

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Wilayah Puskesmas Cipayung

5.1.1. Letak dan Keadaan Geografi

Puskesmas Cipayung merupakan bagian dari wilayah kota Depok yang terletak di Kelurahan Cipayung, Kecamatan Pancoran Mas, Kota Administratif Depok, Jawa Barat. Wilayah kerja Puskesmas Cipayung meliputi 4 (empat) Kelurahan yaitu Kelurahan Cipayung, Kelurahan Cipayung Jaya, Kelurahan Pondok Terong dan Kelurahan Pondok Jaya. Batas wilayah kerja Puskesmas Cipayung adalah sebagai berikut :

Sebelah Utara	: Kel. Ratu Jaya, Kel. Rawa Denok dan Kel. Pancoran Mas
Sebelah Selatan	: Kel. Bojong Gede dan Kel. Pabuaran
Sebelah Barat	: Kel. Pasir Putih dan Kel. Raga Jaya
Sebelah Timur	: Kel. Ratu Jaya, Kel. Rawa Panjang dan Cibinong

Letak geografis Puskesmas Cipayung berada pada ketinggian 75 m dari permukaan air laut, berada di tengah pemukiman penduduk, mudah dijangkau baik dengan kendaraan roda empat ataupun roda dua dan terletak di pinggir jalan. Jarak kelurahan terjauh dari puskesmas Cipayung adalah kelurahan Pondok Jaya (5 km) dan terdekat adalah kelurahan Cipayung (0,3 km). Luas wilayah kerja Puskesmas Cipayung adalah 8.356 km², yang meliputi empat kelurahan yaitu:

Cipayung	: 285,5 km ² ,
Cipayung Jaya	: 222 km ² ,
Pondok Terong	: 186,238 km ² ,
Pondok Jaya	: 150 km ²

5.1.2. Keadaan Demografi

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Cipayung pada akhir Desember 2007 tercatat 60.597 jiwa dari 16.262 kepala keluarga (KK) dengan perincian sebagai berikut :

Tabel 5.1.
Distribusi Penduduk menurut Kelurahan per Desember 2007

No	Kelurahan	Laki-laki		Perempuan		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Cipayung	9.672	50,3	9.553	49,7	19.225	100
2	Cipayung Jaya	6.858	51,2	6.513	48,7	13.371	100
3	Pondok Terong	7.430	49,6	7.544	50,3	14.974	100
4	Pondok Jaya	5.957	45,7	7.070	54,3	13.027	100
	Total	29.917	49,4	30.680	50,6	60.597	100

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2007

Berdasarkan tabel 5.1 di atas terlihat bahwa jumlah penduduk wilayah kerja puskesmas Cipayung terdiri dari laki-laki sebanyak 29.917 jiwa(49,4%) dan perempuan sebanyak 30.680 jiwa(50,6%) Penduduk terbanyak adalah kelurahan Cipayung yaitu 19.225 jiwa dan jumlah penduduk paling sedikit kelurahan Pondok Jaya yaitu 13.027 jiwa.

Tabel 5.2.
Distribusi Penduduk Menurut Kelompok Umur per Desember 2007

No	Kelompok Umur (tahun)	Laki-laki		Perempuan		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	< 1	1.736	49,8	1.751	50,2	3.487	100
2	1 – 4	2.355	51,7	2.195	48,3	4.550	100
3	5 – 14	5.473	49,6	5.554	50,4	11.027	100
4	15 -44	14.619	49,7	14.813	50,3	29.432	100
5	45 – 64	4.573	47,0	5.144	52,9	9.717	100
6	≥ 65	1.161	48,7	1.223	51,3	2.384	100
7	Total	29.917	49,4	30.680	50,6	60.597	100

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2007

Berdasarkan tabel 5.2 di atas terlihat bahwa dari 60.597 jiwa, kelompok umur terbanyak pada usia produktif (15-44 tahun) yaitu 29.432 jiwa dan jumlah penduduk yang paling sedikit adalah kelompok umur ≥ 65 tahun yaitu 2.384 jiwa.

Dinas Kesehatan Kota Depok telah melakukan upaya untuk menangani gizi buruk terhadap 12 balita yang menderita gizi buruk dengan pemberian PMT dan melakukan pemantauan status gizi melalui kegiatan penimbangan berat badan pada bulan Agustus, September dan Oktober. Tabel 5.3 berikut menyajikan evaluasi hasil penimbangan berat badan pada 12 balita tersebut.

Tabel 5.3.
Evaluasi Berat Badan Balita Gizi Buruk antara Bulan Agustus dan Oktober Tahun 2008

No	Kel.	RT	Balita	Umur Bln	TB	BB		Naik
						Ags	Okt	
1	Cipayung	01/01	Rasya	14	72	6.8	7.1	0,3
2	Cipayung	01/03	Azah Patonah	44	85.5	10,2	10,3	0,1
3	Cipy Jaya	01/06	Dariwulan	14	72.5	6	6.5	0,5
4	Cipy Jaya	02/08	M Rafli	15	74	6.7	6.5	(-0,2)
5	Cipy Jaya	02/01	Lia Nurjanah	20	70.5	6.2	6.4	0,2
6	Cipy Jaya	06/08	D Prasetyo	23	78.7	8	8.2	0,2
7	Cipy Jaya	06/08	Fahrizal	46	86	9	9.2	0,2
8	Pd Terg	01/09	Lukman	42	88	9.2	9.3	0,1
9	Pd Terg	02/10	Ana Juliana	14	72	6.4	6.6	0,2
10	Pd Terg	02/13	Nadia	28	80	8	8.1	0,1
11	Pd Terg	01/09	D Pramadia	16	73	7.4	7.6	0,2
12	Pd Jaya	02/01	Fitri	37	80	7.2	7.3	0,1

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2008

Berdasarkan tabel 5.3 di atas dari 12 balita gizi buruk, setelah dilakukan monitoring penimbangan berat badan yang naik $\geq 0,2$ kg sebanyak 7 anak (58,3%) dan yang naik $< 0,2$ kg sebanyak 4 anak (33,3%) dan yang berat badannya turun 1 anak (8,4%).

Tabel 5.4.
Distribusi Tablet Fe1 dan Fe3 kepada Ibu Hamil

No	Kelurahan	Bumil	Fe 1		Fe 3	
			n	%	n	%
1	Cipayung	453	431	95.1	405	89.4
2	Cipayung Jaya	322	307	95.3	288	89.4
3	Pdk Terong	480	446	92.9	423	88.1
4	Pondok Jaya	370	311	84.0	291	78.6

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2007

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, cakupan distribusi Fe dari masing-masing kelurahan untuk ibu hamil terlihat bahwa, cakupan Fe 1 tertinggi di kelurahan Cipayung Jaya yaitu 95,3% dan terendah di kelurahan Pondok Jaya yaitu 84,0%. Sedangkan cakupan Fe 3 tertinggi di dua kelurahan yaitu kelurahan Cipayung dan Cipayung Jaya masing-masing sebesar 89,4% dan terendah adalah kelurahan Pondok Jaya yaitu 78,6%.

Tabel 5.5.
Distribusi Rumah Sehat

No	Kelurahan	Jumlah Rumah	Jml Diperiksa		Rumah Sehat	
			n	%	n	%
1	Cipayung	3573	3090	86.5	2701	87,41
2	Cipayung Jaya	2628	2249	85.6	2100	93.37
3	Pondok Terong	2124	1937	91.2	1900	98,09
4	Pondok Jaya	2901	2612	90.0	2123	81,28
Total		11226	9888	88.1	8824	89,24

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2007

Berdasarkan tabel 5.5 di atas terlihat bahwa dari 11.226 rumah yang ada, sebanyak 9888 rumah (88,1%) yang diperiksa dan yang termasuk kategori rumah sehat sebanyak 8824 rumah (89,24%). Kategori rumah sehat diantaranya ada ventilasi udara, dinding dan lantai permanen dan bersih, ada fasilitas MCK bersih, jarak dari septic tank minimal 10 m ada kamar tidur dengan ventilasi cukup (BPS,2004).

Tabel 5.6.
Distribusi Tenaga Medis

No	Tenaga Medis dan Non Medis	Jumlah
1	Dokter Umum	4
2	Dokter Gigi	2
3	D III Gizi	1
4	D III Bidan	3
5	Bidan Terlatih	2
6	Perawat	5
Total		17

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2007

Berdasarkan tabel 5.6 di atas terlihat bahwa dari 17 tenaga medis di wilayah kerja puskesmas Cipayung, terbanyak adalah perawat yaitu 5 orang (29,4%), diikuti dokter umum 4 orang (23,6%) dan paling kecil adalah D III Gizi yaitu 1 orang (5,8%)

Tabel 5.7.
Jumlah Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan

No	Pendidikan	Cipayung	Cipayung Jaya	Pondok Terong	Pondok Jaya	Total
		n=8.809	n=12.560	n=21.591	n=15.026	n=57.986
		%	%	%	%	%
1	Tdk sekolah	22,8	30,8	8,0	5,7	14,6
2	Tdk tamat SD	19,9	7,4	8,0	0,4	8,1
3	SD / MI	26,9	28,5	22,3	22,0	24,3
4	SLTP / MTs	16,2	13,8	46,6	29,4	30,5
5	SLTA / MA	12,3	16,5	11,2	41,1	20,3
6	Diploma	1,4	0,9	1,7	0,9	1,3
7	Universitas	0,5	1,8	1,0	0,3	0,9
Total		100	100	100	100	100

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2007

Berdasarkan tabel 5.7 di atas terlihat bahwa dari 57.986 jiwa, proporsi pendidikan penduduk tertinggi tamat SLTP / MTs yaitu sebesar 30,5% dan proporsi pendidikan penduduk terendah adalah tamat universitas yaitu 0,9%.

Tabel 5.8.
Laporan Penimbangan Balita

No	Kelurahan	Jml	Ditim	BB	BGM	Gizi	Gizi
		Balita	bang	Naik		Buruk	Kurang
		n	%	%	%	%	%
1	Cipayung	2.001	84,0	75,0	0,7	0,1	24,0
2	Cipayung Jaya	1.538	81,0	71,0	0,5	0,1	28,2
3	Pondok Terong	2.268	85,0	74,0	0,6	0,1	25,2
4	Pondok Jaya	1.957	82,0	74,0	0,4	0,06	25,4
Total		7.764	83,2	73,6	0,6	0,1	25,5

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2008

Berdasarkan tabel 5.8 di atas terlihat bahwa dari 7.764 balita yang ada, jumlah balita ditimbang sebanyak 6460 anak (83,2%), balita yang naik berat badannya sebanyak 4761 anak (73,6%), BGM sebanyak 40 anak (0,6%), balita gizi buruk sebanyak 8 anak (0,1%) dan balita gizi kurang sebanyak 1651 anak (25,5%)

Tabel 5.9.
Jumlah Ibu Hamil, ANC dan Pertolongan Persalinan

No	Kelurahan	Bumil		K1(n=1495)		K4(n=1376)		Jumlah Bulin		Ditolong Nakes n=1141		Paraji dll n=234	
		n	%	%	%	n	%	%	%				
1	Cipayung	453	27,9	95.1	87.2	384	27,9	79.7	20.3				
2	Cipayung Jaya	322	19,9	95.3	86.9	272	19,7	95.9	4.0				
3	Pondok Terong	480	29,5	92.9	86.4	406	29,6	80.0	19.9				
4	Pondok Jaya	370	22,7	84.0	77.3	313	22,8	79.5	20.4				
Total		1625	100	92,0	84,6	1375	100	82,9	17,0				

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2007

Berdasarkan tabel 5.9 di atas ditunjukkan bahwa dari 1625 ibu hamil, cakupan K1 adalah 92,0%, K4 adalah 84,6%. Sedangkan dari 1375 ibu bersalin, ditolong oleh tenaga kesehatan sebesar 82,9% dan ditolong oleh non nakes/paraji sebesar 17,0%. Prosentase ibu hamil tertinggi di kelurahan Pondok terong yaitu sebesar 480 ibu (29,5%), demikian pula ibu bersalin yaitu 406 ibu (29,6%) Proporsi penolong persalinan oleh tenaga kesehatan tertinggi adalah kelurahan Cipayung Jaya yaitu 95,9%, sedangkan proporsi penolong persalinan oleh non nakes/paraji tertinggi adalah kelurahan Pondok Jaya yaitu 20,4%.

Tabel 5.10.
Cakupan Imunisasi Bayi

No	Jenis Imunisasi	Cipayung	Cipayung Jaya	Pondok Terong	Pondok Jaya	Total
		n=1621	n=1657	n=1963	n=1440	n=6681
		%	%	%	%	%
1	BCG	20,5	20,5	23,0	19,7	21,2
2	DPT1+HB1	18,3	17,2	18,7	16,5	17,8
3	DPT3+HB3	15,8	14,9	14,1	15,9	15,2
4	Polio3	16,4	17,9	14,4	13,5	15,6
5	Campak	14,1	14,1	14,8	18,5	15,3
6	Hepatitis B3	14,9	15,2	14,7	15,6	14,9
Total		100	100	100	100	100

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2007

Berdasarkan tabel 5.10 di atas terlihat bahwa dari 6681 bayi yang diimunisasi, cakupan imunisasi terendah yaitu hepatitis B3 14,9% dan tertinggi adalah BCG 21,2%. Cakupan imunisasi polio 3 terendah di kelurahan Pondok Jaya yaitu 13,5% sedangkan cakupan imunisasi tertinggi adalah BCG di kelurahan Pondok Terong yaitu 23,0%.

Tabel 5.11.
Pelayanan MP-ASI dan Pelayanan Kesehatan untuk Semua Balita BGM dan Gizi Buruk

No	Kelurahan	Balita BGM	Balita Gizi Buruk	Total
1	Cipayung	13	3	16
2	Cipayung Jaya	7	2	9
3	Pondok Terong	12	2	14
4	Pondok Jaya	8	1	9
Total		40	8	48

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2007

Berdasarkan tabel 5.11 di atas terlihat bahwa dari balita yang berat badannya masuk di bawah garis merah (BGM) dari masing-masing kelurahan yang dilaporkan semua mendapatkan MP-ASI berupa susu dan biskuit. Sedangkan balita yang dilaporkan status gizinya termasuk gizi buruk semua mendapatkan perawatan dari puskesmas dengan *therapeutic feeding center (TFC)* berupa susu formula 75 kkal dan formula 100 kkal.

Tabel 5.12.
Distribusi Posyandu Menurut Strata

No	Jenis Posyandu	Cipayung (n=14)	Cipayung Jaya (n=10)	Pondok Terong (n=13)	Pondok Jaya (n=13)	Total (n=50)
		%	%	%	%	%
1	Pratama	21,4	10,0	0	23,0	11,6
2	Madya	14,2	40,0	15,3	15,3	16,6
3	Purnama	28,5	20,0	46,1	30,7	26,6
4	Mandiri	35,7	30,0	38,4	31	45,2
Total		100	100	100	100	100

Sumber : Data sekunder Profile Kesehatan Puskesmas Cipayung tahun 2007

Berdasarkan tabel 5.12 di atas terlihat bahwa proporsi posyandu tingkat mandiri mencapai 45,2%, proporsi tertinggi di kelurahan Pondok Terong yaitu 38,4% tetapi jumlah posyandu mandiri sama dengan di kelurahan Cipayung sebanyak 5 posyandu. Proporsi posyandu purnama tertinggi di kelurahan Pondok Terong yaitu 46,1%.

5.2. Analisis Univariat

5.2.1. Gambaran umum sampel

Sampel penelitian adalah bayi umur 0-6 bulan yang menjadi bagian dari target sasaran dalam data dasar Prakesmas Departemen Gizi FKM-UI tahun 2008 yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Cipayung, meliputi warga di empat kelurahan yakni Kelurahan Cipayung, Cipayung Jaya, Pondok Terong dan Pondok Jaya. Tabel 5.13. berikut menampilkan distribusi frekuensi sampel penelitian berdasarkan umur bayi yang diambil dari data kuesioner IRT 11.

Tabel 5.13.
Distribusi Frekuensi Bayi Berdasarkan Umur

Umur (bulan)	Total	
	n	%
0	26	8,7
1	34	11,4
2	36	12,0
3	49	16,4
4	52	17,4
5	59	19,7
6	43	14,4
Total	299	100,0

Berdasarkan tabel 5.13 di atas, sampel bayi yang berusia 0 bulan lebih sedikit yaitu 8,7% dan sampel bayi yang terbanyak adalah bayi yang berumur 5 bulan yaitu 19,7%.

5.2.2. Pemberian ASI dan MP-ASI

Tabel 5.14 menggambarkan distribusi bayi yang diberikan **ASI dominan**, yaitu bayi yang mendapat ASI dan cairan selain ASI berupa air putih, air gula, madu, air teh, obat-obatan, vitamin dan mineral sebelum berumur 6 bulan dan MP-ASI dini (**ASI parsial**), yaitu bayi yang mendapat ASI dan

makanan lain berupa makanan padat, semi padat, dan cairan lain sebagai sumber energi dan zat gizi selain dari ASI termasuk obat-obatan, vitamin dan mineral sebelum bayi berumur 6 bulan)

Tabel 5.14.
Distribusi Bayi 0-6 Bulan yang Diberikan ASI Predominan dan ASI Parsial

ASI dan MP-ASI	Total	
	n	%
ASI Parsial	168	56.2
ASI Predominan	131	43.8
Total	299	100

Berdasarkan tabel 5.14 di atas digambarkan bahwa dari 299 bayi, sebanyak 168 bayi (56,2%) mendapat ASI parsial dan sebanyak 131 bayi (43,8%) mendapat ASI predominan.

Beberapa alasan ibu memberikan ASI parsial dan atau ASI predominan sebelum bayi berumur 6 bulan dapat dilihat pada tabel 5.15 berikut.

Tabel 5.15.
Alasan Ibu Memberikan ASI Predominan dan atau ASI Parsial

No	Alasan Ibu	Total	
		n	%
1	Ibu sakit	11	3.67
2	Ada masalah payudara	13	4.35
3	ASI tidak/belum keluar	87	29.09
4	Ibu bekerja	4	1.34
5	Bayi tidak mau menyusu	4	1.34
6	Bayi menangis terus	22	7.35
7	ASI tidak mencukupi	23	7.69
8	Nasehat dokter/perawat/bidan	13	4.35
9	Nasehat orang tua	15	5.01
10	Nasehat anggota keluarga lain	6	2.00
11	Nasehat tetangga/teman	1	0.33
12	Lain-lain	15	5.01
13	Tidak menjawab	85	28,4
	Total	299	100

Berdasarkan tabel 5.15 di atas digambarkan bahwa alasan ibu memberikan ASI predominan dan atau ASI parsial kepada bayi mereka sebelum berumur 6 bulan

terbanyak adalah karena ASI tidak/belum keluar yaitu sebesar 29,09%, alasan karena nasehat tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) yaitu 4,35%, dan alasan karena bayi menangis terus adalah 7,35%. Alasan lain sebanyak 5,01% diantaranya karena membuang kotoran, anak sakit, bayi lahir prematur, supaya bayi kenyang dan lain-lain.

5.2.3. Tingkat pengetahuan gizi ibu

Pengetahuan gizi ibu dapat dilihat pada tabel 5.16. Dari 19 pertanyaan tentang pengetahuan gizi ibu, kategori baik jika menjawab > 80% benar, kurang jika menjawab 60-80% benar dan kurang jika menjawab < 60% benar. (Khomsan, 2004) setelah dihitung berdasarkan statistik diperoleh gambaran pengetahuan gizi ibu sebagai berikut:

Tabel 5.16.
Distribusi Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu

Pengetahuan Gizi Ibu	Total	
	n	%
Kurang (< 60% benar)	254	84,9
Sedang (60-80% benar)	39	13,0
Baik (> 80% benar)	6	2,1
Total	299	100

Berdasarkan tabel 5.16 di atas dari 299 responden, mayoritas ibu pengetahuan gizinya kurang yaitu sebanyak 84,9%. Ibu dengan pengetahuan gizi sedang 13,0% dan ibu yang pengetahuan gizinya baik sebanyak 2,1%.

5.2.4. Penolong persalinan

Distribusi penolong persalinan ibu dapat dilihat pada tabel 5.17. Penolong persalinan dibagi dua kategori yaitu penolong persalinan non tenaga kesehatan adalah dukun/paraji, orang tua dll. Sedangkan penolong tenaga kesehatan (dokter kandungan, dokter umum, dokter anak, bidan dan perawat).

Tabel 5.17.
Distribusi Penolong Persalinan Ibu

Penolong Persalinan	Total	
	n	%
Non Tenaga Kesehatan	29	9,7
Tenaga Kesehatan	270	90,3
Total	299	100,0

Berdasarkan tabel 5,17, penolong persalinan ibu mayoritas ditolong oleh tenaga kesehatan yaitu 90,3%. Sedangkan penolong persalinan non tenaga kesehatan lebih kecil yaitu 9,7%.

5.2.5. Pemeriksa ANC

Pemeriksa ANC adalah orang yang melakukan pemeriksaan kesehatan ibu saat hamil baik tenaga kesehatan (dokter, bidan atau perawat) maupun non tenaga kesehatan yaitu dukun/paraji. Tabel 5.18 menampilkan distribusi responden menurut pemeriksa kehamilan.

Tabel 5.18.
Distribusi Responden Berdasarkan Pemeriksa ANC

Pemeriksa ANC	Total	
	n	%
Non Nakes	16	5,4
Nakes	283	94,6
Total	299	100,0

Berdasarkan tabel 5.18 di atas, saat hamil ibu memeriksakan kehamilannya (ANC) pada tenaga non kesehatan (dukun/paraji) sebanyak 16 responden (5,4%). Sedangkan pemeriksa ANC oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan atau perawat) sebanyak 283 responden (94,6%).

5.2.6. Pengeluaran untuk pangan dan non pangan

Pengeluaran keluarga merupakan hasil pendapatan yang diperoleh keluarga dan dikeluarkan untuk kebutuhan pangan dan non pangan. Tabel 5.19

menyajikan kelompok pengeluaran responden berdasarkan upah minimum provinsi (UMP) Provinsi Jawa Barat yaitu sebesar Rp 650.000 pada tahun 2008.

Tabel 5.19.

Distribusi Pengeluaran Pangan dan Non Pangan Keluarga

Pengeluaran Pangan dan Non Pangan	n	Total	
			%
< UMP (Rp 650.000)	64		21,4
≥ UMP (Rp. 650.000)	235		78,6
Total	299		100,0

Berdasarkan tabel 5.19 terlihat bahwa responden yang mempunyai pengeluaran pangan dan non pangan < UMP adalah 64 responden (21,4%). Sedangkan sebanyak 235 responden (78,6%), pengeluaran pangan dan non pangan ≥ UMP. Pengeluaran pangan dan non pangan ≥ UMP tidak berarti baik, karena pengeluaran belum pasti menggunakan pendapatan/penghasilan tetapi dapat berasal dari berhutang/ pinjaman.

5.3. Analisis Bivariat

5.3.1. Distribusi bayi yang mendapat ASI dan MP-ASI

Distribusi bayi yang diberikan ASI saja, ASI dominan dan ASI parsial menurut umur responden dapat dilihat pada tabel 5.20 berikut ini.

Tabel 5.20.

Distribusi Bayi yang Diberikan ASI dan MP-ASI

Umur bulan	Total (n=299)	ASI	ASI	ASI
		saja	Predominan	Parsial
		%	%	%
0	26	61.5	0	38.5
1	34	47.0	23.5	29.5
2	36	50,0	16.7	33.3
3	49	51.0	16.3	32.6
4	52	25.0	17.3	57.7
5	59	11.8	3.3	84.7
6	43	6.9	0	93.0

Berdasarkan tabel 5.20 di atas terlihat bahwa distribusi bayi yang mendapat ASI saja menunjukkan bahwa semakin bertambah umur bayi semakin kecil proporsi bayi yang diberikan ASI saja. Demikian sebaliknya, pemberian MP-ASI atau ASI parsial menunjukkan bahwa semakin meningkat umur bayi, semakin meningkat pula proporsi pemberian MP-ASI dini. Proporsi bayi yang mendapat ASI eksklusif sampai umur 6 bulan sebanyak 6,9%. Bayi yang diberikan MP-ASI dini / ASI parsial yaitu bayi yang mendapatkan ASI dan makanan padat, semi padat atau makanan cair seperti susu formula sebanyak 168 bayi (56,2%). Proporsi terbanyak pada umur 6 bulan yaitu 93,0%

5.3.2. Kejadian Infeksi dalam 2 minggu terakhir

Tabel 5.21 berikut menampilkan distribusi kejadian infeksi bayi berdasarkan umur dalam 2 minggu terakhir. Penyakit infeksi meliputi ISPA (panas, batuk dan atau pilek) dan diare.

Tabel 5.21.
Distribusi Kejadian Infeksi Berdasarkan Umur

Umur bulan	Total	ISPA		Diare	
		n	%	n	%
0	26	2	7.7	0	0
1	34	8	23.5	0	0
2	36	10	27.8	0	0
3	49	21	42.9	3	6.1
4	52	23	44.2	1	1.9
5	59	40	67.8	0	0
6	43	31	72.1	3	7.0
Total	299	135	45.2	7	2.3

Berdasarkan tabel 5.21 di atas terlihat bahwa dari 299 bayi, yang mengalami gejala panas, batuk dan pilek (ISPA) sebanyak 135 bayi (45,2%) dan yang mengalami diare sebanyak 7 bayi (2,3%).

5.3.3. Status Imunisasi bayi

Status imunisasi bayi adalah imunisasi yang didapatkan oleh bayi dibandingkan dengan standar imunisasi dasar yang harus dilaksanakan sesuai

tahapan umur bayi, Tabel 5.22 berikut ini adalah distribusi bayi menurut status imunisasi.

Tabel 5.22.
Distribusi Bayi Menurut Status Imunisasi dan Umur

Umur bulan	Total n	Lengkap %	Tidak Lengkap %
0	26	0	100
1	34	14.7	85.3
2	36	0	100
3	49	2.0	98.0
4	52	1.9	98.1
5	59	18.6	81.4
6	43	37.2	62.8
Total	299	11.4	88.6

Berdasarkan tabel 5.22 di atas terlihat bahwa status imunisasi responden menurut umur dan standar imunisasi dasar yang lengkap sebanyak 34 bayi (11,4%) dan sisanya yaitu 265 bayi (88,6%) tidak lengkap. Jika dilihat dari proporsi yang lengkap tertinggi pada umur 6 bulan yaitu 37,2%.

5.3.4. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian infeksi

Penyakit infeksi dalam penelitian ini adalah bayi yang menderita salah satu atau keduanya ISPA (panas, batuk dan atau pilek) dan diare. Mengingat penyakit infeksi yang lain sangat kecil datanya bahkan tidak ada data, maka tidak dimasukkan dalam variabel penelitian.

5.3.4.1. Hubungan antara MP-ASI dini/ASI parsial dan Infeksi

Pada penelitian ini bayi yang dikategorikan mendapatkan MP-ASI dini adalah bayi yang mendapatkan ASI parsial. Sedangkan bayi yang mendapatkan ASI predominan dikelompokkan dengan bayi yang mendapatkan ASI saja, dengan alasan bayi yang mendapat ASI predominan tidak mengurangi ASI yang diproduksi, karena pada ASI predominan, cairan tambahan yang diberikan tidak signifikan.

Tabel 5.23.
Hubungan antara ASI Parsial dengan Infeksi

MP-ASI	Infeksi				Total		OR 95 % CI	P Value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
ASI Parsial	95	56.5	73	43.5	168	100	2.326 1.454-3.720	0.001
ASI Predominan	47	35.9	84	64.1	131	100		
Total	142	47.5	157	52.5	299	100		

Hasil analisis hubungan antara ASI parsial (MP-ASI dini) dengan kejadian infeksi dari 168 bayi 0-6 bulan yang mendapat ASI parsial, menunjukkan prevalensi penyakit infeksi lebih tinggi pada bayi yang mendapatkan ASI parsial (56,5%) dibandingkan pada bayi yang mendapatkan ASI predominan (35,9%). Hasil uji statistik dengan Uji Kai Kuadrat diperoleh nilai $p = 0.001$ ($p < 0,05$) maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kejadian infeksi antara bayi yang diberikan ASI parsial dan yang diberikan ASI predominan (**ada hubungan yang signifikan antara pemberian ASI parsial/MP-ASI dini dengan kejadian infeksi dalam 2 minggu terakhir**). Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 2.326$, artinya bayi yang diberikan ASI parsial mempunyai peluang 2.326 kali terjadi infeksi dibanding bayi yang mendapatkan ASI predominan.

5.3.4.2. Hubungan Pengetahuan Gizi dan Infeksi

Tabel 5.24.
Hubungan antara Pengetahuan Gizi Ibu dengan Infeksi

Pengetahuan Gizi	Kejadian infeksi				Total		P Value
	Ya		Tidak		n	%	
	n	%	n	%			
Kurang (<60% benar)	125	49.2	129	50.8	254	100	0,357
Sedang (60-80% benar)	15	38.5	24	61.5	39	100	
Baik (> 80% benar)	2	33.3	4	66.7	6	100	
Total	142	47.5	157	52.2	299	100	

Hasil analisis menunjukkan bahwa prevalensi penyakit infeksi lebih tinggi pada bayi yang ibunya mempunyai pengetahuan gizi kurang yaitu 49.2%. Ibu dengan pengetahuan gizi sedang, bayi mengalami infeksi 38,5% dan ibu yang mempunyai pengetahuan gizi baik, bayinya mengalami infeksi sebanyak 33.3%. Hasil uji statistik dengan Uji Kai Kuadrat diperoleh nilai $p = 0,357$ ($p > 0,05$) maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian infeksi 2 minggu terakhir antara ibu dengan pengetahuan gizi kurang, sedang dan baik. (tidak ada hubungan yang signifikan antara kejadian infeksi 2 minggu terakhir dengan tingkat pengetahuan gizi ibu).

5.3.4.3. Penolong persalinan dengan kejadian infeksi

Tabel 5.25.
Hubungan antara Penolong Persalinan dengan Infeksi

Penolong persalinan	Kejadian infeksi				Total		OR 95 % CI	P Value
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Non Nakes	12	41.4	17	58.6	29	100	1.315	0.0618
Nakes	130	48.1	140	51.9	270	100	0.605-2.860	
Total	142	47,5	157	52,5	299	100		

Hasil analisis hubungan antara penolong persalinan dengan kejadian infeksi 2 minggu terakhir menunjukkan bahwa dari 270 responden yang persalinannya ditolong oleh non nakes sebanyak 41,4% bayinya mengalami infeksi. Sedangkan ibu yang persalinannya ditolong oleh nakes, 48,1% mengalami infeksi. Hasil uji statistik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna ($p > 0,05$).

5.3.4.4. Pemeriksa ANC dengan kejadian infeksi

Tabel 5.26.
Hubungan antara Pemeriksa ANC dengan infeksi

Pemeriksa ANC	Kejadian infeksi				Total		OR	P
	Ya		Tidak				95 % CI	Value
	n	%	n	%	n	%		
Non Nakes	8	50.0	8	50.0	16	100	1.112	1.000
Nakes	134	47.3	149	52.7	283	100	0.406-3.045	
Total	142	47,5	157	52,5	299	100		

Hasil analisis hubungan antara pemeriksa ANC ibu hamil dengan kejadian infeksi menunjukkan bahwa, dari 16 responden yang diperiksa kehamilannya oleh non nakes (dukun/paraji), 50,0% bayinya mengalami kejadian infeksi. Sedangkan dari 283 ibu yang periksa ANC pada nakes, bayinya mengalami infeksi 2 minggu terakhir sebanyak 47,3%, lebih rendah daripada yang tidak mengalami infeksi yaitu 52,7%. Hasil uji statistik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara pemeriksa ANC dengan kejadian infeksi ($p > 0,05$).

5.3.4.5. Status imunisasi bayi dengan kejadian infeksi

Tabel 5.27.
Hubungan antara Status Imunisasi Bayi dengan Infeksi

Status Imunisasi	Kejadian infeksi				Total		OR	P
	Ya		Tidak				95 % CI	Value
	n	%	n	%	n	%		
Tidak Lengkap	119	44.9	146	55.1	265	100	0.565	0.020
Lengkap	23	67.6	11	32.4	34	100	1.202-5.475	
Total	142	47,5	157	52,5	299	100		

Hasil analisis hubungan antara status imunisasi bayi dengan kejadian infeksi menunjukkan bahwa dari 265 bayi yang status imunisasinya tidak lengkap, 44,9% mengalami infeksi, sedangkan dari 34 bayi yang status imunisasinya tidak lengkap, bayinya lebih tinggi mengalami infeksi yaitu 67,6%. **Hubungan ini secara statistik bermakna ($p < 0,05$)**. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 2,565, artinya bayi yang status imunisasinya tidak lengkap mempunyai peluang 2,565 kali mengalami kejadian infeksi 2 dibanding bayi yang status imunisasinya lengkap.

5.3.4.6. Pengeluaran pangan dan non pangan dengan kejadian infeksi

Tabel 5.28.
Hubungan antara Pengeluaran Pangan dan Non Pangan dengan Infeksi

Pengeluaran keluarga	Kejadian infeksi				Total		OR	P
	Ya		Tidak		n	%	95 % CI	Value
	n	%	n	%				
< UMP	29	45.3	35	54.7	64	100	1.118	0.801
≥ UMP	113	48.1	122	51.9	235	100	0.642-0.947	
Total	142	47,5	157	52,5	299	100		

Hasil analisis hubungan antara pengeluaran pangan dan non pangan dengan kejadian infeksi menunjukkan bahwa dari 64 responden yang pengeluaran pangan dan non pangan < UMP, 45,3% mengalami kejadian infeksi. sedangkan dari 235 responden yang ≥ UMP, bayinya lebih tinggi mengalami infeksi (48,1%). Hasil uji statistik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna.

BAB VI PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian tentang “Pemberian MP-ASI dini dan hubungannya dengan kejadian infeksi pada bayi 0-6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Cipayung, Kota Depok tahun 2009” ini merupakan analisis data sekunder Prakesmas Mahasiswa Departemen Gizi FKM-UI tahun 2008. Dari hasil editing data, setelah dilakukan pengecekan diperoleh sampel bayi 0-6 bulan sebanyak 299 bayi, sehingga peneliti memutuskan untuk mengambil seluruh sampel yang ada.

Keterbatasan menggunakan data sekunder dalam penelitian ini antara lain :

- 6.1.1. Peneliti tidak dapat mengetahui secara langsung karakteristik maupun hasil jawaban yang disampaikan oleh responden.
- 6.1.2. Peneliti tidak dapat mengontrol frekuensi pemberian makanan pendamping ASI baik predominan maupun parsial oleh karena hanya berdasarkan jawaban responden.
- 6.1.3. Peneliti tidak dapat mengontrol validitas data mising yang telah dibuat oleh pengambil data Prakesmas.
- 6.1.4. Data pengeluaran pangan dan non pangan sebesar 12,3% mising sehingga peneliti memasukkan ke dalam kategori kurang.
- 6.1.5. Data kesehatan dan kejadian infeksi bayi dalam 2 minggu terakhir hanya berdasarkan atas jawaban responden.
- 6.1.6. Tidak semua variabel (termasuk jumlah keluarga dan paritas) tersedia dalam data ini meskipun pada kuesioner ada pertanyaan IKR (Informasi Keluarga Responden) sehingga jumlah keluarga dan paritas tidak dianalisis dalam penelitian ini.

Rancangan *cross sectional* tidak cukup untuk menggambarkan informasi tentang hubungan sebab akibat antara variabel dependen dan independen karena dilakukan bersamaan, sehingga kurang sah untuk mencari penyebab terjadinya infeksi pada bayi 0-6 bulan dalam 2 minggu terakhir.

6.2. Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1. Variabel Univariat

6.2.1.1. Gambaran Umum Responden

Responden penelitian adalah ibu yang mempunyai bayi umur 0-6 bulan. Dipilih bayi 0-6 bulan karena untuk mengurangi recall bias dan untuk melihat dampak langsung pemberian MP-ASI dini terhadap kejadian infeksi dalam waktu dekat. Bayi sebaiknya diberikan ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain umur 0-6 bulan (Depkes RI, 2004). Pada tahun 2001, WHO menyatakan bahwa ASI eksklusif selama 6 bulan pertama hidup bayi adalah yang terbaik. Minuman hanya diberikan obat-obatan dan vitamin bila bayi sedang sakit. Untuk mencegah terjadinya infeksi, kolostrum harus diberikan segera setelah bayi lahir. Disamping itu imunisasi sesuai umur bayi harus diberikan sesuai tahapan umur bayi untuk kekebalan terhadap infeksi.

Dalam penelitian ini beberapa variabel yang diteliti ditampilkan menurut umur bayi, sehingga terlihat perkembangan baik pemberian MP-ASI maupun kejadian infeksi yang terjadi. Dibedakan menurut umur didasarkan pada kecenderungan bayi mendapat MP-ASI termasuk susu formula. Semakin cepat bayi mendapat MP-ASI, semakin meningkat jumlah bayi yang terkena infeksi. Hasil penelitian tentang insiden infeksi pada bayi yang mendapat ASI campuran sebelum umur 30 hari dibandingkan pada bayi yang mendapat ASI campuran setelah umur 30 hari menunjukkan peningkatan yang signifikan. Hal ini karena terjadinya pengurangan antigen karena makanan dan kuman patogen, penurunan respon imun bayi dan peningkatan alergi terhadap makanan/minuman (Gibney, MJ, et al, 2009).

6.2.1.2. Pemberian MP-ASI dini

Pada umur 4-6 bulan, orang tua cenderung memberikan MP-ASI dini karena faktor sosial budaya dan adanya anggapan bayi sudah besar dan harus diberi makan. Dari hasil penelitian, umur 4 bulan sebesar 57,7%, umur 5 bulan sebesar 84,7% dan pada umur 6 bulan sebesar 93,0% bayi yang sudah diberikan MP-ASI dini. Bayi yang diberikan ASI eksklusif sampai umur 6 bulan sebanyak 6,9%. Bayi yang diberikan ASI predominan (ASI, air putih, madu, dan air gula)

sebanyak 131 bayi (43,8%). Dan bayi yang diberikan ASI dan makanan padat atau semi padat dan makanan cair seperti air buah dan susu formula (ASI parsial sebanyak 56,2%.

Kolostrum hanya tersedia mulai hari pertama hingga maksimal hari ketiga atau keempat (Ebrahim, GJ, 1986). Banyak para ibu yang belum tahu manfaat kolostrum sehingga ada perilaku ibu membuang cairan lengket kekuningan tersebut yang dianggap membuang kotoran. Sehingga orang tua mencari alternatif untuk memberikan susu formula pada bayi mereka agar bayi tidak kelaparan. Hal ini juga disampaikan oleh responden alasan memberikan MP-ASI sebelum usia 6 bulan selain karena ASI belum/tidak keluar.

ASI transisi adalah ASI yang dihasilkan setelah kolostrum, yaitu pada hari kelima sampai hari kesepuluh. Kadar lemak dan laktosa yang dikeluarkan lebih tinggi dan kadar protein serta mineral lebih rendah dibandingkan dengan kandungan ASI hari pertama. Pada masa ini, jumlah volume ASI semakin meningkat dan pengeluaran ASI mulai stabil. (Irawati A, 2007) Sehingga ibu baru merasakan tenang bahwa ASInya sudah keluar dan bayi tidak lagi kelaparan / menangis terus.

Hal ini dibuktikan dari penelitian terdahulu bahwa masih tingginya pola asuh praktek pemberian MP-ASI dini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain adalah bayi masih lapar, bayi sudah besar, serta ASI tidak cukup (Ansori, 2002). Dari hasil prakesmas gizi 2008 alasan diberikannya MP-ASI antara lain ASI tidak/belum keluar 29,09%, ASI tidak mencukupi 7,69%, bayi menangis terus 7,35%, nasehat orang tua 5,01%, ada masalah payudara 4,35% dan ibu sakit 3,67%. Alasan lain sebesar 5,01% diantaranya membuang kotoran, anak sakit, bayi lahir prematur dan supaya bayi kenyang.

Banyak kerugian atau resiko yang ditimbulkan oleh pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang terlalu dini, antara lain: gangguan menyusui, beban ginjal yang terlalu berat sehingga mengakibatkan hiperosmolaritas plasma, alergi terhadap makanan, dan gangguan pencernaan atau diare (Suhardjo, 1996).

6.2.1.3. Prevalensi kejadian infeksi 2 minggu terakhir

Frekuensi sakit diare, batuk, pilek, panas pada bayi ASI parsial lebih besar dari bayi ASI predominan ($P < 0,05$). Semakin bertambah umur bayi, frekuensi penyakit infeksi tersebut semakin bertambah. Proporsi kejadian infeksi pada bayi ASI parsial secara bermakna lebih banyak dari ASI predominan. Ada kecenderungan semakin meningkat umur bayi, proporsi bayi mengalami infeksi semakin bertambah (Irawati, Anies, 2004).

Dari hasil penelitian digambarkan bahwa proporsi kejadian ISPA pada bayi umur 2 bulan sebesar 30,6% dan meningkat tajam pada umur 6 bulan yaitu sebesar 74,4%. Data ini lebih tinggi dari prevalensi ISPA berdasarkan Riskesdas 2007 oleh Depkes sebesar 25,50%, sedangkan Propinsi Jawa Barat prevalensi ISPA sebesar 24,73%. Proporsi kejadian diare pada umur 2 bulan 0% dan meningkat pada umur 6 bulan sebesar 7% lebih rendah dibandingkan hasil Riskesdas 2007 prevalensi diare nasional sebesar 9,00% dan provinsi Jawa Barat sebesar 10,2%.

ASI melindungi bayi dari morbiditas dan mortalitas yang berhubungan dengan diare. Dengan pemberian ASI saja, tanpa makanan/minuman tambahan akan melindungi bayi dari diare. Risiko diare dapat disebabkan oleh makanan/minuman tambahan selain ASI. Baik karena komposisi susu formula, higiene dan sanitasi yang kurang, bayi mengalami alergi, atau faktor lingkungan yang lain. ASI eksklusif telah terlihat secara signifikan dapat mengurangi angka morbiditas diare di masyarakat miskin di Dhaka, Bangladesh dan Lima, Peru. Risiko mortalitas diare yaitu 25 kali lebih besar pada bayi yang berumur 0-2 bulan yang tidak diberikan ASI dibandingkan pada bayi yang diberikan ASI (Cameron, M, 1983), (William, L & Wilkins, 2006).

6.2.1.4. Tingkat pengetahuan gizi ibu

Pengetahuan gizi ibu dinilai dari hasil jawaban 19 pertanyaan pada kuesioner tentang pengetahuan gizi khususnya gizi baduta. Dari hasil jawaban yang benar kemudian peneliti mengelompokkan menjadi tiga kategori yaitu baik jika menjawab $> 80\%$ secara benar, sedang jika menjawab 60-80% benar dan kategori kurang jika menjawab $< 60\%$ benar (Khomsan, 2004). Berdasarkan

perhitungan statistik diperoleh gambaran bahwa ibu yang pengetahuan gizinya kurang sebanyak 84,9%, pengetahuan gizi sedang sebanyak 13,0% dan yang pengetahuan gizi baik lebih sedikit yaitu 2,1%.

Pengetahuan gizi ibu akan mempengaruhi perilaku kesehatan terutama dalam pola asuh anak. Pengetahuan gizi ibu yang baik akan berpengaruh terhadap pola makan yang bergizi dan sehat, higiene dan sanitasi lingkungan yang bersih dan sehat, pemberian makanan/minuman bagi bayi dan keluarga yang tepat. Perilaku pemberian ASI secara eksklusif dan pemberian MP-ASI sesuai tahapan umur secara benar.

Pemberian pengetahuan gizi yang baik diharapkan dapat mengubah kebiasaan makan yang semula kurang menjadi lebih baik. Dengan pengetahuan gizi yang cukup diharapkan seseorang dapat mengubah perilaku yang kurang benar sehingga dapat memilih bahan makanan bergizi serta menyusun menu seimbang sesuai dengan kebutuhan dan selera, serta dapat mengetahui akibat adanya kekurangan gizi (Depkes, 2000).

6.2.1.5. Pemeriksaan kehamilan dan penolong persalinan

Dari hasil penelitian diperoleh data bahwa ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan pada tenaga kesehatan (dokter umum, dokter kandungan, dokter anak, perawat dan bidan) sebesar 94,6%, 5,4% kepada tenaga non kesehatan (dukun/paraji). Sedangkan penolong persalinan 90,3% responden ditolong oleh tenaga kesehatan.

Pemeriksaan kehamilan pada tenaga kesehatan merupakan awal pemberian pendidikan bagaimana merawat janin dalam kandungan, persiapan kelahiran dan bagaimana merawat dan membesarkan bayi mereka. Dengan memeriksakan kehamilan pada tenaga kesehatan pengetahuan responden akan meningkat dan harapannya bayi setelah lahir segera diberikan kolostrum, pemberian ASI secara eksklusif, dan pemberian MP-ASI setelah bayi berumur 6 bulan menurut jenis dan tahapan umur bayi secara benar.

Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan seperti dokter, bidan dan perawat merupakan salah satu indikator pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan peningkatan kesehatan ibu dan anak. Pengaruh tenaga kesehatan

merupakan faktor pendorong perilaku dan pola asuh positif bagi ibu pada bayi misalnya pemberian ASI eksklusif (BPS, 2004).

6.2.1.6. Status Imunisasi Bayi

Status imunisasi bayi adalah imunisasi yang didapatkan oleh bayi dibandingkan dengan standar imunisasi dasar yang harus dilaksanakan sesuai tahapan umur bayi. Dari hasil penelitian diperoleh gambaran bahwa bayi yang mendapatkan imunisasi lengkap sebesar 11,4%, sisanya 88,6% tidak/belum mendapatkan imunisasi lengkap sesuai tahapan umur bayi. Berdasarkan WHO 2002, imunisasi dasar satu tahun pertama bagi bayi yang lahir di rumah sakit, rumah bersalin atau bidan diberikan sesuai tahapan umur sebagai berikut :

- bayi 0 – 1 bulan mendapat imunisasi hepatitis I, Polio I dan BCG,
- bayi umur 2 bulan mendapat imunisasi hepatitis II, DPT I dan Polio II,
- bayi umur 3 bulan mendapat imunisasi hepatitis III, DPT II dan Polio III,
- bayi umur 4 bulan mendapat imunisasi DPT III dan Polio IV, dan
- bayi umur 9 bulan mendapat imunisasi campak

Mayoritas bayi belum memperoleh imunisasi lengkap dimungkinkan karena bayi belum cukup umur, pengetahuan ibu yang kurang akan manfaat imunisasi, pelayanan kesehatan yang kurang, kesibukan orang tua, status ekonomi sosial yang rendah dan lain-lain.

6.2.1.8. Pengeluaran pangan dan non pangan

Status ekonomi sosial keluarga salah satunya dinilai dari pengeluaran pangan dan non pangan. Hal ini merupakan salah satu penentu orang tua mengatur dan memberikan pola asuh mereka kepada bayi dan anak-anak. Dari hasil penelitian di negara-negara maju analisis multivariat diperoleh angka pemberian ASI eksklusif sebanyak 46% di Austria, 42% di Swedia, 21% di Inggris dan 10% di Jerman. 48% ibu-ibu dari kelompok ekonomi sosial tinggi di Inggris masih memberikan ASI kepada bayi mereka sampai usia 6 bulan. Jauh berbeda dengan kelompok ekonomi sosial rendah yang hanya 22% saja. Demikian pula risiko perawatan di RS karena kasus pneumonia menurut status ekonomi sosial menunjukkan bahwa semakin tinggi kelas ekonomi sosial semakin rendah risiko

untuk dirawat di RS. Sementara itu bagi mereka yang tergolong kelas ekonomi rendah (penganggur/pekerja kasar) memiliki risiko paling tinggi untuk dirawat di rumah sakit (Gibney, MJ, et al, 2009).

Dalam penelitian ini status ekonomi sosial responden dibagi dalam 3 kategori yaitu kepemilikan rumah dan tanah pertanian, kepemilikan harta benda dan pengeluaran untuk pangan dan non pangan. Untuk menganalisis hubungan dengan variabel lain, peneliti menggunakan data pengeluaran pangan dan non pangan dengan alasan sebagai asumsi pendapatan yang dikeluarkan untuk kebutuhan sehari-hari. Berdasarkan SK Gubernur Jawa Barat No 561/Kep 605-Bangsos/2008 tentang upah minimum Provinsi Jawa Barat tahun 2009 sebesar Rp 628.191,15. Sehingga peneliti membuat standar kebutuhan hidup layak di wilayah Jawa Barat sebesar Rp 650.000 per bulan.

Dari 299 responden, pengeluaran pangan dan non pangan termasuk \geq UMP sebanyak 78,6%. Artinya mayoritas responden tingkat pengeluaran keluarga bila dilihat dari pengeluaran pangan dan non pangan termasuk diatas UMP. Namun demikian pengeluaran keluarga untuk pangan dan non pangan bukan berarti baik karena bukan murni dari penghasilan keluarga misalnya dari berhutang/pinjaman.

6.2.2. Variabel Bivariat

6.2.2.1. Hubungan antara MP-ASI dini dengan kejadian infeksi

Kategori bayi mendapatkan MP-ASI dini adalah bayi yang mendapatkan ASI parsial. Sedangkan bayi yang mendapatkan ASI predominan dikelompokkan dengan bayi yang mendapatkan ASI saja, dengan alasan bayi yang mendapat ASI predominan tidak mengurangi ASI yang diproduksi, karena pada ASI predominan, cairan tambahan yang diberikan tidak signifikan.

Hasil analisis hubungan antara ASI parsial (MP-ASI dini) dengan kejadian infeksi dari 168 bayi 0-6 bulan yang mendapat ASI parsial, menunjukkan prevalensi penyakit infeksi lebih tinggi pada bayi yang mendapatkan ASI parsial (56,5%) dibandingkan pada bayi yang mendapatkan ASI predominan (35,9%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p < 0,05$ maka dapat disimpulkan **ada hubungan yang signifikan antara pemberian ASI parsial/MP-ASI dini dengan kejadian**

infeksi dalam 2 minggu terakhir. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 2.326, artinya bayi yang diberikan ASI parsial mempunyai peluang 2.326 kali terjadi infeksi dalam 2 minggu terakhir dibanding bayi yang mendapatkan ASI predominan.

Hal ini dibuktikan dari penelitian terdahulu bahwa akibat pemberian MP-ASI dini pada bayi sebelum 3 hari pertama setelah lahir diantaranya 8.49% neonatal meninggal karena gejala penyumbatan saluran pencernaan dan 23.07% meninggal karena diare (Hananto, 1989). Makanan prelaktal maupun MP-ASI dini juga terbukti secara nyata berakibat bayi menjadi gagal tumbuh (*growth faltering*) yang terus kontinu terjadi sejak umur 3 bulan sampai anak mencapai umur 18 bulan (Woodhouse dalam Ansori, 2001). Dampak lain yaitu *undernutrition* pada bayi yang dapat meningkatkan terjadinya infeksi (Cameron, et al, 1983) dan meningkatkan AKB (Nugraheni, 2002).

Pemberian MP-ASI dini terbukti berpengaruh pada gangguan pertambahan berat bayi walaupun setelah dikontrol oleh faktor lainnya. Gangguan pertambahan berat bayi akibat pengaruh pemberian MP-ASI dini terjadi sejak bayi berumur dua bulan dan berlanjut pada interval umur berikutnya (Irawati, Anies, 2004).

Namun demikian, bayi yang mendapatkan ASI, secara signifikan antibodinya lebih tinggi. Kolostrum mengandung lebih banyak *immunoglobulin* dibandingkan susu *mature* dan menghasilkan perlindungan pada bayi yang baru lahir untuk melawan infeksi. Sekitar 10% protein dalam susu *mature* mengeluarkan IgA, yang secara spesifik berfungsi untuk melawan bakteri patogen yang terdapat dalam saluran pencernaan atau pernafasan ibu. ASI juga mengandung limfosit, makrofag, dan protein dengan aktivitas anti-bakteri yang tidak spesifik (Depkes, 2002), (Pipes, PL et al, 1993), (William, L et al, 2006).

6.2.2.2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian infeksi

Hasil analisis hubungan pengetahuan gizi ibu dengan kejadian infeksi menunjukkan bahwa prevalensi penyakit infeksi lebih rendah pada bayi yang ibunya mempunyai pengetahuan gizi baik yaitu 33,3%. Sedangkan ibu yang pengetahuan gizinya kurang, 49,2% bayinya mengalami infeksi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p > 0,05$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang

signifikan antara pengetahuan gizi ibu dengan kejadian infeksi pada bayi 0-6 bulan dalam 2 minggu terakhir.

Infeksi bukan saja disebabkan oleh pengetahuan gizi ibu yang baik, tetapi faktor lain yang lebih berpengaruh diantaranya imunitas bayi, agen penyakit, status gizi dan kesehatan bayi dll. Pengetahuan gizi berkaitan erat dengan pola pengasuhan anak, berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, memberikan kasih sayang dan sebagainya (WHO, 2000).

ASI melindungi bayi dari infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) yang biasa ditemui di negara berkembang. Sebuah studi di Brazil telah menunjukkan risiko kematian pada pneumonia akut, dimana 3,6 kali lebih tinggi pada bayi yang mengonsumsi susu buatan (formula) dibandingkan bayi yang mengonsumsi ASI. Studi menunjukkan bayi yang mengonsumsi ASI mempunyai kemungkinan lebih kecil terkena *otitis media akut* dan infeksi saluran kencing (Depkes, 2002), (Pipes, PL et al, 1993), (William, L & Wilkins, 2006).

Kolostrum mengandung lebih banyak *immunoglobulin* sebagai perlindungan pada bayi yang baru lahir untuk melawan infeksi. Sekitar 10% protein dalam susu yang masak mengeluarkan IgA, yang secara spesifik berfungsi untuk melawan bakteri patogen yang terdapat dalam saluran pencernaan atau pernafasan ibu. (Depkes, 2002), (Pipes, PL et al, 1993), (William, L & Wilkins, 2006).

Interaksi antara *malnutrition* dan infeksi secara sinergis sudah lama diketahui. Infeksi berat dapat memperburuk keadaan gizi melalui gangguan makan dan meningkatnya kehilangan zat-zat gizi esensial tubuh. Sebaliknya *malnutrition* baik ringan sampai berat berpengaruh negatif terhadap daya tahan tubuh terhadap infeksi. Keduanya berjalan sinergis, oleh karenanya salah gizi dan infeksi memberi dampak negatif yang lebih besar dibandingkan dengan dampak infeksi dan salah gizi secara terpisah (Pudjiadi, S, 1990).

Hasil analisis hubungan antara penolong persalinan dengan kejadian infeksi 2 minggu terakhir menunjukkan bahwa dari 270 responden yang persalinannya ditolong oleh nakes, 48,1% mengalami kejadian infeksi, lebih

tinggi dibandingkan dengan yang ditolong oleh non nakes (41,4%). Hasil uji statistik nilai $p > 0,05$ artinya tidak menunjukkan hubungan yang bermakna.

Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan seperti dokter, bidan dan perawat merupakan salah satu indikator pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan peningkatan kesehatan ibu dan anak. Prevalensi ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan berdasarkan hasil Susenas 2004 provinsi DKI sebesar 97% dan di provinsi Jawa Barat sebesar 67,1%. Pengaruh tenaga kesehatan merupakan faktor pendorong perilaku dan pola asuh positif bagi ibu pada bayi misalnya pemberian ASI eksklusif (BPS, 2004).

Hasil analisis hubungan antara pemeriksa ANC ibu hamil dengan kejadian infeksi menunjukkan bahwa, 45,9% responden yang pada saat hamil diperiksa oleh nakes (dokter, bidan dan atau perawat) mengalami kejadian infeksi, lebih rendah dibandingkan dengan yang diperiksa oleh non nakes (48,4). Hasil uji statistik nilai $p > 0,05$ artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara pemeriksa ANC dengan kejadian infeksi.

Pemeriksa ANC dan penolong persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan merupakan salah satu pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit, pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, ANC, pertolongan persalinan, penimbangan balita dan lain-lain. Ketidakterjangkauan pelayanan kesehatan dapat disebabkan karena rendahnya pengetahuan, akses yang jauh, tidak mampu membayar, pendidikan rendah dan sebagainya (WHO,2000).

Ada hubungan yang bermakna antara penolong persalinan dengan praktek pemberian MP-ASI dini, dimana ibu yang persalinannya ditolong oleh selain tenaga kesehatan akan 1,653 kali berisiko lebih dini memberikan MP-ASI kepada bayinya dibandingkan ibu yang persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan (Haeranah, Nur, 2004).

Hasil penelitian yang sama dilakukan oleh Achadi dan Costello, 1991 bahwa wanita yang persalinannya dibantu oleh bidan tradisional atau dukun akan lebih dini menghentikan menyusui bayinya, sehingga akan memberikan bayinya MP-ASI lebih dini. Di kota-kota besar praktek pemberian MP-ASI dini yang dilakukan ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan seperti rumah sakit/klinik

lebih tinggi, namun demikian kejadian infeksi pada bayi mereka lebih kecil karena terjaminnya akses dan fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini bertolak belakang dengan praktek pemberian MP-ASI di daerah pedesaan, praktek pemberian MP-ASI tinggi tetapi kejadian infeksi pada bayi mereka juga tinggi karena tidak adanya akses dan terbatasnya fasilitas pelayanan kesehatan disamping keadaan ekonomi sosial keluarga.

Pemberian MP-ASI secara dini dapat mengakibatkan *undernutrition* pada bayi yang dapat meningkatkan terjadinya infeksi. (Cameron, et al, 1983). Dengan meningkatnya risiko infeksi maka akan meningkat pula risiko kematian yang akan berdampak pada tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) (Nugraheni, 2002).

Hasil analisis hubungan antara status imunisasi bayi dengan kejadian infeksi menunjukkan bahwa dari 34 bayi yang status imunisasinya lengkap, 67,6% mengalami infeksi, sedangkan dari 265 bayi yang status imunisasinya tidak lengkap, hanya 44,9% yang mengalami infeksi. **Hubungan ini secara statistik bermakna ($p < 0,05$)**. Status imunisasi dilihat pada saat umur bayi belum cukup umur untuk mendapatkan imunisasi dan data dasar yang dilakukan secara cross sectional sehingga tidak melakukan penelitian secara longitudinal dampak dari pemberian imunisasi pada anak.

Pemberian ASI dapat mempengaruhi respon antibodi dalam vaksin konjugasi. Level antibodi dalam periode awal pemberian ASI, tidak menimbulkan perbedaan. Namun, dalam 12 bulan, bayi yang mendapatkan ASI, secara signifikan antibodinya lebih tinggi dibandingkan bayi yang mendapat asupan susu formula. (Depkes, 2002)

Hasil analisis hubungan antara pengeluaran pangan dan non pangan dengan kejadian infeksi menunjukkan bahwa dari 235 responden yang pengeluaran pangan dan non pangan \geq UMP, 48,1% mengalami kejadian infeksi. sedangkan 64 responden yang $<$ UMP, 45,3% mengalami infeksi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p > 0,05$ artinya tidak menunjukkan hubungan yang bermakna.

Salah satu faktor yang berhubungan dengan status gizi adalah status ekonomi sosial keluarga. Ukuran tingkat kesejahteraan keluarga dilihat dari komposisi pengeluaran untuk makanan dan non makanan. Dikatakan sejahtera

bila prosentase pengeluaran untuk makanan semakin kecil dibanding total pengeluaran. Hasil susenas tahun 2004, pengeluaran rata-rata per kapita per bulan penduduk di perkotaan sebesar Rp 319.220 dengan pengeluaran untuk makanan sebesar 54,58%. Sedangkan pengeluaran per kapita per bulan penduduk pedesaan sebesar Rp 235.337 dengan pengeluaran untuk makanan sebesar 45,42% (BPS, 2004).

Kejadian infeksi berulang pada bayi selain faktor daya tahan tubuh dan status gizi juga dapat disebabkan karena rendahnya pendapatan keluarga. Dengan semakin rendahnya pengeluaran keluarga untuk pangan dan non pangan termasuk kesehatan, maka kebutuhan gizi bayi dan keluarga tidak terpenuhi, demikian pula kejadian infeksi semakin meningkat karena tidak terjangkau biaya pengobatan dan akses pelayanan kesehatan tidak mendukung. Keluarga miskin umumnya menganggap hal yang biasa bila bayi dan anak mereka mengalami panas, batuk, pilek atau diare. Pengobatan tradisional banyak dilakukan oleh keluarga miskin bila bayi/anak sakit. Bahkan kalau belum terjadi keseriusan atau kegawatan penyakit pada anak, mereka tidak melakukan tindakan segera untuk berobat ke dokter atau puskesmas.