

**HUBUNGAN KEPATUHAN PEMBERIAN MAKAN
ASUPAN GIZI, STATUS IMUNISASI TERHADAP
STATUS GIZI ANAK USIA 1-3 TAHUN
PADA KELUARGA PETANI
DI DESA JAIFURI, ARSO III, KEC. STANTO**

Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan Dalam Rangka Penyelesaian
Mata Kuliah KTI I, II dan Ujian Akhir Pada Program Diploma III Gizi**

**EVELINA FRANSINA
NIM : 197 200 292.G**

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
AKADEMI KESEHATAN TERPADU
JAYAPURA
2000**

PENGESAHAN UJIAN KTI

Karya Tulis Ilmiah Diterima Oleh Panitia
 Ujian Akhir Program Pendidikan Diploma III Gizi
 Akademi Kesehatan Terpadu Jayapura
 Dengan SK No : DL.02.02.3.3066 Tanggal 22 Agustus 2000
 Untuk Penyelesaian Mata Kuliah KTI I,II dan Ujian Akhir
 Dalam Rangka Memperoleh Predikat Ahli Madya Gizi
 Pada Hari *Jumat*, Tanggal *20 Oktober 2000*

Disahkan Oleh :
 Direktur AKZI

Chrismen Silitonga, SKM
 NIP. 140 130 728

Panitia Ujian :

- | | | |
|------------------|------------------------------|---------|
| 1. Ketua | : Chrismen Silitonga, SKM | (.....) |
| 2. Sekretaris | : Ir. Marlin P. Gultom | (.....) |
| 3. Pembimbing I | : Hermanus Arwam, SE, M. Kes | (.....) |
| 4. Pembimbing II | : Sri Iriyanti, AMG | (.....) |
| 5. Penguji | : 1. Jan Piet Rumaikewi, SKM | (.....) |
| | 2. Chrismen Silitonga, SKM | (.....) |
| | 3. Hermanus Arwam, SE,M.Kes | (.....) |

RINGKASAN

Akademi Kesehatan Terpadu
Diploma III, Gizi, Jayapura
Oktober, 2000

EVELINA FRANSINA

Hubungan Kepatuhan Pemberian Makan, Asupan Gizi, status Imunisasi terhadap status Gizi anak didesa Jaifuri Arso III, Kecamatan Skanto.

Xiii : 34 halaman; 6 tabel; 9 Lampiran

Tujuan penelitian ini adalah mendapatkan gambaran tentang hubungan Kepatuhan Pemberian Makan, Asupan Gizi status Imunisasi terhadap status gizi anak usia 1-3 tahun.

Penarikan sampel dilakukan secara Purposive sampel sebanyak 43 sampel, tanpa membedakan jumlah anak dalam keluarga.

Pengumpulan Informasi dan Pencatatan data dilakukan dengan Wawancara dan Pengisian kuisisioner, yang meliputi gambaran umum, lokasi penelitian, keadaan keluarga sampel, kepatuhan pemberian makan, Asupan gizi, status Imunisasi dan status gizi. Analisa data dilakukan dengan uji statistik Chi-square, Mc. Namer Test dan Koefisien phi.

Hasil Penelitian ini menunjukkan tidak adanya hubungan antara kepatuhan pemberian makan, Asupan Gizi status Imunisasi terhadap status gizi anak usia 1 – 3 tahun pada keluarga bertani

RIWAYAT HIDUP PENULIS

- Nama Penulis : EVELINA FRANSINA
- Tempat Tanggal Lahir : Jayapura, 03 Februari 1970
- S u k u : Sorong – Jayapura
- Nomor Induk Mahasiswa : 970 200 292. G.
- Alamat : Jl. Olahraga No. 23 F
- Anak dari Ayah : Bpk. ML. Aragae
- Ibu : Ibu. Helena Haay
- Anak ke : 7 dari 8 bersaudara
- Riwayat Pendidikan : a. Tamat SD SENASABA II Tahun 1983
- b. Tamat SMP PAULUS Dok V Atas Jayapura Tahun 1986.
- c. Tamat SMA Negeri 2 DO IX Atas Jayapura Tahun 1989.
- d. Tamat Diploma I Gizi (SPAG) Jayapura Tahun 1990.
- e. Masuk di Akademi Gizi Jayapura, tahun 1997.
- Riwayat Pekerjaan : a. Puskesmas Hamadi Tahun 1991.
- b. Puskesmas Arso III Tahun 1991 – 1997.

KATA PENGANTAR

Kami sebagai penulis memanjatkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat – Nya yang dilimpahkan kepada kami sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis ini.

Pada kesempatan ini ijinlah kami mengucapkan terima kasih banyak dan penghargaan yang setinggi – tingginya, kepada :

1. Bapak. Jan Piet Rumaikewi, SKM

Sebagai koordinator Pengelola AKES Terpadu Jayapura.

2. Bapak. Chcismen Silitonga.

Sebagai Direktur Gizi

3. Bapak. Hermanus Arwam SE. M Kes

Sebagai Pembimbing I KTI

4. Nn. Sri Yanti, AMG

Sebagai Pembimbing II KTI

Dan dosen – dosen pengajar kami, atas kearifan, bimbingan dan bantuannya yang telah diberikan selama persiapan sampai terselesaikannya Karya Tulis ini

Ucapan terima kasih kepada Kepala Kecamatan Skanto beserta stafnya, Kepala Desa Jaifuri Arso III, Kepala Puskesmas Arso III, beserta stafnya yang telah memberikan fasilitas dan tempat dalam pelaksanaan penelitian ini dilapangan.

Pada kesempatan ini, khusus Kepada Bapak dan Ibu serta anak tercinta Arten Romario, yang telah dengan setia mendampingi dan membantu dan memberikan dorongan serta doanya hingga terselesaikan Karya Tulis ini.

Juga untuk saudara kami tersayang. Kak Daud, Kak Yance, Kak Theo, Kak Cherry, Kak Anto, Kak Angga, Adik Cis, yang telah memberikan semangat dorongan dan pengertian, begitu pula kepada rekan kami Vincen T dan Vonny P serta rekan – rekan Gizi Angkatan IV Tahun 1997 – 2000. Atas semangat dan kekompakkan yang saling membantu dalam penyusunan KTI ini.

Akhirnya kami sampaikan bahwa kami sadar tulisan ini masih jauh dari sempurna, karena itu kami mohon dimaklumi adanya. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi mereka yang memanfaatkannya.

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul	i
Judul	ii
Lembar Pengesahan	iii
Ringkasan	iv
Riwayat Hidup Penulis	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Lampiran	xiii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II. GAMBARAN UMUM WILAYAH PENELITIAN	
A. Keadaan Geografi	5
B. Keadaan Demografi	6
C. Keadaan Sosial Ekonomi	7

BAB III	KERANGKA KONSEPSUAL	
	A. Kerangka Teoritis	11
	B. Kerangka Konsep	11
	C. Hubungan Antar Variabel	12
	D. Model Kerangka Konsep	12
	E. Hipotesa	13
	F. Definisi Operasional	13
	G. Kriteria Obyektif	14
BAB IV	TINJAUAN PUSTAKA	
	A. Prinsip Pelaksanaan Upaya Gizi	15
	B. Upaya Menilai kecukupan Gizi	16
	C. Masalah Pelaksanaan Upaya Gizi	16
	D. Upaya Mengatasi Kesulitan Makan	17
	E. Pelaksanaan Imunisasi di Indonesia	18
	F. Imunisasi terhadap Anak Gizi Kurang	19
BAB V	METODE PENELITIAN	
	A. Jenis Penelitian	20
	B. Populasi dan Sampel	20
	C. Cara Pengumpulan Data	21
	D. Cara Pengolahan Data	21
	E. Analisa Data	21

BAB VI. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	24
B. Pembahasan	26
C. Kesimpulan dan Saran	31

Daftar Pustaka

Lampiran

DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Penyebaran Penduduk Desa Jaifuri Menurut Umur.....	6
2. Penyebaran Penduduk Desa Jaifuri Menurut Tingkat Pendidikan.....	8
3. Penyebaran Penduduk Desa Jaifuri Menurut Agama	9
4. Penyebaran Penduduk Desa Jaifuri Menurut Mata Pencaharian	9
5. Jumlah Anak dalam Keluarga Sampel	24
6. Tingkat Pendidikan Responden	25

BAB I PENDAHULUAN

A . Latar Belakang

Tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal yang berarti setiap manusia berhak untuk hidup dan untuk menjalani hidupnya secara wajar ia pun berhak untuk memiliki kesehatan.

Untuk mencapai tujuan tersebut salah satu strategi pemerintah adalah mengikutsertakan masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Sebagaimana tertera dalam undang – undang No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan pasal 1 yang menyatakan bahwa setiap warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi – tingginya dan perlu diikut sertakan dalam usaha – usaha pemerintah.

Salah satu upaya kesehatan dalam undang – undang kesehatan No. 22 pasal 11, penyelenggaraan upaya kesehatan terdiri dari 10 kegiatan, kegiatan ke – 2 perbaikan gizi. Pasal 20 perbaikan gizi diselenggarakan untuk mewujudkan terpenuhinya kebutuhan gizi. Salah satu upaya perbaikan gizi meliputi upaya peningkatan status dan mutu gizi.

Tema sentral pembangunan Nasional dalam GBHN adalah peningkatan kualitas daya manusia kearah peningkatan kecerdasan dan produktifitas kerja. Salah satu upaya yang mempunyai dampak cukup penting terhadap peningkatan kualitas status gizi masyarakat.

Status gizi masyarakat merupakan salah satu faktor yang menentukan kualitas hidup dan produktifitas kerja.

Angka kematian yang tinggi pada bayi, anak balita ibu melahirkan dan menurunkan daya kerja fisik, terganggu perkembangan mental dan kecerdasan jika ditelusuri adalah akibat langsung maupun tidak langsung dari kekurangan gizi.

B . Rumusan Masalah.

Masalah gizi di Indonesia seperti Anemia Gizi, KEP, KVA, Gondok Endemik, dari keempat masalah itu yang sering di derita anak adalah KEP¹⁾. Balita KEP umumnya diderita oleh masyarakat berpenghasilan rendah di daerah pedesaan. Anak usia 1 sampai 3 tahun tergolong masa peralihan dari makanan bayi kemakanan orang dewasa.

Pada ibu yang bekerja seperti bertani yang banyak menghabiskan waktu untuk bekerja disini diperlukan peran ibu dalam memberikan konsumsi pada anak dengan makan, asupan gizi, terhadap status gizi anak.

Di desa Jaifuri merupakan desa yang 80 % dari jumlah penduduk mata pencaharian bertani. Dengan jumlah balita 207, yang tiap bulannya dilaporkan balita

yang status gizi kurang (BGT) kurang lebih 7 anak dan status gizi buruk (BGM) \pm 3 anak. Berarti tiap tahun bila status gizi kurang tidak di tingkatkan maka status gizi kurang dapat mencapai 84 anak, bahkan dari status gizi kurang akan menjadi status gizi buruk.

Untuk peningkatan dengan pemanfaatan pekarangan ataupun sayuran bergizi yang di bawa dari kebun / ladang tidaklah sulit bagi keluarga petani.

Didesa jaifuri 90 % di timbang di Posyandu dan terimunisasi. Maka yang menjadi masalah apakah ada hubungan kepatuhan pemberian makan, asupan gizi, status imunisasi terhadap status gizi anak usia 1 – 3 tahun pada keluarga petani.

Masalah ini perlu diatasi, mengingat anak balita sangat rentan terhadap penyakit akan lebih buruk lagi apabila status gizi jelek. Status gizi sebagai sumber daya manusia yang merupakan salah satu faktor yang menentukan kualitas hidup dan produktifitas kerja.

Bertolak dari masalah ini penulis ingin meneliti, apakah ada hubungan kepatuhan makan, asupan gizi, status imunisasi terhadap status gizi anak usia 1 – 3 tahun pada keluarga petani.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ingin mendapatkan gambaran tentang hubungan kepatuhan pemberian makan, asupan Gizi status imunisasi terhadap status gizi anak umur 1 – 3 tahun pada keluarga petani.

2. Tujuan Khusus

Mengetahui hubungan kepatuhan pemberian makan asupan gizi, status imunisasi terhadap status gizi anak umur 1 – 3 Tahun pada keluarga petani.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pelaksanaan program pembangunan kesehatan masyarakat baik di tingkat daerah maupun di tingkat propinsi. Terutama instansi terkait di desa Jaifuri Arso III.

Disamping itu hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan berguna untuk mengembangkan ilmu dan pengetahuan khususnya di bidang kesehatan dan Gizi.

1). Iswari Setia Ningsih, Soejadniko, Peranan Ibu dalam meningkatkan Prestasi Belajar anak

Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Simposium

Jakarta 16 November 1993, Hal 15

BAB II

GAMBARAN UMUM WILAYAH PENELITIAN

A . Keadaan Geografis

Letak desa Jaipura dan Ibu Kota Propinsi adalah jarak kurang lebih 50 Km. Jarak Kota Madya Abepura kurang lebih 42 Km. Luas Desa Jaipuri 1200 ha dengan batas – batas wilayah sbb :

- Sebelah timur berbatasan dengan Arso.
- Sebelah barat berbatasan dengan Kemtuk
- Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Muasa Tami / Skow dan Sentani Timur.
- Sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Kaure / Lereh.

Desa Jaifuri merupakan suatu hamparan dataran rendah yang terletak pada ketinggian kurang lebih 100 m – 150 m dari permukaan laut dengan topografi bergelombang.

Keadaan iklim di desa Jaifuri sama dengan iklim di desa – desa lainnya di kecamatan Skamto. Beberapa iklim yang menonjol adalah curah hujan, sinar matahari, dan kelembaban.

- Curah hujan belanan rata – rata 142 mm
- Curah hujan tahunan rata – rata 1701 mm
- Bulan basah November – Mei

- Bulan kering Juni – Oktober
- Kelembaban udara 70 – 78 %
- Temperatur rata – rata 20 – 32 °C

B. Keadaan Demografi

Penduduk di desa Jaifuri berasal dari berbagai daerah di Indonesia yaitu Jawa, Ujung Pandang, Putra Daerah setempat sampai pada bulan Mei 2000 jumlah penduduk yang menempati lokasi sebanyak 587 KK (2206 Jiwa).

Desa Jaifuri dibagi atas 7 Rukun Wilayah (RW) dan 22 Rukun Tetangga (RT). Bila mana dilakukan pengolongan menurut umur dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.1

PENYEBARAN PENDUDUK DESA JAIFURI MENURUT UMUR

No.	Kelompok Umur	Jenis Kelamin		Jumlah	Prosentase
		Laki – Laki	Perempuan		
1	0 – 4 Tahun	104	103	207	9.38
2	5 – 6 Tahun	31	58	89	4.03
3	7 – 12 Tahun	136	139	275	12.4
4	13 – 17 Tahun	138	126	264	12
5	18 – 30 Tahun	240	215	455	20.6
6	31 – 40 Tahun	180	222	402	18.2
7	41 - 50 Tahun	178	128	306	14
8	51 – 60 Tahun	77	41	118	5.3
9	61 keatas	53	37	90	4.07
		1137	1069	2206	100 %

Sumber Monografi Desa Jaifuri 2000

C . Keadaan Sosial Ekonomi

1. Keadaan Sosial

Hubungan antara individu maupun keluarga, masyarakat sangat baik.

Hal ini terlihat pada setiap kerja bakti atau kegiatan gotng royong, lainnya.

Sarana pembangunan masyarakat yang ada di desa Jaifuri an :

- Sarana Pemerintahan terdiri dari 1 buah kantor Desa, Balai Desa 1 buah, Kantor Polisi 1 buah.
- Sarana Perekonomian terdiri dari : 1 Unit cabang BRI, 3 Unit Koperasi, 2 Unit Pasar Darurat 4 Unit toko, 5 unit toko pakaian, 32 kios.
- Sarana Kesehatan terdiri dari : 1 Unit Puskesmas, 3 Unit Posyandu.
- Sarana Olah Raga : 1 buah lapangan bola, Volly.
- Sarana Pendidikan terdiri dari : TK 2 buah SD 3 buah, SMP 2 buah, SMU 1 buah.

Penyebaran penduduk Desa Jaifuri menurut tingkat pendidikan dapat di lihat dalam tabel berikut :

Tabel. 2.2

**PENYERAHAN PENDUDUK DESA JAIFURI
MENURUT TINGKAT PENDIDIKAN**

No.	Pendidikan	Jenis Kelamin		Jumlah	Prosentase
		Laki - Laki	Perempuan		
1	Tidak Sekolah	102	133	235	11
2	Belum Sekolah	115	156	271	12.2
3	Belum Tamat				
	- SD	151	168	319	14.4
	- SMP	107	98	205	9.2
	- SMU	53	34	87	4
	- PT	2	1	3	0.13
4	Tamat				
	- SD	286	277	563	25.5
	- SMP	143	103	246	11.1
	- SMU	149	87	236	10.6
	- PT	26	15	41	2
		1134	1072	2206	100 %

Sumber Monografi Desa Jaifuri 2000

- Struktur Pemerintah Desa Jaifuri Kecamatan Skanto Kabupaten Jayapura terdiri 1 Orang Kepala Kecamatan, 1 orang Kepala Desa, 1 orang Ketua LMD, 1 orang Sekretaris Desa, 1 Orang Kepala Urusan Pemerintah, 1 Orang Kepala Urusan Pembangunan, 1 Orang Kepala Urusan Keuangan, 1 Orang Kepala Urusan Umum, 2 Orang Kepala Dusun, Ketua RW 7 Orang, Ketua RT 22 Orang PPL Pertanian Tanaman Pangan, 2 orang PPL Peternakan, PLKB 1Orang Kepolisian 1 orang.
- Sarana Ibadah
Sarana ibadah terdiri dari 3 buah Geeja, 1 Buah Mesjid, 13 Mushola
Jumlah Penduduk menurut agama dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.3.

PENYEBARAN PENDUDUK DESA JAIFURI MENURUT AGAMA

No.	A G A M A	Jenis Kelamin		Jumlah	Prosentase
		Laki - Laki	Perempuan		
1	Islam	875	829	1704	77.2
2	Kristen Protestan	234	213	447	20.2
3	Kristen Katolik	30	25	55	3
4	Budha	-	-	-	-
5	Hindu	-	-	-	-
		1139	1067	2206	100 %

Sumber Monografi Desa Jaifuri 2000

2. Keadaan Ekonomi

2.1. Sub. Sektor Pertanian

Penduduk Desa Jaifuri sebagian mempunyai mata pencaharian bertani.

Dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.4

PENYEBARAN PENDUDUK DESA JAIFURI MENURUT MATA PENCAHARIAN

No.	Mata Pencaharian	Jenis Kelamin		Jumlah	Prosentase
		Laki - Laki	Perempuan		
1	Petani	436	408	844	38.3
2	Swasta	136	91	227	10.3
3	PNS	67	34	1015	4.6
4	ABRI	5	-	5	0.2
5	Tidak Bekerja	495	534	1029	46.6
		1139	1067	2206	100 %

Sumber Monografi Desa Jaifuri 2000

Umumnya warga masyarakat Desa Jaifuri, melakukan pola pemahaman pertanian dengan berbagai latar belakang pengalaman masing – masing mendapat petunjuk atau pelatihan pertanian dari PLL atau Intansi terkait.

Lahan yang disediakan pada penduduk baik petani lokal maupun petani transmigrasi adalah seluas 2 Ha, masing – masing terdiri dari 1 Ha, lahan sawah, $\frac{1}{4}$ Ha pekarangan dan $\frac{3}{4}$ Ha lahan (lahan yang dipersiapkan untuk penanaman kepala sawit)

Sedangkan sisa lahan yang ada digunakan untuk tamah pengembalaan kas Desa, Kuburan, dan Fasilitas umum. Dalam mengerjakan lahan biasanya diusahakan per KK dengan menyewa tenaga orang lain ataupun dalam bentuk kelompok tani.

2.2. Sub Sektor Peternakan.

Berdasarkan data yang diperoleh sampai saat ini belum ada warga yang mata pencahariannya peternakan, mereka hanya memelihara ternak untuk menambah penghasilan dan untuk kebutuhan pangan.

BAB III

KERANGKA KONSEPSUAL

A. Kerangka Teoritis.

Pengaruh kepatuhan pemberian makan, asupan gizi status imunisasi di pengaruhi oleh perilaku baik sikap pengetahuan maupun ketrampilan. Ini dapat di tingkatkan apabila ibu – ibu berperan aktif dalam pelayanan kesehatan seperti posyandu sehingga ibu dapat pengetahuan kesehatan dan gizi yang sangat mempengaruhi dalam praktek pemberian konsumsi dalam keluarga terutama peningkatan status gizi anak mencapai status gizi baik. Tetapi tidak menutup kemungkinan faktor lain persediaan pangan, daya beli, infeksi kebudayaan seperti makanan pantangan faktor- faktor ini juga dapat mempengaruhi status gizi.

B. Kerangka Konsep.

Dalam penelitian ini, variabel yang akan di teliti adalah :

1. Variabel Independent.

Pengaruh Praktek pemberian makan

Asupan gizi

Status Imunisasi

2. Variabel Dependent

Status gizi

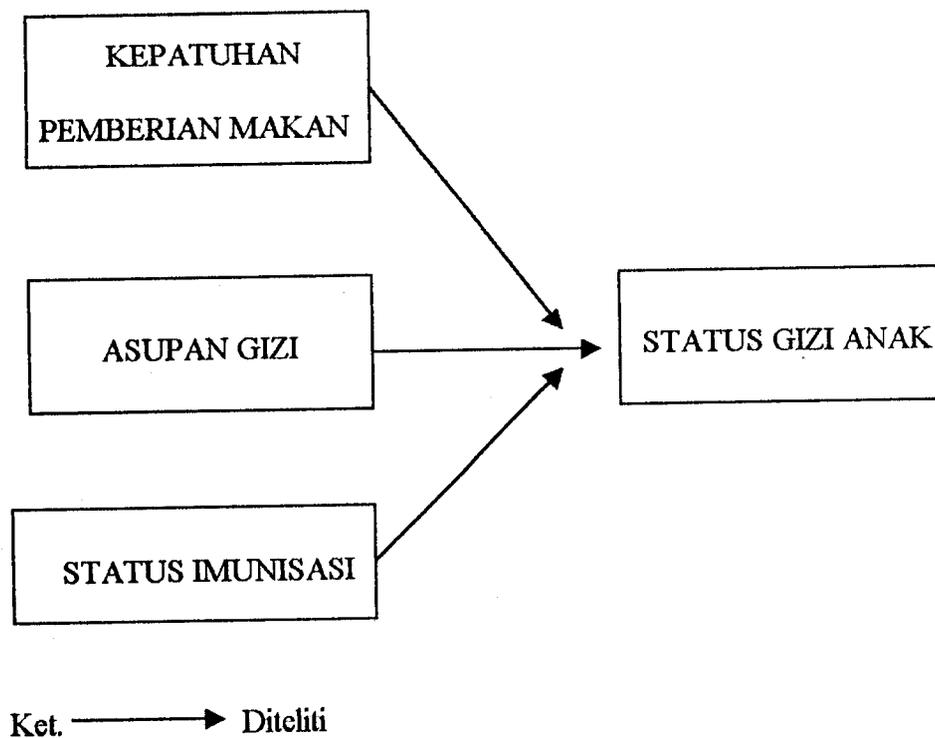
C. Hubungan antara variabel yang di teliti

Kepatuhan pemberian makan pada anak dapat mempengaruhi status gizi anak.

Dari asupan Gizi, juga status imunisasi dapat mempengaruhi status gizi anak.

D. Model Kerangka Konsep.

Agar mempermudah dalam pemahaman konsep pemikiran tentang variabel yang di teliti dapat dilihat pada gambar berikut :



E. Hipotesa

Ho. Tidak ada Hubungan antara kepatuhan pemberian makan dengan status gizi anak usia 1 – 3 tahun. tidak ada hubungan antara asupan gizi dengan status gizi anak usia 1 – 3 tahun.

Tidak ada hubungan antara status imunisasi dengan status gizi anak usia 1 – 3 tahun.

Ha. Ada Hubungan antara kepatuhan pemberian makan dengan status gizi anak usia 1- 3 tahun.

Ada Hubungann antara asupan gizi dengan status gizi anak usia 1 – 3 tahun

Ada hubungan antara status Imunisasi status gizi anak usia 1- 2-3 tahun

F. Definisi Operasional

1. Kepatuhan Pemberian Makan

Adalah menjalankan pemberian makan dengan waktu, bentuk / pola, jumlah macam yang dikonsumsi anak dengan kebutuhannya.

2. Asupan Gizi

Makanan yang dikonsumsi masuk kedalam tubuh untuk meningkatkan status gizi yang sesuai kebutuhan.

3. Status Imunisasi

Mendapatkan imunisasi yang lengkap sesuai umur dan jenis imunisasi pada anak.

4. Status Gizi.

Dipantau lewat berat badan per umur yang dinyatakan lewat KMS atau Kohort atau penimbangan langsung.

G. Kriteria Obyektif**1. Kepatuhan Pemberian Makan**

Ketepatan dalam waktu, bentuk makan pola makan anak sesuai dengan kebutuhan diukur dari dapat menjawab pertanyaan di Kuesioner, 80 % dikatakan baik, kurang bila tidak dapat menjawab, kurang dari 80 %.

2. Asupan Gizi.

Merecall makanan yang dikonsumsi selama 2 x 24 jam sesuai kebutuhan anak umur 1 – 3 tahun.

3. Status Imunisasi

Dinyatakan baik bila status imunisasi lengkap sesuai umur dan jenis imunisasi pada KMS.

Kurang jika imunisasi lengkap tetapi tidak sesuai dengan umur dan imunisasi, atau pemberian imunisasi yang tidak lengkap.

4. Status Gizi.

Baik jika berat badan sesuai dengan umur

Kurang bila berat badan tidak sesuai dengan umur.

BAB IV

TINJAUAN PUSTAKA

A. Prinsip Pelaksanaan Upaya Gizi

Selama di kandungan, janin tidak mengkonsumsi zat gizi dengan mempergunakan saluran cerna. Semua zat gizi diperolehnya melalui tali pusat dari placenta.

Janin tumbuh bagaikan seorang parasit, tidak perlu belajar ketrampilan makan. Karena itu upaya gizi selama masa janin adalah dengan cara tidak langsung, yaitu melalui suplementasi makanan itu. Ibu harus makan untuk kebutuhan makan berdua (Eating for two).²⁾

Selama tahap bayi dan anak balita, terjadi peningkatan kemampuan bayi dalam memperoleh zat gizi. Diawali sebagai konsumen pasif, kemudian secara berangsur-angsur dan bertahap dan meningkat menjadi konsumen semi pasif ? semi – Aktif dan pada akhir masa balita menjadi telah konsumen aktif. Kepandaian / ketrampilan makan dan kemampuan makanan meningkat.

Pengolahan makanan dan pemberiannya disesuaikan dengan pencapaian kemampuan anak. Demikian juga cara Pemberiannya. Kualitas seluruh makanan yang diberikan ditujukan agar dapat mensuplai cukup zat gizi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan aktifitas masing – masing anak. Secara keseluruhan masukan sehari –

hari mengandung 10 – 15 % kalori yang berasal dari protein 20 –30 % dari lemak 40 – 60 % dari hidrat arang.

Jadwal waktu pemberian makan sejak akhir masa bayi untuk anak balita dan untuk anak lebih tua umumnya dapat diatur (lihat pada tabel terlampir)

B . Upaya untuk Menilai Kecukupan Pemenuhan Gizi.

Untuk mengetahui bagaimana hasil upaya pemenuhan gizi, dapat dilakukan upaya evaluasi respon anak ada 2 macam cara evaluasi. Cara pertama adalah cara subyektif, yaitu dengan mengamati respon anak terhadap pemberian makanan. Pemberian makanan dapat dinilai cukup jika anak tampak puas tidur nyenyak, aktifitas baik, lincah gembira. Selain itu pertumbuhan memuaskan, tidak pucat, tidak lembek, dan tidak ada tanda – tanda lain sebagai gangguan kesehatan. Cara kedua adalah dengan melakukan pemantauan pertumbuhan secara berkala, yaitu dengan melakukan pengukuran antropometri, berat dan tinggi, yang dilengkapi dengan lingkungan kepala pada anak sampai usia 3 tahun. ³⁾

Dalam setiap tahap upaya gizi peranan ibu sangat penting. Yaitu membimbing dan memberikan pendidikan gizi yang benar.

C . Masalah dalam Pelaksanaan upaya gizi.

Masalah yang mungkin timbul dalam upaya pelaksanaan gizi adalah yang di sebut kesulitan makan / kurang nafsu makan baik semua makanan maupun salah satu jenis makanan atau belum terampil mengkonsumsi makanan tersebut.

Kesulitan makan dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor. Kesulitan makan mungkin karena akibat pengaturan atau cara pemberian makan yang belum sesuai dengan tahap perkembangan kemampuan konsumsi. Misalnya jika jarak pemberian makan terlalu dekat atau karena kemampuan konsumsi belum sesuai walaupun usia sudah mencukupi pola makan tersebut.

D . Upaya untuk mengatasi kesulitan makan.

Penyebab kesulitan makan perlu diidentifikasi terlebih dahulu sebelum dilakukan pemanangulangannya. Misalnya diduga kemungkinan cacangan sebagai upaya segera diberi pengobatan cacangan.

Upaya untuk mengatasi kesulitan makan yang langsung segera dapat dilakukan adalah mengubah pengaturan makan. Dengan tujuan sekurang – kurangnya untuk memenuhi kebutuhan gizi. Misalnya dengan mengubah menu, mengubah waktu makan dan jika perlu menurunkan tahap pengaturan makan ketahap ketrampilan makan yang sesuai untuk usia yang lebih muda.

Dalam upaya mengatasi kesulitan makan biasanya di gunakan dengan jalan pintas yaitu memberikan preparat (sediaan obat) vitamin. Sediaan obat tersebut tentu berguna sesuai dengan tujuannya, akan tetapi sebaliknya dapat berbahaya bila tidak dipergunakan secara benar karena dapat mengakibatkan kelebihan zat gizi bahkan bahaya keracunan (toksisitas).

E). Pelaksanaan Imunisasi di Indonesia.

Yang di maksud dengan penyakit menular adalah penyakit – penyakit yang dapat di cegah dengan melakukan imunisasi (vaksinasi) pada waktu – waktu tertentu. Termaksud dalam kelompok penyakit ini adalah penyakit TBC, difteri tetanus, batuk rejan, dan campak.⁴⁾

Usaha pemerintah untuk menurunkan angka kesakitan oleh penyakit ini adalah dilakukannya vaksinasi melalui pusat – pusat kesehatan masyarakat yang tersebar di kota maupun di desa – desa. Usaha pemcegahan ini terutama di tujukan pada anak di bawah umur lima tahun. BCG sebagai usaha pencegahan penyakit TBC yang diberi pada bayi di bawah usia 3 bulan merupakan penyakit nomor 5 di Indonesia yang disebabkan oleh kuman Mycobakterium tuberculosis yang menyerang umumnya paru – paru, kadang – kadang menyerang susunan saraf pusat. Keadaan menjadi lebih buruk bila penderita sangat muda atau menderita gangguan kurang gizi. Sedangkan vaksimasi DPT diberikan tiga kali pada umur 2 bulan, 4 bulan, 6 bulan.

Penyakit difeteri disebabkan oleh kuman Corymebac – terium diptheriae yang ditularkan melalui percikan ludah dan dapat terbawa ke udara sekitarnya oleh orang yang tidak kebal akan tertular penyakit ini. Penyakit tetanus di sebabkan oleh kuman Clostridium tetani yang tersebar di alam bebas dalam bentuk spora yang dapat hidup bertahun – tahun ditanah jika tidak terkena matahari . Penularan biasanya melalui luka.

Penyakit batuk rejan (pertusisi) disebabkan oleh Bordetella pertusisi yang penyebarannya melalui percikan – percikan ludah penderita pada waktu batuk. Imunisasi Polio diberikan bersamaan dengan DPT sebanyak 2 tetes 4 kali pemberian berselang 4 minggu. Polio disebabkan oleh kuman polio yang menular lewat percikan ludah. Penyakit campak atau morbili disebabkan oleh virus morbili menular juga melalui percikan ludah. Imunisasi terhadap 6 penyakit infeksi utama pada masa anak – anak merupakan imunisasi sebagian terhadap kekurangan gizi itu sendiri.

F. Imunisasi terhadap anak – anak dengan Gizi Kurang.

Diketahui bahwa defisiensi gizi berhubungan dengan gangguan kekebalan tubuh sehingga memang dipertanyakan masalah imunisasinya. Mengingat akan bahaya infeksi pada anak – anak kurang gizi maka pelaksanaan imunisasi masih dapat dipertanggung jawabkan. Upaya ini perlu ditingkatkan sejalan dengan perbaikan gizi anak, selain itu perlu dipertimbangkan modifikasi mengenai jumlah antigen, frekwensi dan cara pemberian. Vaksin yang mempergunakan bahan hidup sebaiknya tidak diberikan pada anak – anak dengan KEP berat dan ditunda sampai taraf gizi anak lebih baik.⁵⁾

2) Ibid, hl. 19

3) Ibid, hl. 22

4) Wita lestari, Menjaga Kesehatan Balita
Puspa swara 1995 hl. 16.

5) Sri Karjati, Anna Alisjah bana dan. J. A Kosim
Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita
Yayasan obor Indonesia, Jakarta 1985, hl. 53

BAB V
METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.

Jenis penelitian ini adalah dengan model pendekatan Cross Sectional studi.

1. Waktu dan Tempat

1.1. Waktu.

Waktu akan dilakukan penelitian adalah 12 Agustus s/d 12 September tahun 2000.

1.2. Tempat.

Tempat dilakukan penelitian adalah Desa Jaifuri Kecamatan Skamto ARSO III.

B. Populasi dan Sampel.

1.1. Populasi.

Seluruh keluarga balita yang bekerja sebagai petani kedelai di desa Jaifuri Arso III.

1.2. Sampel.

Jumlah keluarga balita bertani yang dilakukan secara purposive sample tanpa membedakan jumlah anak dalam keluarga Besar Sampel 43.

C). Cara Pengumpulan Data.

1. Data Primer.

Data Primer diperoleh dengan cara melakukan wawancara dengan responden yang menggunakan daftar pertanyaan / kusioner.

2. Data Sekunder

Data sekunder diambil dari instansi kesehatan atau organisasi / posyandu.

D). Cara Pengolahan Data.

Pengolahan data dilakukan setelah data dikumpulkan, pengolahan data secara manual dengan bantuan Kalkulator. Untuk pengolahan data secara manual dan Komputer Program SPSS Window diperlukan formulir rekapitulasi yang tersedia.

Jumlah kolom sama dengan jumlah pertanyaan pada kuisisioner jumlah baris sama dengan jumlah responden.

Untuk mendapatkan data tentang kepatuhan pemberian makan, status imunisasi dari wawancara pada responden. Asupan gizi dengan recall makanan, sedangkan status gizi melalui KMS atau Kohort. Sehingga dapat memberikan gambaran adakah pengaruh dengan status gizi.

E . Analisa Data.

Analisa dilakukan secara deskriptif untuk menguji ada hubungan, dengan menggunakan khi-kuadrat (Chi – Square), Ms. Namer test dan The Phi Coefficient, (Koefisien Phi)

Rumus :

$$X_c^2 = \frac{(O-E)}{E^2}$$

X_c^2 = Harga Khi - kuadrat

O = Frekwensi Pengamatan

E = Frekwensi yang diharapkan
= Penjumlahan.

Pengujian hipotesa dengan derajat bebas DB $(D - 1) (K - 1)$

B = adalah jumlah baris dalam tubuh tabel silang.

K = adalah jumlah kolom dalam tubuh silang.

Apabila terdapat jumlah sampel yang lebih kecil ($n < 30$)

n sama dengan atau lebih kecil dari 30 atau frekwensi.

Pada setiap sel pada tubuh silang dari 5, maka di gunakan koreksi yate, s sehingga

harga khi – kuadrat menjadi :

$$X^2 = \frac{(O-E) - \frac{1}{2}}{E^2}$$

Dengan tingkat kemaknaan sebesar 95% ($p = 0,05$)

ANALISA DATA

1. Chi – Square 6)

2. Test Mc. Namer dengan db : 1 7)

$$X^2 = \frac{(A - D)^2}{A + D}$$

Ket :

Jika = Banyaknya kasus yang diobservasi dalam sel A

Jika = Banyaknya kasus yang diobservasi dalam sel D

3. Koefisien Phi (The Phi Coefficient) 8)

$$Q = \frac{ad - bc}{\sqrt{(a + b)(c + d)(a + c)(b + d)}}$$

Ket :

Q = Koefisien Phi

abcd = Kategori – Kategori dalam tabel kerja

N = Jumlah Sampel

6) Sidney Siegel, Statistik Non Parametrik

PT. Gramedia, Jakarta 1992, hal 53

7) Ibid, hl 77

8) Bambang Soepono, M. Pd, Statistik Terapan

Penerbit Rineka Cipta, Jakarta 1997, hl. 79

BAB VI

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pengumpulan data Primer dan data sekunder dilakukan pada bulan Agustus s/d September 2000 data primer didapatkan dari hasil wawancara dengan menggunakan kuisioner yang telah disiapkan terhadap 43 Responden di Desa jaifuri Arso III.

Data primer yang didapat dalam penelitian ini memberi gambaran sebagai berikut :

1. Karakteristik Dasar Responden.

1.1. Besar Keluarga

Dari 43 sampel yang memiliki 1 – 2 anak dalam keluarga lebih besar 35 – 37 % dapat dilihat tabel berikut :

Tabel 6.1

JUMLAH ANAK DALAM KELUARGA DARI 43 KELUARGA PETANI

Jumlah Anak	Jumlah Keluarga	%
6 Anak	1	2.3
5 Anak	1	2.3
4 Anak	4	9.3
3 Anak	6	14
2 Anak	15	35
1 Anak	16	37.2
	43	100 %

Sumber Data Primer yang diolah

1.2. Umur Ibu

Hasil Pengumpulan data untuk umur ibu yaitu :

Kurang dari 20 tahun : 3 ibu

20 – 40 tahun : 38 ibu

Lebih dari 40 tahun : 2 ibu

1.3. Pendidikan

Untuk tingkat pendidikan ibu, rata – rata tamantan SD dan SMP, sedangkan Anak tamatan SD dan SMA

Dapat dilihat pada tabel :

Tabel 6.2.

PENDIDIKAN RESPONDEN DARI 43 KELUARGA PETANI

	IBU	AYAH
Tidak Sekolah	4	-
SD	16	15
SMP	18	13
SMA	5	15
PT	-	-

Sumber data Primer yang diolah

1.4. Pendapatan

Pendapatan responden dari hasil Panen/3 bulan adalah :

Kurang dari Rp. 300.000 13 Keluarga

Lebih dari Rp. 300.000 30 Keluarga

2. Data Kepatuhan Pemberian Makan

Tabel. 6.3

DATA KEPATUHAN PEMBERIAN MAKAN DARI 43 RESPONDEN KELUARGA PETANI

Kategori	Sampel (KK)	Prosentase (%)
Baik	24	55.8 %
Kurang	19	44.2 %
	43	100 %

Sumber Data Primer yang diolah

Dari hasil data kepatuhan makan, didapati 24 KK (55.8 %) yang dapat menjawab dengan kategori baik, sedang tidak dapat menjawab.

Tabel 6.4.

DATA ASUPAN GIZI DARI 43 RESPONDEN KELUARGA PETANI

Kategori	Sampel (KK)	Prosentase (%)
Baik	28	65 %
Kurang	15	35 %
	43	100 %

Sumber Data Primer yang diolah

Dari ke – 43 Responden, 28 KK (65%)

Asupan Gizi Baik, 15 KK (35%) Asupan Gizi Kurang

4. Data Status Imunisasi

Tabel 6.5

**DATA STATUS IMUNISASI DARI 43 RESPONDEN
KELUARGA PETANI**

Kategori	Sampel (Anak)	Prosentase (%)
Baik	25	58 %
Kurang	18	42 %
	43	100 %

Sumber : Data Primer yang diolah

Untuk Status Imunisasi 25 anak (58 %) status imunisasi baik. 18 anak (42 %)

status Imunisasi Kurang

5. Data Status Gizi.

Tabel 6.6

DATA STATUS GIZI DARI 43 RESPONDEN KELUARGA PETANI

Kotegori	Sampel (Anak)	Prosentase (%)
Baik	31	72 %
Kurang	12	28 %
	43	100 %

Sumber : Data Primer yang Diolah

Hasil Pemantauan BB/Umur Pada Responden didapatkan 31 anak (72 %) status gizi baik, 12 anak (28%) status gizi jelek.

B. PEMBAHASAN

1. Karakteristik Dasar Responden.

Pada hasil analisa data didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki jumlah anak dalam keluarga adalah 2 anan (35 %) dengan rata – rata umur ibu 20 – 40 th (88 %).

Pendidikan kepala keluarga dan istri dari 43 sampel tergolong rendah. Kepala keluarga dan istri yang tamat SD masing – masing sebesar 34.8 % dan 37.2 %

Pendapatan responden sebagian besar tidak tetap, tergantung hasil panen tiga bulan sekali dan harga dipasaran pada petani kedelai dan coklat. Dari hasil pengumpulan data 30 % responden yang berpenghasilan dibawah Rp. 300.000 dengan penghasilan perbulan kurang lebih Rp. 100.000/bulan dan 70 % responden berpenghasilan diatas Rp. 300.000, untuk penghasilan perbulan kurang lebih Rp. 250.000/bulan.

2. Kepatuhan Pemberian Makan.

Pengolahan makanan dan pemberiannya disesuaikan dengan pencapaian kemampuan anak demikian juga cara pemberiannya hal ini juga di dukung dengan pengetahuan ibu. Pengetahuan ibu terhadap Gizi dilihat dari dapatnya menjawab pertanyaan – pertanyaan yang ada pada kulsioner 55.8 % dikategorikan baik dan 44.1 % dikategorikan kurang.

Terlihat dari pengetahuan ibu tentang Triguna makanan 58.3 % sebatas tahu saja karena pernah mendengar di Posyandu tetapi tidak mengerahui apa yang dimaksud dengan Triguna Makanan. 69.7 % anak tidak dibawah ke ladang, ini berarti pada ibu yang tidak bekerja ke ladang tidak memerlukan pembagian waktu pada bekerja di ladang dan waktu makan anak.

Tetapi untuk ibu yang bekerja memerlukan Pembagian waktu untuk pemberian makan anak. 30.2 % anak yang dibawa ke ladang, makanan biasa disiapkan dari rumah untuk makan siang.

Ketepatan waktu makan, 58 % makan pagi 37.2 % makan siang dan makan malam /sore 48.8 %. Dapat disimpulkan bahwa makan pagi pada keluarga bertani biasa dilakukan tepat waktu karena sudah disiapkan sebelum bekerja, sedang waktu makan siang ketepatan waktu rendah karena pada ibu yang ikut bekerja dengan anak yang tidak dibawa ke ladang. Pada waktu makan siang akan menunggu anak setelah tidur siang. Ketepatan waktu makan sore/ malam dapat dilakukan pada ibu setelah pulang kerja. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ketepatan waktu makan anak sulit untuk keluarga bertani.

Bentuk makan anak 78 % baik, 65 % pemberian makan 3 x sehari.

3. Asupan Gizi

Dari Reccal makan 2 x 24 jam pada 43 sampel, 65 % asupan gizi baik dan 35 % asupan Gizi kurang

Dari hasil Reccal makanan seringkali terjadi pengulangan Menu Pagi – Sing atau siang – malam dengan jumlah yang tidak tetap.

4. Status Imunisasi

43 sampel (100%) anak terimunisasi dan dilakukan di Posyandu dapat di simpulkan peran serta masyarakat cukup baik di desa Jaifuri Arso III

tetapi 42 % yang terimunisasi tetapi tidak pada tepat pada waktu pemberian (umur / bulan) dan jenis imunisasi, dilihat dari Interval Pemberian Imunisasi berikut , biasa terjadi bila Ibu takut karena Imunisasi bulan lalu atau merasa kasihan karena anak masih kecil dan jarak Imunisasi masih dekat menurut Ibu juga Anak tidak datang karena sakit.

5. Status Gizi

Dari status gizi yang dipantau didapatkan 72 % Gizi baik dan 28 % gizi kurang ini dapat ditunjang karena, dalam pemberian makan pada anak masih dilakukan Ibu dan tidak terlalu banyak memilih makanan yang dimakan.

6. Kepatuhan Pemberian Makan dan Status Gizi

Dari 43 sampai dengan Kategori baik pada kepatuhan pemberian makan yaitu 24 anak dan status gizi baik 31 anak.

Sedangkan pada kepatuhan pemberian makan dan status gizi dengan kategori kurang lebih kecil. Hasil uji statistik menggunakan chi – square dengan Mc. Nemer Test dan Koefisien Phi tidak menunjukkan adanya hubungan yang nyata, berarti kepatuhan Pemberian Makan tidak berpengaruh dengan status gizi anak.

7. Asupan Gizi dan Status Gizi

Pada Asupan Gizi yang tergolong kriteria baik ada 28 Anak dengan Status gizi baik 31 anak sedangkan 15 anak asupan gizi kurang dan 12 anak status gizi kurang.

Hasil uji statistik menggunakan chi – square dengan Mc. Nemer Test dan Koefisien Phi, menunjukkan tidak ada hubungan yang nyata berarti Asupan gizi tidak berpengaruh dengan status gizi anak pada keluarga bertani.

Mungkin di sebabkan karena pengetahuan tentang pentingnya gizi anak masih kurang, karena pendidikan yang rendah. Serta penggunaan hasil Pendapatan dengan pengeluaran yang lebih utama keperluan bertani (alat , pupuk) sedangkan untuk makan tergantung pada persediaan yang ada.

8. Status Imunisasi dan Status Gizi.

Status Imunisasi yang dikategori baik 25 anak dengan status gizi baik 31 anak, 18 status imunisasi kurang dan 12 status gizi kurang. Hasil uji statistik menggunakan chi – square dengan Mc. Namer Test dan koefisien phi, tidak menunjukkan adanya hubungan yang nyata. Berarti status imunisasi tidak berpengaruh terhadap status gizi anak pada keluarga bertani. Dapat disebabkan pemberian Imunisasi pada anak sejak bayi, dalam perjalanan ke usia balita (1-3 tahun) dapat gagal karena sakit sehingga daya tahan tubuh terhadap penyakit menurun yang dapat berpengaruh terhadap status gizi.

C. Kesimpulan dan Saran

1. Kesimpulan.

- Hasil uji chi – square, Mc Namer Test dan Koefisien phi pada kepatuhan pemberian makan dengan status gizi.

Uji chi – square : X^2 Perhitungan : 0.285

X^2 tabel : 3.841

Kesimpulan : H_0 diterima, berarti tidak ada hubungan yang nyata antara kepatuhan pemberian makan dengan status gizi.

MC. Namer test : Distribusi Sampling : 0.359 tidak mendekati distribusi Chi – square dengan db. 1, dan lebih dari α : 0.05 maka X^2 yang diobservasi diluar daerah penolakan H_0

Kesimpulan : Menerima H_0 , berarti kepatuhan Pemberian makan tidak menunjukkan kecenderungan mengubah status gizi.

Koefisien phi : Hasil perhitungan 0.081 Bila di Kolsultasi dengan harga tabel dengan taraf kepercayaan 95 %, maka hasil perhitungan lebih kecil dari harga kritik dalam tabel dengan taraf kepercayaan 95 %.

Kesimpulan : H_0 diterima berarti tidak ada korelasi secara signifikan antara kepatuhan makan dan status gizi.

- Hasil uji chi – square, Mc. Namer Test dan Koefisien phi pada asupan Gizi dan status gizi.

Uji chi – square : X^2 Perhitungan : 1.120

X^2 tabel : 3.841

Kesimpulan : H_0 diterima, berarti tidak ada hubungan yang nyata antara asupan Gizi dengan status gizi.

Mc. Namer Test : Distribusi sampling : 0.607 tidak mendekati distribusi Chi – square dengan db. 1 dan lebih dari $\alpha : 0.05$ maka X^2 yang diobservasi diluar daerah penolakan H_0

Kesimpulan : Menerima kecenderungan mengubah status gizi.

Koefisien phi : Hasil Perhitungan : 0.161^{16%} Bila dikonsultasikan dengan harta tabel pada taraf kepercayaan 95 %, maka hasil perhitungan lebih kecil dari harga kritik dalam tabel dengan taraf kepercayaan 95 %.

Kesimpulan : H_0 diterima, berarti tidak ada korelasi secara signifikan antara Asupan gizi dengan status gizi.

- Hasil uji chi – square, MC. Namer Test dan Koefisien phi pada status Imunisasi dengan status gizi.

Uji chi – square : X^2 Perhitungan : 0.283

X^2 Tabel : 3.841

Kesimpulan : H_0 diterima, berarti tidak ada hubungan yang nyata antara status Imunisasi dengan status gizi.

MC. Namer Test. Distribusi Sampiling 0.815 tidak mendekati distribusi Chi – square dengan db. 1, dan lebih dari $\alpha : 0.05$ maka X^2 yang diobservasi diluar daerah penolakan H_0

Kesimpulan : Menerima H_0 , berarti status Imunisasi tidak menunjukkan kecenerungan mengubah status gizi.

Koefisien phi : Hasil Perhitungan : 0.081 Bila di konsultasikan dengan harga tabel dengan taraf kepercayaan 95 %, maka hasil perhitungan lebih kecil dari harga kritik dalam tabel dengan taraf kepercayaan 95 %

Kesimpulan : H_0 diterima berarti tidak ada korelasi secara signifikan antara status Imunisasi dengan status gizi.

2. S a r a n

Untuk meningkatkan status gizi anak pada keluarga bertani, perlu ditingkatkan Penyuluhan gizi dan kesehatan. Dengan kerja sama antara lintas program dan lintas sektor, yang dapat dimanfaatkan wadah seperti Posyandi.

Dengan demikian diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang pentingnya gizi dan kesehatan bagi anak.

Diharapkan para keluarga bahkan dapat memanfaatkan pekarangan dengan tanaman Gizi peningkatan status Gizi baik anak maupun keluarga

Dianjurkan untuk PKU, Kader, Tenaga Kes dapat meningkatkan fungsi LPKIA, BKB, Dasa Wisma dengan melibatkan peran aktif Ibu – ibu didesa Jaifuri Arso III.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bambang Soepono, M.Pd, Statistik Terapan Dalam Penelitian Ilmu – Ilmu Sosial & Pendidikan, Rineka Cipta. Jakarta 1997.
2. Dr. Achmad djaeni sediaoetama, MSc. Ilmu Gizi untuk Profesi dan Mahasiswa, Dian Rakyat 1985 Jakarta.
3. Iswari Setia Ningsih Soejadmiko, Peranan Ibu Dalam Meningkatkan Prestasi Belajar Anak.
Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Simposium Jakarta 16 November 1993.
4. Dr. B. Sangjaya, MSPII, Chrismen Silitonga, SKM Karya Tulis Ilmiah dan Seminar Gizi, AKZI Jayapura. 999.
5. Pusat Data Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta 1998
Metode Survei Cepat Untuk Dinas Kesehatan Kabupaten.
6. Sri Kardjati, Anna Alisjahbana dan J.a. Kusin, Aspek Kesehatan Dan Gizii Anak Balita, Yayasan Obor Indonesia, Jakarta 1985
7. Sidney Siegel, Statistik Non Parametrik, Untuk Ilmu – ilmu Sosial, Gramedia
Jakarta 1992.
8. Wita Lestari, Menjaga Kesehatan Balita, Penerbit Puspa Swara 1995.

KUESIONER PENELITIAN

A. DATA PRIBADI.

1. Nama Ibu :
2. Nama Suami :
3. U m u r Ibu : Thn
4. Pendidikan Ibu :
5. Pendidikan Suami : (Diisi petugas)
6. Nomor Responden :
7. Berapa jumlah anak :
 - a. Pertama Umur :
 - b. Kedua Umur :
 - c. Ketiga Umur :
 - d.
8. Berapa jumlah anggota keluarga :
 - a. Ayah, Ibu, Anak
 - b. Ayah, Ibu, Anak, Orang Tua
 - c. Ayah, Ibu, Anak, Saudara Lain.
9. Pendapatan Perkapita Perbulan.

16. Bagaimanakah ibu mengolah makanan (jawaban lebih dari satu).

- a. Bervariasi b. Tidak bervariasi c. Monoton

17. Jam berapakah anak makan pagi.

- a. < jam 6 : 00 b. jam 7:00 c. > jam 8 : 00

18. Apakah tiap hari anak makan pada jam tsb ?

- a. Ya b. Tidak c. Tidak tentu.

19. Jam berapakah anak makan siang.

- a. jam 11 : 00 b. Jam 12 : 00 c. > jam 13 : 00

20. Apakah tiap hari makan siang pada jam tersebut.

- a. Ya b. Tidak c. Tidak tentu

21. Jam berapakah anak makan sore / malam.

- a. < Jam 17.00 b. jam 18.00 c. > jam 19.00

22. Apakah tiap hari makan malam / sore pada jam tsb.

- a. Ya b. Tidak c. Tidak tentu.

23. Apakah penyebab tidak tepatnya jam pemberian makan anak.

I. Pagi. : a. Sibuk b. Lupa c. Malas.

II. Siang : a. Sibuk b. Lupa c. Malas.

III. Malam : a. Sibuk b. Lupa c. Malas.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
STIMUN * STAGIZI	43	100.0 %	0	0.0 %	43	100.0 %
PATUH * STAGIZI	43	100.0 %	0	0.0 %	43	100.0 %
ASUPGIZI * STAGIZI	43	100.0 %	0	0.0 %	43	100.0 %

STIMUN * STAGIZI

Crosstab

			STAGIZI		Total
			1.00	2.00	
STIMUN 1.00	Count	6	10	16	
	Expected Count	5.2	10.8	16.0	
2.00	Count	8	19	27	
	Expected Count	8.8	18.2	27.0	
Total	Count	14	29	43	
	Expected Count	14.0	29.0	43.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig (1-sided)
Person Chi-Square	.283 ^b	1	.594		
Continuity Correction ^a	.038	1	.845		
Likelihood Ratio	.281	1	.596		
Fisher's Exact Test				.739	.419
Linear-by-Linear Association	.277	1	.599		
McNemar Test				.815 ^c	
N of valid Cases	43				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5 The minimum expected count is 5.21

c. Binomial distribution used.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	.081 / 8%	.594
Nominal	Cramer's V	.081	.594
N of Valid Cases		43	

a Not assuming the null hypothesis

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tests for Homogeneity of the Odds Ratio

Statistics		Chi-Squared	df	Asymp Sig (2-sided)
Conditional Independence	Cochran's	.283	1	.594
	Mantel-Haenszel	.037	1	.847
Homogeneity	Breslow-Day	.000	0	
	Tarone's	.000	0	

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate)			1.425
in (Estimate			.354
Std. Error of in (Estimate)			.667
Asymp. Sig. (2-sided)			.595
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.386
		Upper Bound	5.262
	In (Common Odds Ratio)	Lower Bound	-.952
		Upper Bound	1.661

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

PATUH * STAGIZI

Crosstab

			STAGIZI		Total
			1.00	2.00	
STIMUN 1.00	Count		7	12	19
	Expected Count		6.2	12.6	19.0
2.00	Count		7	17	24
	Expected Count		7.8	16.2	24.0
Total	Count		14	29	43
	Expected Count		14.0	29.0	43.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig (1-sided)
Person Chi-Square	.285	1	.594	.745	.417
Continuity Correction ^a	.042	1	.837		
Likelihood Ratio	.284	1	.594		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.278	1	.598		
McNemar Test				.359 ^c	
N of valid Cases	43				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5 The minimum expected count is 6.19

c. Binomial distribution used.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	.081	.594
Nominal	Cramer's V	.081	.594
N of Valid Cases		43	

a. Not assuming the null hypothesis

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tests for Homogeneity of the Odds Ratio

Statistics		Chi-Squared	df	Asymp Sig (2-sided)
Conditional	Cochran's	.285	1	.594
Independence	Mantel-Haenszel	.041	1	.839
Homogeneity	Breslow-Day	.000	0	.
	Tarone's	.000	0	.

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate)			1.417
In (Estimate			.348
Std. Error of in (Estimate)			.654
Asymp. Sig. (2-sided)			.594
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.393
		Upper Bound	5.106
	In (Common Odds Ratio)	Lower Bound	-.934
		Upper Bound	1.630

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

ASUPGIZI * STAGIZI

Crosstab

		STAGIZI		Total
		1.00	2.00	
STIMUN 1.00	Count	5	6	11
	Expected Count	3.6	7.4	110
2.00	Count	9	23	32
	Expected Count	10.4	21.6	320
Total	Count	14	29	43
	Expected Count	14.0	29.0	43.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp.Sig (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig (1-sided)
Person Chi-Square	1.120 ^b	1	.290		
Continuity Correction ^a	.469	1	.493		
Likelihood Ratio	1.084	1	.298		
Fisher's Exact Test				.457	.244
Linear-by-Linear Association	1.094	1	.296		
McNemar Test				.607 ^c	
N of valid Cases	43				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25%) have expected count less than 5 The minimum expected count is 3.58

c. Binomial distribution used.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.161	.290
	Cramer's V	.161	.290
N of Valid Cases		43	

a. Not assuming the null hypothesis

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tests for Homogeneity of the Odds Ratio

Statistics		Chi-Squared	df	Asymp Sig (2- sided)
Conditional	Mantel-Haenszel	1.120	1	.290
Independence	Mantel-Haenszel	.459	1	.498
Homogeneity	Breslow-Day	.000	0	
	Tarone's	.000	0	

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate)		2.130
In (Estimate		.756
Std. Error of in (Estimate)		.722
Asymp. Sig. (2-sided)		.295
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds	.517
	Ratio	8.767
	In (Common Odds Ratio)	-.659
		2.171

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

TABEL INDUK

SAMPSEL	KEPATUHAN	STATUS	ASUPAN	STATUS
	MAKAN	IMUNISASI	GIZI	GIZI
01	Baik	Baik	Baik	Kurang
02	Kurang	Kurang	Baik	Kurang
03	Baik	Kurang	Baik	Baik
04	Kurang	Baik	Kurang	Baik
05	Kurang	Baik	Kurang	Baik
06	Baik	Baik	Baik	Baik
07	Kurang	Baik	Kurang	Baik
08	Baik	Baik	Baik	Baik
09	Baik	Baik	Baik	Baik
10	Kurang	Baik	Baik	Kurang
11	Baik	Baik	Baik	Baik
12	Baik	Baik	Baik	Kurang
13	Baik	Baik	Baik	Baik
14	Kurang	Baik	Kurang	Baik
15	Kurang	Baik	Baik	Baik
16	Baik	Baik	Baik	Baik
17	Kurang	Kurang	Baik	Baik
18	Kurang	Kurang	Baik	Baik
19	Baik	Baik	Baik	Baik
20	Kurang	Kurang	Baik	Kurang
21	Baik	Baik	Baik	Baik
22	Kurang	Kurang	Baik	Kurang
23	Baik	Kurang	Baik	Kurang
24	Baik	Kurang	Baik	Baik
25	Kurang	Kurang	Baik	Baik
26	Baik	Baik	Baik	Kurang
27	Baik	Baik	Baik	Kurang
28	Kurang	Baik	Kurang	Kurang
29	Baik	Baik	Baik	Baik
30	Kurang	Kurang	Baik	Baik

SAMPEL	KEPATUHAN MAKAN	STATUS IMUNISASI	ASUPAN GIZI	STATUS GIZI
31	Baik	Kurang	Kurang	Baik
32	Baik	Baik	Baik	Baik
33	Baik	Baik	Baik	Kurang
34	Kurang	Kurang	Kurang	Kurang
35	Kurang	Baik	Kurang	Kurang
36	Baik	Baik	Baik	Baik
37	Baik	Kurang	Kurang	Kurang
38	Kurang	Kurang	Baik	Baik
39	Kurang	Baik	Baik	Baik
40	Kurang	Kurang	Baik	Baik
41	Baik	Baik	Baik	Baik
42	Baik	Baik	Baik	Baik
43	Baik	Kurang	Baik	Baik
JUMLAH	B : 24 % : 55,8 % K : 19 % : 44,2 %	B : 25 % : 58 % K : 18 % : 42 %	B : 28 % : 65,1 K : 15 % : 34,9	B : 31 % : 72 % K : 12 % : 28 %

TABLE . HASIL ASUPAN GIZI DAN STATUS GIZI

SAMPEL	UMUR (bulan)	L/P	BERAT BADAN (Kg)	ASUPAN ENERGI (Kkal)	PROTEIN (Grm)
1	28	P	10	1090	12,4
2	29	P	10	1041	22
3	36	L	12,8	1200	32,01
4	34	L	13,6	1040	20
5	36	P	14,2	1100	43,2
6	24	L	11	1120	28
7	24	L	11,2	780	25,04
8	36	P	12	1200	37
9	19	L	10,7	1020	20
10	18	P	7,6	780	18,4
11	25	L	13	1225	21,2
12	35	L	10,5	1010	20
13	12	P	8,8	752	17,1
14	12	L	10,6	1022	28,3
15	13	L	10,5	820	16,4
16	24	L	11,6	917	24
17	24	P	11,4	1080	22
18	28	L	12	1214	27
19	26	L	11,6	1050	20
20	35	P	10,2	760	14,4
21	35	L	12,2	1208	23,3
22	16	L	8,7	900	18,2

SAMPEL	UMUR (bulan)	L/P	BERAT BADAN (Kg.)	ASUPAN ENERGI (Kkal.)	PROTEIN (Grm.)
23	34	P	10,6	1020	26
24	21	P	9,8	920	22
25	27	P	11,2	1018	34,2
26	21	P	8,5	885	28
27	19	P	8,2	786	21,6
28	17	P	8,0	654	12
29	15	L	8,8	912	23,1
30	31	L	13,1	1300	40
31	30	L	12,5	900	23
32	33	L	12,2	1200	25
33	21	L	9,2	923	23
34	33	L	11,1	884	20
35	24	P	9,0	740	19,6
36	31	P	11,5	1110	44,4
37	30	L	9,2	1020	37
38	24	L	10,0	810	22,3
39	18	L	9,4	960	20,4
40	19	P	9,5	912	26
41	23	P	12	1249	27,1
42	14	L	9,8	890	16,4
43	15	P	9,8	928	22,2

Kecukupan Gizi Rata-rata yang Dianjurkan (per-orang per-hari)

Golongan Umur	BB kg	TB cm	Energi	Protein	Vit A	Vit D	Vit E	Vit K	Thiamin	Ribo- plavin	Niacin	Vit B12	Asam Volat	Pri- daksin	Vit C	Kalsium	Fosfor	Fe	Zeng	Iodium	Selenium
0-6 bln	5.5	60	560	12	350	7.5	3	5	0.3	0.3	2.5	0.1	22	0.3	30	300	200	3	3	50	10
7-12 bln	8.5	71	800	15	350	10	4	10	0.4	0.5	3.8	0.1	32	0.6	35	400	250	5	5	70	15
1-3 thn	12	90	1250	23	350	10	6	15	0.5	0.6	5.4	0.5	40	1.0	40	500	250	8	10	70	20
4-6 thn	18	110	1750	32	460	10	7	20	0.8	1.0	8	0.7	60	1.1	45	500	350	9	10	100	20
7-9 thn	24	120	1900	37	400	10	7	30	1.0	1.0	9	0.9	81.3	1.4	45	500	400	10	20	120	30
Pria																					
10-12 thn	30	135	2000	45	500	10	10	45	1.0	1.0	9	1.0	90	1.7	50	700	500	14	15	150	40
13-15 thn	45	150	2400	64	600	10	10	65	1.0	1.2	10	1.0	125	2	60	700	500	17	15	150	50
16-19 thn	56	160	2500	66	700	10	10	70	1.0	1.3	11	1.0	165	2	60	600	500	23	15	150	70
20-45 thn	62	165	2800	55	700	5	10	80	1.2	1.5	12	1.0	170	2	60	500	500	13	15	150	70
46-59 thn	62	165	2500	55	700	5	10	80	1.2	1.5	12	1.0	170	2	60	800	800	13	15	150	70
> 60 thn	62	165	2200	55	600	5	10	80	1.0	1.2	10	1.0	170	2	60	500	500	13	15	150	70
Wanita																					
10-12 thn	35	140	1900	54	500	10	8	45	1.0	1.0	8	1.0	100	1.4	50	700	450	14	15	150	70
13-15 thn	46	153	2100	62	500	10	8	55	1.0	1.2	10	1.0	130	1.5	60	700	450	19	15	150	45
16-19 thn	50	154	2000	51	500	10	8	60	1.0	1.0	10	1.0	150	1.6	60	600	450	25	15	150	50
20-45 thn	54	156	2200	48	500	5	8	65	1.0	1.2	9	1.0	150	1.6	60	500	450	26	15	150	55
46-59 thn	54	156	2100	48	500	5	8	65	1.0	1.2	9	1.0	150	1.6	60	600	450	14	15	150	55
> 60 thn	54	154	1850	48	500	5	3	65	1.0	1.0	8	1.0	150	1.6	60	500	450	14	15	150	55
Harahil (+)																					
			265	12	200	10	10	65	0.2	0.2	0.1	0.3	150	2.2	10	400	200	20	5	25	15
Menyusu																					
0-6 bln (+)			700	16	350	10	12	65	0.3	0.4	3	0.3	50	2.1	25	400	300	2	10	50	25
7-12 bln (+)			500	12	350	10	10	65	0.3	0.3	3	0.3	40	2.1	10	400	200	2	10	50	20

Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VI (WKNP/G VI). Serpong, 17-20 Februari 1998.

TABEL: BAKU RUKUKAN PENILAIAN STATUS GIZI ANAK PEREMPUAN DAN LAKI-LAKI USIA 0-59 BULAN
MENURUT BERAT BADAN DAN UMUR (BBU)

ANAK PEREMPUAN				
Umur (bulan)	Gizi Buruk (Kg)	Gizi Kurang (Kg)	Gizi baik (Kg)	Gizi Lebih (Kg)
0	1.7	1.8 - 2.1	2.2 - 3.9	4.0
1	2.1	2.2 - 2.7	2.8 - 5.0	5.1
2	2.6	2.7 - 3.2	3.1 - 6.0	6.1
3	3.1	3.2 - 3.8	3.9 - 6.9	7.0
4	3.6	3.7 - 4.4	4.5 - 7.6	7.7
5	4.0	4.1 - 4.9	5.0 - 8.3	8.4
6	4.5	4.6 - 5.4	5.5 - 8.9	9.0
7	4.9	5.0 - 5.8	5.9 - 9.5	9.6
8	5.3	5.4 - 6.1	6.1 - 10.0	10.1
9	5.6	5.7 - 6.5	6.6 - 10.4	10.5
10	5.8	5.9 - 6.8	6.9 - 10.8	10.9
11	6.1	6.2 - 7.1	7.2 - 11.2	11.3
12	6.3	6.4 - 7.3	7.4 - 11.5	11.6
13	6.5	6.6 - 7.5	7.6 - 11.8	11.9
14	6.6	6.7 - 7.7	7.8 - 12.1	12.2
15	6.8	6.9 - 7.9	8.0 - 12.3	12.4
16	6.9	7.0 - 8.1	8.2 - 12.5	12.6
17	7.1	7.2 - 8.2	8.3 - 12.8	12.9
18	7.2	7.3 - 8.4	8.5 - 13.0	13.1
19	7.4	7.5 - 8.5	8.6 - 13.2	13.3
20	7.5	7.6 - 8.7	8.8 - 13.4	13.5
21	7.6	7.7 - 8.9	9.0 - 13.7	13.8
22	7.8	7.9 - 9.0	9.1 - 13.9	14.0
23	8.0	8.1 - 9.2	9.3 - 14.1	14.2
24	8.2	8.3 - 9.3	9.4 - 14.5	14.6
25	8.3	8.4 - 9.5	9.6 - 14.8	14.9
26	8.4	8.5 - 9.7	9.8 - 15.1	15.2
27	8.6	8.7 - 9.8	9.9 - 15.5	15.6
28	8.7	8.8 - 10.0	10.1 - 15.8	15.9
29	8.8	8.9 - 10.1	10.2 - 16.0	16.1
30	8.9	9.0 - 10.2	10.3 - 16.3	16.4
31	9.0	9.1 - 10.4	10.5 - 16.6	16.7
32	9.1	9.2 - 10.5	10.6 - 16.9	17.0
33	9.3	9.4 - 10.7	10.8 - 17.1	17.2
34	9.4	9.5 - 10.8	10.9 - 17.4	17.5
35	9.5	9.6 - 10.9	11.0 - 17.7	17.8
36	9.6	9.7 - 11.1	11.2 - 17.9	18.0
37	9.7	9.8 - 11.2	11.3 - 18.2	18.3
38	9.8	9.9 - 11.3	11.4 - 18.4	18.5
39	9.9	10.0 - 11.4	11.5 - 18.6	18.7
40	10.0	10.1 - 11.5	11.6 - 18.9	19.0
41	10.1	10.2 - 11.7	11.8 - 19.1	19.2
42	10.2	10.3 - 11.8	11.9 - 19.3	19.4
43	10.3	10.4 - 11.9	12.0 - 19.5	19.6
44	10.4	10.5 - 12.0	12.1 - 19.7	19.8
45	10.5	10.6 - 12.1	12.2 - 20.0	20.1
46	10.6	10.7 - 12.2	12.3 - 20.2	20.3
47	10.7	10.8 - 12.4	12.5 - 20.4	20.5
48	10.8	10.9 - 12.5	12.6 - 20.6	20.7
49	10.8	10.9 - 12.6	12.7 - 20.8	20.9
50	10.9	11.0 - 12.7	12.8 - 21.0	21.1
51	11.0	11.1 - 12.8	12.9 - 21.2	21.3
52	11.1	11.2 - 12.9	13.0 - 21.4	21.5
53	11.2	11.3 - 13.0	13.1 - 21.6	21.7
54	11.3	11.4 - 13.1	13.2 - 21.8	21.9
55	11.4	11.5 - 13.2	13.3 - 22.1	22.2
56	11.4	11.5 - 13.3	13.4 - 22.3	22.4
57	11.5	11.6 - 13.4	13.5 - 22.5	22.6
58	11.6	11.7 - 13.5	13.6 - 22.7	22.8
59	11.7	11.8 - 13.6	13.7 - 22.9	23.0

ANAK LAKI-LAKI				
Umur (bulan)	Gizi Buruk (Kg)	Gizi Kurang (Kg)	Gizi baik (Kg)	Gizi Lebih (Kg)
0	1.9	2.0 - 2.3	2.4 - 4.2	4.3
1	2.1	2.1 - 2.8	2.9 - 5.5	5.6
2	2.5	2.6 - 3.4	3.5 - 6.7	6.8
3	3.0	3.1 - 4.0	4.1 - 7.6	7.7
4	3.6	3.7 - 4.6	4.7 - 8.4	8.5
5	4.2	4.3 - 5.2	5.3 - 9.1	9.2
6	4.8	4.9 - 5.8	5.9 - 9.7	9.8
7	5.3	5.4 - 6.3	6.4 - 10.2	10.3
8	5.8	5.9 - 6.8	6.9 - 10.7	10.8
9	6.2	6.3 - 7.1	7.2 - 11.2	11.3
10	6.5	6.6 - 7.5	7.6 - 11.6	11.7
11	6.8	6.9 - 7.8	7.9 - 11.9	12.0
12	7.0	7.1 - 8.0	8.1 - 12.3	12.4
13	7.2	7.3 - 8.2	8.3 - 12.6	12.7
14	7.4	7.5 - 8.4	8.5 - 12.9	13.0
15	7.5	7.6 - 8.6	8.7 - 13.1	13.2
16	7.6	7.7 - 8.7	8.8 - 13.4	13.5
17	7.7	7.8 - 8.9	9.0 - 13.6	13.7
18	7.8	7.9 - 9.0	9.1 - 13.8	13.9
19	7.9	8.0 - 9.1	9.2 - 14.0	14.1
20	8.0	8.1 - 9.3	9.4 - 14.3	14.4
21	8.2	8.1 - 9.4	9.5 - 14.5	14.6
22	8.3	8.4 - 9.6	9.7 - 14.7	14.8
23	8.4	8.5 - 9.7	9.8 - 14.9	15.0
24	8.9	9.0 - 10.0	10.1 - 15.6	15.7
25	8.9	9.0 - 10.1	10.2 - 15.8	15.9
26	9.0	9.1 - 10.2	10.3 - 16.0	16.1
27	9.0	9.1 - 10.3	10.4 - 16.2	16.3
28	9.1	9.2 - 10.4	10.5 - 16.5	16.6
29	9.2	9.3 - 10.5	10.6 - 16.7	16.8
30	9.3	9.4 - 10.6	10.7 - 16.9	17.0
31	9.3	9.4 - 10.8	10.9 - 17.1	17.2
32	9.4	9.5 - 10.9	11.0 - 17.3	17.4
33	9.5	9.6 - 11.0	11.1 - 17.5	17.6
34	9.6	9.7 - 11.1	11.2 - 17.7	17.8
35	9.6	9.7 - 11.2	11.3 - 17.9	18.0
36	9.7	9.8 - 11.3	11.4 - 18.2	18.3
37	9.8	9.9 - 11.4	11.5 - 18.4	18.5
38	9.9	10.0 - 11.6	11.7 - 18.6	18.7
39	10.0	10.1 - 11.7	11.8 - 18.8	18.9
40	10.1	10.2 - 11.8	11.9 - 19.0	19.1
41	10.2	10.3 - 11.9	12.0 - 19.2	19.3
42	10.3	10.4 - 12.0	12.1 - 19.4	19.5
43	10.4	10.5 - 12.2	12.3 - 19.6	19.7
44	10.5	10.6 - 12.3	12.4 - 19.8	19.9
45	10.6	10.7 - 12.4	12.5 - 20.0	20.1
46	10.7	10.8 - 12.5	12.6 - 20.3	20.4
47	10.8	10.9 - 12.7	12.8 - 20.5	20.6
48	10.9	11.0 - 12.8	12.9 - 20.7	20.8
49	11.0	11.1 - 12.9	13.0 - 20.9	21.0
50	11.1	11.2 - 13.0	13.1 - 21.1	21.2
51	11.2	11.3 - 13.2	13.3 - 21.3	21.4
52	11.3	11.4 - 13.3	13.4 - 21.6	21.7
53	11.4	11.5 - 13.4	13.5 - 21.8	21.9
54	11.5	11.6 - 13.6	13.7 - 22.0	22.1
55	11.7	11.8 - 13.7	13.8 - 22.2	22.3
56	11.8	11.9 - 13.8	13.9 - 22.5	22.6
57	11.9	12.0 - 14.0	14.1 - 22.7	22.8
58	12.0	12.1 - 14.1	14.2 - 22.9	23.0
59	12.1	12.2 - 14.2	14.3 - 23.2	23.3

Rujukan: WHO/NCHS

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page, including the name "Dina Lili" and other illegible markings.

Lampiran

TABEL 3 POLA MAKANAN ANAK 1-12 TAHUN

Umur	1 - 3 th BB 11 kg (1100 kkal)		4 - 6 th BB 16.5 kg (1700 kkal)		7 - 9 th BB 23 kg (1900 kkal)		9 - 12 th BB 30 kg (2100 kkal)		
	g	url	g	url	g	url	g	url	
06.00	susu + gula	200	1 gelas	200	1 gelas	200	1 gelas	200	1 gelas
07.00	nasi ¹⁾	50	1/3 gelas	100	3/4 gelas	100	3/4 gelas	150	1 gelas
	telur	25	1/2 butir	50	1 butir	50	1 butir	50	1 butir
10.00	kue	50	1 potong	50	1 potong	50	1 potong	50	1 potong
12.00	nasi ¹⁾	75	1/2 gelas	150	1 gelas	150	1 gelas	200	1/2 gelas
	hewani ²⁾	25	1 potong kecil	50	1 potong	50	1 potong	50	1 potong
	nabati ³⁾	25	1 potong	25	1 potong	25	1 potong	25	1 potong
	sayuran	50	1/2 gelas	50	1/2 gelas	50	1/2 gelas	75	3/4 gelas
	buah	50	1 potong	50	1 potong	50	1 potong	50	1 potong
16.00	bubur kacang ⁴⁾	200	1 gelas	200	1 gelas	200	1 gelas	200	1 gelas
18.00	nasi	75	1/2 gelas	100	3/4 gelas	150	1 gelas	150	1 gelas
	hewani	25	1 potong kecil	25	1 potong kecil	50	1 potong	50	1 potong
	nabati			25	1 potong	25	1 potong	25	1 potong
	sayuran	50	1/2 gelas	50	1/2 gelas	50	1/2 gelas	75	3/4 gelas
	buah	50	1 potong	50	1 potong	50	1 potong	50	1 potong
21.00	susu gula	200	1 gelas	200	1 gelas	200	1 gelas	200	1 gelas
	biskuit ⁵⁾	10	1 buah	20	2 buah	20	2 buah	20	2 buah

Sumber : Subbagian Gizi Anak FKUI/RSCM

Keterangan :

- 1) Dapat diganti dengan makanan penukarnya seperti roti, jagung, kentang, sagu
 - 2) Diartikan sumber protein hewani: daging, telur, hati, ikat laut, ikan tawar.
 - 3) Diartikan sumber protein nabati : tahu, tempe, kacang-kacangan
 - 4) Dapat diganti dengan makanan penukarnya sebanyak 25 gram
 - 5) Berat Biskuit "Regal" 8-10 g/buah
 Berat Biskuit "Farley" : 15-16 g/buah
- Url = ukuran rumah tangga

Tabel C. Tabel Harga-harga Kritis Chi-Kuadrat*)

Kemungkinan di bawah H_0 bahwa $\chi^2 \geq$ chi-kuadrat														
df	.99	.98	.95	.90	.80	.70	.50	.30	.20	.10	.05	.02	.01	.001
1	.00016	.00063	.0039	.016	.064	.15	.46	1.07	1.64	2.71	3.84	5.41	6.64	10.83
2	.02	.04	.10	.21	.45	.71	1.39	2.41	3.22	4.60	5.99	7.82	9.21	13.82
3	.12	.18	.35	.58	1.00	1.42	2.37	3.66	4.64	6.25	7.82	9.84	11.34	16.27
4	.30	.43	.71	1.00	1.65	2.20	3.36	4.88	5.99	7.78	9.49	11.67	13.28	18.46
5	.65	.75	1.14	1.61	2.34	3.00	4.35	6.06	7.29	9.24	11.07	13.39	15.09	20.62
6	.87	1.13	1.64	2.20	3.07	3.83	5.35	7.23	8.56	10.64	12.59	15.03	16.81	22.46
7	1.24	1.50	2.17	2.83	3.82	4.67	6.35	8.38	9.80	12.02	14.07	16.02	18.48	24.32
8	1.65	2.03	2.73	3.49	4.59	5.53	7.34	9.52	11.03	13.36	15.51	18.17	20.09	26.12
9	2.09	2.53	3.32	4.17	5.38	6.39	8.34	10.66	12.24	14.68	16.92	19.68	21.67	27.88
10	2.56	3.00	3.94	4.86	6.18	7.27	9.34	11.78	13.44	15.99	18.31	21.16	23.21	29.59
11	3.05	3.61	4.58	5.58	6.99	8.15	10.34	12.90	14.63	17.28	19.68	22.02	24.72	31.20
12	3.57	4.18	5.23	6.30	7.81	9.03	11.34	14.01	15.81	18.55	21.03	24.05	26.22	32.91
13	4.11	4.76	5.89	7.04	8.63	9.93	12.34	15.12	16.98	19.81	22.36	25.47	27.69	34.53
14	4.66	5.37	6.57	7.79	9.47	10.82	13.34	16.22	18.15	21.06	23.68	26.87	29.14	36.12
15	5.23	5.98	7.26	8.56	10.31	11.72	14.34	17.32	19.31	22.31	25.00	28.26	30.58	37.70
16	5.81	6.61	7.90	9.31	11.15	12.62	15.34	18.42	20.46	23.54	26.30	29.63	32.00	39.29
17	6.41	7.26	8.67	10.08	12.00	13.53	16.34	19.51	21.62	24.77	27.59	31.00	33.41	40.75
18	7.02	7.91	9.39	10.86	12.86	14.44	17.34	20.60	22.76	25.99	28.87	32.35	34.80	42.31
19	7.63	8.57	10.12	11.65	13.72	15.35	18.34	21.69	23.90	27.20	30.14	33.69	36.19	43.82
20	8.26	9.24	10.85	12.44	14.58	16.27	19.34	22.78	25.04	28.41	31.41	35.02	37.57	45.32
21	8.90	9.92	11.59	13.24	15.44	17.18	20.34	23.86	26.17	29.62	32.67	36.34	38.93	46.80
22	9.54	10.60	12.34	14.04	16.31	18.10	21.24	24.94	27.30	30.81	33.92	37.66	40.29	48.27
23	10.20	11.29	13.09	14.85	17.19	19.02	22.34	26.02	28.43	32.01	35.17	38.97	41.64	49.73
24	10.86	11.99	13.85	15.66	18.06	19.94	23.34	27.10	29.55	33.20	36.42	40.27	42.98	51.18
25	11.52	12.70	14.61	16.47	18.94	20.87	24.34	28.17	30.68	34.38	37.65	41.57	44.31	52.62
26	12.20	13.41	15.38	17.29	19.82	21.79	25.34	29.25	31.80	35.50	38.88	42.86	45.64	54.05
27	12.88	14.12	16.15	18.11	20.70	22.72	26.34	30.32	32.91	36.74	40.11	44.14	46.96	55.48
28	13.56	14.87	16.93	18.94	21.59	23.65	27.34	31.39	34.03	37.92	41.34	45.42	48.28	56.89
29	14.26	15.57	17.71	19.77	22.48	24.58	28.34	32.46	35.14	39.09	42.56	46.69	49.59	58.30
30	14.95	16.31	18.49	20.60	23.36	25.51	29.34	33.53	36.25	40.26	43.77	47.96	50.89	59.70

*) Tabel C diringkaskan dari Tabel IV dalam Fisher dan Yates: *Statistical tables for biological, agricultural, and medical research*, diterbitkan oleh Oliver and Boyd Ltd. Edinburgh, dengan izin para penulis dan penerbit.



PEMERINTAH KABUPATEN DAERAH TINGKAT II JAYAPURA

KANTOR SOSIAL POLITIK

Jl. Kabupaten I No. 18 Telp. (0967) 533809 Jayapura

Jayapura, 12 Agustus 2000

N o m o r : 072/1070

Lampiran : -

Perihal : Rekomendasi ijin penelitian.

K e p a d a

Yth : Sdri. EVELINE FRANSINA

di - J A Y A P U R A.

1. D a s a r :

- a. Undang-undang No: 5 Tahun 1974 tentang pokok-pokok Pemerintahan di-Daerah.
 - b. Surat Akademi Kesehatan Terpadu Jayapura No: DL.02.02.6.U.202 tanggal, 3 Agustus 2000 tentang ijin penelitian dengan judul: " Hubungan Kepatuhan Pemberian Makanan Asupan Gisi, Slalus Imunisasi Terhadap Slalus Gizi Anak Umur 1 - 3 Tahun Pada Keluarga Petani" di Wilayah Kecamatan Skanto Desa Jaipuri Arso III Kabupaten Jayapura.
2. Sehubungan dengan dasar tersebut diatas Pemerintah Kabupaten Jayapura tidak berkeberatan untuk melaksanakan kegiatan tersebut diatas dengan ketentuan sebagai berikut :
- a. Mematuhi/ mentaati segala peraturan yang berlaku dan tidak menyimpang dari kegiatan yang ditetapkan.
 - b. Memperhatikan kebersihan, ketertiban dan adat istiadat setempat.
 - c. Waktu pelaksanaan sesuai yang diminta dari tanggal, 12 Agustus s/ d tanggal, 12 September 2000.
 - d. Sebelum mengadakan kegiatan supaya koordinasi dengan instansi terkait khususnya Kodim 1701 dan Polres Jayapura untuk mendapat petunjuk keamanan.
 - e. Setelah selesai melaksanakan kegiatan agar melaporkan hasilnya kepada Bupati Kabupaten Jayapura Cq. Kakan Sospol Kabupaten Jayapura. Demikian untuk maklum perhatiannya.

Tembusan Kepada Yth :

1. Kadit Sospol Prop. Irija;
2. Dan Dim 1701 Jayapura;
3. Kapolres Jayapura;
4. Ketua Bappeda Kab. Jaypra.
5. Camat Skanto.
6. Kapolsek dan Danrami Setempat.
7. A r s i p.



KEPALA KANTOR

Sontani
E. SONTANI.-