, terutama diare dan ispa. Anak yang mendapatkan makanan cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita gizi kurang. Sebaliknya anak yang tidak memperoleh makanan cukup dan seimbang daya tahan tubuhnya dapat melemah. Dalam keadaan demikian anak mudah diserang infeksi dan kurang nafsu makan sehingga anak kekurangan makanan. Akhirnya berat badan anak menurun. Apabila keadaan ini terus berlangsung anak dapat menjadi kurus dan timbulah kejadian kurang gizi.

Macam-macam penyakit infeksi:

1. Disebabkan Bakteri

- a. TBC (*Tuberculosis*): ditularkan lewat udara
- b. Mencret: ditularkan lewat lalat, air dan jari yang kotor
- c. Sakit telinga
- d. Gonorhea dan sifilis dan lain-lain

2. Disebabkan Virus

- a. Influenza, campak, gondok: ditularkan melalui batuk, udara dan lalat
- b. Rabies: melalui gigitan anjing gila
- c. Penyakit kulit: melalui sentuhan

3. Disebabkan Jamur

kurap, kutu air, dan gatal pada lipatan paha: ditularkan melalui sentuhan atau dari pakaian yang dipakai secara bergantian

4. Disebabkan Parasit Internal

- a. Desentri: ditularkan dari kotoran ke mulut
- b. Malaria: melalui gigitan nyamuk

5. Disebabkan Parasit Eksternal

- a. Kutu rambut, kutu hewan, kutu busuk berupa kudis: penularannya dari orang-orang yang telah terinfeksi atau melalui pakaian.

Penyakit infeksi yang sering dialami bayi:

1. Ruam popok
2. Batuk pilek
3. ISPA
4. Diare

2. Faktor yang mempengaruhi secara tidak langsung:

1) Pola asuh gizi

Pola Asuh Gizi merupakan faktor yang secara langsung mempengaruhi konsumsi makanan pada bayi. Dengan demikian pola asuh gizi dan faktor-faktor yang mempengaruhinya merupakan faktor tidak langsung dari status gizi. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pola asuh gizi sudah dijelaskan diatas diantaranya: tingkat pendapatan keluarga, tingkat pendidikan ibu, tingkat pengetahuan ibu, jumlah anggota keluarga dan budaya pantang makanan.

2) Psikologi

Menurut Sarwono Waspadji (2003:116) psikologi seseorang mempengaruhi pola makan. Makanan yang berlebihan atau kekurangan dapat terjadi sebagai respon terhadap kesepian, berduka atau depresi. Dapat juga merupakan respon terhadap rangsangan dari luar seperti iklan makanan atau kenyataan bahwa ini adalah waktu makan.

3) Genetik

Genetik menjadi salah satu faktor dari status gizi. Hal ini dijelaskan oleh Ali Khomsan (2003:90) pada anak dengan status gizi lebih atau obesitas besar kemungkinan dipengaruhi oleh orang tuanya (herediter). Bila salah satu orang tua mengalami gizi lebih atau obes maka peluang anak untuk mengalami gizi lebih dan menjadi obes sebesar 40%, dan kalau kedua orang tua mengalami gizi lebih atau obes maka peluang anak meningkat sebesar 80%. Selain genetik atau hereditas ada faktor lain yang

mempengaruhi yaitu lingkungan, dimana lingkungan ini mempunyai pengaruh terhadap pola makan seseorang.

4) Pelayanan kesehatan

Penyebab kurang gizi yang merupakan faktor penyebab tidak langsung yang lain adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap air bersih dan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan ini meliputi imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, dan sarana lain seperti keberadaan posyandu dan puskesmas, praktek bidan, dokter, dan rumah sakit (Soekirman, 2000:85).

2.1.2 Praktik Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Pola makan adalah cara yang ditempuh seseorang atau kelompok orang untuk memilih makanan dan mengkonsumsinya sebagai reaksi terhadap pengaruh fisiologis, psikologis, budaya dan sosial (Suhardjo, 1986:35). Menurut Lie Goan Hong dalam Heny Sulistyowati (2007), pola makan adalah berbagai informasi yang memberikan gambaran mengenai macam dan jumlah makanan yang dimakan tiap hari oleh satu orang dan merupakan ciri khas untuk suatu kelompok masyarakat tertentu. Sedangkan menurut Yayuk (2004:69), pola konsumsi pangan adalah susunan jenis dan jumlah pangan yang dikonsumsi seseorang atau kelompok orang pada waktu tertentu. Pola pemberian MP-ASI adalah susunan jenis dan jumlah MP-ASI yang diberikan oleh ibu kepada bayinya pada waktu tertentu.

Gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak dapat terjadi ketika kebutuhan energi dan zat gizinya tidak terpenuhi, dan hal tersebut dapat disebabkan asupan makanan bayi hanya mengandalkan ASI saja atau pemberian makanan tambahan yang kurang memenuhi syarat (Diah Krisntuti dan Ririn Yenrina, 2000:15). Achmad Djaeni Sediaoetama (2000 : 25) juga berpendapat bahwa tingkat kesehatan gizi sesuai dengan konsumsi pangan, tingkat kesehatan gizi terbaik adalah kesehatan gizi optimum. Tubuh terbebas dari penyakit dan mempunyai daya kerja dan efisiensi yang sebaik-baiknya, serta mempunyai daya tahan setinggi-tingginya. Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi yaitu kualitas hidangan yang mengandung semua kebutuhan tubuh. Ada tingkatan kesehatan gizi lebih dan kesehatan gizi kurang. Akibat dari kesehatan gizi yang tidak baik, maka timbul penyakit gizi. Umumnya pada anak balita didera penyakit gizi kurang dan gizi lebih (Soegeng Santoso dan Anne Lies Ranti, 1999: 59).

2.1.2.1 Tujuan Pemberian MP-ASI

Tujuan pemberian MP-ASI adalah untuk menambah energi dan zat gizi yang diperlukan bayi karena ASI tidak dapat mencukupi kebutuhan bayi yang semakin meningkat seiring dengan bertambahnya umur dan berat badan. Gangguan terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak yang normal dapat terjadi ketika kebutuhan energi dan zat gizi bayi tidak terpenuhi. Hal ini dapat disebabkan asupan makanan bayi yang hanya mengandalkan ASI saja atau pemberian makanan tambahan yang kurang memenuhi syarat. Disamping itu

faktor terjadinya infeksi pada saluran pencernaan memberi pengaruh yang cukup besar (Diah Krisnatuti, Ririn Yenrina, 2000:15).

2.1.2.2 Batasan MP-ASI

Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan kepada bayi atau anak usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain ASI (Depkes RI, 2006:5). Sedangkan dalam Depkes RI (2007:9), MP-ASI adalah makanan lunak yang bergizi untuk bayi setelah berumur 6 bulan. MP-ASI merupakan makanan peralihan dari ASI ke makanan keluarga. Jadi MP-ASI berguna untuk menutupi kekurangan zat-zat gizi yang terkandung di dalam ASI. Dengan demikian, cukup jelas bahwa peranan MP-ASI bukan sebagai pengganti ASI tetapi untuk melengkapi atau mendampingi ASI (Diyah Krisnatuti, Ririn Yenrina, 2000:14).

2.1.2.3 Jenis-jenis MP-ASI

MP-ASI yang baik adalah terbuat dari bahan makanan segar, seperti: tempe, kacang-kacangan, telur ayam, hati ayam, ikan, sayur mayur dan buah-buahan. Dalam Depkes (2007:9), jenis-jenis MP-ASI adalah :

1. Makanan Lumat adalah makanan yang dihancurkan atau disaring tampak kurang merata dan bentuknya lebih kasar dari makanan lumat halus, contoh: bubur susu, bubur sumsum, pisang saring/dikerok, pepaya saring, tomat saring, nasi tim saring, dll.
2. Makanan Lunak adalah makanan yang dimasak dengan banyak air dan tampak berair, contoh: bubur nasi, bubur ayam, nasi tim, kentang puri, dll.

3. Makanan Padat adalah makanan lunak yang tidak nampak berair dan biasanya disebut makanan keluarga, contoh: lontong, nasi tim, kentang rebus, biskuit, dll.

Jenis-jenis MP-ASI menurut Food Security and Nutrition (FSN) program surabaya dalam buku fasilitator makanan pendamping asi, yaitu:

1. Makanan Lumat Halus, yaitu makanan yang dihaluskan dari tepung dan tampak homogen (sama/rata). Contoh: bubur susu, bubur sum-sum, biskuit ditambah air panas, pepaya saring, pisang saring.
2. Makanan Lumat, yaitu makanan yang dihancurkan atau disaring tampak kurang rata. Contoh: pepaya dihaluskan dengan sendok, pisang dikerik dengan sendok, nasi tim saring, bubur kacang ijo saring, kentang rebus.
3. Makanan Lunak, yaitu makanan yang dimasak dengan banyak air dan tampak berair. Contoh: bubur nasi, bubur ayam, bubur kacang ijo, bubur manado.
4. Makanan Padat, yaitu makanan lunak yang tidak nampak air. Contoh: lontong, nasi tim, kentang rebus, biskuit.

Tabel 2.4 Jenis-jenis MP-ASI

Umur Bayi	Jenis Makanan	Berapa kali sehari
0-6 bulan	ASI	10-12 x/hari
6 bulan	ASI Bubur lunak/sari buah Bubur: Bubur Havernout/bubur tepung beras merah	Kapan diminta 1-2 x/hari
7 bulan	Buah-buahan Hati ayam/ kacang-kacangan Beras merah/ ubi Sayuran (wortel, bayam Minyak/ santan/ alpokat Air tajin	Kapan diminta 3 x/hari

Lanjutan Tabel 2.4

Umur Bayi	Jenis Makanan	Berapa kali sehari
9 bulan	ASI Buah-buahan Bubur/ roti Daging/ kacang2an/ikan/ ayam Beras merah/ kentang/ labu/ jagung,Kacang tanah Minyak/ santan/ alpokat Sari buah tanpa gula	Kapan diminta 4-6 x/hari
12 bulan	ASI Makanan pada umumnya, termasuk telur dengan kuningnya Jeruk	Kapan diterima 4-6 x/hari

Sumber: (www.gizi.net, serba-serbi makanan pendamping asi)

2.1.2.4 Persyaratan MP-ASI

Kriteria yang harus dimiliki MP-ASI adalah:

- Nilai gizi dan kandungan proteinnya tinggi
- Memiliki nilai suplementasi yang baik, mengandung vitamin dan mineral dalam jumlah yang cukup.
- Dapat diterima dengan baik.
- Sebaiknya dapat diproduksi dari bahan-bahan yang tersedia secara lokal.
- Bersifat padat gizi.

(<http://www.surabaya-ehealth.org>)

Berdasar www.kemangmedicalcare.com persyaratan pemberian MP-ASI adalah:

- Timely*: diberikan di saat yang tepat. Pemberian MP-ASI terlalu dini: mengurangi konsumsi ASI, sehingga kebutuhan akan ASI tidak terpenuhi dan produksi ASI pun akan menurun. Selin itu sebelum usia 6 bulan, ginjal,

sistem pencernaan dan sistem neurologis belum siap. Terlambat memberikan MP-ASI: bayi tidak memperoleh kebutuhan tambahan kalori nutrien yang sudah tidak terpenuhi oleh ASI.

- b) Adekuat: cukup kalori, protein, mikronutrien (zat besi, zink, vitamin A).
- c) Bersih dan aman bagi bayi. Dirancang dari makanan keluarga, menggunakan bahan lokal yang mudah diperoleh dengan harga terjangkau serta mudah disiapkan.
- d) Diberikan dalam suasana asuhan *psikososial* yang menyenangkan

Syarat-syarat MP-ASI adalah:

- 1) Kaya energi, protein, zat besi, vitamin A, vitamin C, kalsium dan folat.
- 2) Bersih dan sehat, yaitu tidak mengandung kuman penyakit atau bahan berbahaya lain. Tidak keras sehingga tidak menyebabkan bayi tersedak, mudah dimakan oleh bayi, tidak terlalu asin atau terlalu pedas serta disukai bayi.
- 3) Merupakan makanan lokal yang mudah didapat dengan harga terjangkau serta mudah disiapkan.

2.1.2.5 Macam-macam zat gizi

Menurut Deddy Muchtadi (1994:11-18) zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh bayi mengenai beberapa zat gizi, tetapi direkomendasikan untuk dikonsumsi yang dapat mendukung pertumbuhan bayi yang sehat.

1. Energi

Konsumsi energi sebanyak 115 Kkal per kg berat badan (sekitar 95-145 Kkal/ kg) nampaknya mencukupi kebutuhan bayi untuk bulan pertama

kehidupannya. Dari jumlah energi yang dikonsumsi bayi, 50% digunakan untuk energi basal (energi yang dibutuhkan untuk bekerjanya organ-organ di dalam tubuh, peredaran darah, dan sebagainya), 25% untuk aktivitasnya, 25% lainnya untuk pertumbuhan badan yang berkisar antara 5 sampai 7 gr per hari. Untuk umur 6 bulan energi yang dibutuhkan turun menjadi 95 Kkal/kg berat badan. Bayi yang pendiam membutuhkan energi sebesar 71 Kkal/kg BB, sedangkan bayi yang aktif membutuhkan sampai 133 Kkal/kg BB.

2. Protein

Protein dalam tubuh merupakan zat pembangun yang sangat dibutuhkan tubuh untuk pertumbuhan tubuh, menggantikan sel-sel yang rusak, memelihara keseimbangan metabolisme tubuh. Kebutuhan protein bagi bayi relatif lebih besar dari orang dewasa, karena bayi mengalami pertumbuhan yang pesat (Depkes RI, 1995:5)

Kebutuhan akan protein selama periode pertumbuhan tulang rangka dan otot yang cepat pada masa bayi, relatif tinggi. Konsumsi sebanyak 2,2 gr protein bernilai gizi tinggi per kg berat badan per hari menghasilkan retensi nitrogen sekitar 45%, jumlah ini cukup untuk pertumbuhan bayi yang normal. Pada minggu ketiga sekitar 60%-75% dari jumlah protein yang dikonsumsi digunakan untuk pertumbuhan dan sisanya digunakan untuk pemeliharaan. Pada umur 4 bulan proporsinya adalah 45% dan 55%. Pada umur 5 bulan, kebutuhan proteinnya turun menjadi 2gr/ kg BB perhari.

3. Vitamin larut air

Kebutuhan bayi akan vitamin yang larut dalam air sangat dipengaruhi oleh makanan yang dikonsumsi ibu. Bayi harus memperoleh 0,5 mg riboflavin per 1000 Kkal energi yang dikonsumsi untuk memelihara kejenuhan jaringan, berarti bahwa bayi berumur 3-6 bulan membutuhkan 0,4 mg tiamin dan pada umur 6-12 bulan membutuhkan 0,6 mg tiamin perhari. Konsumsi sebanyak 5-6 NE (*Niacin Equivalent*) dapat diperoleh dari ASI yang menyediakan 0,15 mg niasin dan 21 mg triptofan per 100 ml. Bayi membutuhkan 0,005 mg folasin/ kg BB. Untuk vitamin C, bayi memperoleh dari ASI.

4. Vitamin Larut Lemak

Jumlah vitamin A yang dibutuhkan bayi sebanyak 75 μ g RE perhari. Konsumsi vitamin D pada bayi akan meningkat pada waktu terjadinya klasifikasi tulang dan gigi yang cepat. Konsumsi vitamin D dianjurkan sebanyak 400 IU/ hari. Disarankan untuk memberikan vitamin E pada bayi sebanyak 2-4 mg TE (*Tocopherol Equivalent*) per hari. Untuk vitamin K, defisiensi vitamin K dapat terjadi pada beberapa hari pertama.

5. Mineral

Karena terjadinya kalsifikasi yang cepat pada tulang untuk menunjang berat badan pada waktu bayi mulai belajar berjalan, kalsium sangat dibutuhkan. ASI mengandung 280 mg kalsium per liter, yang berarti dapat mensuplai sekitar 210 mg kalsium perhari. Kebutuhan bayi akan zat besi sangat ditentukan oleh umur kehamilan. Bayi yang dikandung cukup umur akan menerima sejumlah zat besi dari ibunya selama kandungan. Tingginya

kadar seng dalam kolostrum (4 mg per liter yang menurun jumlahnya menjadi 2 mg/ liter pada air susu ibu setelah 6 bulan, dan menjadi 0,5 mg/ liter setelah 1 tahun) dapat mengkompensasikan kebutuhan bayi yang diberi ASI akan seng.

2.1.2.6 Kebutuhan Gizi Balita

Adapun kebutuhan balita terhadap energi dan protein adalah sebagai berikut :

Tabel 2.5 Kebutuhan Energi dan Protein Bagi Anak

Usia (bulan)	Berat Badan (kg)	Kebutuhan Energi (Kal)	Kebutuhan Protein (gr)
0-3	4,1	492	10
4-6	6,4	735	15
7-9	7,7	850	18
10-12	9,2	970	19
13-24	11,0	1135	23
25-36	13,5	1350	28

Sumber: Sjahmien Moehji (2003:30)

2.1.2.7 Konsep Pemberian MP-ASI

1. Pemberian MP-ASI bukan sekedar upaya menaikkan berat badan dan panjang badan bayi, tetapi juga proses belajar (mengulum, mengunyah dan menelan) dan berpetualang mengenal berbagai macam rasa dan tekstur.
2. Makanan harus seimbang seperti di piramida makanan tetapi diperkenalkan secara bertahap.
3. Jangan tambahkan gula dan garam, keduanya tidak akan menambah kandungan nutrisi dalam makanan.
4. Jangan berikan madu pada bayi sampai usia 2 tahun.
5. Konsistensi. Pada awalnya berikan makanan separuh cair, bertahap semakin kental. Mula-mula sangat lembut (di puree, dihancurkan, atau disaring atau digiling), lalu bertahap semakin kasar.

6. Teknis. Makanan pertama yang diberikan sebaiknya baby rice cereal (beras dan produk beras/tepung beras).
7. Jangan campur bahan makanan jadi satu untuk disaring/diblender menjadi satu.

2.1.2.8 Pemberian MP-ASI

Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi/anak. Pemberian MP-ASI yang cukup dalam hal kualitas dan kuantitas penting untuk pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan anak (Depkes RI, 2000).

Tabel 2.6 Pola makanan bayi dan baduta

Umur (bulan)	ASI	Makanan Lumat	Makanan Lunak	Makanan Padat
0 - 6	■			
6 - 9	■	■		
9 - 12	■	■	■	
12 - 24	■	■	■	■

Sumber: Depkes RI (2007: 10)

- b. Pemberian makanan bayi umur 6-9 bulan
 - a) Penyerapan vitamin A dan zat gizi lain. Pemberian ASI diteruskan.
 - b) Pada umur 6 bulan alat cerna sudah lebih berfungsi, oleh karena itu bayi mulai diperkenalkan dengan MP-ASI lumat 2 kali sehari.
 - c) Untuk mempertinggi nilai gizi makanan, nasi tim bayi ditambah sedikit demi sedikit dengan sumber lemak, yaitu santan atau minyak kelapa/margarin. Bahan makanan ini dapat menambah kalori makanan bayi, memberikan rasa enak juga mempertinggi yang larut dalam lemak.

c. Pemberian makanan bayi umur 9-12 bulan

- 1) Pada umur 10 bulan bayi mulai diperkenalkan dengan makanan keluarga secara bertahap. Bentuk dan kepadatan nasi tim bayi harus diatur secara berangsur, mendekati makanan keluarga.
- 2) Berikan makanan selingan 1 kali sehari. Pilihlah makanan selingan yang bernilai gizi tinggi, seperti bubur kacang ijo, buah. Usahakan agar makanan selingan dibuat sendiri agar kebersihannya terjamin.
- 3) Bayi perlu diperkenalkan dengan beraneka ragam bahan makanan. Campurkanlah ke dalam makanan lembik berbagai lauk pauk dan sayuran secara berganti-ganti. Pengenalan berbagai bahan makanan sejak dini akan berpengaruh baik terhadap kebiasaan makan yang sehat di kemudian hari.

d. Pemberian makanan anak umur 12-24 bulan

1. Pemberian ASI diteruskan.
2. Pemberian MP-ASI atau makanan keluarga sekurang-kurangnya 3 kali sehari dengan porsi separuh makanan orang dewasa setiap kali makan. Selain itu tetap berikan makanan selingan 2 kali sehari.
3. Variasi makanan diperhatikan dengan menggunakan Padanan Bahan Makanan, misalnya nasi dapat diganti dengan tahu, tempe, kacang ijo, telur, atau ikan. Bayam dapat diganti dengan daun kangkung, wortel, tomat. Bubur susu dapat diganti dengan bubur kacang ijo, bubur sumsum, biskuit.

4. Menyapih anak harus bertahap, jangan dilakukan secara tiba-tiba.

Kurangi frekuensi pemberian ASI sedikit demi sedikit.

Sumber: Depkes RI, (2007: 10-11).

2.1.2.9 Masalah dalam pemberian MP-ASI

Dari hasil berbagai penelitian menyatakan bahwa keadaan kurang gizi pada bayi dan anak disebabkan karena kebiasaan pemberian MP-ASI yang tidak tepat. Selain itu ibu-ibu kurang menyadari bahwa setelah bayi berumur 6 bulan memerlukan MP-ASI dalam jumlah dan mutu yang semakin bertambah, sesuai dengan pertambahan umur bayi dan kemampuan alat cerna.

Beberapa permasalahan dalam pemberian makanan bayi umur 0-24 bulan:

1) Pemberian makanan pralaktal (makanan sebelum asi keluar)

Makanan pralaktal adalah jenis makanan seperti air kelapa, air tajin, air teh, madu, pisang, yang diberikan pada bayi yang baru lahir sebelum ASI keluar. Hal ini sangat berbahaya bagi kesehatan bayi, dan mengganggu keberhasilan menyusui.

2) Kolostrum dibuang

Kolostrum adalah ASI yang keluar pada hari-hari pertama, kental dan berwarna kekuning-kuningan. Masih banyak ibu-ibu yang tidak memberikan kolostrum kepada bayinya. Kolostrum mengandung zat kekebalan yang dapat melindungi bayi dari penyakit dan mengandung zat gizi tinggi.

3) Pemberian MP-ASI terlalu dini atau terlambat

Pemberian MP-ASI yang terlalu dini (sebelum bayi berumur 6 bulan) menurunkan konsumsi ASI dan gangguan pencernaan/diare. Jika pemberian MP-ASI terlambat bayi sudah lewat dari 6 bulan dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan anak.

4) MP-ASI yang diberikan tidak cukup

Pemberian MP-ASI pada periode umur 6-24 bulan sering tidak tepat dan tidak cukup baik kualitas maupun kuantitasnya. Adanya kepercayaan bahwa anak tidak boleh makan ikan dan kebiasaan tidak menggunakan santan atau minyak pada makanan anak, dapat menyebabkan anak menderita kurang gizi terutama energi dan protein serta beberapa vitamin penting yang larut dalam lemak.

5) Pemberian MP-ASI sebelum ASI

Pada usia 6 bulan, pemberian ASI yang dilakukan sesudah MP-ASI dapat menyebabkan ASI kurang dikonsumsi. Pada periode ini zat-zat yang diperlukan bayi terutama diperoleh dari ASI. Dengan memberikan MP-ASI terlebih dahulu berarti kemampuan bayi untuk mengonsumsi ASI berkurang, yang berakibat menurunnya produksi ASI. Hal ini dapat berakibat anak menderita kurang gizi. Seharusnya ASI diberikan dahulu baru MP-ASI.

6) Frekuensi pemberian MP-ASI kurang

Frekuensi pemberian MP-ASI dalam sehari kurang akan berakibat kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi.

7) Pemberian ASI terhenti karena ibu kembali bekerja

Di daerah kota dan semi perkotaan, ada kecenderungan rendahnya frekuensi menyusui dan ASI dihentikan terlalu dini pada ibu-ibu yang bekerja karena kurangnya pemahaman tentang manajemen laktasi pada ibu bekerja. Hal ini menyebabkan konsumsi zat gizi rendah apalagi jika pemberian MP-ASI pada anak kurang diperhatikan.

8) Kebersihan kurang

Pada umumnya ibu kurang menjaga kebersihan terutama pada saat menyediakan dan memberikan makanan pada anak. Masih banyak ibu yang menyuapi anak dengan tangan, menyiapkan makanan matang tanpa tutup makanan/tudung saji dan kurang mengamati perilaku kebersihan dari pengasuh anaknya. Hal ini memungkinkan timbulnya penyakit infeksi seperti diare (mencret) dan lain-lain.

9) Prioritas gizi yang salah pada keluarga

Banyak keluarga yang memprioritaskan makanan untuk anggota keluarga yang lebih besar, seperti ayah atau kakak tertua dibandingkan anak baduta dan bila makan bersama-sama anak baduta selalu kalah. (Depkes RI, 2000).

2.1.2.10 Penilaian Konsumsi Makanan

Dalam Supariasa (2002:18), tujuan survei konsumsi makanan adalah untuk mengetahui kebiasaan makan dan gambaran tingkat kecukupan bahan makanan dan zat gizi pada tingkat kelompok, rumah tangga dan atau perorangan serta faktor-faktor yang berpengaruh terhadap konsumsi makanan

tersebut. Menurut Supriasa (2002:94), metode pengukuran konsumsi makanan untuk individu adalah:

1. Metode *Food Recall* 24 jam

Metode ini dilakukan dengan menanyakan jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Dimulai sejak ia bangun pagi kemarin sampai ia istirahat tidur malam harinya, atau dapat juga dimulai dari waktu saat diwawancara mundur ke belakang 24 jam penuh. Metode ini cenderung bersifat kualitatif sehingga jumlah konsumsi makanan individu ditanyakan secara teliti. Metode ini digunakan untuk mengatur rata-rata konsumsi pangan dan zat gizi pada kelompok besar. Daya ingat responden dan kesungguhan serta kesabaran dari pewawancara sangat menentukan keberhasilan metode *recall* 24 jam ini.

2. Metode *Estimated food records*

Metode ini digunakan untuk mencatat jumlah yang dikonsumsi. Responden diminta mencatat semua yang ia makan dan minum setiap kali sebelum makan. Menimbang dalam ukuran berat pada periode tertentu, termasuk cara persiapan dan pengelolaan makanan. Metode ini dapat memberikan informasi konsumsi yang mendekati sebenarnya tentang jumlah energi dan zat gizi yang dikonsumsi oleh individu.

3. Metode Penimbangan Makanan (*food weighing*)

Responden atau petugas menimbang dan mencatat seluruh makanan responden yang dikonsumsi selama 1 hari. Penimbangan makanan ini biasanya berlangsung beberapa hari tergantung dari tujuan, dana penelitian dan tenaga

yang tersedia. Terdapatnya sisa makanan setelah makan maka perlu juga ditimbang sisa tersebut untuk mengetahui jumlah sesungguhnya makanan yang dikonsumsi.

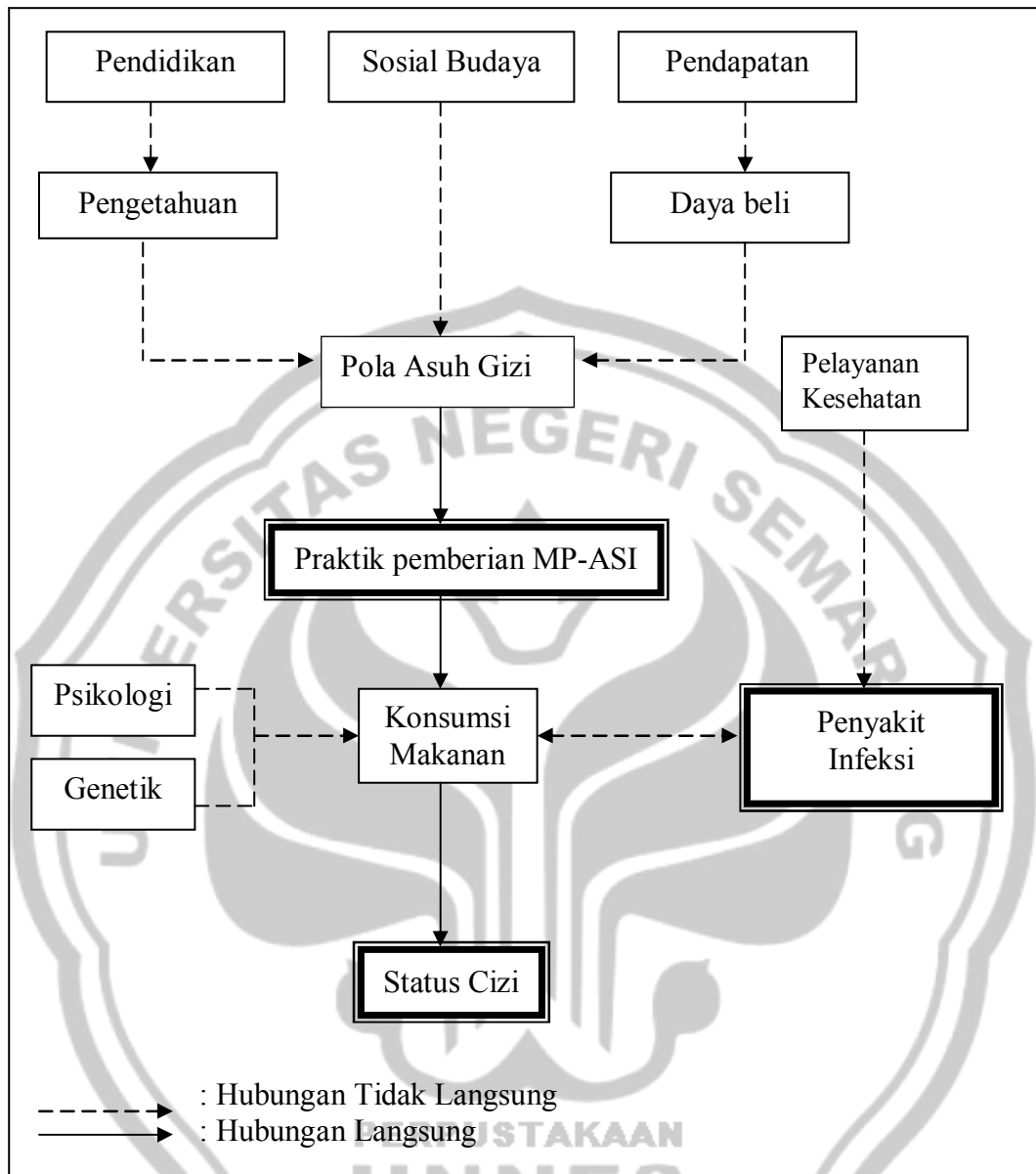
4. Metode *Dietary History*

Metode ini bersifat kualitatif karena memberikan gambaran pola konsumsi berdasarkan pengamatan dalam waktu yang cukup lama (bisa 1 minggu, 1 bulan, 1 tahun). Metode ini terdiri dari 3 komponen yaitu : wawancara, frekuensi jumlah bahan makanan, pencatatan konsumsi.

5. Metode Frekuensi Makanan (*food frequency*)

Metode ini untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu. Meliputi hari, minggu, bulan, atau tahun, sehingga diperoleh gambaran pola konsumsi makanan secara kualitatif. Kuesioner frekuensi makanan memuat tentang daftar bahan makanan dan frekuensi penggunaan makanan tersebut pada periode tertentu.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori

(Sumber: Modifikasi dari bagan UNICEF (1998). *The State of the World's children 1998*. Oxford Univ. Press dalam Yayuk Farida Baliwati dkk, 2004:20)

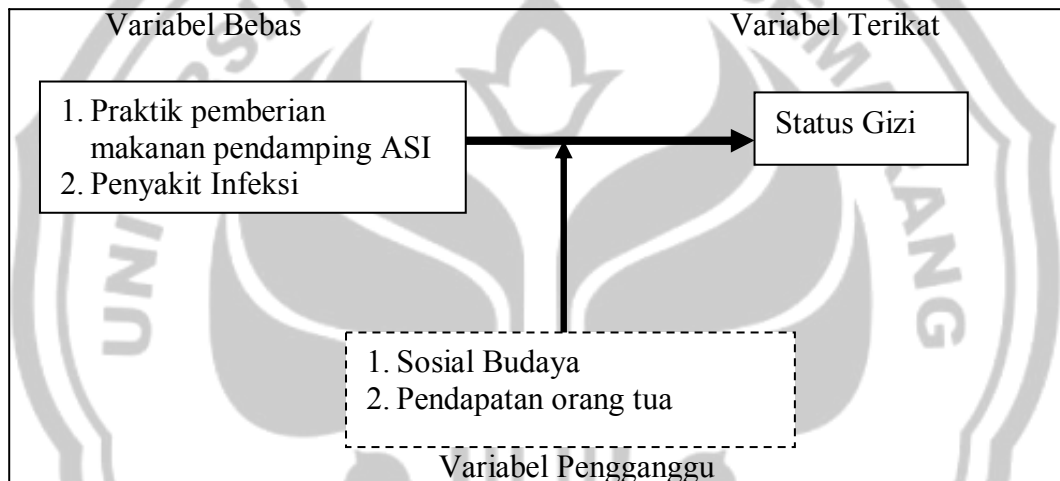
BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu hubungan/kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya dari masalah yang ingin diteliti (Soekidjo Notoatmodjo, 2002).

Kerangka konsep dalam penelitian ini yaitu :



Gambar 2
Kerangka Konsep

Keterangan :

————— : Variabel yang diteliti

- - - - - : Variabel yang tidak diteliti

Variabel pengganggu dikendalikan dengan cara memilih sampel dengan pekerjaan orang tua sama yaitu sebagai buruh perkebunan dan penelitian dilakukan di wilayah yang sama sehingga memiliki sosial budaya yang sama.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan antara waktu pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.
2. Ada hubungan antara jumlah asupan makanan dengan status gizi pada bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal
3. Ada hubungan antara konsistensi MP-ASI dengan status gizi bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.
4. Ada hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.

3.3 Definisi Operasional

Adapun definisi operasional dan skala pengukuran dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Instrumen	Kategori	Skala
1.	Waktu pemberian	Tindakan ibu mulai memberikan makanan pendamping ASI	Kuesioner	1. tepat, = 6 bln 2. tidak tepat, < 6 & > 6 bln	Nominal
2.	Jumlah asupan makanan	jumlah makanan dan minumaun yang benar-benar dikonsumsi bayi (jumlah konsumsi energi dan protein)	<i>Recall</i> 2x24 jam	1. Baik jika $\geq 100\%$ AKG 2. Sedang jika 80-90 % AKG 3. Kurang jika 70-80 % 4. Deficit jika < 70% (Supriasa, 2001: 114)	Ordinal
3.	Konsistensi MP-ASI	Tekstur makanan tambahan yang diberikan kepada bayi, Konsistensi:	Kuesioner	Kategori: 1. Sesuai 2. Tidak sesuai	Nominal

		1. 6-9 bulan (lumat) 2. 9-12 bulan (lunak)			
4.	Penyakit Infeksi	Penyakit yang disebabkan oleh mikroba patogen yang dialami bayi dua bulan terakhir pada saat penelitian dilakukan yang meliputi penyakit ISPA (batuk, pilek) diare DBD, TBC, malaria dan campak (berdasarkan penyakit yang sering terkena di wilayah kerja Puskesmas).	Kuesioner	1. Terkena 2. Tidak terkena	Nominal
5.	Status Gizi	Keadaan tubuh bayi akibat dari keseimbangan antara konsumsi, penyerapan dan penggunaan zat gizi yang dinilai berdasarkan pengukuran antropometri dengan indeks BB/U % median	Kuesioner	1. Gizi baik jika > 80% 2. Gizi sedang jika 71%-80% 3. Gizi kurang jika 61%-70% 4. Gizi buruk jika $\leq 60\%$ (Depkes, 2002:13)	Ordinal

3.4 Jenis dan rancangan penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian *Explanatory Research*, yaitu penelitian yang menjelaskan antara variabel bebas dengan variabel terikat melalui pengujian hipotesis (Sukidjo Notoatmodjo, 2002). Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode survei dengan menggunakan pendekatan “*Cross Sectional*” (studi potong lintang), dimana variabel bebas dan variabel terikat yang terjadi pada objek penelitian diobservasi dan diukur dalam waktu yang bersamaan/*point time approach* (Pratiknya, 1993).

3.5 Populasi dan Sampel

3.5.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Soekidjo Notoatmodjo, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah bayi berumur 6-12 bulan yang berdomisili di Kecamatan Boja Kabupaten Kendal dan bekerja di perkebunan karet, yaitu sejumlah 94 bayi.

3.5.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi tersebut (Soekidjo Notoatmodjo, 2002). Sampel dalam penelitian ini adalah bayi umur 6-12 bulan dari keluarga pekerja perkebunan yang masuk dalam wilayah kerja Puskesmas Boja I Kendal.

Besarnya sampel minimal yang terdapat dalam populasi ditentukan menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Dimana :

N : Ukuran Populasi

n : Ukuran Sampel

d : tingkat kepercayaan yang diinginkan yaitu 0,1 / 10 %

(Soekidjo Notoatmodjo, 2002: 92)

Sehingga didapat jumlah sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{94}{1 + 94(0,1^2)} = 48,4$$

Berdasarkan karakteristik sampel maka sampel minimal yang diambil sebanyak 48 dengan menggunakan teknik *simple random sampling*.

3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

3.6.1 Kuesioner

Alat yang digunakan untuk memperoleh informasi tentang bayi dan pola pemberian makanan pendamping ASI yang dilakukan ibu terhadap bayinya.

3.6.2 Recall 2x24 jam

Digunakan untuk mengukur jumlah asupan makanan yang benar-benar dikonsumsi bayi.

3.6.3 Timbangan Dacin

Digunakan untuk menimbang berat badan bayi.

3.7 Teknik Pengambilan Data

Data yang dikumpulkan berupa data primer dan sekunder.

3.7.1 Data Primer diperoleh melalui:

3.7.1.1 Penimbangan bayi untuk mengetahui status gizi yang diukur dengan indeks BB/U % median.

3.7.1.2 Wawancara langsung terhadap responden dengan menggunakan kuesioner.

3.7.2 Data Sekunder diperoleh melalui Puskesmas Boja, berupa data jumlah bayi umur 6-12 bulan.

3.8 Teknik Analisis Data

Setelah semua data dikumpulkan, dilakukan tahap-tahap pengolahan data yang meliputi :

1) *Editing*, merupakan langkah untuk meneliti kelengkapan data yang diperoleh melalui wawancara.

- 2) *Koding*, merupakan langkah memberikan kode pada masing-masing jawaban untuk memudahkan pengolahan data.
- 3) *Tabulasi*, merupakan pengelompokan data berdasarkan variabel yang diteliti yang disajikan dalam tabel frekuensi.

3.8.1 Analisa Univariat

Analisa ini diperlukan untuk mendeskripsikan praktik pemberian MP-ASI, penyakit infeksi dan status gizi pada balita usia 6–12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kendal.

3.8.2 Analisa Bivariat

Analisa ini diperlukan untuk menguji hubungan antara masing-masing variabel bebas yaitu praktik pemberian MP-ASI, status gizi dan variabel terikat yaitu status gizi. Dalam analisa ini uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square*. Karena variabel yang diteliti berskala ordinal dan menggunakan lebih dari dua kelompok sampel tidak berpasangan (Sopiyudin Dahlan, 2004:5).

Untuk mengetahui tingkat keeratan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, maka digunakan koefisien kontingen (*cc*). Kriteria keeratan hubungan dengan koefisien kontingen adalah:

- 1) 0,00 – 0,19 : hubungan sangat lemah
- 2) 0,20 – 0,39 : hubungan lemah
- 3) 0,40 – 0,59 : hubungan cukup kuat
- 4) 0,60 – 0,79 : hubungan kuat
- 5) 0,80 – 1,00 : hubungan sangat kuat

Kemudian data dimasukkan dalam komputer dan diolah menggunakan program SPSS.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Deskripsi Data

4.1.1 Gambaran Umum

Puskesmas Boja I terletak di wilayah Kecamatan Boja Kab. Kendal, sebagian besar penduduk bermata pencaharian sebagai buruh, petani dan pedagang. Puskesmas Boja I berlokasi di Jl. Raya Bebengan No. 210 C Bebengan Boja. Tempat yang cukup strategis sebagai sentral dari wilayah eks kawedanan Boja yaitu Kec. Singorojo dan Kec. Limbangan.

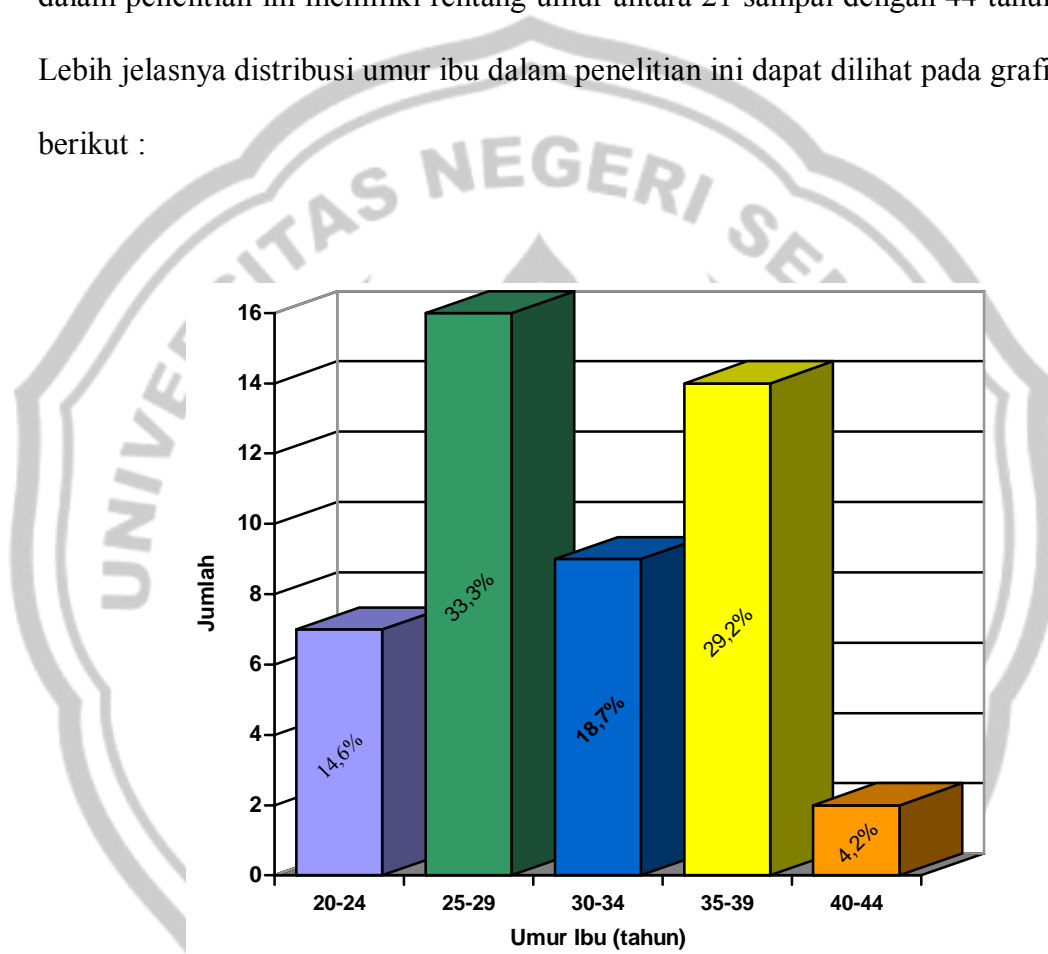
Penelitian dilakukan ditiga desa yang mayoritas penduduknya bekerja di perkebunan karet, yaitu Desa Purwogondo, Desa Merbuh, dan Desa Getas Kecil. Jumlah bayi yang orang tuanya bekerja di perkebunan karet tersebut sebanyak 94 bayi, dan setelah dilakukan pemilihan sampel secara *simple random sampling* diperoleh sampel (bayi) sejumlah 48 bayi.

Berdasarkan daftar hadir dan penelitian yang dilakukan mayoritas ibu-ibu di tiga desa tersebut rajin ke posyandu, terbukti dari 94 bayi yang ada hanya 5 bayi yang tidak berangkat ke posyandu. Berdasarkan penelitian 54,2 % bayi diberi makanan pendamping ASI sebelum umur 6 bulan dengan konsistensi yang belum tepat, karena bayi diperkenalkan dengan makanan pendamping ASI berupa pisang kerok dan pisang campur nasi ulek. Mereka mulai diberi Makanan Pendamping ASI mulai dari umur 2 bulanan. Dari 45,8 % bayi yang tidak tepat waktu pemberian MP-ASI 71,4 % memiliki status gizi kurang.

4.1.2 Karakteristik Responden

4.1.2.1 Umur Responden

Berdasarkan data penelitian dapat diketahui bahwa umur dari 48 ibu di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal yang menjadi responden dalam penelitian ini memiliki rentang umur antara 21 sampai dengan 44 tahun. Lebih jelasnya distribusi umur ibu dalam penelitian ini dapat dilihat pada grafik berikut :



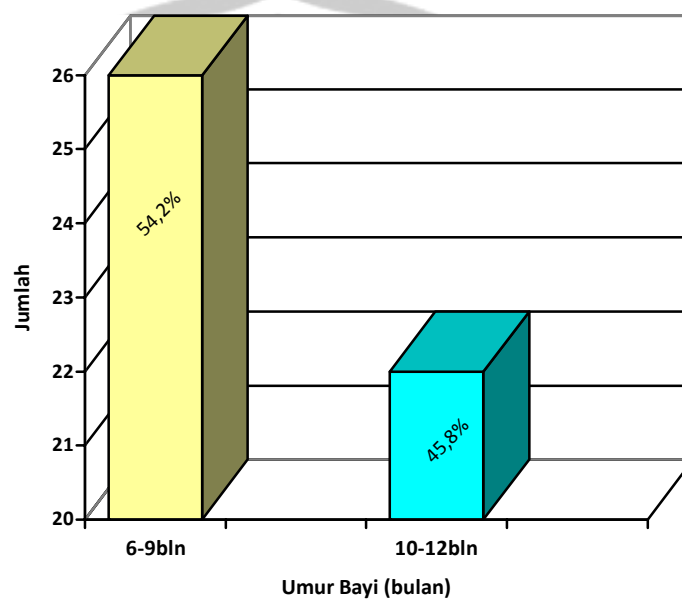
Gambar 3
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur Ibu

Berdasarkan gambar 3 maka dapat diketahui dari 48 responden yang diteliti, jumlah responden dengan umur 20-29 tahun merupakan kelompok umur yang terbanyak yaitu sebanyak 16 orang (33,3 %), dan distribusi yang terkecil adalah umur 40-44 tahun sebanyak 2 orang (4,2 %).

4.1.3 Karakteristik Bayi

4.1.3.1 Umur Bayi

Dalam penelitian ini bayi dapat diklasifikasikan berdasarkan umur antara 6-9 bulan dan 10-12 bulan, besarnya distribusi bayi menurut umur adalah sebagai berikut :



Gambar 4
Distribusi Frekuensi Sampel Menurut Umur

Berdasarkan gambar 4 dapat diketahui bahwa distribusi umur bayi pada rentan umur 6-9 bulan yaitu sebanyak 26 balita (54,2%) lebih banyak daripada rentan umur 10-12 bulan sebanyak 22 balita (45,8%).

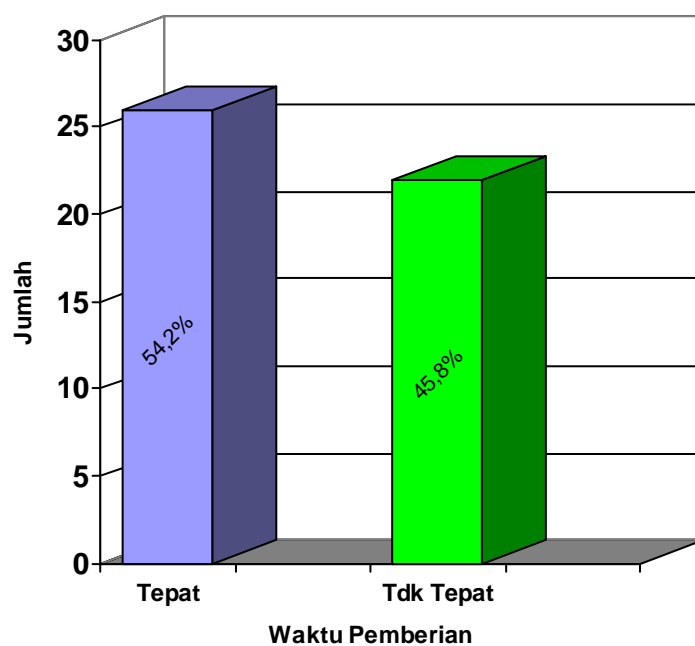
4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian meliputi waktu pemberian MP-ASI, jumlah asupan makanan, konsistensi MP-ASI, penyakit infeksi dan tingkat status gizi pada bayi.

4.2.1.1 Waktu Pemberian MP-ASI

Tindakan ibu mulai memberikan Makanan Pendamping ASI dikelompokkan menjadi 2 kriteria yaitu tepat dan tidak tepat. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik berikut ini.



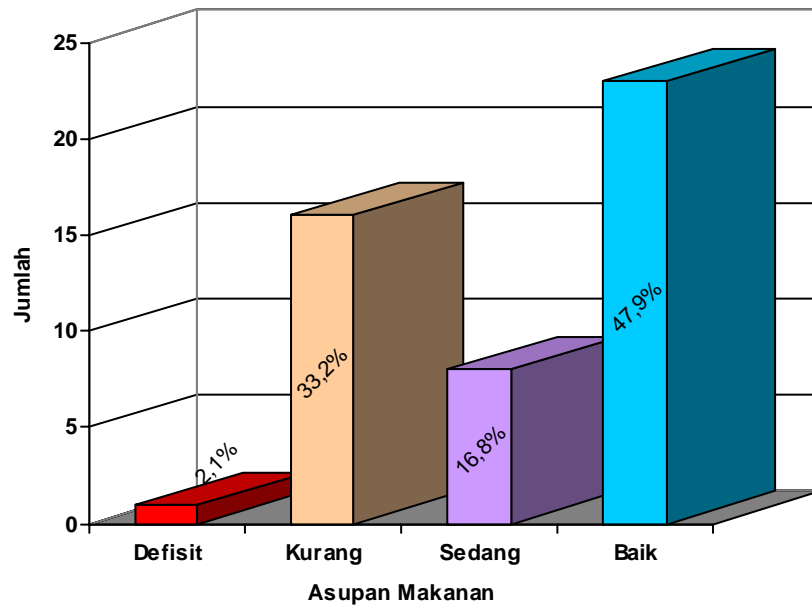
Gambar 5
Distribusi Frekuensi Sampel menurut Waktu Pemberian MP-ASI

Berdasarkan gambar 5 menunjukkan bahwa lebih banyak bayi yang tepat dalam waktu mulai pemberian makanan pendamping asi dibandingkan dengan yang tidak tepat yaitu sebesar 26 bayi (54,2 %).

4.2.1.2 Jumlah Asupan Makanan

Jumlah asupan makanan dalam penelitian ini dilakukan dengan menghitung tingkat konsumsi energi dan protein pada bayi. Jumlah asupan makanan dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi 4 kategori yaitu baik,

sedang, kurang dan defisit. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik berikut ini :

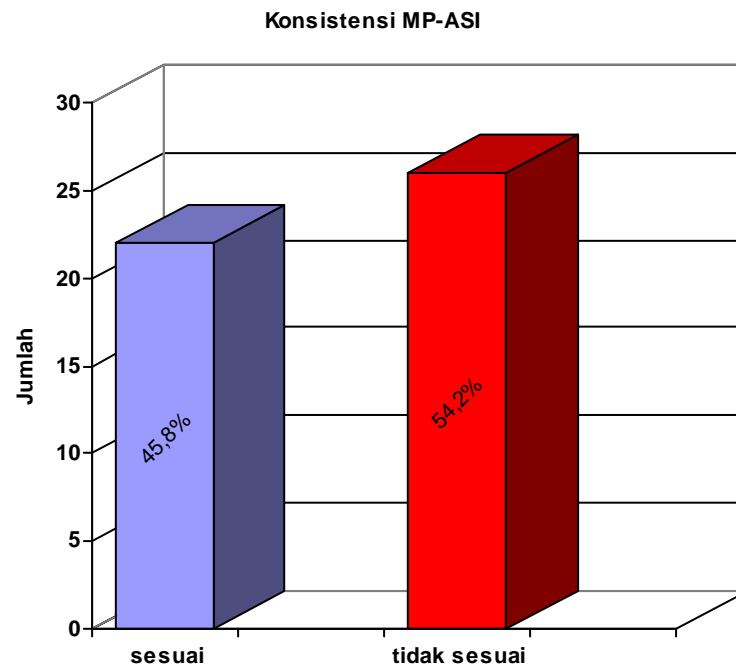


Gambar 6
Distribusi Frekuensi Sampel menurut Jumlah Asupan Makanan

Berdasarkan gambar 6 menunjukkan bahwa tingkat asupan makanan dalam kategori baik merupakan yang terbesar yaitu sebesar 23 bayi (47,9 %), namun masih ada jumlah asupan makanan dalam kategori defisit yaitu sebesar 1 bayi (2,1%).

4.2.1.3 Konsistensi MP-ASI

Konsistensi Makanan Pendamping ASI dikelompokkan menjadi 2 kriteria yaitu sesuai dan tidak sesuai. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik berikut ini.

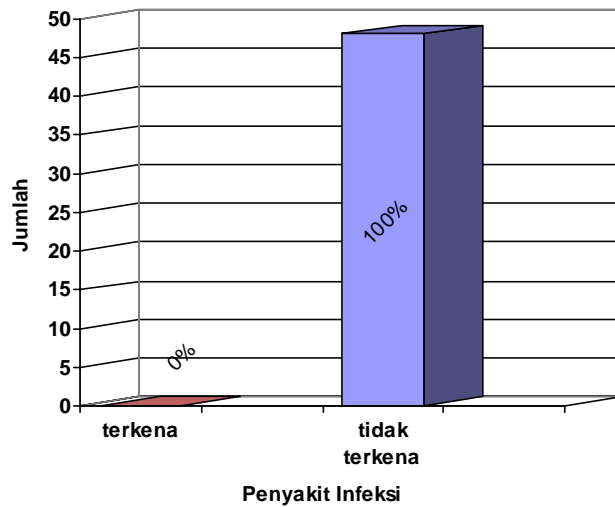


Gambar 7
Distribusi Frekuensi Sampel menurut Kesesuaian Konsistensi MP-ASI

Berdasarkan gambar 7 menunjukkan bahwa ibu yang sesuai dalam memilih konsistensi makanan pendamping asi sebanyak 22 bayi (45,8%) dan yang tidak sesuai yaitu 26 bayi (54,2 %) yaitu mulai diberi MP-ASI sejak umur 2 bulanan berupa pisang kerok dan nasi ulek.

4.2.1.4 Penyakit Infeksi

Penyakit Infeksi dikategorikan menjadi 2 yaitu terkena dan tidak terkena penyakit infeksi.

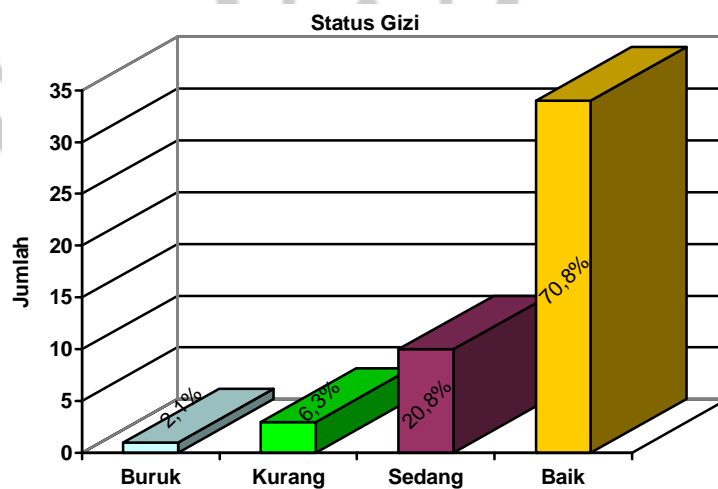


Gambar 8
Distribusi Frekuensi sampel menurut Penyakit Infeksi

Berdasarkan gambar 8 menunjukkan bahwa tidak ada bayi yang terkena penyakit infeksi karena 100 % bayi tidak terkena penyakit infeksi.

4.2.1.5 Status Gizi

Status gizi bayi dalam penelitian ini dikategorikan menjadi 4 kategori yaitu gizi baik, gizi sedang, gizi kurang dan gizi buruk. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik berikut ini :



Gambar 9
Distribusi Frekuensi Sampel menurut Status Gizi Bayi

Berdasarkan gambar 9 dapat dilihat bahwa status gizi bayi pada keluarga pekerja perkebunan di wilayah kerja Puskesmas Boja I sebagian besar mempunyai status gizi yang baik sebanyak 34 bayi (70,8 %) dan masih terdapat 1 bayi yang menderita gizi buruk.

4.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji statistik yaitu uji *chi square*, dan uji *fisher* sebagai alternatifnya. Dalam penelitian ini untuk variabel waktu pemberian MP-ASI dikategorikan menjadi dua yaitu sesuai dan tidak sesuai, sedangkan variabel konsistensi MP-ASI dikategorikan menjadi tepat dan tidak tepat. Variabel jumlah asupan makanan dikategorikan menjadi empat yaitu baik, sedang, kurang dan defisit, untuk variabel status gizi dikategorikan menjadi buruk, kurang, sedang, baik, sedangkan variabel penyakit infeksi dikategorikan menjadi dua yaitu terkena dan tidak terkena.

Tabulasi yang pertama dari variabel jumlah asupan makanan terdiri dari kategori defisit, kurang, sedang, baik, dan tabulasi yang kedua terdiri dari kategori kurang dan baik. Variabel status gizi tabulasi pertama terdiri dari kategori buruk, kurang, sedang, baik tabulasi yang kedua terdiri dari kategori kurang dan baik.

4.2.2.1 Hubungan antara Waktu Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa bayi yang berstatus gizi baik lebih banyak yang tepat waktu pemberian makanan pendamping asinya, sedangkan bayi yang berstatus gizi kurang sebagian besar waktu pemberian makanan pendamping asinya tidak tepat. Lebih jelasnya hubungan waktu pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.1
Hubungan Waktu Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi

Waktu Pemberian MP-ASI	Status Gizi Bayi				Total		Nilai <i>p</i>	CC
	Baik		Kurang		f	%		
	f	%	f	%				
Tepat	22	84,6	4	15,4	26	100,0	0,049	0,313
Tidak Tepat	12	54,5	10	45,5	22	100,0		
Total	34	70,8	14	29,2	48	100,0		

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 29,2 % bayi yang berstatus gizi kurang 28,6 % waktu pemberian makanan pendamping ASInya tidak tepat, sedangkan dari 70,8% bayi yang berstatus gizi baik 64,7% waktu pemberian MP-ASInya tepat. Secara statistik adanya hubungan antara waktu pemberian makanan pendamping ASI dengan status gizi bayi tersebut dapat dibuktikan dengan uji *chi square*. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,049$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara waktu pemberian makanan pendamping Asi dengan status gizi bayi pada keluarga pekerja perkebunan wilayah kerja Puskesmas Boja I Kendal. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh koefisien kontingen antara waktu pemberian MP-ASI dengan status gizi sebesar 0,313 yang berarti mempunyai keeratan hubungan kategori lemah.

4.2.2.2 Hubungan antara Jumlah Asupan Makanan dengan Status Gizi

Jumlah asupan makanan dalam penelitian ini dilakukan dengan menghitung tingkat konsumsi energi dan tingkat konsumsi protein pada bayi. Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa semua bayi yang memiliki status gizi kurang tingkat konsumsi energi dan proteinnya nya kurang, sedangkan bayi yang memiliki status gizi baik sebagian besar tingkat konsumsi energi dan proteinnya nya juga baik. Lebih jelasnya hubungan tingkat konsumsi energi dengan status gizi bayi dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.2
Hubungan Jumlah Asupan Makanan dengan Status Gizi

Jumlah Asupan Makanan	Status Gizi Bayi				Total		Nilai p	CC
	Baik		Kurang		f	%		
	F	%	f	%	f	%		
Baik	31	100,0	0	0,0	31	100,0	0,001	0,655
Kurang	3	17,6	14	82,4	17	100,0		
Total	34	70,8	14	29,2	48	100,0		

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 29,2 % bayi yang berstatus gizi kurang, semuanya (100%) tingkat konsumsi energinya kurang, sedangkan dari 70,8% bayi berstatus gizi baik sebagian besar (91,2%) tingkat konsumsi energinya baik dan dari analisis bivariat menggunakan uji fisher diperoleh nilai $p=0,001$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi energi dengan status gizi bayi pada keluarga pekerja perkebunan wilayah kerja Puskesmas Boja I Kendal. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh koefisien kontingen antara jumlah asupan makanan dengan status gizi sebesar 0,655 yang berarti mempunyai keeratan hubungan kategori kuat.

4.2.2.3 Hubungan antara Konsistensi MP-ASI dengan Status Gizi

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa sebagian besar bayi yang memiliki status gizi kurang konsistensi MP-ASInya tidak sesuai, sedangkan bayi yang memiliki status gizi baik lebih banyak yang konsistensi MP-ASInya sesuai.. Lebih jelasnya hubungan tingkat konsumsi energi dengan status gizi bayi dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.3
Hubungan Konsistensi MP-ASI dengan Status Gizi

Konsistensi MP-ASI	Status Gizi Bayi				Total		Nilai <i>p</i>	CC
	Baik		Kurang		f	%		
	f	%	f	%				
Sesuai	21	95,4	1	4,6	22	100,0	0,002	0,446
Tidak Sesuai	13	50,0	13	50,0	26	100,0		
Total	34	70,8	14	29,2	48	100,0		

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa hanya dari 29,2 % bayi yang berstatus gizi kurang 7,1% konsistensi MP-ASInya sesuai, dan dari analisis bivariat diperoleh nilai $p=0,002$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara konsistensi MP-ASI dengan status gizi bayi pada keluarga pekerja perkebunan wilayah kerja Puskesmas Boja I Kendal. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh koefisien kontingen antara konsistensi MP-ASI dengan status gizi sebesar 0,446 yang berarti mempunyai keeratan hubungan kategori cukup kuat.

4.2.2.4 Hubungan antara Penyakit Infeksi dengan Status Gizi

Variabel penyakit infeksi pada bayi tidak mempunyai variabilitas, sebab dari seluruh responden tidak ada yang terkena penyakit infeksi. Oleh sebab itu dalam penelitian ini variabel penyakit infeksi pada bayi tidak dapat dianalisis.

4.2.2.5 Rekapitulasi Analisis Bivariat

Rekapitulasi analisis bivariat hubungan antara praktik pemberian MP-ASI dan penyakit infeksi dengan status gizi berdasarkan hasil penelitian, diperoleh hasil dan analisis statistik menggunakan uji *chi-square* dengan uji alternatif *fisher* dengan tingkat kemaknaan (α) 0,05 dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pembahasan

5.1.1 Hubungan Waktu Pemberian dengan Status Gizi Bayi

Berdasarkan hasil penelitian didapat bahwa waktu pemberian MP-ASI yang tidak tepat pada bayi yang memiliki status gizi kurang adalah sebesar (71,4%), lebih tinggi dari pada bayi yang memiliki status gizi kurang yang waktu pemberian MP-ASInya tepat (28,6%). Didapatkan Nilai p $0,049 < 0,05$ yang artinya ada hubungan yang signifikan antara waktu pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi.

Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Endang Suwiji (2006) yang menyatakan ada hubungan positif antara praktik pemberian MP-ASI dengan status gizi. Hasil penelitian juga sesuai dengan hasil penelitian Agni Romadhona V (2008) yaitu MP-ASI yang diberikan sebelum bayi 6 bulan (57,3%) dan rendahnya sanitasi dan higiene MP-ASI akan memicu terjadinya penyakit infeksi dan gangguan pertumbuhan.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan pendapat Ariani (2006) yang menyatakan bahwa gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak dapat terjadi jika asupan makanan bayi hanya mengandalkan ASI saja atau pemberian makanan tambahan yang kurang memenuhi syarat.

Salah satu syarat pemberian MP-ASI yaitu diberikan pada saat yang tepat. Pemberian MP-ASI terlalu dini akan mengurangi konsumsi ASI, selain itu usia

sebelum 6 bulan, ginjal, sistem pencernaan dan sistem neurologis belum siap, sedangkan pemberian MP-ASI yang terlambat akan menyebabkan bayi tidak memperoleh kebutuhan tambahan kalori nutrien yang sudah tidak terpenuhi oleh ASI sehingga dapat memicu terjadinya gizi kurang dan gizi lebih.

5.1.2 Hubungan Jumlah Asupan Makanan dengan Status Gizi Bayi

Konsumsi makanan merupakan faktor yang berkorelasi langsung dengan status gizi balita. Berdasarkan analisis bivariat diperoleh nilai $p = 0,000 < 0,05$. Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi makanan dengan status gizi bayi pada keluarga pekerja perkebunan karet wilayah kerja Puskesmas Boja I Kendal tahun 2010.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi Andarwati (2007) yaitu faktor yang berpengaruh terhadap status gizi anak petani adalah pendapatan keluarga, tingkat pengetahuan gizi ibu dan tingkat konsumsi energi dan tingkat konsumsi protein.

Kondisi status gizi baik dapat dicapai bila tubuh memperoleh cukup zat-zat yang akan digunakan tubuh, sehingga memungkinkan terjadinya pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas makanan, karena zat gizi yang diperlukan tubuh dapat dilihat dari kualitas dan kuantitas makanan yang dimakan.

Hasil survei menunjukkan bahwa salah satu penyebab terjadinya gangguan tumbuh kembang bayi dan baduta di Indonesia adalah rendahnya mutu

makanan pendamping air susu ibu sehingga tidak dapat mencukupi energi dan zat gizi mikro terutama Zat Besi (Fe) dan (Zn) (Burhanuddin dkk, 2006).

Hasil penelitian juga sejalan dengan pendapat Achmad Djaeni Sediaoetama (2000 : 25) bahwa tingkat kesehatan gizi sesuai dengan konsumsi pangan, tingkat kesehatan gizi terbaik adalah kesehatan gizi optimum. Tubuh terbebas dari penyakit dan mempunyai daya kerja dan efisiensi yang sebaik-baiknya, serta mempunyai daya tahan setinggi-tingginya. Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi. Dilihat dari kualitas hidangan dapat dilihat zat yang terkandung sehingga dapat disesuaikan dengan kebutuhan tubuh, (Soengeng Santoso dan Anne Lies Ranti, 2004: 59).

Tingkat kesehatan ditentukan dengan asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh. Jika jumlah asupan makanan yang masuk ke dalam tubuh kurang dapat memicu terjadinya gizi kurang, jika jumlah asupan makanan yang masuk ke dalam tubuh berlebih akan memicu terjadinya gizi lebih.

5.1.3 Hubungan Konsistensi MP-ASI dengan Status Gizi Bayi

Berdasarkan data hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 29,2 % bayi yang berstatus gizi kurang hanya 2,1 % yang konsistensi MP-ASInya sesuai. Dari hasil analisis bivariat diperoleh $p=0,002 < 0,05$ yang artinya ada hubungan yang signifikan antara konsistensi MP-ASI dengan status gizi bayi pada keluarga pekerja perkebunan karet wilayah kerja Puskesmas Boja I Kendal tahun 2010.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan Ariani (2002) yang menyatakan bahwa pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik

bentuk maupun jumlahnya, disesuaikan dengan pencernaan bayi/anak, untuk konsistensi pada awalnya berikan makanan separuh cair, bertahap semakin kental. Mula-mula sangat lembut lalu bertahap semakin kasar.

Pengenalan dan pemberian makanan pendamping ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk (konsistensi) maupun jumlahnya, bukan sekedar upaya menaikkan berat badan dan panjang bayi, tetapi juga proses belajar (mengulum, mengunyah dan menelan) dan berpetualang mengenal berbagai macam rasa dan tekstur (Depkes RI, 2000).

Konsistensi makanan yang tidak sesuai akan memacu kerja ginjal dan pencernaan terlalu ekstra, karena jika bayi diberi makanan yang terlalu padat dan keras tidak disesuaikan dengan usia akan memicu terjadinya gizi kurang. Selain itu usia di bawah 6 bulan ginjal dan sistem pencernaan bayi belum sempurna, oleh sebab itu makanan yang dikonsumsi bayi konsistensinya harus disesuaikan.

5.1.4 Hubungan Penyakit Infeksi dengan Status Gizi Bayi

Berdasarkan hasil penelitian didapat bahwa variabel penyakit infeksi pada bayi tersebut di atas tidak mempunyai variabilitas, sebab dari seluruh responden (100%) tidak ada yang terkena penyakit infeksi.

5.2 Hambatan dan Kelemahan

5.2.1 Hambatan

Beberapa hambatan yang dialami oleh peneliti dalam melaksanakan penelitian ini adalah :

1. Kejujuran dan daya ingat responden dalam mengingat makanan dan minuman yang benar-benar dikonsumsi bayinya, sehingga peneliti harus menanyakan secara perlahan agar responden dapat mengingat makanan yang dikonsumsi bayi mereka dengan baik dan jujur.

5.1.2 Kelemahan

Beberapa kelemahan dalam penelitian ini adalah :

1. Ketelitian dan ketepatan dalam pengukuran jumlah makanan yang dikonsumsi berdasarkan URT (Ukuran Rumah Tangga).
2. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, maka tidak bisa menggambarkan kondisi status gizi, *insiden*, maupun *prognosis* karena hanya dilakukan satu kali pengukuran.
3. Form recall yang satu diisi responden sehingga memungkinkan terjadi bias.
4. Pendapatan orang tua tidak diukur perkapita tetapi berdasarkan pekerjaan ayah yaitu sebagai buruh perkebunan.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 SIMPULAN

Simpulan yang dapat diambil berdasarkan hasil analisis data penelitian adalah sebagai berikut :

- 5.1.1 Ada hubungan antara waktu pemberian MP-ASI dengan status gizi bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.
- 5.1.2 Ada hubungan antara jumlah asupan makanan dengan status gizi pada bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.
- 5.1.3 Ada hubungan antara konsistensi MP-ASI dengan status gizi bayi umur 6-12 bulan pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas Boja I Kabupaten Kendal.
- 5.1.4 Variabel penyakit infeksi tidak dapat dianalisis karena tidak mempunyai variabilitas (100% bayi tidak menderita penyakit infeksi).

5.2 SARAN

5.2.1 Bagi Ibu Bayi

Ibu bayi hendaknya meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai pentingnya gizi bagi pertumbuhan, perkembangan dan kesehatan bayi.

5.2.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

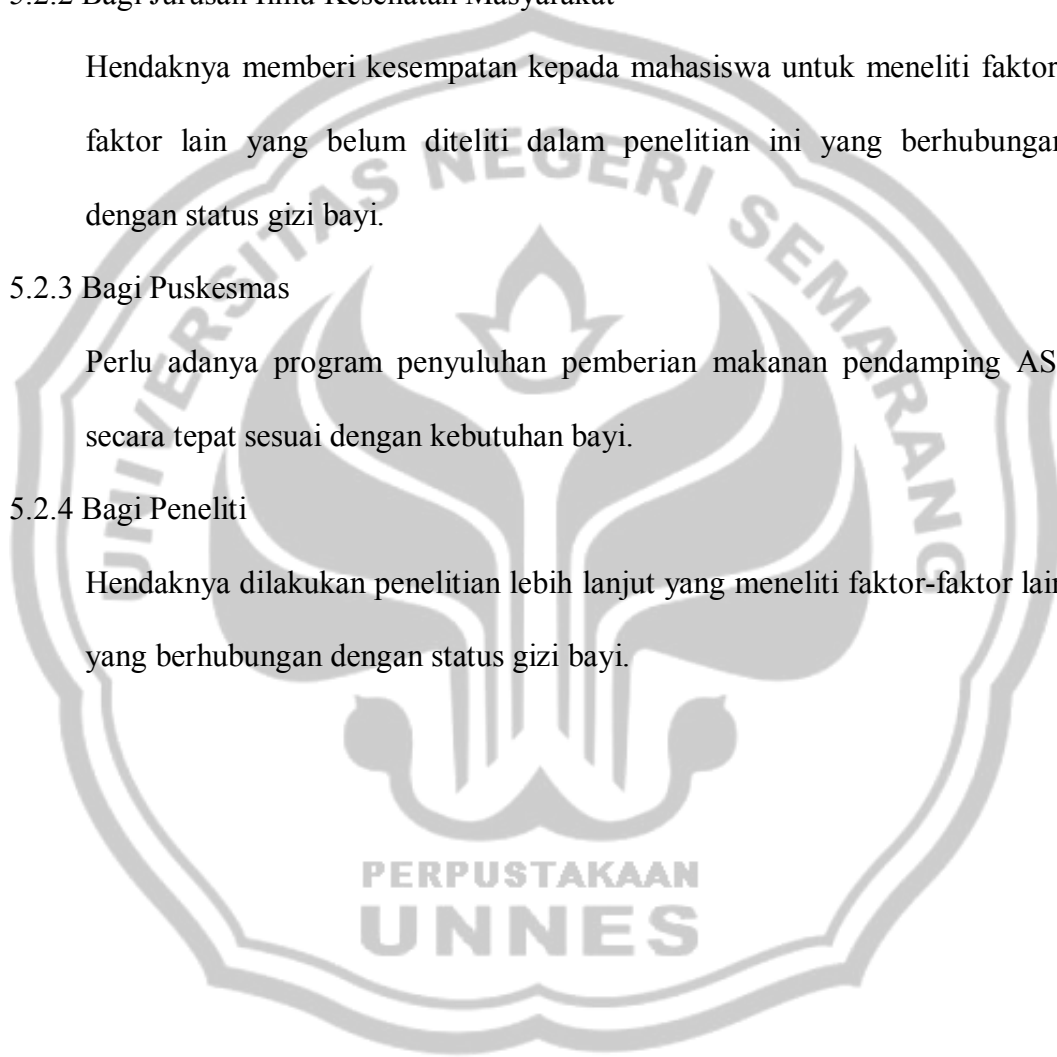
Hendaknya memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk meneliti faktor-faktor lain yang belum diteliti dalam penelitian ini yang berhubungan dengan status gizi bayi.

5.2.3 Bagi Puskesmas

Perlu adanya program penyuluhan pemberian makanan pendamping ASI secara tepat sesuai dengan kebutuhan bayi.

5.2.4 Bagi Peneliti

Hendaknya dilakukan penelitian lebih lanjut yang meneliti faktor-faktor lain yang berhubungan dengan status gizi bayi.



DAFTAR PUSTAKA

- Agni Romadhona V, 2008, *Pertumbuhan bayi Usia 0-6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif dan Makanan Pendamping ASI*, Skripsi S-1, Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Ahmad Djaeni S, 1996, *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi di Indonesia Jilid I*, Jakarta: Dian Rakyat.
- _____, 2000, *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi di Indonesia Jilid II*, Jakarta: Dian Rakyat.
- Ali Khomsan, 2003, *Pangan dan Gizi Untuk Kesehatan*, Jakarta : Rajagrafindo Persada.
- Amy Prahesti, 2001, *Hubungan Pola Asuh Gizi dengan Gangguan Pertumbuhan (Growth Faltering) pada anak usia 0-12 bulan di Kecamatan Sumowono Kabupaten Semarang*, Skripsi S-1, Universitas Diponegoro.
- Anonim, 2006, *Makanan Pendamping ASI*, Thursday, 21 December 2006, (<http://parentingislami.wordpress.com>), diakses 01 Januari 2010 07:04
- Ariani, 2006, *Makanan pendamping ASI (MP-ASI)*, Thursday, 21 Desember 2006, (<http://parentingislami.wordpress.com>), diakses 01 Januari 2010 07:10
- Burhanudin Bahar, dkk, 2006, *Faktor-faktor yang mempengaruhi Status Gizi Bayi setelah Pemberian MP-ASI pada keluarga miskin di wilayah Kecamatan Labakkang Kabupaten Pangkep tahun 2006*. <http://www.lpch.org/DiseaseHealthInfo/HealthLibrary/growth/fdgd.html>, diakses 29 April 2010.
- Dadang Rosmana, 2003, *Hubungan Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi Anak Usia 6-24 bulan di Kabupaten Serang Propinsi Banten Tahun 2003*, Tesis. Universitas Indonesia.
- Deddy Muhtadi, 1996, *Gizi untuk Bayi: ASI. Susu Formula dan Makanan Tambahan*, Jakarta: Penebar Swadaya.
- Depkes RI, 1995, *Memilih Makanan Seimbang Bagi Bayi*, Jakarta: Depkes RI.
- _____, 2000, *Makanan Pendamping ASI*, Jakarta: Depkes RI.
- _____, 2002, *Informasi ringkas paradigma sehat indonesia sehat 2010*, Jakarta: Depkes RI.
- _____, 2003, *Pemantauan Pertumbuhan Balita*, Jakarta: Depkes RI.

- _____, 2006, *Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) Lokal*, Jakarta: Depkes RI.
- _____, 2007, *Pedoman Pemberian Makanan Bayi dan Anak dalam Situasi Darurat*, Jakarta: Depkes RI.
- Dewi Andarwati, 2007, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Status gizi pada balita pada keluarga petani desa Purwojati Kecamatan Kertek Kabupaten Wonosobo tahun 2007*, Skripsi S-1, Universitas Negeri Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2008, *Profil Kesehatan Provinsi Tahun 2007*, Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2009, *Profil Kesehatan Provinsi Tahun 2008*, Semarang.
- Ditjen, Direktorat Gizi Masyarakat, *Strategi Nasional PP-ASI*, www.gizi.net, Diakses pada tanggal 17 April 2009.
- Diyah Krisnatuti, dkk, 2002, *Menyiapkan Makanan Pendamping ASI*, Jakarta : Puspa Swara. Anggota IKAPI.
- Endang Suwiji, 2006, *Hubungan Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi Balita 4-12 Bulan di wilayah kerja Puskesmas Medang Kabupaten Blora Tahun 2006*, Skripsi S-1, Universitas Negeri Semarang.
- Food Security and Nutrition (FSN) Program Surabaya, *Buku Fasilitator Makanan Pendamping ASI*, Wahana Visi Indonesia.
- Sarwono Waspadji, 2003, *Pengkajian Status Gizi*, Jakarta : Instalasi Gizi RSCM.
- Sjahmien Moehji, 2003, *Ilmu Gizi 2: Penganggulangan Gizi Buruk*, Jakarta: Papis Sinar Sinanti.
- Soengeng Santoso, 2004, *Kesehatan dan Gizi*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Soekidjo Notoatmodjo, 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Soekirman, 2000, *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*, Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional.
- Sopiyudin Dahlan, 2004, *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan Uji Hipotesis dengan Menggunakan SPSS Program 12 Jam*, Jakarta: PT.Arkan.
- Suhardjo, 1986, *Pangan Gizi dan Pertanian*, Jakarta: UI Press.
- Suhardjo, 2000, *Perencanaan Pangan dan Gizi*, Jakarta: PT Bumi Aksara.

Sunita Almatsier, 2001, *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

Supariasa, dkk, 2002, *Penilaian Status Gizi*,. Jakarta: EGC.

Yayuk Farida Baliwati, dkk, 2002, *Pengantar Pangan dan Gizi*, Jakarta: Penebar Swadaya.



KUESIONER
HUBUNGAN ANTARAPRAKTIK PEMBERIAN MAKANAN
PENDAMPING ASI (MP-ASI) DAN PENYAKIT INFEKSI KAITANNYA
DENGAN STATUS GIZI PADA BAYI UMUR 6-12 BULAN
(Studi pada keluarga pekerja perkebunan karet di wilayah kerja Puskesmas
Boja I Kabupaten Kendal 2010)

No. Responden :
Tanggal penelitian :

A. Identitas Responden

Nama Responden :
Umur (tahun) :
Alamat : Desa Rt. / Rw.
Kecamatan Boja - Kabupaten Kendal

B. Identitas Bayi

Nama :
Tanggal Lahir :
Umur : bulan
Jenis Kelamin : L/P
Berat Badan : kg
Anak ke :

C. PRAKTIK PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI (MP-ASI)
KAITANNYA DENGAN STATUS GIZI PADA BAYI UMUR 6-12
BULAN

Petunjuk pengisian : Bacalah pernyataan yang tersedia dan Berilah tanda (X) pada salah satu jawaban yang sesuai dengan pendapat anda.

1. Mulai umur berapa bayi anda diberi makanan tambahan?
 - a. < 6 bulan dan > 6 bulan
 - b. = 6 bulan
2. Jenis/tekstur makanan seperti apakah yang anda berikan kepada bayi anda?
 - a. 4-6 bulan (lumat halus)
Contoh:
 1. Bubur susu

2. Bubur sum-sum
 3. Buah saring
 4. Biskuit+ air panas
 5.
- b. 6-9 bulan (lumat)

Contoh:

1. Nasi tim saring
2. Pisang dikerok
3.

- c. 9-12 bulan (lunak)

Contoh:

1. Bubur nasi
2. Bubur ayam
3. Bubur kacang ijo saring
4.

D. PENYAKIT INFEKSI

- 1 Apakah bayi anda mengalami penyakit infeksi ?
 - a. ya
 - b. Tidak
- 2 Jika Ya, apa?
 - a. ISPA
 - b. Diare
 - c. TBC
 - d. Campak
 - e. Malaria
 - f.
- 3 Sejak kapan bayi anda menderita penyakit tersebut ?.....

E. STATUS GIZI

- a. Berat Badan Bayi :

Formulir Metode *Recall* 24 Jam Tingkat Individu (Bayi)

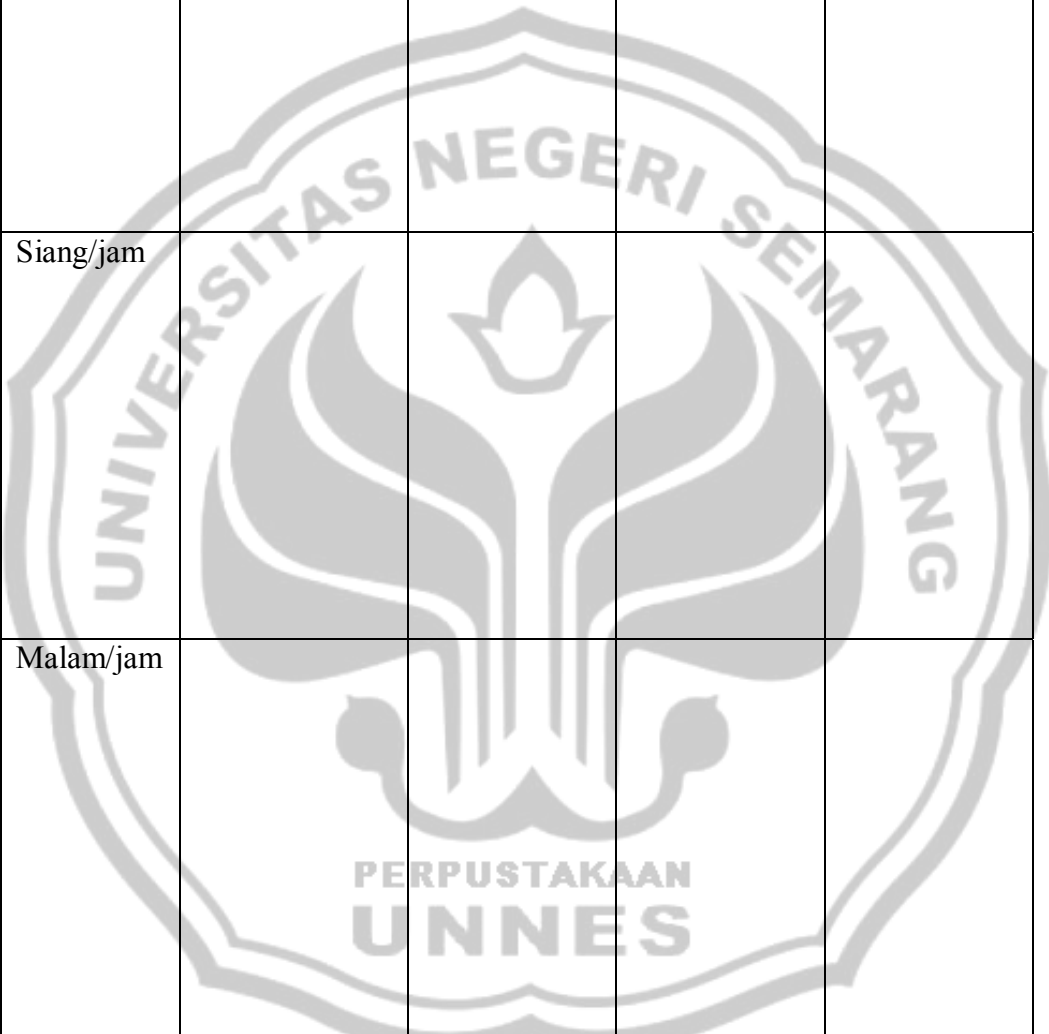
No. Responden:

Hari ke :

Waktu Makan	Jenis Masakan	Bahan Makanan		
		Jenis	Banyaknya	
			URT	gram
Pagi/jam				
Siang/jam				
Malam/jam				

Hari ke :

Waktu Makan	Jenis Masakan	Bahan Makanan		
		Jenis	Banyaknya	
			URT	gram
Pagi/jam				
Siang/jam				
Malam/jam				



Statistics

WaktuPemberian

N	Valid	48
	Missing	0
Mean		1.46
Std. Error of Mean		.073
Median		1.00
Std. Deviation		.504
Variance		.254
Skewness		.173
Std. Error of Skewness		.343
Kurtosis		-2.058
Std. Error of Kurtosis		.674
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	10	1.00
	25	1.00
	50	1.00
	75	2.00
	90	2.00

WaktuPemberian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tepat	26	54.2	54.2	54.2
	Tidak Tepat	22	45.8	45.8	100.0
Total		48	100.0	100.0	

PERPUSTAKAAN
UNNES

Statistics

TKE

N	Valid	48
	Missing	0
Mean		1.35
Std. Error of Mean		.070
Median		1.00
Std. Deviation		.483
Variance		.234
Skewness		.630
Std. Error of Skewness		.343
Kurtosis		-1.675
Std. Error of Kurtosis		.674
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	10	1.00
	25	1.00
	50	1.00
	75	2.00
	90	2.00

TKE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	31	64.6	64.6	64.6
	Kurang	17	35.4	35.4	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

PERPUSTAKAAN
UNNES

Statistics

TKP

N	Valid	48
	Missing	0
Mean		1.38
Std. Error of Mean		.071
Median		1.00
Std. Deviation		.489
Variance		.239
Skewness		.533
Std. Error of Skewness		.343
Kurtosis		-1.792
Std. Error of Kurtosis		.674
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	10	1.00
	25	1.00
	50	1.00
	75	2.00
	90	2.00

TKP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	30	62.5	62.5	62.5
	Kurang	18	37.5	37.5	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Statistics

KonsistensiMP_ASI

N	Valid	48
	Missing	0
Mean		1.54
Std. Error of Mean		.073
Median		2.00
Std. Deviation		.504
Variance		.254
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	10	1.00
	25	1.00
	50	2.00
	75	2.00

90	2.00
KonsistensiMP_ASI	

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sesuai	22	45.8	45.8	45.8
	Tidak Sesuai	26	54.2	54.2	100.0
Total		48	100.0	100.0	

Statistics

PenyakitInfeksi

N	Valid	48
	Missing	0
Mean		2.00
Std. Error of Mean		.000
Median		2.00
Std. Deviation		.000
Variance		.000
Std. Error of Skewness		.343
Std. Error of Kurtosis		.674
Range		0
Minimum		2
Maximum		2
Percentiles	10	2.00
	25	2.00
	50	2.00
	75	2.00
	90	2.00

PenyakitInfeksi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Terkena	48	100.0	100.0	100.0

Statistics

StatusGizi

N	Valid	48
	Missing	0
Mean		1.29
Std. Error of Mean		.066
Median		1.00
Std. Deviation		.459
Variance		.211
Skewness		.947
Std. Error of Skewness		.343
Kurtosis		-1.154
Std. Error of Kurtosis		.674
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	10	1.00
	25	1.00
	50	1.00
	75	2.00
	90	2.00

StatusGizi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	34	70.8	70.8	70.8
	Buruk	14	29.2	29.2	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

PERPUSTAKAAN
UNNES

ANALISIS BIVARIAT

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
WaktuPemberian * StatusGizi	48	100.0%	0	.0%	48	100.0%

Waktu_Pemberian * StatusGizi Crosstabulation

			StatusGizi		Total
			Baik	Kurang	
Waktu_Pemberian	Tepat	Count	22	4	26
		Expected Count	18.4	7.6	26.0
		% within Waktu_Pemberian	84.6%	15.4%	100.0%
		% within StatusGizi	64.7%	28.6%	54.2%
		% of Total	45.8%	8.3%	54.2%
	Tidak Tepat	Count	12	10	22
		Expected Count	15.6	6.4	22.0
		% within Waktu_Pemberian	54.5%	45.5%	100.0%
		% within StatusGizi	35.3%	71.4%	45.8%
		% of Total	25.0%	20.8%	45.8%
Total	Count	34	14	48	
	Expected Count	34.0	14.0	48.0	
	% within Waktu_Pemberian	70.8%	29.2%	100.0%	
	% within StatusGizi	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	70.8%	29.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.215 ^b	1	.022		
Continuity Correction ^a	3.862	1	.049		
Likelihood Ratio	5.308	1	.021		
Fisher's Exact Test				.029	.024
Linear-by-Linear Association	5.107	1	.024		
N of Valid Cases	48				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.42.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.313	.022
N of Valid Cases		48	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.



Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Asupan_Makanan * StatusGizi	48	100.0%	0	.0%	48	100.0%

Asupan_Makanan * StatusGizi Crosstabulation

			StatusGizi		Total
			Baik	Kurang	
Asupan_Makanan	Baik	Count	31	0	31
		Expected Count	22.0	9.0	31.0
		% within Asupan_Makanan	100.0%	.0%	100.0%
	Kurang	Count	3	14	17
		Expected Count	12.0	5.0	17.0
		% within Asupan_Makanan	17.6%	82.4%	100.0%
Total	Baik	% within StatusGizi	91.2%	.0%	64.6%
		% of Total	64.6%	.0%	64.6%
		Count	34	14	48
	Kurang	Expected Count	34.0	14.0	48.0
		% within StatusGizi	70.8%	29.2%	100.0%
		% of Total	70.8%	29.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	36.042(b)	1	.000		
Continuity Correction ^a	32.166	1	.000		
Likelihood Ratio	42.105	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	35.291	1	.000		
N of Valid Cases	48				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.96.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.655	.000
N of Valid Cases		48	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KonsistensiMP_ASI * StatusGizi	48	100.0%	0	.0%	48	100.0%

KonsistensiMP_ASI * StatusGizi Crosstabulation

		StatusGizi		Total	
		Baik	Kurang		
KonsistensiMP_ASI	Sesuai	Count	21	1	22
		Expected Count	15.6	6.4	22.0
		% within KonsistensiMP_ASI	95.5%	4.5%	100.0%
		% within StatusGizi	61.8%	7.1%	45.8%
		% of Total	43.8%	2.1%	45.8%
	Tidak Sesuai	Count	13	13	26
		Expected Count	18.4	7.6	26.0
		% within KonsistensiMP_ASI	50.0%	50.0%	100.0%
		% within StatusGizi	38.2%	92.9%	54.2%
		% of Total	27.1%	27.1%	54.2%
Total	Count	34	14	48	
	Expected Count	34.0	14.0	48.0	
	% within KonsistensiMP_ASI	70.8%	29.2%	100.0%	
	% within StatusGizi	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	70.8%	29.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.917 ^b	1	.001		
Continuity Correction ^a	9.819	1	.002		
Likelihood Ratio	13.770	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.000
Linear-by-Linear Association	11.669	1	.001		
N of Valid Cases	48				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.42.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.446	.001
N of Valid Cases	48	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.



Penimbangan Bayi di salah satu Posyandu



Penimbangan Bayi di salah satu Posyandu



Penimbangan Bayi di salah satu Posyandu



Kegiatan Pendaftaran dan Administrasi Posyandu