

**HUBUNGAN UMUR PENYAPIHAN DAN PEMBERIAN
MP-ASI DENGAN STATUS GIZI ANAK UMUR 0 - 3 TAHUN
DI KELURAHAN HEDAM DISTRIK ABEPURA
KOTA JAYAPURA**



Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Menyelesaikan
Pendidikan Akhir Diploma III Gizi

Marice Manggaprouw
NIM : 203 200 461

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
JURUSAN GIZI
2006**

HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

PENELITIAN INI DENGAN JUDUL "HUBUNGAN UMUR PENYAPIHAN
DAN PEMBERIAN MP-ASI DENGAN STATUS GIZI ANAK UMUR 0 - 3
TAHUN DI KELURAHAN HEDAM DISTRIK ABEPURA KOTA
JAYAPURA "

Oleh

Marice Manggaprouw
NIM : 203 200 461

Telah disetujui untuk selanjutnya diseminarkan

Dari :

Pembimbing I



Budi Kristanto, STP
NIP. 140 285 456

Pembimbing II



Endah Sri Rahayu, AMG
NIP. 140 368 559

HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI

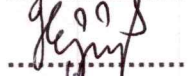
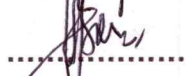
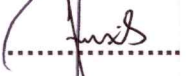
HUBUNGAN UMUR PENYAPIHAN DAN PEMBERIAN MP-ASI DENGAN STATUS GIZI ANAK UMUR 0 – 3 TAHUN DI KELURAHAN HEDAM DISTRIK ABEPURA KOTA JAYAPURA

Oleh

Marice Manggaprouw
NIM : 203 200 461

Telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji
Pada tanggal 9 Oktober 2006

Susunan Tim Penguji :

- | | | |
|---------------------------------|--|-------------|
| 1. Budi Kristanto, STP |  | (Ketua) |
| 2. Endah Sri Rahayu, AMG |  | (Anggota) |
| 3. Chrismen Silitonga, SKM. MKM |  | (Anggota) |
| 4. Ratih Nurani Sumardi, S.ST |  | (Anggota) |

Telah Diterima
Pada Tanggal 9 Oktober 2006
Ketua Jurusan




Ir. Marlin P. Gultom, M.Kes
NIP. 140 201 581

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam KTI ini tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh kesamaan disuatu perguruan dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang tertulis dalam masalah disebutkan dalam daftar pustaka.

Jayapura, Oktober 2006

Marice Manggaprouw

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Marice Manggaprouw
Tempat/Tanggal Lahir : Biak, 16 Maret 1972
Agama : Kristen Protestan
Alamat asal : Perumnas IV Blok C. 71 Padang Bulan
Abepura, Jayapura

Pendidikan

1. SD YPK di Biak tahun 1986
2. SLTP YPK Hedam di Jayapura tahun 1990
3. SMKK Negeri di Jayapura tahun 1993
4. Jurusan Gizi Poltekes Kesehatan Jayapura tahun 2003 – sekarang

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat serta rahmatNya, telah memberi kesehatan dan kemudahan bagi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan baik, dengan judul "HUBUNGAN UMUR PENYAPIHAN DAN PEMBERIAN MP-ASI DENGAN STATUS GIZI ANAK UMUR 0 - 3 TAHUN DI KELURAHAN HEDAM DISTRIK ABEPURA KOTA JAYAPURA".

Penulis menyadari sepenuhnya dengan terselesainya penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, tak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh sebab itu pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kashi kepada :

1. Bapak Jan Piet Rumaikewi, SKM, MM, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Ibu Ir. Marlin P. Gultom, M.Kes, Sebagai Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Jayapura.
3. Bapak Budi Kristanto, STP, Sebagai Dosen Pembimbing I, yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan materi dan isi penulisan, sehingga dapat terbentuk suatu Karya Tulis Ilmiah.
4. Ibu Endah Sri Rahayu, AMG, Sebagai Dosen Pembimbing II, yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Kepala Pimpinan Kelurahan Hedam Abepura, serta kader Posyandu dan orang tua anak batita yang telah mengijinkan dan memberikan

bantuan dalam penelitian, pengumpulan data di Kelurahan Hedam Abepura.

6. Suami dan kedua anak tercinta, yang dengan setia memberikan dukungan dan motivasi serta matrial kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan selesainya Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ibunda, Kakak Yenni dan seluruh keluarga, yang banyak memberikan bantuan secara moril dan materiil selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
8. Seluruh Teman – temanku yang selalu merasakan suka dan duka dalam meniti pendidikan di Politeknik Kesehatan Jayapura antara lain : Grace, Ruth, Alberthin, Welmina, Yosep, Yermias, Markus, Yohanes, dan lain-lain yang tidak dapat disebut satu persatu.
9. Kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang banyak memberikan bantuannya selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat banyak kekurangannya. Untuk itu kritik dan saran yang membangun sangatlah penulis harapkan. Akhirnya semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Jayapura, Oktober 2006

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
INTISARI	xii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Dasar Teori	10
1. Umur Penyapihan	10
2. Makanan Pendamping ASI	12
3. Status Gizi	22
B. Kerangka Konsep	22
1. Kerangka Teori	26
2. Kerangka Alur Pemikiran	28
3. Hipotesis	29
4. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif	29

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	30
B. Populasi dan Sampel Penelitian	30
C. Tempat dan Waktu Penelitian	32
D. Alat dan Bahan Pengumpulan Data	32
E. Jenis Data dan Pengumpulan Data	33
F. Cara Pengolahan Data	33
G. Analisa Data	34

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	35
B. Hasil dan Pembahasan	36
1. Hasil Penelitian	36
2. Pembahasan.....	45

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	47
B. Saran.....	48

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian.
2. Daftar Sampel Anak Umur 0 – 3 tahun Di Kelurahan Hedam Distrik Abepura.
3. Uji Yates Corection 2 x 2 Umur peyapihan dengan status gizi
4. Surat Izin Penelitian dari Akademi Politeknik Kesehatan Jayapura
5. Surat Pemberitahuan dari Lurah kepada Kader Posyandu
6. Surat Keterangan selesai penelitian dari Kepala Lurah Hedam Distrik Abepura
7. Master Tabel Umur penyapihan dengan MP - ASI

Marice Manggaprouw

**“HUBUNGAN UMUR PENYAPIHAN DAN PEMBERIAN MP-ASI
DENGAN STATUS GIZI ANAK UMUR 0 - 3 TAHUN DI KELURAHAN
HEDAM DISTRIK ABEPURA KOTA JAYAPURA”**

xii, 48 hal, 10 tabel dan 7 lampiran

INTISARI

Salah satu upaya yang berdampak cukup penting bagi peningkatan kualitas sumber daya manusia adalah upaya peningkatan mutu konsumsi makan, sehingga berdampak pada status gizi masyarakat, kebiasaan memberi makan pada bayi dan anak sangat dipengaruhi oleh lingkungan dimana bayi itu dilahirkan. berdasarkan laporan status gizi balita tahun 2004 dibawah wilayah Kelurahan Hedam Distrik Abepura, balita yang datang timbang ada 445 responden. Ternyata terdapat status gizi buruk 8 (1,80%) dan status gizi kurang 71 (15,96%).

Melihat dari masalah diatas, maka penulis merumuskan masalah apakah ada hubungan umur penyapihan dan pemberian MP-ASI dengan status gizi anak umur 0 – 3 tahun di Kelurahan Hedam Distrik Abepura untuk menurunkan proporsi status gizi buruk dan kurang.

Penulis melakukan penelitian di Kelurahan Hedam Distrik Abepura dimana karakteristik sampel menurut umur penyapihan dan pemberian MP-ASI dibagi berdasarkan umur penyapihan, jenis makanan, bentuk makanan dan frekuensi untuk mengetahui hubungan umur penyapihan dan pemberian MP-ASI dengan status gizi.

Penelitian dilakukan pada bulan September 2006, dengan menggunakan metode deskriptif, analitik dengan pendekatan cross sectional study. Dengan subjek penelitian 40 anak batita (sampel). Penulis mengumpulkan data melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner, untuk mengetahui umur penyapihan dengan status gizi, menggunakan uji statistik.

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 40 anak batita, menunjukkan bahwa hasil analisis uji statistik umur penyapihan dengan status gizi $p > 0,05$ artinya ada hubungan antara umur penyapihan dengan status gizi, sedangkan pemberian MP-ASI dengan status gizi $p < 0,05$, artinya tidak ada hubungan antar pemberian MP-ASI dengan status gizi. sehingga perlu ada kerjasama berbagai pihak untuk meningkatkan status gizi.

Daftar bacaan : 15 buku (1991 – 2006)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam Garis - Garis Besar Haluan Negara (GBHN) tahun 1993 ditegaskan dengan menitik beratkan pembangunan bangsa Indonesia, dalam pembangunan jangka panjang (PJP II) adalah dibidang ekonomi.

Salah satu upaya yang berdampak cukup penting bagi peningkatan kualitas sumber daya manusia adalah upaya peningkatan mutu konsumsi makanan sehingga berdampak pada status gizi masyarakat. (Direktorat Kesehatan Republik Indonesia, 1995).

Memberi makan bayi bukanlah sembarangan jenis makanannya, waktu dan cara pemberiannya harus diatur. Bayi perlu dididik secara bertahap dalam segala hal, termasuk dalam hal makan. Kebiasaan memberi makanan pada bayi sangat dipengaruhi oleh lingkungan dimana bayi itu dilahirkan. Pengaturan pemberian makanan yang baik, kasih sayang diterima, dan lingkungannya yang sehat akan menjadikan bayi tumbuh dan berkembang dengan baik. (Suharjo, 1992). Makanan yang diberikan disamping ASI kepada bayi mulai usia 4 bulan untuk mencapai gizinya. Beberapa akibat yang kurang baik dari pengenalan makanan pendamping ASI yang dini antara lain termasuk gangguan menyusui, beban ginjal yang terlalu

berat, sehingga mengakibatkan Hyperosmolitas plasma, terlebih terhadap makanan dan gangguan terhadap pengaturan selera makan. (Suhardjo, 1992 hal : 80).

Pemberian makanan pendamping yang terlalu dini pada bayi di negara maju telah menimbulkan suatu pertanyaan tentang kemungkinan pengaruhnya pada pengembangan kegendutan anak (Obesitas), Hypertensi dan penyakit kronis lain pada hari tuanya bila makanan pendamping ASI diberikan pada bayi dibawah umur 4 bulan akan menyebabkan resiko-resiko yang kurang baik dalam pertumbuhan dan perkembangan. Pemberian makanan pendamping yang dini masih dijumpai di lokasi penduduk campuran bahkan sampai ke pedesaan, bayi yang mendapat ASI ada 36% dan bayi yang mendapat pendamping dini ada 46%. Terjadinya perubahan ini karena peran dari ibu-ibu yang mana ada kepercayaan bahwa pemberian makanan pendamping dini lebih baik untuk pertumbuhan (Rantetampang, dkk, 1991).

Dari pengamatan penulis, di Puskesmas Hedam berdasarkan laporan status gizi balita tahun 2004 dibawah wilayah Kelurahan Hedam Abepura, balita yang datang timbang ada 445 responden. Ternyata terdapat status gizi buruk 8 (1,80%) dan status gizi kurang 71 (15,96%). Dilihat dari permasalahan ini, sehingga penulis ingin mencoba meneliti di tiga Posyandu, yaitu Posyandu Walykambai, Setia dan Bahagia.

Posyandu yang termasuk wilayah Kelurahan Hedam Abepura dibawah pelayanan Puskesmas Abepura. oleh sebab itu dengan adanya permasalahan diatas, maka penulis tertarik untuk menuangkan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul Hubungan Umur Penyapihan dan Pemberian MP – ASI dengan ^{status gizi umur} usia anak 0 – 3 tahun di Kelurahan Hedam Abepura Kota Jayapura.

Melihat besarnya masalah gizi tersebut yang tentu akan berakibat buruk terhadap individu, keluarga, serta masyarakat bahwa akan terjadi beban bangsa, antara lain :

1. Dari segi produksi dan segi ketahanan nasional.

Keadaan gizi buruk menyebabkan daya kerja fisik terbatas kesehatan jasmani menurun, angka kesakitan meningkat dan akibatnya menurun daya kerja individu dan lamanya kerja berarti daya produksi jasmani menurun.

2. Dari segi pertumbuhan fisik dan perkembangan mental.

Anak yang bergizi kurang atau buruk terhambat pertumbuhannya (fisik) dan perkembangan mentalnya akan merendahkan prestasi belajar meskipun cukup potensial baik kecerdasannya terlebih kekurangan kalori protein terjadi sejak didalam kandungan pada janin berumur 5 bulan s/d anak berumur 3 tahun, akan berakibat terhadap kecerdasan semakin nyata tidak bisa mengejar kepandaian kawan-kawannya (Suharjo, 1992 hal : 84 – 85).

Permulaan masa menyapih merupakan awal dari suatu perubahan besar bagi bayi dan ibunya. Keakraban yang telah terjalin lama, sejak bayi didalam kandungan, perlahan-lahan mulai dilonggarkan. Proses ini harus diupayakan agar tidak terjadi secara mendadak.

Dibeberapa tempat (budaya), pemberian air susu segera dihentikan manakala ibu hamil, atau merasa telah hamil lagi. Perpisahan ini akan terasa serius jika bayi ditiptkan pada nenek atau keluarga lain. Dampak psikologis serta pengaruh gizi akibat perlakuan ini akan sangat berbahaya (Arisman MB, 2004 hal : 49).

Insidensi penyakit infeksi, terutama diare lebih tinggi (80%) pada saat ini ketimbang periode lain kehidupan. Hal itu karena makanan berubah, dari ASI yang bersih dan mengandung zat-zat anti infeksi ke makanan yang disiapkan, disimpan, dimakan tanpa mengindahkan syarat kebersihan (kesehatan).

Malnutrisi lebih sering terjadi pada masa ini ketimbang periode 4-6 bulan pertama kehidupan, karena tidak sedikit keluarga yang tidak mengerti kebutuhan khusus bayi. Tidak tahu bagaimana cara membuat makanan sapihan dari bahan-bahan yang tersedia disekitar mereka tidak mampu menyediakan makanan yang bernilai gizi baik. Diberbagai tempat, kini kebiasaan makan anak-anak yang tradisional yang secara nalar dianggap memuaskan tidak lagi dapat dilanjutkan karena urbanisasi, tatanan baru keluarga, dan perubahan pola kinerja wanita.

Proses penyapihan dimulai pada saat yang bertentangan pada saat beberapa kelompok masyarakat (budaya) tertentu, bayi akan disapih sebelum berusia 6 bulan. Bahkan ada yang baru memulai penyapihan setelah bayi berumur 2 tahun, sebaliknya pada masyarakat urban, bayi disapih terlalu dini, yaitu beberapa hari lahir sudah diberi makanan tambahan (Arisman MB, 2004 hal : 50).

Ketika ASI tiruan atau yang dikenal dengan nama susu botol atau susu formula, pertama kali diperkenalkan kepada dunia kurang lebih 60 tahun yang lalu para ibu berontak karena menganggap hal itu merupakan penghinaan terhadap martabat wanita, malahan dianggap suatu hal yang kejam. Kini kebudayaan menyusui dengan ASI yang telah berusia sama dengan peradaban manusia itu sendiri semakin terdesak oleh kebudayaan susu botol, yang usianya dapat dikatakan baru "kemarin sore" kalau dibandingkan dengan ASI.

Barangkali karena gencarnya promosi iklan yang luar biasa efektifnya, kita terpukau oleh gemerlapnya iklan susu botol. Kini susu botol sudah menyebar ke seluruh lapisan masyarakat, baik yang mampu maupun tidak mampu. (winamo, 1990).

Kegagalan menyusui anak bukan hanya merupakan masalah masyarakat pedesaan masa kini, tetapi juga merupakan masalah serius masyarakat daerah perkotaan. Kegagalan menyusui anak merupakan faktor yang merusak kesehatan dan gizi balita.

Para ibu sering menjadi kurang percaya apakah air susunya cukup atau tidak, karena sulit baginya untuk melihat atau mengukur beberapa banyak yang telah dikonsumsi. Keraguan-raguan tersebut akhirnya mendorong para ibu memberi makanan bayi (MPASI). Kecenderungan tersebut meningkat, karena para ibu kurang mampu menolak godaan yang disampaikan dalam pesan iklan mengenai makanan bayi yang meyakinkan.

Ternyata sangat sulit menumbuhkan bayi dengan makanan bukan susu pada usia tiga bulan pertama. Meskipun demikian, diberbagai daerah selain susu temak tidak terdapat atau kalau ada harganya sangat tinggi, sehingga tidak terjangkau masyarakat. Karena itu bila terpaksa, maka pemberian makanan tersebut harus dipilih yang nilai gizinya setinggi mungkin dan harus dilakukan segala usahanya untuk memastikan agar tidak ada kemungkinan infeksi (Winamo, 1990).

Dinegara berkembang 60% ibu tidak pernah menyusui bayinya dan 80% tidak lagi menyusui bayinya setelah umur tiga bulan, karena penggunaan susu botol telah menjadi kebiasaan.

Keluarga yang ekonominya lemah dan hidup dalam lingkungan yang kotor, sering menyiapkan susu botol terlalu encer, sampai empat atau lima kali lebih encer daripada seharusnya. Demikian juga penggunaan air kotor sebagai pencuci botol dan pengencer susu dapat mengubah susu yang bergizi tinggi menjadi suatu produk yang mematikan. Inilah faktor utama yang dapat mematikan. Inilah faktor

utama yang dapat meningkatkan angka kematian bayi atau jumlah penderita kwashiorkor marasmus pada bayi-bayi.

Bagaimana nasib hubungan antara bapak dan bayi serta bayi dan kakak-kakaknya? Dan apakah hubungan yang terlalu mesra antara ibu dan bayinya tidak akan menimbulkan rasa cemburu anggota keluarga lain?. Kenyataan ini seringkali kita amati sehari-hari khususnya hari-hari pertama setelah bayi lahir, kakaknya yang masih kecil kelihatan merasa kesepian, seolah-olah ibunya kurang perhatian lagi padanya, gara-gara datangnya simungil. Keadaan itu sering dilampiaskan dalam bentuk rewel dan suka ngambek (Winarno, 1990).

Hal ini disebabkan karena terjadinya perubahan konsumsi ASI yang bersih dan mengandung faktor anti infeksi menjadi makanan yang seringkali disiapkan, disimpan dan diberikan pada anak dengan cara yang tidak higienis.

Kurang gizi lebih biasa terjadi selama masa transisi ini dibandingkan dengan masa empat sampai enam bulan kehidupan bayi, apabila orang tua atau anggota keluarga lain tidak memperhatikan apa yang dibutuhkan anak, tidak mengetahui bagaimana seharusnya menyiapkan makanan bayi, atau mungkin juga mempunyai masalah ekonomi untuk mengadakan makanan bayi yang cukup bergizi (Muchtadi MS, 2002).

Dikota besar semakin banyak ibu yang enggan menyusui bayinya dan berpaling kepada susu formula. Padahal, saat menyusui adalah

saat yang paling penting bagi seorang bayi demi masa depan perkembangan fisik dan otaknya (M.C Widjaya, 2002).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka dapat disusun rumusan masalah sebagai berikut :

1. Apakah ada hubungan anak umur 0 – 3 tahun yang disapih dini dengan status gizi ?
2. Apakah ada hubungan anak 0 – 3 tahun yang diberi MP-ASI dini dengan status gizi?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara umur penyapihan dan pemberian MP-ASI dengan status gizi anak 0 - 3 tahun di Kelurahan Hedam Abepura Kota Jayapura.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran umur penyapihan anak batita.
- b. Mengetahui gambaran MP-ASI anak batita.
- c. Mengetahui gambaran status gizi anak batita.
- d. Mengetahui hubungan umur penyapihan dan MPASI dengan status gizi anak batita.

D. Manfaat Penelitian

1. Memberi masukan bagi Instansi terkait dan pelaksana program pengembangan kesehatan masyarakat, baik ditingkat kabupaten maupun Provinsi agar lebih memperhatikan umur penyapihan dan MP-ASI yang baik dan benar bagi anak batita sebagaimana mestinya.
2. Manfaat bagi anak batita dikeluarga, lingkungan dan masyarakat dan memfasilitasi pelayanan rujukan meliputi pengetahuan dan ketrampilan.
3. Manfaat pada ilmu yang didapat di bangku kuliah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Dasar Teori

1. Umur Penyapihan

Umur penyapihan merupakan permulaan perubahan besar bagi bayi dan ibunya. Hubungan yang sangat erat antara mereka yang dimulai dari rahim ibunya dan dilanjutkan setelah bayi lahir, mulai melemah dan ini harus merupakan proses yang berjalan secara perlahan. Pada beberapa daerah, seringkali pemberian ASI dihentikan secara tiba-tiba bila ibu menjadi hamil atau merasa hamil lagi. Masalah lebih serius akan terjadi bila bayi dipisahkan dari ibunya dan dikirim untuk dipelihara oleh kakek, neneknya atau saudara orangtuanya. Pengaruh psikologisnya dan gizi dari praktek semacam ini akan berdampak sangat rawan bagi anak (Arisman MB, 2004).

Umur penyapihan sangat rentang bagi bayi dan anak kecil. Telah diketahui bahwa terdapat resiko infeksi yang lebih tinggi, terutama penyakit diare, selama proses ini dibandingkan dengan masa sebelumnya dalam kehidupan bayi (Muchtadi MS, 2002).

Penyapihan pada anak balita sangatlah penting mengingat anak juga harus menerima berbagai jenis makanan dan melepaskan ASI, pada usia penyapihan ini (4 bulan) anak harus dibiasakan dengan

pemberian makanan lunak atau cair, sedangkan kebutuhan anak energi adalah 110 – 120 kalori untuk laki – laki dan perempuan, sedangkan protein 2,5 gr/KgBB.

Seiring dengan bertambahnya umur anak, kandungan zat gizi ASI hanya dapat memenuhi kebutuhan anak sampai umur 4 bulan saja, artinya ASI sebagai makanan tunggal harus diberikan sampai 4 bulan tanpa MP-ASI disebut menyusui secara eksklusif.

Untuk menyesuaikan bayi atau anak terhadap makanan tersebut, maka pemberian makanan pada umur penyapihan dilakukan secara bertahap baik bentuk, jumlah dan jenisnya.

Menurut Ariyanto Aritonang, umur penyapihan yang lebih dini juga akan mempengaruhi rendahnya frekuensi menyusui pada ibu yang bekerja dan menyebabkan konsumsi zat – zat anak rendah atau pemberian makan pada anak kurang mendapat perhatian.

Pada usia penyapihan ini dilakukan pemberian makanan karena hasil yang dihasilkan oleh ibunya tidak banyak karena pada umumnya ibu tersebut sakit atau kekurangan gizi dan tidak mendapat makanan tambahan selama hamil atau menyusui.

2. Makanan Pendamping ASI

MP-ASI adalah salah satu jenis makanan bayi formula yang berupa bubuk dari susu hewan yang telah disesuaikan dengan air susu ibu, dimana hanya diperlukan penambahan air yang bersih. Jenis makanan tersebut biasanya mahal, dan karenanya sering terjadi pengenceran yang terlalu banyak.

Menyusui bayi dengan MP-ASI merupakan simbol status yang mempengaruhi pandangan orang kurang maju yang sering mengikuti mode yang telah dilakukan oleh para ibu yang telah merasa maju (Winamo, 1990).

Pemberian makanan pendamping ASI pada dasarnya merupakan salah satu dari kegiatan pemerintah dalam mengatasi KEP juga meningkatkan kecerdasan anak dan status gizi balita.

Masa peralihan antara penyusunan makanan dewasa sebagai masukan energi dan zat gizi yang utama disebut penyapihan. masa ini meliputi usia 4 – 24 bulan dan merupakan masa yang paling kritis karena adanya ketidak cukupan zat gizi anak balita dan penyakit infeksi di Indonesia.

Makanan tambahan yang digunakan pada MP-ASI hendaknya yang ada atau terdapat di daerah itu sehingga, kemungkinan kelestarian program lebih besar. Pemberian makanan untuk balita yang lebih dini sangatlah penting, sebab akan berpengaruh terhadap pertumbuhan otak dan juga perkembangan anak. Seiring

dengan bertambahnya umur pada saat umur 4 bulan sudah memiliki rileks untuk mengunyah oleh karena itu disamping ASI balita sudah dapat diberikan makanan pendamping ASI kepada bayi mulai usia 4 bulan untuk mencapai kecukupan gizinya. Pemberian makanan yang terlalu dini dapat berbahaya bagi bayi. Terhadap saluran pencernaan bayi yang belum cukup kuat untuk mencernakan makanan atau minuman selain ASI. Pemberian makanan yang dini akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuan bayi untuk mengisap. (Suharjo, 1992). Dalam bukunya, pemberian makanan pada bayi dan anak mengatakan bahwa bayi setelah lahir akan tumbuh dan berkembang cepat khususnya dalam beberapa bulan pertama. Selama tahun pertama pertambahan berat badan sekitar 7 kg. Mengenai panjang badan, pada waktu lahir rata-rata memiliki panjang sekitar 50 cm selama tahun pertama panjang badan rata-rata 25 cm, sementara itu perkembangan kepala terjadi sangat cepat.

Makanan pendamping air susu ibu diberikan mulai umur 4 bulan, karena pada umur ini jumlah air susu tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi (Suharjo, 1992).

Hasil pengamatan oleh Suharjo, berat badan anak (bayi) yang diberi air susu ibu selama 4 bulan. Pertama bayi tumbuh normal. Beberapa akibat yang kurang baik dari pengenalan makanan

tambahan yang dini diuraikan ini termasuk gangguan menyusui, beban ginjal yang terlalu berat sehingga mengakibatkan Hyperosmolitas plasma, alergi terhadap makanan dan gangguan terhadap pengaturan makanan.

Beban ginjal yang terlalu dan Hyperosmolitas makanan padat, baik yang dibuat sendiri atau buatan pabrik, cenderung mengandung kadar Natrium Klorida (NaCl) tinggi yang akan beban bagi ginjal. Beban tersebut masih ditambah oleh tambahan makanan yang mengandung daging. Bayi-bayi yang mendapat makanan padat yang dini mempunyai osmolitas plasma yang lebih tinggi dari pada bayi-bayi yang 100% mendapat air susu ibu dan karena itu mudah mendapat Hyperosmolitas dehidrasi. Hyperosmolitas penyebab haus dan karena itu menyebabkan penerimaan susu dan energi yang berlebihan.

Alergi terhadap makanan disebabkan karena belum matangnya sistem kekebalan dari usus pada umur yang dini dapat menyebabkan terjadinya alergi terhadap makanan. Pada bayi alergi pada susu sapi dapat terjadi 75% dan telah diingatkan bahwa alergi terhadap makanan lainnya seperti : Jeruk, Tomat, Ikan, telur, Serelia, bahkan mungkin lebih sering terjadi karena pemberian makanan tambahan yang dini terjadinya alergi makanan.

Bahan – bahan tambahan yang merugikan menurut Suharjo (1997) mengatakan bahwa makanan tambahan yang mengandung komponen alamiah yang diberikan pada waktu dini dapat merugikan bayi, sebab ada kemungkinan sensitifitas terhadap gluten dapat secara lebih mudah pada umur dini, yaitu adanya gejala penyakit colera (penyakit perut). Oleh sebab itu disarankan oleh ESPGA pada tahun 1969 agar seluruh bahan makan yang mengandung gluten hendaknya jangan diberikan pada umur sebelum empat bulan (hal 85 – 86).

a. Pola Pengenalan Makanan Pendamping

Dalam memberikan pengenalan makanan pendamping yang dini harus diperhatikan lingkungan sosial budaya dan keluarga yang bersangkutan setiap dari orang tua dan situasi dari hubungan ibu dan anak.

Pada umumnya makanan pendamping diberikan setelah umur 4 bulan dalam porsi yang kecil serta jumlah makanannya harus ditambah perlahan-lahan sesuai dengan umur.

Syarat – syarat yang menyajikan makanan pendamping ASI, yaitu :

- 1) Menguasai dengan baik cara menyiapkan makanan pendamping ASI.
- 2) Memiliki kompor banyak guna mendidihkan air dengan cepat menggunakan proses sterilisasi.
- 3) Tersedianya sumber air yang cukup tidak saja untuk mendinginkannya.
- 4) Tersedianya fasilitas yang cukup untuk mencuci alat yang digunakan.
- 5) Tersedianya cukup waktu untuk menyiapkan makanan tersebut.

b. Pemberian makanan pendamping

Penduduk setempat menganggap bahwa air susu ibu tidak cukup membuat bayi cepat besar dan kuat karena itu makanan diberikan usia bayi yang sangat dini pada usia tiga hari kelahirannya, ia sudah diberi nasi, nasi yang dikunyah dulu oleh sang ibu hingga agak lembut, lalu disuapkan pada bayi. pemberian nasi ini disertai dengan makna simbolik sebagai lambang kasih sayang ibu. Menurut mereka apa yang keluar dari inangnya adalah hal yang baik.

Beberapa penelitian menunjukkan banyak faktor yang menyebabkan keengganan seorang ibu menyusui bayinya, antara lain :

- a. Kurang informasi tentang manfaat dan keunggulan ASI.
- b. Kurangnya pengetahuan ibu tentang upaya mempertahankan kualitas dan kuantitas ASI selama periode menyusui.
- c. Merasa kurang modern dan menyusui dianggap cara kuno.
- d. Alasan bekerja.
- e. Takut kehilangan kecantikan dan tidak disayang lagi oleh suami.
- f. Gencarnya iklan perusahaan susu botol diberbagai media massa (Widjaya, 2004).

Masalah utama yang harus diingatkan pada ibu menyusui adalah pemberian makanan bayi dan botol akan selalu menghadapi godaan dan kecenderungan memberi makanan terlalu banyak, dan hal itu harus dikurangi atau tidak dianjurkan. Yang juga diperhatikan adalah memasukkan dot botol kedalam mulut bayi dan membiarkan bayi menyedot sampai tertidur. Hal ini akan menyebabkan gigi anak menonjol keluar bila dewasa. Juga kandungan gula dan karbohidrat dengan konsentrasi tinggi dapatkan menyebabkan timbul caries gigi (Winamo, 1990).

Banyak sekali faktor yang mempengaruhi perbedaan psikologis antara menyusui dengan ASI dan susu botol yang masih perlu

dipelajari. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Heinstein, 1963). menunjukkan bahwa kehangatan dan kestabilan syaraf ibu ternyata lebih penting bagi kesehatan emosional bayi daripada menyusui dengan susu botol sedangkan keuntungan dari segi nilai gizinya antara ASI dan susu botol masih sering terjadi perdebatan.

Orang beranggapan, keuntungan pemberian susu botol karena alasan lebih praktis. Namun patut ditanyakan apakah lebih praktis mencampur berbagai komponen dengan sangat hati-hati serta mempersiapkan rangkaian formula yang steril daripada menaruh mulut bayi pada puting payudara perlu disangsikan bahwa ramuan makanan bayi yang "modern" lebih luwes dan praktis daripada menyusui bayi. Hal tersebut ternyata banyak dianut oleh para ibu yang merasa dirinya modern dan tidak ingin direpoti oleh anak (Winarno, 1990).

Karena kemajuan dalam kehidupan modern serta hebatnya pengaruh propaganda industri susu botol dan MP-ASI, banyak ibu khususnya didaerah perkotaan, menghindari menyusui anaknya sendiri. bila kita sampai membiarkan kecenderungan meluasnya tragedi tersebut, maka kita akan kehilangan sumber daya manusia yang luar biasa nilainya.

Meskipun sukar sekali menentukan perbandingan biaya antara ASI dan susu botol, karena banyak variabel yang terlibat. Tetapi secara sepintas dapat disimpulkan bahwa ASI sudah tersedia

tanpa harus dibeli. Kalau dihitung semua masukan gizi untuk menghasilkan ASI tidak lagi semurah yang pernah kita perkirakan.

Namun demikian, MC Kigney (1971) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa biaya yang dikeluarkan untuk menyusui dengan ASI masih relatif lebih murah daripada susu botol. Oleh sebab itu payudara ibu merupakan pabrik yang paling efisien dan sempurna menghasilkan air susu yang bukan saja murah tetapi juga tinggi nilainya.

Berdasarkan tabel yang disajikan oleh Suharyono (Air Susu Ibu) dan data lain mengenai kebiasaan menyusui di beberapa kota di Indonesia serta umur bayi yang disapih di daerah pedesaan. Penulis mencoba membuat perhitungan secara kasar jumlah bayi yang diberi susu botol pada usia dibawah enam bulan, yaitu sebagai berikut :

- a. Didaerah kota dan pinggiran Kota sebanyak 269.620
- b. Didaerah pedesaan sebanyak 251.800

Dengan asumsi rata-rata setiap bayi mengkonsumsi 1 kaleng (454 gr) susu botol untuk empat hari, maka selama lima bulan jumlah susu botol yang dikonsumsi oleh bayi-bayi tersebut meliputi 8.597 ton.

Soeharyono (1974) juga melaporkan biaya yang dikeluarkan keluarga untuk membeli susu botol atau MPASI selama tiga bulan di Indonesia meliputi 18,8% dari jumlah penghasilan dan selama enam bulan sebanyak 28,9% pemborosan ini tidak perlu terjadi bila ibu-ibu bersedia kembali dan menyusui anaknya dengan ASI sampai 2 tahun.

Karena itu, baik bayi sehat maupun bayi sakit dihimbau agar diberi ASI selama mungkin. Air susu ibu adalah cairan hidup yang mengandung sel-sel putih yang hidup yang bersama-sama dengan hormon yang ada didalam air susu ibu dapat merangsang pertumbuhan bayi dan anak secara normal dan sehat. ASI dapat melindungi bayi dari serangan berbagai penyakit.

Menurut Soeharyono (1976) melaporkan hasil penelitiannya terhadap 1.043 bayi yang masuk Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sebagai berikut :

Penderita gastroenteritis serta infeksi fungal enteric pada bayi berturut-turut 6 dan 14 kali lebih banyak diderita oleh bayi yang menerima susu botol atau MPASI daripada bayi yang menerima ASI (Winarno, 1990).

Kurang gizi terjadi selama masa transisi ini dibandingkan dengan masa empat sampai enam bulan kehidupan bayi, apabila orang tua atau keluarga lain tidak memperhatikan apa yang dibutuhkan anak, tidak mengetahui bagaimana seharusnya

menyiapkan makanan bayi, atau mungkin juga mempunyai masalah ekonomi untuk mengadakan makanan bayi yang cukup bergizi. Disebagian besar daerah pemberian makanan anak secara tradisional yang dapat dianggap memenuhi syarat gizi tidak dapat dilakukan lagi karena urbanisasi, pola struktur keluarga yang berubah, harga bahan makanan yang tinggi dan terjadinya perubahan pola pekerjaan ibu-ibu.

Penyapihan dimulai pada umur yang berbeda dalam masyarakat yang berbeda. Pada segolongan masyarakat hal ini tidak dilakukan sebelum bayi menginjak usia enam bulan dan dapat berlangsung sampai anak berumur > 2 tahun atau kadang-kadang sampai empat tahun. Tetapi ada golongan masyarakat lain hal ini sering dilakukan lebih awal. Makanan tambahan diberikan waktu bayi masih berumur beberapa minggu. Bila makanan tersebut bernilai gizi rendah dan disiapkan dengan cara yang tidak higienis, seringkali membawa akibat terjadinya infeksi, kurang gizi atau marasmus pada bayi.

Meskipun di daerah pedesaan, suatu studi yang dilakukan oleh WHO (World Health Organisation, Badan Kesehatan Dunia) pada tahun 1981. menunjukkan bahwa banyak ibu-ibu yang mulai memberikan makanan tambahan selain ASI kepada bayinya meskipun baru berumur dua atau tiga bulan (lihat tabel 2.1). tetapi dinegara-negara yang pelajari tersebut, jumlah ibu-ibu dipedesaan

yang memulai "penyapihan" lebih awal tidak sebanyak ibu-ibu di daerah perkotaan (Winarno, 1990).

Tabel 2.1 : Perbandingan Ibu-Ibu di Daerah Pedesaan dan Perkotaan Yang Memberikan Makanan Tambahan (Selain Asi) Pada Bayinya

Negara	Daerah	Makanan Tambahan diberikan waktu bayi berumur	
		2 – 3 bulan (%)	6 – 7 bulan (%)
Guatemala	Pedesaan	12	62
	Perkotaan	52	87
Zaire	Pedesaan	35	72
	Perkotaan	32	83
India	Pedesaan	2	12
	Perkotaan	6	19

Sumber : WHO (1981)

3. Status Gizi

a. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah keadaan kesehatan yang diakibatkan oleh konsumsi makanan. Penyerapan penggunaan zat gizi dalam tubuh. Menurut Tarwotjo, 1990 bahwa status gizi seseorang pada dasarnya adalah suatu keadaan kesehatan orang tersebut sebagai refleksi konsumsi makan dan penggunaan dalam tubuh. Sedangkan menurut pusat pengembangan dan penelitian gizi Departemen Kesehatan RI batasan status gizi, yaitu suatu keadaan sebagai gambaran keseimbangan antara

kebutuhan tubuh akan zat gizi serta penggunaannya dalam tubuh.

b. Klasifikasi Status Gizi

Status gizi dibagi atas empat tingkatan, yaitu gizi lebih, gizi baik, gizi kurang dan gizi buruk.

- 1) Gizi lebih menunjukkan adanya kelebihan konsumsi zat gizi terutama sumber zat tenaga. Kelebihan ini disamping dalam bentuk penimbunan ini mengakibatkan berbagai penyakit pembuluh darah, tekanan darah tinggi akibat kegemukan. Menurut Suharjo (1985). Keadaan gizi lebih merupakan suatu keadaan tubuh yang tidak sehat, yang disebabkan oleh konsumsi energi melebihi kebutuhan tubuh yang berlangsung dalam waktu lama dengan kegemukan sebagai tandanya.
- 2) Gizi baik adalah keadaan kesehatan yang disebabkan oleh adanya keseimbangan antara kebutuhan tubuh akan zat-zat gizi untuk berlangsungnya kehidupan pertumbuhan dan pemeliharaan fungsi normal tubuh, serta untuk menghasilkan tenaga yang berasal dari zat-zat gizi makanan yang dikonsumsi seseorang tiap hari.
- 3) Gizi kurang adalah suatu keadaan yang tidak sehat sebagai akibat kekurangan konsumsi energi dan zat gizi untuk

memenuhi kebutuhan tubuh dan dalam keadaan tubuh tertentu yang ditandai dengan menurunnya berat badan.

- 4) Gizi buruk adalah suatu keadaan yang disebabkan kekurangan secara relatif atau absolut dari berbagai zat gizi dalam jumlah yang banyak dalam jangka waktu yang lama.

c. Penentuan Status Gizi

Penilaian status gizi bertujuan untuk memperoleh gambaran luas, siapa dan dimana masalah gizi tersebut. sehingga dianalisis dan ditemukan faktor-faktor ekologis secara langsung untuk selanjutnya diadakan perbaikannya. Penentuan status gizi secara umum ada dua metode, yaitu metode langsung yang meliputi pengukuran Antrophometri, pemeriksaan tanda-tanda klinis, pemeriksaan biokimia dan biofisika, sedangkan metode lainnya, yaitu metode tidak langsung yang meliputi statistik fital (Depkes RI, 1985).

Pemeriksaan laboratorium merupakan cara yang lebih obyektif untuk menilai status gizi seseorang dibanding cara lainnya. Namun membutuhkan waktu yang lama dan tenaga yang profesional, disamping membutuhkan peralatan klinis dan biokimia dilakukan untuk mengukur dan melihat status gizi seperti kadar mineral dan vitamin. Sedang pengukuran secara Antropometri digunakan untuk mengukur karakteristik dari fisik

seseorang dan kecukupan gizi yang penting untuk pertumbuhan (Depkes RI, 1985).

Pengukuran status gizi secara Antropometri sebagai alat ukur status gizi yang mudah dilakukan secara luas dalam program perbaikan masyarakat diberbagai negara termasuk Indonesia. Beberapa indeks Antropometri yang digunakan adalah BB menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) (Depkes RI, 1985).

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi

Status gizi masyarakat mencerminkan gambaran situasi pangan dan penggunaan secara biologis zat gizi pada setiap individu dimasyarakat, sehingga bila kedua faktor tersebut dikenal sebagai faktor langsung meliputi keadaan sosial ekonomi dan budaya masyarakat. Dengan demikian status gizi individu ditentukan oleh kualitas dan kuantitas konsumsi makanan dan kesehatan individu.

Sedangkan faktor tidak langsung antara lain meliputi persediaan pangan, daya beli, sarana kesehatan, lingkungan fisik budaya.

Tingkat konsumsi makanan khususnya batita dipengaruhi oleh asupan zat gizi, pemberian makan diluar rumah, kebiasaan

makan keluarga dan ada tidaknya infeksi. Status gizi anak dipengaruhi oleh faktor lain eksternal dan internal.

Keadaan kesehatan dapat bertambah buruk bila status gizi memburuk yang mengakibatkan daya tahan tubuh berkurang sehingga mudah terserang penyakit infeksi. Sebaliknya infeksi dapat memperburuk keadaan atau gangguan metabolisme makanan serta kehilangan zat-zat gizi karena diare atau muntah-muntah. Bila gangguan tubuh dan infeksi bekerja bersama-sama maka akan memberikan gangguan yang lebih buruk dibandingkan kedua faktor tersebut bekerja sendiri-sendiri.

Faktor lain yang sangat berpengaruh terhadap status gizi seseorang adalah pekerjaan, pendidikan orang tua dan kesadaran gizi, kesadaran gizi dapat mempengaruhi status gizi karena berhubungan dengan tingkat pengetahuan gizi.

B. Kerangka Konsep

1. Kerangka Teori

Kondisi otak dan fisik anak dikemudian hari tergantung dari jenis dan jumlah makanan yang diberikan kepadanya. Sejak masih dalam kandungan ibu hingga masa anak-anak. Kebutuhan bayi akan gizi tergolong "istimewa" sebagai bekalnya dikemudian hari.

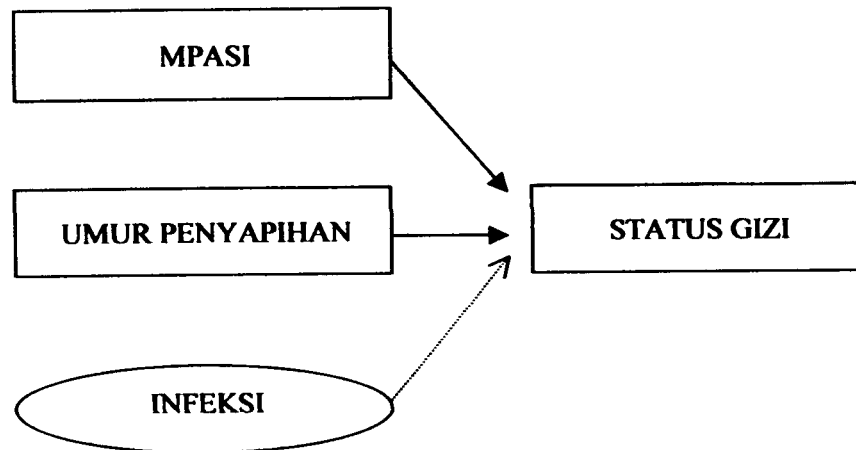
Pengetahuan ibu tentang perawatan bayi dan anak prasekolah boleh dikatakan penting sekali. (M.C Widjaya, 2002).

Hal ini disebabkan untuk menciptakan generasi masa mendatang yang lebih baik. Peran ibu dalam merawat bayi dan anak menjadi faktor penentu masalahnya. Kesadaran akan pentingnya pemberian gizi yang baik kadang belum sepenuhnya dimengerti. Salah satunya adalah saat anak belum waktunya memperoleh makanan tambahan, sering ibu telah memberikannya. Seharusnya anak masih menyusui, ibu sudah berhenti untuk memberi ASI-nya dengan alasan sibuk dan lain sebagainya. Sehingga mengganti ASI dengan susu formula. Padahal ASI jauh lebih baik diberikan kepada bayi dibandingkan dengan susu formula. Kondisi seperti ini akan menyebabkan anak terganggu pencernannya, menurun daya tahan tubuh, infeksi atau kekurangan unsur-unsur gizi tertentu yang semestinya dia terima untuk membangun jaringan otak dan tubuhnya (M.C Widjaya, 2002).

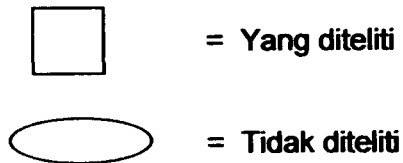
Berdasarkan kerangka teori diatas, maka dapatlah dijabarkan alur pemikiran variabel sebagai berikut MPASI, umur penyapihan, infeksi dan status gizi.

2. Kerangka Alur Pemikiran

Variabel yang diteliti adalah sebagai berikut :



Keterangan :



Pada penelitian ini variabel yang diteliti dari variabel dependent dan independent.

a. Variabel Dependent (Tergantung)

- Status Gizi.

b. Variabel Independent (bebas)

- Umur penyapihan.
- MP-ASI.

3. Hipotesa

Hipotesa : H_a = Ditolak, Ada hubungan antara penyapihan, pemberian MP-ASI dengan status gizi.

H_o = Diterima, Tidak ada hubungan antara umur penyapihan, pemberian MP-ASI dengan status gizi.

4. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif

No	Definisi Operasional	Kriteria Obyektif
1	Umur penyapihan adalah umur dimana anak mulai memasuki masa peralihan atau penyesuaian terhadap zat gizi / umur dimana anak mulai diperkenalkan makanan pendamping, selain ASI yang selalu diberikan ibunya untuk memenuhi kebutuhan zat gizi	Baik : bila umur penyapihan ≥ 4 bulan. Kurang : bila umur penyapihan < 4 bulan
2	Makanan Pendamping ASI adalah makanan yang diberikan mulai umur 4 bulan	Sesuai dengan umur anak dan bentuk MP-ASI
3	Status gizi adalah keadaan gizi seseorang yang dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dapat diukur dengan menggunakan berat badan/umur dengan melihat standar atau baku rujukan WHO NCHS	baik : bila pengukuran BB/U $\geq 80\%$ terhadap baku median. Kurang : Bila pengukuran BB/U $< 80\%$ terhadap baku median

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif, analitik dengan pendekatan cross sectional study.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi sampel adalah seluruh keluarga yang mempunyai anak 0 – 3 tahun di 3 Posyandu (Posyandu Bahagia, Posyandu Setia, Posyandu rebali) dimana daerah lingkungannya kumuh di Kelurahan Hedam Abepura.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi sampel yang terpilih, besar sampel yang diambil sebanyak 40 sampel dengan rumus :

$$SE = \sqrt{\frac{P.Q}{n}} \sqrt{\frac{N - N}{N - 1}}$$

Teknik pengambilan sampel dilakukan secara sampel random sampling :

- a. Buat daftar populasi sampel dengan memberikan nomor urut 1 – 50.
- b. Kemudian catat nomor dalam tiap gulungan kertas.

c. Ambil sampel secara berurut.

Rumus untuk mendapatkan sampel penelitian di 3 Posyandu umur 0 – 3 tahun adalah :

Posyandu Walikambay	20 Anak
Posyandu Setia	15 Anak
Posyandu Bahagia	<u>15 Anak</u> +
N = 50 Anak	

Rumus untuk mendapatkan sampel pemilihan

$$\text{Dik Prevalensi} = \frac{245}{1637} \times 100 \%$$

$$p = 0,14$$

$$Q = 1 - 0,14$$

$$= 0,86$$

Dit : N ?

$$\begin{aligned} \text{Jwb} \quad SE &= \sqrt{\frac{P.Q}{n}} \sqrt{\frac{N - N}{N - 1}} \\ &= \frac{0,14 \times 0,86}{n} = \frac{50 - 1}{49} \\ \left(\frac{0,05}{1,96} \right) &= \frac{0,14 \times 0,86}{n} = \frac{50 - 1}{49} \end{aligned}$$

$$0,00065 = \frac{6,02 \times 0,1204}{49 \cdot n}$$

$$0,00065 = \frac{6,02 \times 0,1204}{49 \cdot n}$$

$$0,00065 \times 49 = 6,02 - 0,1204$$

$$0,03185 = 6,02 - 0,1204$$

$$0,03185 n + 0,1204 n = 6,02$$

$$= \frac{6,02}{0,15225}$$

$$= 39,54 \Rightarrow 40 \text{ Sampel}$$

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilaksanakan di Posyandu di Kelurahan Hedam wilayah kerja Puskesmas Abepura dan waktu penelitian adalah pada Tanggal 28 Agustus s/d 09 September - 2006.

D. Alat dan Bahan Pengumpulan Data

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode sahle.

1. Kuesioner.
2. Alat tulis.
3. Kalkulator.
4. Buku standar NCHS.
5. Dacin.

E. Jenis Data dan Pengumpulan Data

1. Data Primer

Diperoleh melalui data dasar di Puskesmas Hedam di Abepura dengan cara observasi. kuesioner disiapkan dengan melihat dan mengambil data yaitu jumlah kelurahan, penduduk, Bayi, Anak Batita yang ada di masing-masing Posyandu yang dapat didata dan untuk mengetahui status gizi anak batita yang ada di masing-masing Posyandu.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data Demografi yang didapatkan di 3 Posyandu di Kelurahan Hedam. Data-data yang menunjang dalam penelitian ini adalah Berat Badan, Umur, TB dan status Gizi.

F. Cara Pengolahan Data

Data yang terkumpul adalah sesuai dengan konseptual dan diarahkan untuk menjawab tujuan penelitian dan hipotesa penelitian.

Adapun tahap-tahap yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Koreksi data yang diambil di Kelurahan Hedam.
2. Pengkodingan pada daftar pertanyaan yang telah tersedia.
3. Master tabel.
4. Data yang dikumpulkan diolah secara manual dengan menggunakan kalkulator, yang disajikan dengan tabel dan narasi

dan dianalisa secara deskriptif sebagian lagi dianalisis secara statistik.

G. Analisa Data

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara umur penyapihan dan MPASI dengan status gizi maka digunakan rumus Chi-Square Test (χ^2) dengan rumus sebagai berikut :

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - e)^2}{e}$$

χ^2 = Harga Chi Square Σ = Sigma atau penjumlahan

e = Frekuensi Harapan O = Frekuensi amatan / observasi

apabila terdapat frekuensi amatan dan frekuensi harapan sel < 5 maka digunakan koreksi kontinuitas (koreksi yates) dengan persamaan sebagai berikut :

$$\chi^2 = \frac{N [AD - BC - N/2]^2}{(A + B) (A + C) (B + D) (C + D)}$$

Keterangan : A, B, C, D : Frekuensi sel – sel

N/2 : Faktor koreksi yates

Analisa :

1. Ho ditolak bila χ^2 hitung > χ^2 teoritik pada α 0,05 berarti ada hubungan.
2. Ho diterima bila χ^2 hitung < χ^2 teoritik pada α 0,05 berarti tidak ada hubungan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

1. Letak Lokasi Penelitian

Letak lokasi penelitian berada pada wilayah Kelurahan Hedam Distrik Abepura dan dalam kawasan kota Jayapura, juga berada pada posisi yang strategis dengan kemudahan transportasi dan wilayah tingkat pendidikan masyarakat cukup memadai. Pada bulan Agustus 2006, Kelurahan Hedam Abepura termasuk Kelurahan yang paling terbaik di Kota Jayapura.

2. Kedaan Demografis

Berdasarkan letaknya, Kelurahan Hedam mempunyai batas – batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Utara : Berbatasan dengan Kelurahan Vim.
- Sebelah Selatan : Berbatasan dengan Arso
- Sebelah Timur : Berbatasan dengan Kelurahan Awiyo
- Sebelah Barat : Berbatasan dengan Kelurahan Waena
dan Kelurahan Yabansai

Luas Kelurahan Hedam Distrik Abepura adalah 4305 Ha. Jarak dari pusat pemerintahan ke Distrik Abepura 1 Km, sedangkan jarak dari Kota Jayapura Daerah TK II adalah 3 km.

3. Demografi

Jumlah penduduk Kelurahan Distrik Abepura Kota Jayapura menurut laporan statistik Kelurahan Hedam Abepura tahun 2006 sebanyak 31.840 jiwa yang ada di Kelurahan Hedam Abepura Distrik Abepura Kota Jayapura.

B. Hasil dan Pembahasan

1. Hasil Penelitian

a. Distribusi jumlah sampel menurut kelompok umur

Bila dilihat berdasarkan golongan umur 0 – 3 tahun, maka diperoleh hasil < 6 bulan sebanyak 6 sampel (15%), 6 – 11 bulan sebanyak 11(27,5%), 12 – 17 bulan sebanyak 11(27,5%), 18 – 24 bulan ada 7 (17,5%) dan 25 – 36 bulan ada 5 (12,5%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.1 dibawah ini.

Tabel 4.1 : Distribusi Jumlah Sampel Menurut Kelompok Umur 0 – 3 Tahun di Kelurahan Hedam Distrik Abepura Kota Jayapura

Kelompok Umur (Bulan)	n	Persentase (%)
< 6	6	15
6 – 11	11	27,5
12 – 17	11	27,5
18 – 24	7	17,5
25 – 36	5	12,5
Total	40	100

Sumber : Data Primer, 2006

Dari tabel 4.1 ini dapat terlihat bahwa jumlah batita menurut umur 0 – 3 tahun yang terbanyak adalah 6 – 11 bulan (27,5%) dan umur 12 – 17 bulan (27,5%).

b. Distribusi sampel menurut jenis kelamin

Bila dilihat berdasarkan jenis kelamin jumlah batita laki – laki ada 23 (57,5%) dan perempuan ada 17 (42,55). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.2 dibawah ini.

Tabel 4.2 : Distribusi Sampel Menurut Jenis Kelamin di Kelurahan Hedam Distrik Abepura Kota Jayapura

Jenis Kelamin	N	Persentase (%)
Laki – laki	23	57,5
Perempuan	17	42,5
Total	40	100

Sumber : Data Primer, 2006

Dari tabel diatas menurut jenis kelamin terlihat bahwa yang lebih banyak adalah laki – laki (57,5%).

c. Distribusi anak batita menurut umur penyapihan

Berdasarkan anak batita menurut umur penyapihan di Kelurahan Hedam Abepura, dapat dilihat umur penyapihan yang baik ada 34 (85%) dan kurang 6 (15%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.3 dibawah ini.

Tabel 4.3 : Distribusi Anak Batita Menurut Umur Penyapihan di Kelurahan Hedam Distrik Abepura Kota Jayapura

Umur Penyapihan	n	Persentase (%)
Baik	34	85
Kurang	6	15
Total	40	100

Sumber : Data Primer, 2006

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa umur penyapihan baik yang lebih banyak, yaitu (85%).

d. Distribusi anak batita menurut pemberian MP-ASI

Berdasarkan anak batita menurut pemberian MP-ASI di Kelurahan Hedam Abepura, dapat dilihat pemberian makanan pendamping ASI yang baik ada 29 (72,5%) dan yang kurang ada 11 (27,5%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.4 dibawah ini.

Tabel 4.4 : Distribusi Anak Batita Menurut Pemberian MP-ASI di Kelurahan Hedam Distrik Abepura Kota Jayapura

Makanan Pendamping ASI	n	Persentase (%)
Baik	29	72,5
Kurang	11	27,5
Total	40	100

Sumber : Data Primer, 2006

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa pemberian makanan pendamping ASI yang lebih banyak (72,5) dan ini terdapat pada pola pemberian MP-ASI.

e. Distribusi anak batita menurut jenis makanan

Berdasarkan jenis makanan yang diberikan kepada anak batita 0 – 3 tahun di Kelurahan Hedam Abepura terbanyak pada umur 6 – 11 bulan dan 12 – 17 bulan ada 11. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.5 dibawah ini.

Tabel 4.5 : Distribusi Anak Batita Menurut Jenis Makanan di Kelurahan Hedam Distrik Abepura Kota Jayapura

Umur (bulan)	Jenis Makanan	n	%
0 – 5	Susu formula + bubur	6	15
6 – 11	Susu + SGM + bubur	11	27,5
12 – 17	Susu + bubur + nasi tim	11	27,5
18 – 24	Susu + nasi tim	6	15
24 – 36	Susu + nasi + buah	6	15
Total		40	100

Sumber : Data Primer, 2006

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa jenis makanan terdapat lebih banyak adalah susu formula, bubur dan makanan lembek, yaitu 6 – 11 bulan 11 (27,5%) dan 12 – 17 bulan ada 11 (27,5%).

f. Distribusi anak batita menurut bentuk makanan

Berdasarkan bentuk makanan yang diberikan yang banyak adalah : cair, lumat, lembek ada 11 dan terdapat pada umur 6 – 11 bulan dan 12 – 17 bulan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.6 dibawah ini.

Tabel 4.6 : Distribusi Anak Batita Menurut Bentuk Makanan di Kelurahan Hedam Distrik Abepura Kota Jayapura

Umur (bulan)	Bentuk Makanan	N	%
0 – 5	Cair + lumat	6	15
6 – 11	Cair + lumat	11	27,5
12 – 17	Cair + lumat + lembek	11	27,5
18 – 24	Lembek + makanan biasa	6	15
24 – 36	Makanan biasa	6	15
Total		40	100

Sumber : Data Primer, 2006

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa bentuk makanan menurut bentuk MP-ASI yang lebih banyak terdapat pada umur 6 – 11 bulan (27,5%) dan 12 – 17 bulan (27,5%) dengan nilai yang sama 11 dengan bentuk yang lebih banyak adalah makanan cair, lumat dan lembek.

g. Distribusi anak batita menurut frekuensi makan

Berdasarkan frekuensi pemberian makan terdapat 3 kali pemberian dalam setiap hari, terdapat pada umur 6 – 11 bulan dan 12 – 17. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.7 dibawah ini.

Tabel 4.7 : Distribusi Anak Batita Menurut Frekuensi Makan di Kelurahan Hedam Distrik Abepura Kota Jayapura

Umur (bulan)	Frekuensi (hari)	n	%
0 – 5	4 kali	6	15
6 – 11	3 kali	11	27,5
12 – 17	3 kali	11	27,5
18 – 24	3 kali	6	15
24 – 36	3 kali	6	15
Total		40	100

Sumber : Data Primer, 2006

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa frekuensi makan yang terdapat pada umur 6 – 11 (27,5%) bulan dan 12 – 17 bulan (27,5%) dengan nilai yang sama 2 kali 11.

h. Distribusi anak batita menurut status gizi

Berdasarkan pengolahan data anak batita menurut status gizi di Kelurahan Hedam Distrik Abepura, status gizi baik ada 21 dan status gizi kurang ada 19. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.8 dibawah ini.

Tabel 4.8 : Distribusi Anak Batita Menurut Status Gizi di Kelurahan Hedam Distrik Abepura Kota Jayapura

Umur (bulan)	n	Persentase (%)
Baik	21	52,5%
Kurang	19	47,5%
Total	40	100

Sumber : Data Primer, 2006

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa anak batita yang status gizinya baik adalah 21 (52,5%) dan yang status gizinya kurang adalah 19 (47,5%).

i. Distribusi umur penyapihan dengan status gizi

Berdasarkan umur penyapihan dengan status gizi anak batita umur 0 – 3 tahun di Kelurahan Hedam. umur penyapihan dengan status gizi baik ada 21 sampel, kurang ada 13 sampel sedangkan umur penyapihan kurang dengan status gizi baik tidak ada dan status gizi kurang ada 6 sampel dengan menggunakan uji yates correction. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.9 dibawah ini.

Tabel 4.9 : Distribusi Umur Penyapihan Dengan Status Gizi Anak Batita Umur 0 – 3 Tahun di Kelurahan Hedam Distrik Abepura Kota Jayapura

Kategori Umur Penyapihan	Status Gizi		Jumlah	%
	Baik	Kurang	n	
Baik ≥ 4	21	13	34	85
Kurang < 4	0	6	6	15
Jumlah	21	19	40	100

Sumber : Data Primer, 2006

Dari tabel 4.9 terlihat bahwa kategori umur penyapihan dengan status gizi baik ada 21 (61,8%) dan kurang ada 13. (38,32%) Sedangkan kategori umur penyapihan kurang dengan status gizi baik tidak ada dan status gizi kurang ada 6 (100%) .

Menurut hasil uji statistik menggunakan yates corection diperoleh hasil $p > 0,05$ dengan demikian, maka H_0 ditolak, karena ada hubungan yang bermakna antara umur penyapihan dengan status gizi.

j. Distribusi makanan pendamping ASI dengan status gizi anak batita

Berdasarkan pemberian makanan pendamping ASI dengan status gizi anak batita umur 0 – 3 tahun di Kelurahan Hedam Abepura. pemberian MP-ASI dengan status gizi baik ada 3 dan status gizi kurang ada 8 dengan menggunakan uji yates corection.

Tabel 4.10 : Distribusi Makanan Pendamping ASI Dengan Status Gizi Anak Batita Umur 0 – 3 Tahun di Kelurahan Hedam Distrik Abepura Kota Jayapura

Pemberian MP-ASI	Status Gizi		Jumlah	%
	Baik	Kurang	N	
Baik	18	11	29	72,5
Kurang	3	8	11	27,5
Jumlah	21	19	40	100

Sumber : Data Primer, 2006

Dari tabel diatas terlihat bahwa pemberian MP-ASI dengan status gizi baik ada 18 (62,1%) dan status gizi kurang ada 11 (37,9%). sedangkan pemberian MP-ASI dengan status gizi baik ada 3 (27,3%) dan status gizi kurang ada 8 (72,7%).

Menurut hasil uji statistik menggunakan yates corection diperoleh hasil $P < 0,05$ dengan demikian, maka H_0 diterima, karena tidak ada hubungan yang bermakna antara pemberian makanan pendamping ASI dengan status gizi.

2. Pembahasan

Dari 40 sampel yang terpilih menjadi sampel ini menunjukkan bahwa di Kelurahan hedam Abepura Distrik Abepura Kota Jayapura, menurut tabel 4.2, pada umur 6 – 11 bulan (27,5%) dan 12 – 17 bulan (27,5%). Hal ini menunjukkan bahwa umur penyapihan baik terdapat pada kelompok umur ini, karena pada umur tersebut sudah terjadi kesiapan fisik dan mental, serta fungsi organ untuk mampu menerima.

Di Kelurahan Hedam masih ditemukan anak batita yang status gizi kurang (47,5%), sedangkan sampel sisanya berstatus gizi baik (52,5%).

Umur penyapihan dengan status gizi anak umur 0 – 3 tahun sebagian besar anak di Kelurahan Hedam mempunyai umur penyapihan baik (61,8%) sedangkan status gizi kurang dengan penyapihan baik (38,2%), jadi untuk status gizi baik dengan penyapihan kurang sebanyak (52,5%) serta mempunyai status gizi baik dengan umur penyapihan kurang. Setelah dilakukan analisa statistik dengan menggunakan koreksi yates, memperoleh hasil dimana $X^2_{th} 5,52 > X^2_t 3,84$. kemungkinan ada keluarga yang lebih banyak mengetahui umur penyapihan yang tepat, baik dan pemberian MP-ASI serta manfaatnya sehingga bisa diterapkan di rumah yang mana dapat meningkatkan status gizi anak.

MP-ASI dengan status gizi anak umur 0-3 tahun, yaitu yang status gizinya baik dengan pemberian MP-ASI baik sebanyak (62,1%), sedangkan yang status gizinya kurang baik dan MP-ASI kurang sebanyak (27,3%) sebaliknya status gizi kurang dengan pemberian makanan baik (37,9%) dan status gizi kurang dengan pemberian makanan sebanyak (72,7%). Setelah dilakukan analisa menurut hasil uji statistik dengan menggunakan uji koreksi yates diperoleh hasil $X^2_{th} 2,603 < 3,84$. Pada pemberian MP-ASI menurut jenis menurut kelompok umur terdapat lebih banyak pada umur 6 – 11 bulan, 11 (27,5%) dan umur 12 – 17 bulan (27,5%). Dari jenis MP-ASI yang lebih banyak diberikan adalah susu, bubur, dan nasi tim serta lauk pauknya. Bentuk pemberian MP-ASI lebih banyak terdapat pada cair, lumat dan lembek 11 (27,5%) juga frekuensi pemberian lebih banyak terdapat pada 3 x pemberian 11 sampel (27,5%) hal ini kemungkinan ibu sudah ada prakteknya namun karena ada faktor lain sehingga terdapat kurang. Menurut Alpiadji (1996), bahwa status gizi seseorang dipengaruhi oleh faktor gizi internal dan faktor gizi eksternal meliputi konsumsi makanan dan infeksi penyakit yang menjadi dasar pemenuhan tingkat kebutuhan gizi seseorang, nilai cerna makanan, usia, jenis kelamin, aktifitas dan status gizi kesehatan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengolahan dan analisa data dalam penelitian ini, maka di Kelurahan Hedam Abepura Distrik Abepura Kota Jayapura setelah melakukan penelitian dan pengambilan data, ternyata diperoleh hasil seperti :

1. Umur penyapihan anak batita di Kelurahan Hedam adalah umur penyapihan baik sebesar 85% dan untuk penyapihan kurang 15%.
2. Pemberian MP-ASI batita di Kelurahan Hedam Abepura untuk pemberian MP-ASI baik adalah 72,5% dan pemberian MP-ASI kurang adalah 27,5%.
3. Gambaran status gizi anak batita di Kelurahan Hedam Abepura umur 0 – 3 tahun didapatkan yang berstatus gizi baik 52,5% dan yang berstatus gizi kurang 47,5%
4. Ada hubungan yang bermakna antara umur penyapihan dengan status gizi batita umur 0 – 3 tahun di Kelurahan Hedam Abepura.
5. Tidak ada hubungan yang bermakna antara pemberian MP-ASI dengan status gizi batita umur 0 – 3 tahun di Kelurahan Hedam Abepura.

B. Saran

1. Perlu adanya penyuluhan tentang umur penyapihan yang baik dan pemberian MP-ASI yang baik dan tepat, agar zat gizi dalam tubuhnya dapat sempurna dan akan mempertahankan daya tahan tubuh terhadap penyakit-penyakit infeksi.
2. Kepada instansi terkait untuk lebih sering memperhatikan yang menjadi pelayanan agar tidak terjadi kekurangan-kekurangan yang dialami masyarakat terutama pada anak balita menyangkut kesehatan.
3. Diharapkan penelitian ini dilanjutkan mengetahui sejauhmana perkembangan status gizi anak perbulan dan keaktifan ibu dalam menjaga dan merawat anaknya.

DAFTAR PUSTAKA

Bambang Soepono, M.Pd, ***Statistik Terapan Dalam Penelitian Ilmu – Ilmu Sosial dan Pendidikan***, 1997.

Direktorat Kesehatan Republik Indonesia, 1995

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, ***Memilih Makanan Sehat Untuk Bayi***, 1991

Rantetampang, Drs. dkk, ***Laporan Penelitian***, 1991

Pedoman Hidup Sehat, 1992

F.G. Winarno, 1990, ***Gizi dan Makanan, Bagi Bayi dan Anak Sapihan***.

Gizi Seimbang Menuju Hidup Sehat Balita, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002.

Ibnu Fajar, Bachyar Bakri Supariasa I Dewa Nyoman, 2002 ***Penilaian Status Gizi***.

Ichwan Soraya, Lely Luluk, 2006. Lalecheleague, WHO Breasfeeding Com, ***Menyapih Dengan Cinta***.

M.B Arisman, 2004. ***Gizi Dalam kehidupan***, Cetakan I.

MS. Muchtadi Deddy, 2002. ***Gizi Untuk Bayi, Asi Susu Formula dan Makanan Tambahan***. Cetakan I.

M.C. Widjaja, 2002, ***Gizi Tepat Untuk Perkembangan Otak dan Kesehatan Balita***.

Mangunkusumo Cipto , Dr, ***Penuntun Diit Anak***, Rumah Sakit dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia, Jakarta

Suhardjo, 1992. ***Pemberian Makanan Pada Bayi dan Anak***.

Suhardjono, ***Perencanaan Pangan dan Gizi***, 1996

Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian

Kuesioner Penelitian

I. No Responden :
Kota Jayapura :
Distrik :
Kelurahan :

II. Data Responden

1. Nama ibu :
Umur :
2. Nama Anak :
Umur :
Jenis Kelamin :
BB :

Umur berapa anak ibu mulai disapih ?

Umur Penyapihan	Keterangan

3. MP - ASi

Jenis makanan yang diberikan dalam bentuk apa ?

No	Jenis makanan	keterangan

III. Status Gizi

No	Nama	Umur	BB	TB	Status gizi	
					Baik	kurang

Lampiran 2 : Data Sampel

Data Sampel

No	Umur Ibu Tahun	Jenis Kelamin	Umur Batita (Bulan)	BB (Kg)	Median	% Median	Status Gizi
1	30	P	23	10	11.7	85.47	Baik
2	29	P	20	8	11.2	71.42	Kurang
3	27	L	32	13	14	92.86	Baik
4	35	L	11	7	9.9	70.71	Kurang
5	28	L	24	10.6	12.6	79.36	Kurang
6	29	L	17	9.5	11.3	84.7	Baik
7	36	L	24	10.5	12.6	83.33	Baik
8	25	L	11	7	9.2	76.08	Kurang
9	33	P	8	7	8.2	85.36	Baik
10	38	P	12	8	9.5	84.21	Baik
11	30	P	10	8	8.9	89.88	Baik
12	37	L	7	6.5	8.3	78.31	Kurang
13	39	L	18	9.5	11.5	82.6	Baik
14	40	L	17	9	11.3	79.64	Kurang
15	28	P	17	9	10.6	84.9	Baik
16	29	L	12	9	10.2	78.45	Kurang
17	24	L	12	8	10.2	78.43	Kurang
18	22	L	6	7	7.8	89.74	Baik
19	27	P	10	8	8.9	89.88	Baik
20	28	P	14	7.5	10	75	Kurang
21	26	P	13	9	10.4	86.53	Baik
22	29	L	14	9	10.7	84.11	Baik
23	30	L	10	9	9.5	94.73	Baik
24	35	L	8	7	8.8	79.54	Kurang
25	34	L	6	6	7.8	76.69	Kurang
26	33	L	12	8	10.2	78.43	Kurang
27	37	L	3	4.5	6	75	Kurang
28	32	P	4	5.5	7.2	76.38	Kurang
29	30	P	4	6	7.2	83.33	Baik
30	28	P	2	5	4.7	106.38	Baik
31	27	L	3	5	6	83.33	Baik
32	29	L	4	6	6.7	89.55	Baik
33	30	P	13	7	10.4	76.92	Kurang
34	33	L	11	8	9.2	86.95	Baik
35	40	P	19	8.5	11	77.27	Kurang
36	40	L	20	9	11.8	76.27	Kurang
37	33	P	26	10	12.3	81.3	Baik
38	34	P	34	10.5	13.6	77.25	Kurang
39	35	P	36	12	13.8	86.95	Baik
40	28	L	25	9	12.1	74.38	Kurang

Lampiran 3 : Uji Yates Correction

Koreksi Yates Untuk Formulasi Chi Kuadrat

$$X^2 = \frac{N [AD - BC] - N/2]^2}{(A + B) (A + C) (B + D) (C + D)}$$

Keterangan : A, B, C, D : Frekuensi sel – sel

N/2 : Faktor koreksi yates

1. Kategori Umur Penyapihan Dengan Status Gizi

Kategori Umur Penyapihan	Status Gizi		Jumlah
	Baik	Kurang	n
Baik	21 (A)	13 (B)	34
Kurang	0 (C)	6 (D)	6
Jumlah	21	19	40

$$X^2 = \frac{N [(AD - BC) - N/2]^2}{(A + B) (A + C) (B + D) (C + D)}$$

$$X^2 = \frac{40 [(21 \times 6) - (13 \times 0) (40/2)]^2}{34 \times 21 \times 19 \times 6}$$

$$X^2 = \frac{40 [126 - 0]^2}{81396}$$

$$X^2 = \frac{40 \times 11236}{81396}$$

$$X^2 = \frac{449440}{81396}$$

$$X^2 = 5,52$$

$$X^2 t = 3,84 \text{ (Taraf Kepercayaan 95\%)}$$

$$df = 1$$

2. Kategori Pemberian MP – ASI Dengan Status Gizi

Pemberian MP-ASI	Status Gizi		Jumlah
	Baik	Kurang	n
Baik ≥ 4	18	11	29
Kurang < 4	3	8	11
Jumlah	21	19	40

$$X^2 = \frac{N [(AD - BC) - N/2]^2}{(A + B) (A + C) (B + D) (C + D)}$$

$$X^2 = \frac{40 [(18 \times 8) - (11 \times 3) - (40/2)]^2}{29 \times 21 \times 19 \times 11}$$

$$X^2 = \frac{40 [(144 - 33) - 20]^2}{127281}$$

$$X^2 = \frac{40 \times 8281}{127281}$$

$$X^2 = \frac{331240}{127280}$$

$$X^2 \text{ Hitung} = 2,602$$

$$X^2 t = 3,84 \text{ (Taraf Kepercayaan 95\%)}$$

$$df = 1$$

DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA

Jl. Padang Bulan II Abepura – Jayapura Telp. (0967) 584280, 588461

Nomor : DL.02.02.6.U. 1018
Lamp. : -
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Ka. Kelurahan Hedam
Di

Tempat

Dalam rangka menyelesaikan pendidikan akhir di Politeknik Kesehatan Jayapura Mahasiswa/I semester VI (enam) diwajibkan untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) melalui proses kegiatan penelitian lapangan/laboratorium.

Sehubungan dengan maksud tersebut, kami mohon bantuan Bapak/Ibu kiranya dapat memberi ijin penelitian pada Mahasiswa :

Nama : Marice Manggaprouw
NIM : 203 200 461
Judul Penelitian : Hubungan Umur penyapihan dan Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Anak Umur 0-3 Tahun di Kelurahan Hedam Distrik Abepura.

Tempat Penelitian : Wilayah Kelurahan Hedam
Lama Penelitian : 1(satu) Minggu

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan bantuannya diucapkan terima banyak terimakasih .

Jayapura, 02 September 2006

Y Direktur,

Jan Piet Rumaikewi, SKM, MM.
NIP. : 140 085 683



PEMERINTAH KOTA JAYAPURA
DISTRIK ABEPURA
KELURAHAN HEDAM

Alamat : Jln. Raya Sentani - Padang Bulan No. Tlp.

Abepura, 04 September 2006

Nomor : 070 / 90
Lampiran : -
Perihal : Pemberitahuan

Kepada
Yth : **Para Kader Posyandu**
1. Bahagia
2. Setia
3. Walikambey

Di -
Tempat

Sehubungan dengan Penyelesaian Pendidikan Akhir di Politeknik Kesehatan Jayapura Mahasiswi Semester VI, maka diberitahukan kepada Saudari bahwa mahasiswi yang ber :

NAMA : MARICE MANGGAPROUW
NIM : 203 200 461

Akan menyelesaikan Penelitian dengan Judul : **"Hubungan Umur Penyapihan Dan Pemberian MP-ASI Dengan status Gizi Anak Umur 0-3 Tahun Di Kelurahan Hedam Distrik Abepura"**. Khususnya di Posyandu Saudari selama 1 (satu) Minggu, dan dimohon bantuan Saudari untuk mendampingi Mahasiswi tersebut demi kelancaran kegiatan dimaksud.

Demikian pemberitahuan kami, atas perhatian serta kerjasamanya disampaikan terima kasih.

PEMERINTAH KOTA JAYAPURA
n. Kepala Kelurahan Hedam
Sekretaris
SEKRETARIAT
KELURAHAN HEDAM
DISTRIK ABEPURA
BENYAMIN MURAFER, SE
NIP. 640 032 332

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Kepala Distrik Abepura
2. Para Ketua RW / RT se-tempat
3. Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura
4. Yang Bersangkutan



PEMERINTAH KOTA JAYAPURA
DISTRIK ABEPURA
KELURAHAN HEDAM

Alamat : Jln. Raya Sentani - Padang Bulan No. Tlp.

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070 / 95

Kepala Kelurahan Hedam Distrik Abepura dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : MARICE MANGGAPROUW

NIM : 203 200 461

Telah melakukan penelitian selama 1 (satu) Minggu pada Posyandu 1. Bahagia, 2. Setia, 3. Walikambey dengan Judul Penelitian : **"Hubungan Umur Penyapihan dan Pemberian MP-ASI Dengan Status Gizi Anak Umur 0 – 3 Tahun Di Kelurahan Hedam Distrik Abepura"**.

Demikian Surat Keterangan ini kami buat dengan sebenar-benarnya dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Abepura

Pada Tanggal : 11 September 2006

A.n. Kepala Kelurahan Hedam
Sekretaris

BENYAMIN MURAFER, SE
NIP. 640 032 332

Lampiran 7 : Master Tabel

Master Tabel

No	Umur Penyapihan	MP - ASI	Status Gizi
1	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
2	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Kurang
3	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
4	≥ 4 Bulan	< 4 Bulan	Kurang
5	≥ 4 Bulan	< 4 Bulan	Kurang
6	≥ 4 Bulan	< 4 Bulan	Baik
7	≥ 4 Bulan	< 4 Bulan	Baik
8	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Kurang
9	≥ 4 Bulan	< 4 Bulan	Baik
10	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
11	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
12	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Kurang
13	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
14	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Kurang
15	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
16	< 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Kurang
17	≥ 4 Bulan	< 4 Bulan	Kurang
18	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
19	≤ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
20	< 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Kurang
21	≥ 4 Bulan	< 4 Bulan	Baik
22	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
23	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
24	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Kurang
25	≤ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Kurang
26	< 4 Bulan	< 4 Bulan	Kurang
27	< 4 Bulan	< 4 Bulan	Kurang
28	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Kurang
29	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
30	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
31	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
32	≤ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
33	< 4 Bulan	< 4 Bulan	Kurang
34	≤ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
35	< 4 Bulan	< 4 Bulan	Kurang
36	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Kurang
37	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
38	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Kurang
39	≥ 4 Bulan	≥ 4 Bulan	Baik
40	≥ 4 Bulan	< 4 Bulan	Kurang

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur Penyapihan * Status Gizi	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%
MP-ASI * Status Gizi	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

Umur Penyapihan * Status Gizi

Crosstab

			Status Gizi		Total
			Baik	Kurang	
Umur Penyapihan	Baik (>= 4 Bulan)	Count	21	13	34
		% within Umur Penyapihan	61.8%	38.2%	100.0%
	Kurang (< 4 Bulan)	Count		6	6
		% within Umur Penyapihan		100.0%	100.0%
Total		Count	21	19	40
		% within Umur Penyapihan	52.5%	47.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.802 ^b	1	.005		
Continuity Correction ^a	5.522	1	.019		
Likelihood Ratio	10.118	1	.001		
Fisher's Exact Test				.007	.007
Linear-by-Linear Association	7.607	1	.006		
N of Valid Cases	40				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.85.

MP-ASI * Status Gizi

Crosstab

			Status Gizi		Total
			Baik	Kurang	
MP-ASI	Baik (>=4 Bulan)	Count	18	11	29
		% within MP-ASI	62.1%	37.9%	100.0%
	Kurang (<4 Bulan)	Count	3	8	11
		% within MP-ASI	27.3%	72.7%	100.0%
Total		Count	21	19	40
		% within MP-ASI	52.5%	47.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.872 ^b	1	.049		
Continuity Correction ^a	2.602	1	.107		
Likelihood Ratio	3.965	1	.046		
Fisher's Exact Test				.078	.053
Linear-by-Linear Association	3.775	1	.052		
N of Valid Cases	40				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.23.