



UNIVERSITAS INDONESIA

**STATUS GIZI SELAMA HAMIL DENGAN PERSEPSI
KETIDAKCUKUPAN ASI (PKA) DI PUKESMAS KECAMATAN
TANJUNG PRIOK JAKARTA UTARA TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan
di Program Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan Kesehatan Reproduksi**

MARISI PANJAITAN

0806384872

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA EKSTENSI KESMAS
PEMINATAN KESEHATAN REPRODUKSI
DEPOK
JUNI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**STATUS GIZI SELAMA HAMIL DENGAN PERSEPSI
KETIDAKCUKUPAN ASI (PKA) DI PUSKESMAS KECAMATAN
TANJUNG PRIOK JAKARTA UTARA TAHUN 2011**

SKRIPSI

MARISI PANJAITAN

O806384872

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA EKSTENSI KESMAS
DEPOK
JUNI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : MARISI PANJAITAN

NPM : 0806384872

Tanggal : 25 JUNI 2011

Tanda Tangan :



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Marisi Panjaitan
NPM : 0806384872
Program Studi : Kesehatan Reproduksi
Judul Skripsi : Status Gizi Selama Hamil Dengan Persepsi
Ketidacukupan ASI (PKA) Di Puskesmas
Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara
tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Ir. Ahmad Syafiq M.Sc., Ph.D

Penguji : drg Sandra Fikawati, MPH

Penguji : Metry Aderita R.,SKM

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 25 Juni 2011

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Marisi Panjaitan
NPM : 0806384872
Mahasiswa Program : S1 Ekstensi Kesmas
Tahun Akademik : 2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul Status Gizi Selama Hamil Dengan Persepsi Ketidakeukupan ASI (PKA) Di Puskesmas Tanjung Priuk Tahun 2011 apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 25 Juni 2011



(Marisi Panjaitan)

KATA PENGANTAR

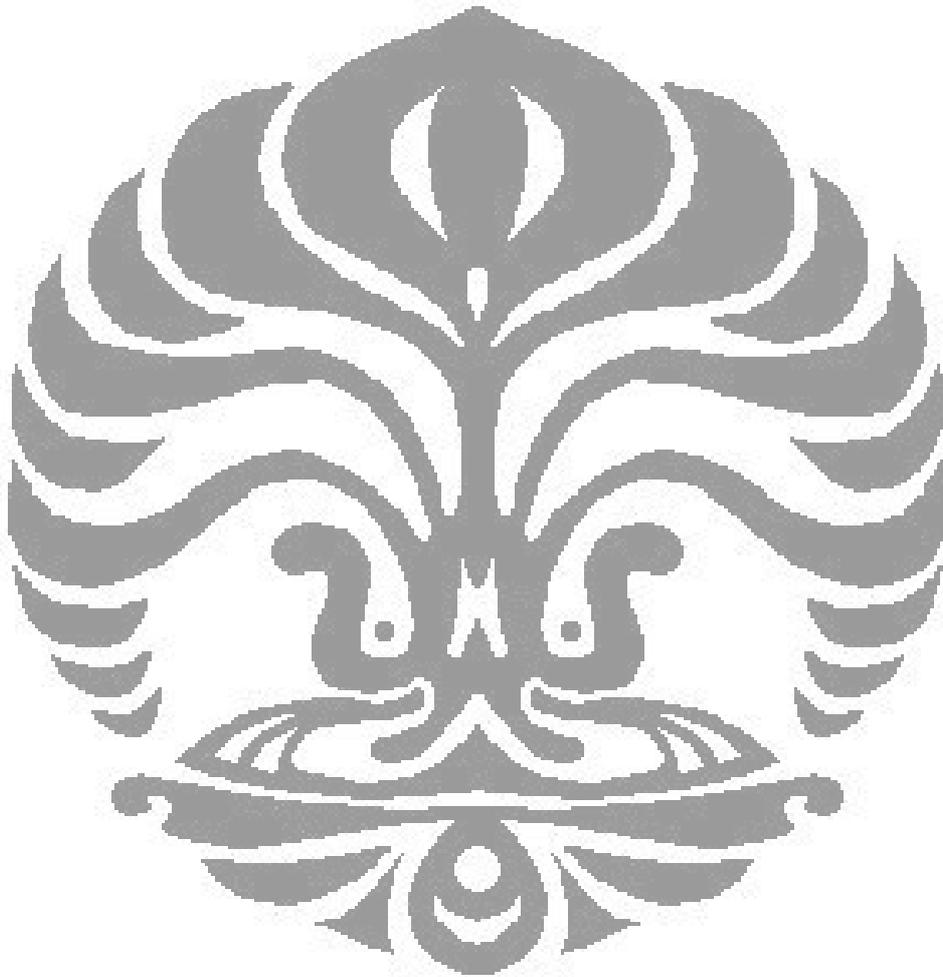
Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul Status Gizi Selama Hamil Dengan persepsi ketidakcukupan ASI (PKA) Di Puskesmas Tanjung Priok Tahun 2011 Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Reproduksi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ir. Ahmad Syafiq M.Sc., Ph.D selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini
2. drg Sandra Fikawati MP.h dan Merry Aderita R.,SKM selaku dewan penguji
3. Kepala Dinas Kesehatan Jakarta Utara yang telah memberikan ijin penulis untuk melakukan penelitian di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara
4. Kepala Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok beserta staf yang telah banyak membantu usaha penulis dalam memperoleh data yang diperlukan untuk penelitian
5. Orang tua dan keluarga yang selalu mendoakan penulis dan memberikan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini
6. Suamiku Riston Pangaribuan serta anakku Monica Hotma Elya tercinta yang selalu mendampingi dan memberikan bantuan dukungan moral dan material
7. Teman-teman seangkatan yang memberikan dorongan dan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 22 Juni 2011

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

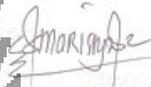
Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Marisi Panjaitan
NPM : 0806384872
Program Studi : SI-Ekstensi Kesmas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas-Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty - Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul *Status Gizi Selama Hamil Dengan persepsi ketidakcukupan ASI (PKA) Di Puskesmas Tanjung Priok Tahun 2011*, beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 25 juni 2011

Yang menyatakan


Marisi Panjaitan

ABSTRAK

Nama : Marisi Panjaitan
Program Studi : Kesehatan Reproduksi
Judul : Status Gizi Selama Hamil Dengan Persepsi
Ketidacukupan ASI di Puskesmas Kecamatan
Tanjung Priok Tahun 2011

Pemahaman ketidacukupan ASI didefinisikan sebagai keadaan dimana seorang ibu telah atau menganggap dirinya tidak lagi memiliki ketersediaan ASI dan hal ini merupakan alasan utama lepas susu lebih awal. Penelitian ini merupakan penelitian analitik *cross sectional* dengan menggunakan data primer dan sekunder yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara status gizi selama hamil dengan persepsi ketidacukupan ASI di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok yang belum pernah dilakukan sebelumnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status gizi yang tidak sesuai rekomendasi, umur ≤ 30 tahun, ibu bekerja, hamil anak pertama, tidak adanya bimbingan laktasi, pengetahuan, dan dukungan nakes mempengaruhi ketidacukupan ASI. Agar persepsi ibu tentang ketidacukupan ASI tidak dijadikan alasan utama untuk menghentikan ASI maka perlunya peningkatan status gizi selama hamil serta penyuluhan oleh nakes tentang ASI Eksklusif.

Kata Kunci : Ketidacukupan, Persepsi, ASI.

ABSTRACT

Name : Marisi Panjaitan
Study Program : Health reproduction
Title : **Nutritional Status During Pregnancy With the perception of breast milk inadequacy in Tanjung Priok Primary Health Care in 2011**

The understanding of breast milk is defined as a situation where a mother has or thinks she is no longer has the availability of breast milk and this is the main reason of early weaning. This research is a cross sectional analytic study using primary and secondary data aimed to determine the relationship between nutritional status during pregnancy with the perceived insufficient milk in Tanjung Priok public health center that has not been done before. The result shows that nutritional status that is not relevant to the recommendation, age under 30 years old, working mother, first pregnancy, no guidance about lactation, knowledge, and support from health worker are affecting inadequacy of breast milk. In order mothers perception about breast milk inadequacy can not be use as the main reason to stop breast feeding, therefore improving nutritional status during pregnancy and counseling by the health worker are needed.

Key Words : Inadequacy, perception, breast milk.

DAFTAR ISI

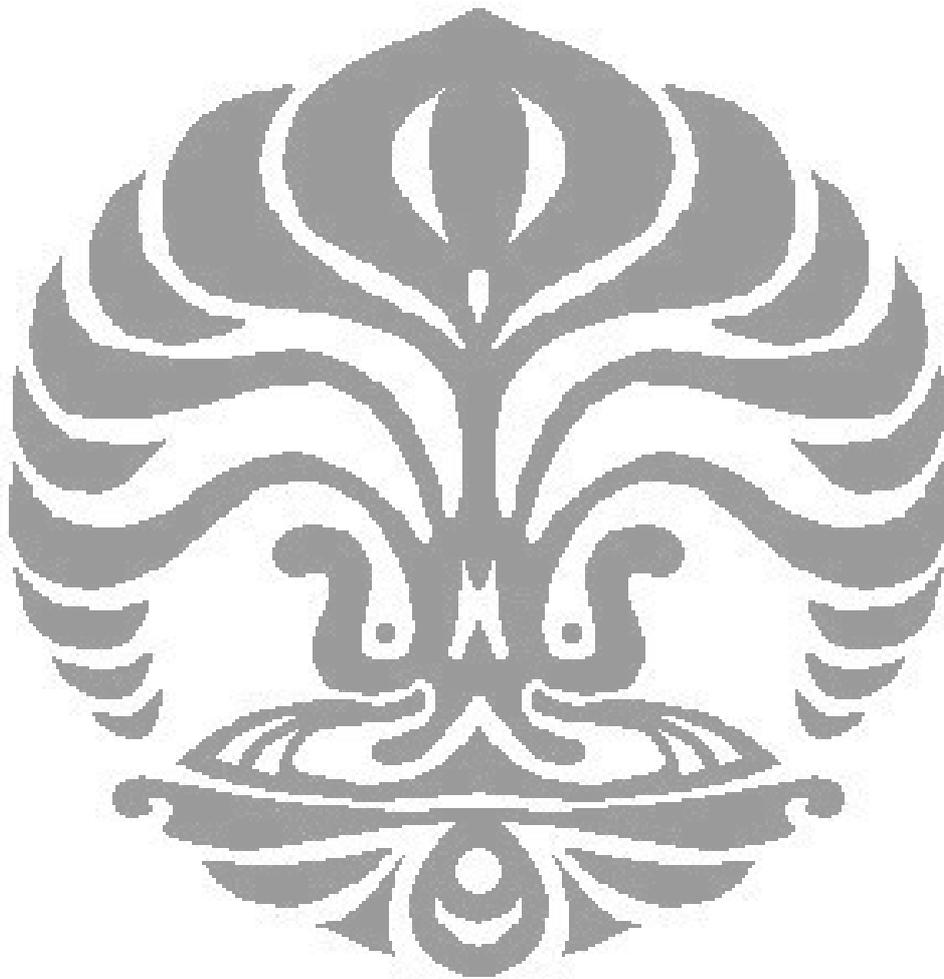
HALAMAN PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR BAGAN	ix
I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Untuk Puskesmas	7
1.4.2 Untuk Peneliti	7
1.4.3 Untuk Ibu Menyusui	8
II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Persepsi	9
2.2 Pengertian laktasi	15
2.3 Komposisi ASI	16
2.4 Kecukupan ASI	18
2.5 Keuntungan Menyusui	20
2.6 Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Produktivitas ASI	21
2.7 Tanda-tanda bahwa bayi mendapatkan cukup ASI	23
2.8 Sindrom ASI Kurang	24
2.9 Dukungan Keluarga	25
2.10 Gizi Ibu Selama Kehamilan	29
2.11 Inisiasi Menyusui Dini (IMD)	32
III. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	34

3.2 Definisi Operasional	35
3.3 Hipotesis Penelitian	38
IV. METODOLOGI PENELITIAN	40
4.1 Desain Penelitian	40
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	40
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian	41
4.4 Pengumpulan Data	42
4.5 Pengolahan Data	43
4.5 Analisis Data	
V. HASIL PENELITIAN	
5.1 Analisis Univariat	44
5.2 Analisis Bivariat	50
VI. PEMBAHASAN	
6.1 Gambaran Ketidacukupan ASI Responden	62
6.2 Hubungan Status Gizi Selama Hamil Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	62
6.3 Hubungan Umur Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	63
6.4 Hubungan Kenaikan Berat Badan Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	64
6.5 Hubungan Pekerjaan Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	64
6.6 Hubungan Paritas Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	65
6.7 Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	66
6.8 Hubungan Berat Badan Lahir Bayi Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	67
6.9 Hubungan IMD Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	68
6.10 Hubungan Bimbingan Laktasi Prenatal Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	69
6.11 Hubungan Dukungan Petugas Kesehatan Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	70
6.12 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	71
6.13 Hubungan Pengetahuan Ibu tentang ASI Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	72

VII. KESIMPULAN DAN SARAN

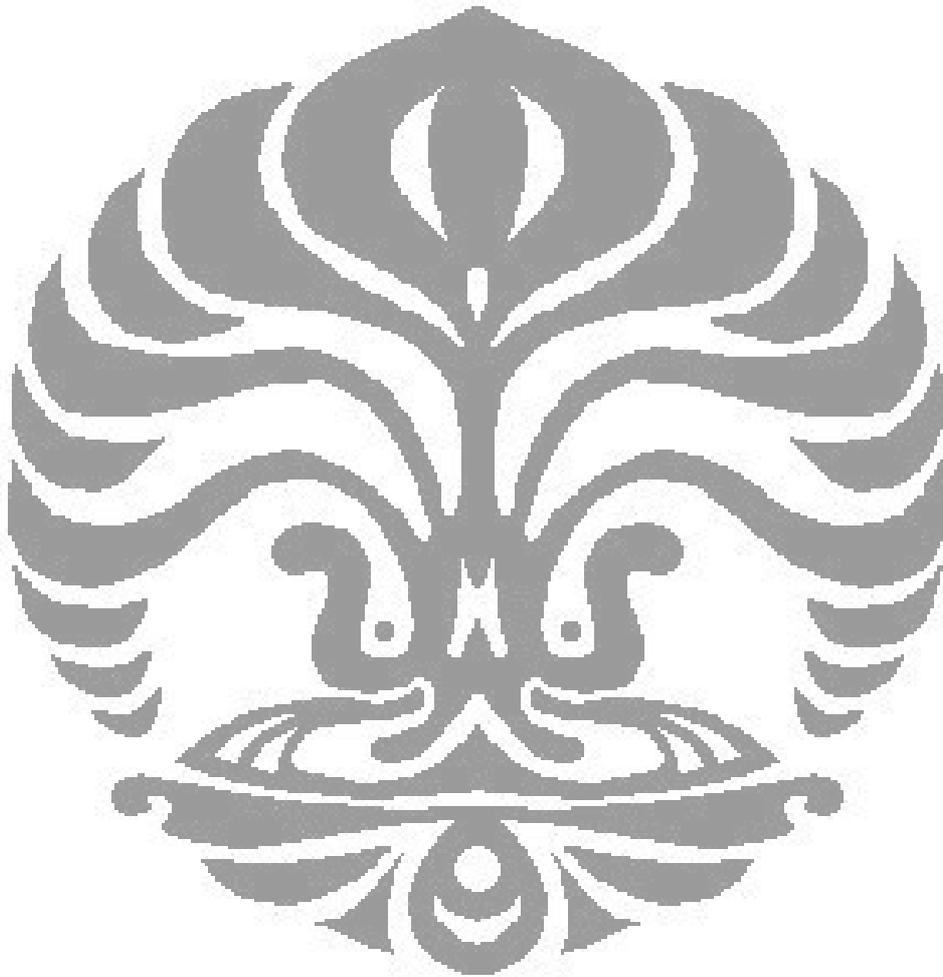
7.1 Kesimpulan 74
7.2 Saran 75

DAFTAR PUSTAKA



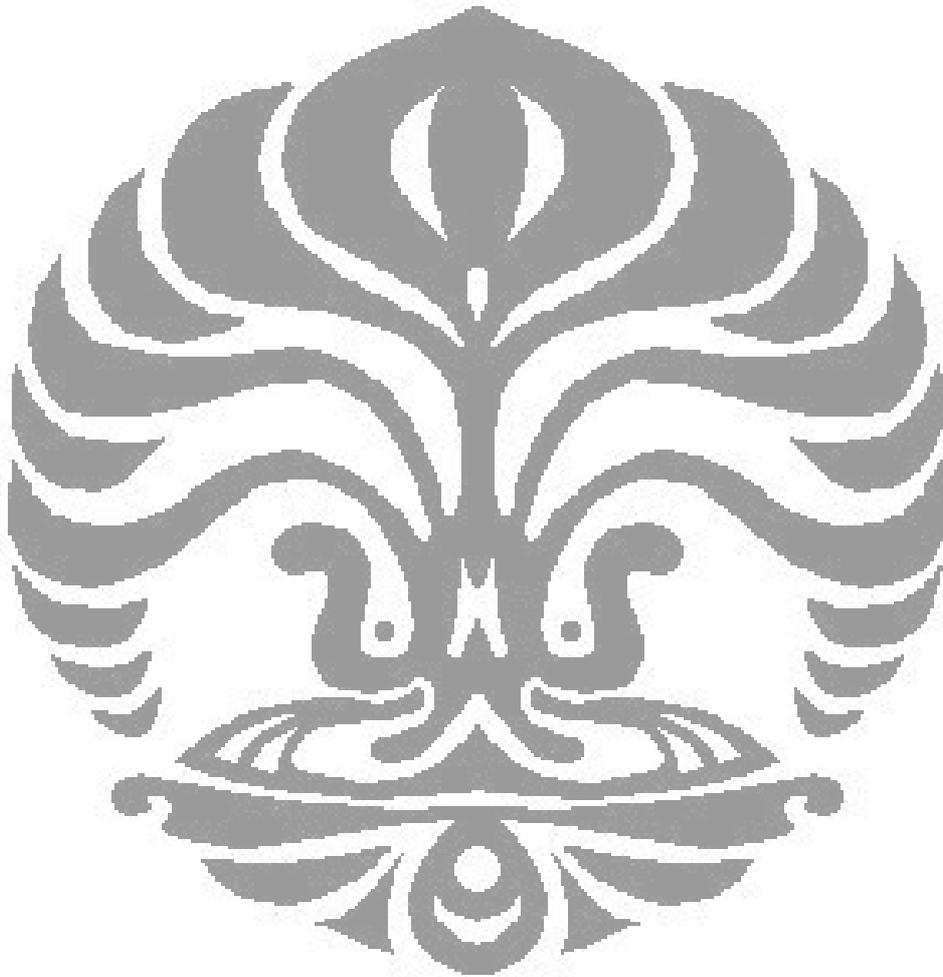
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Katagori berat badan berdasarkan BMI.....	30
Tabel 2.2	Penambahan berat badan	30
Tabel 3.1	Definisi Operasional	35
Tabel 5.1	Hasil penelitian Analisis Univariat	44
Tabel 5.2	Hasil Penelitian Analisis Bivariat	50



DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1	Kerangka Teori	14
Bagan 3.2	Kerangka Konsep	34



BAB I PENDAHULUAN

A . Latar Belakang

Air susu ibu (ASI) merupakan nutrisi terbaik pada awal usia kehidupan bayi. ASI ibarat emas yang diberikan gratis oleh Tuhan karena ASI adalah cairan hidup yang dapat menyesuaikan kandungannya yang dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi (Suryoprajogo, 2009).

Sejak masa kehamilan, janin menerima nutrisi dari ibu melalui plasenta. Pada masa bayi didalam tubuh ibu secara alami telah disediakan makanan yang dibutuhkan untuk perkembangan dan pertumbuhan selanjutnya berupa ASI. Studi kedokteran yang dilakukan di Eropa menunjukkan angka kematian dan kesakitan bayi yang diberikan ASI lebih rendah dari pada yang diberi susu formula (Febrianti, 2008).

Di Amerika Serikat, data nasional menunjukkan diluar meningkatnya angka ibu yang melakukan inisiasi pemberian ASI, banyak ibu yang tidak bisa melakukan pemberian ASI eksklusif dan durasi yang direkomendasikan. Angka tertinggi berhentinya pemberian ASI Eksklusif terjadi pada minggu pertama setelah melahirkan (Centers for Disease Control and Prevention, 2006). Rendahnya angka dari eksklusifitas dan durasi pemberian ASI telah memaksa peneliti dan dokter untuk memeriksa faktor-faktor yang mempengaruhi kesuksesan seorang ibu pada saat inisiasi pemerberian ASI. Kekurangan Ketersediaan ASI merupakan alasan yang paling sering dikemukakan pada saat para ibu di seluruh populasi di dunia berhenti memberikan ASI (WHO, 2000)

Angka kematian bayi (AKB) merupakan salah satu indikator yang digunakan dalam menentukan derajat kesehatan suatu negara. AKB Indonesia masih menempati posisi yang rendah di kalangan negara- negara ASEAN. Dengan posisi 35/1000 kelahiran hidup (KH), Indonesia menempati urutan keenam, negara- negara yang berada diatas Indonesia adalah Singapura (3/1000), Brunai Darussalam (6/1000), Malaysia (8/1000), Filiphina (29/1000), Thailand (24/1000), dan vietnam (30/1000). Sedangkan negara yang berada di bawah

Indonesia adalah Myanmar (70/1000), Laos (87/1000), dan Kamboja (96/1000) (Jurnal Kesehatan FKM UI, 2009).

Dalam upaya menurunkan angka kematian tersebut berbagai upaya dilakukan, seperti imunisasi, persalinan dengan nakes, pemberian ASI segera dan eksklusif. Upaya pencegahan terhadap penyakit infeksi dapat dilakukan apabila kondisi gizi dalam keadaan baik. Salah satu upaya agar gizi bayi tetap prima adalah dengan mendapatkan ASI sedini mungkin dan eksklusif. Air Susu Ibu (ASI) memegang peranan penting dalam menjaga kesehatan dan kelangsungan hidup bayi. Awal menyusui yang baik adalah sesegera mungkin yaitu 30- 60 menit pertama setelah kelahiran. Hisapan bayi pada puting ibu bukan bertujuan untuk memperoleh ASI yang banyak. Tujuan yang lebih penting adalah adanya rangsangan produksi ASI dan kolostrum sudah keluar maka akan diperoleh hanya dalam beberapa tetes.

Kontak awal dan menyusui dini akan memberikan manfaat bagi ibu dan bayi. Ibu yang kontak dan menyusui segera setelah melahirkan akan mempercepat pelepasan plasenta, memperkecil rahim, dan mencegah perdarahan pasca persalinan. Bayi yang diletakkan di perut ibu setelah lahir akan bergerak ke arah puting payudara ibu, hal ini merupakan rangsangan terhadap refleksi yang ada pada bayi. Tetapi pada bayi yang diberikan susu botol maka refleksi ini akan berkurang bahkan bisa hilang hingga 100 %.

Sayangnya tidak semua perempuan bisa memahami dan menghayati perannya. Entah karena pengetahuan yang kurang memadai atau persepsi yang keliru mengenai payudara dan menyusui, pemahaman yang kurang tentang peran dan fungsi ibu, payudara tak selalu dilihat sebagai perangkat untuk menyusui anaknya. Akibatnya air susu ibu atau ASI terbuang percuma. Ibu lebih suka menukarnya dengan susu formula padahal manfaat ASI sampai sekarang belum ada tandingannya.

Penelitian lain yang dilakukan WHO dan UNICEF pada 2006 di negara yakni Brasil, Ghana, India, Oman, Norwegia, dan Amerika Serikat bisa disimpulkan pemberian ASI pada satu jam pertama saat bayi dilahirkan akan menurunkan kematian bayi sebesar 20 %. Apabila itu diterapkan di Indonesia sebanyak 21 ribu bayi bisa selamat, anak-anak Indonesia bisa tumbuh sejajar

dengan anak -anak di negara lain, karena pada dasarnya telah memiliki gizi yang cukup lewat pemberian ASI Eksklusif.

Pemahaman Kekurangan ASI didefinisikan sebagai keadaan dimana seorang Ibu telah atau menganggap dirinya tidak lagi memiliki ketersediaan ASI yang mencukupi kebutuhan bayinya (Hill dan Humenick, 1989). Persepsi ketidakmampuan laktasi karena anggapan kurang cukup suplai ASI atau PIM (*Perceived Insufficient Milk*) biasanya terjadi pada 8 minggu post partum, dimana hal ini menjadi prediktif menurunnya Eksklusivitas. Variabel ini terbukti secara bermakna ($P < 0,001$), 72 % ibu mengeluh sedikit / tidak ada ASI memberikan suplement pada 12 minggu post partum (Hill & Aldaq, 2007).

Banyak dari ibu yang melaporkan bahwa kekurangan ASI sebagai masalah yang paling sering terjadi dalam pemberian ASI dan merupakan alasan utama dari lepas susu lebih awal. Sedangkan berapa jumlah Gejala Kekurangan ASI yang sebenarnya tidak diketahui. Para peneliti melaporkan presentase jumlah ibu yang menyapih lebih awal karena Kekurangan ASI berkisar antara 23% hingga 56% (Schulter, Carter, dan Percival, 2006; Sheehan et al., 2001).

Walaupun para ibu sudah mengetahui manfaat ASI yang sangat banyak, namun pemberian ASI masih rendah. Dari hasil survei SDKI 1997-2007 terlihat penurunan pemberian ASI eksklusif yaitu 40,2%, 39,5% dan 32%, sedangkan pemberian ASI pada bayi umur kurang dari 2 bulan sebanyak 64%, antara 2-3 bulan 45,5% antara 4-5 bulan 13,9% dan antara 6-7 bulan 7,8%. Sementara itu cakupan pemberian susu formula meningkat sebanyak 3 kali lipat sejak tahun 1997 sebesar 10,8% menjadi 32,4% pada tahun 2002 .

Survei yang dilaksanakan pada tahun 2002 oleh Mutritio dan *Health Surveinance System* (HSS) kerjasama dengan Balitbangkes dan Helen Kaller internasional di 4 perkotaan (Jakarta, Surabaya, Semarang, Makasar) dan 8 pedesaan yaitu Sumbar, Lampung, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, dan Sulawesi Selatan menunjukkan bahwa cakupan ASI eksklusif 4 – 5 bulan di perkotaan antara 4% - 12 %, sedangkan di pedesaan 4-25%. Pencapaian ASI Eksklusif 5-6 bulan di perkotaan berkisar antara 1% - 10%, sedangkan di pedesaan 2% - 3 % (Depkes RI, 2005). Berkaitan dengan hal

tersebut dalam Program Perbaikan Gizi Indonesia Sehat 2010 ditetapkan target nasional pencapaian ASI Eksklusif pada tahun 2000 adalah 80%.

Di Wilayah Jakarta Utara, bayi < 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif 28 % dengan durasi ASI eksklusif 18 hari (Survei pengetahuan, perilaku dan cakupan 2006 *dalam* semi loka SOS, desember 2008).

Di wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok pencapaian cakupan ASI Eksklusif pada tahun 2009 sebesar 40%, dan pada tahun 2010 sebesar 60%, mengalami kenaikan 20%. Tetapi cakupan ASI Eksklusif Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok masih berada di bawah target pencapaian ASI Eksklusif nasional yaitu 80% (Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok tahun 2010).

Faktor yang menghambat seorang ibu akan memberikan ASI Eksklusif diantaranya perilaku menyusui yang kurang dapat dukungan, pemberian makanan dan minuman sebelum ASI keluar, ibu kurang percaya diri kalau ASI-nya cukup untuk bayi, ibu kembali bekerja dan gencarnya promosi susu formula. Selain itu sikap petugas kesehatan yang kurang mendukung menghambat keberhasilan ASI Eksklusif.

Pemberian ASI tak lepas dari tatanan budaya. Di dalam buku kehamilan, kelahiran, perawatan ibu dan bayi dalam konteks Budaya (Swasono, 1997) dituturkan berbagai gambaran perilaku menyusui pada masyarakat yang diteliti. Perilaku dibentuk oleh kebiasaan yang bisa diwarnai oleh adat / budaya, tatanan norma yang berlaku di masyarakat sosial, dan kepercayaan/ agama. Perilaku umumnya tidak terjadi secara tiba – tiba. Perilaku adalah hasil dari proses yang berlangsung selama masa perkembangan. Setiap orang selalu terpapar dan tersentuh oleh kebiasaan di lingkungannya serta mendapatkan pengaruh dari masyarakat, baik secara langsung maupun tak langsung. Pemahaman terhadap latar belakang sosial, budaya, agama, dan pendidikan seseorang akan lebih memudahkan upaya mengenal perilaku dan alasan yang mendasarinya. Membantu ibu agar menyusui bayinya dengan benar memerlukan pemahaman tentang perilaku ibu, keluarga, dan lingkungan sosial budayanya dalam hal menyusui .

SDKI tahun 2003 menunjukkan ada beberapa hal yang menghambat pemberian ASI Eksklusif, diantaranya adalah karena rendahnya pengetahuan para ibu mengenai manfaat ASI dan cara menyusui yang benar yaitu sebesar 19,07%,

kurangnya pelayanan konseling laktasi dan dukungan dari petugas kesehatan sebesar 15,23%, persepsi masyarakat yang salah kaprah mengartikan tentang ASI sebesar 20,40%, perilaku bagi para ibu bekerja yang tidak memberikan ASI Eksklusif sebesar 21,12%, dan pemasaran agresif oleh perusahaan-perusahaan pembuat susu bayi yang tidak hanya mempengaruhi para ibu, namun juga para petugas kesehatan sebesar 24,18% (Winoto & Assefa, 2003).

SDKI tahun 2007 di dapatkan data bahwa 95 % balita di Indonesia pernah mendapatkan ASI, 44 % bayi baru lahir mendapatkan ASI dalam 1 jam setelah lahir dan 62 % bayi mendapatkan ASI pada hari pertama namun hanya 32 % bayi mendapatkan ASI eksklusif sampai 6 bulan. Data dari Ross Laboratories Mother Survey di Amerika Serikat pada tahun 2002 menyebutkan bahwa 69 % ibu bekerja penuh (*full time*), 72,9 % ibu bekerja paruh waktu (*part-time*), dan 69 % ibu tidak bekerja pernah melakukan inisiasi menyusui. Namun saat bayi usia 5-6 bulan, hanya 27,1% ibu bekerja penuh, 36,8 % dari ibu bekerja paruh waktu dan 35,2 % ibu tidak bekerja yang masih menyusui anaknya.

Pada umumnya ibu dapat memproduksi ASI yang cukup untuk bayinya dan sangat jarang ditemukan ibu yang tidak memproduksi ASI secara cukup. Oleh karena itu, sangat perlu dibedakan produksi ASI yang memang kurang atau hanya persepsi saja bahwa produksi ASI kurang. Produksi ASI relatif tidak terpengaruh jumlah dan kualitas, kecuali pada ibu yang mengalami malnutrisi berat.

Status gizi ibu selama menyusui merupakan efek dari status gizi ibu sebelum hamil dan selama hamil, namun demikian masih sedikit yang mencurahkan perhatian pada status gizi ibu itu sendiri. Hampir sebagian besar difokuskan pada kuantitas, jumlah ASI yang diproduksi atau pengaruh ASI terhadap pertumbuhan bayi (Dewey et al, 2001 dan *Indtitute of Medicine, 1991*).

Penelitian terhadap wanita Madura memperlihatkan bahwa rata-rata berat badan pra hamil 42,6 kg dengan IMT < 18,5 dianggap KEK. Ibu kurus pada kehamilan pertama IMT < 18,5 setelah 1 dan 12 bulan menyusui tetap kurus (IMT < 18,5) sebesar 33,3% dan 42%. Sedangkan ibu kurus pada kehamilan kedua setelah 1 dan 12 bulan menyusui prevalensinya relatif stabil yaitu 33,5%. Penelitian di Bogor oleh Irawati (2003) menunjukkan bahwa prevalensi ibu kurus semakin besar seiring dengan lamanya waktu menyusui. Prevalensi ibu kurus

dengan IMT <18,5 pada ibu menyusui selama 1, 2, 3 dan 4 bulan berturut-turut adalah 6,7%, 9,4%, 11,9% dan 14,1%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa selama masa menyusui terjadi penurunan status gizi ibu, baik pada ibu dengan status gizi sebelum hamilnya baik maupun yang status gizi sebelum hamilnya kurus.

Memang tidak semua ibu dapat begitu saja mengerti tentang pentingnya pemberian ASI Eksklusif, begitu pula tentang persepsi ibu mengenai produksi ASInya, banyak yang menyatakan bahwa mereka tidak sanggup untuk memberikan ASI kepada bayinya. Sehingga mereka lebih memilih memberikan susu formula kepada bayinya.

1.2 Rumusan Masalah

Tingginya angka kematian bayi di Indonesia yang masih cukup tinggi menjadi sesuatu hal yang mengancam. Ada beberapa cara yang dapat menurunkan angka kematian itu diantaranya adalah dengan memberikan ASI kepada bayi secara eksklusif. Namun tidak semua ibu dapat memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya. Faktor - faktor yang mempengaruhi pemberian ASI diantaranya adalah tingkat pendidikan ibu, persepsi ibu, status gizi ibu saat hamil, kemampuan petugas, pekerjaan, pengetahuan, sikap, serta dukungan dari keluarga. Salah satu alasan utama ibu tidak memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya adalah ibu memiliki persepsi ketidakcukupan ASI.

Berdasarkan Laporan Tahunan di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok pencapaian ASI Eksklusif pada tahun 2010 mengalami Kenaikkan sebesar 20 % dibandingkan dengan tahun 2009. Tetapi pencapaian cakupan ASI eksklusif ini masih di bawah target nasional sebesar 80%.

Berdasarkan hal diatas, penulis tertarik untuk mengetahui hubungan status gizi selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi di daerah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok dan sejauh ini belum ada penelitian yang menjelaskan situasi tersebut.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengetahui

hubungan status gizi selama hamil dengan persepsi ketidakcukupan ASI di daerah di daerah Tanjung Priok.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Diketuainya hubungan antara status gizi ibu selama hamil dengan melakukan IMD
- b Diketuainya gambaran persepsi Ketidakcukupan ASI di wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung priok tahun 2010.
- c. Diketuainya hubungan antara status gizi ibu selama hamil dengan kenaikan berat badan ibu selama kehamilan
- d. Diketuainya hubungan antara status gizi ibu selama hamil dengan pekerjaan ibu
- e. Diketuainya hubungan antara status gizi ibu selama hamil dengan paritas.
- f Diketuainya hubungan antara status gizi ibu selama hamil dengan penggunaan kontrasepsi.
- g. Diketuainya hubungan antara status gizi ibu selama hamil dengan bimbingan laktasi prenatal.
- h. Diketuainya hubungan antara status gizi ibu selama hamil dengan dukungan dari keluarga.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Puskesmas

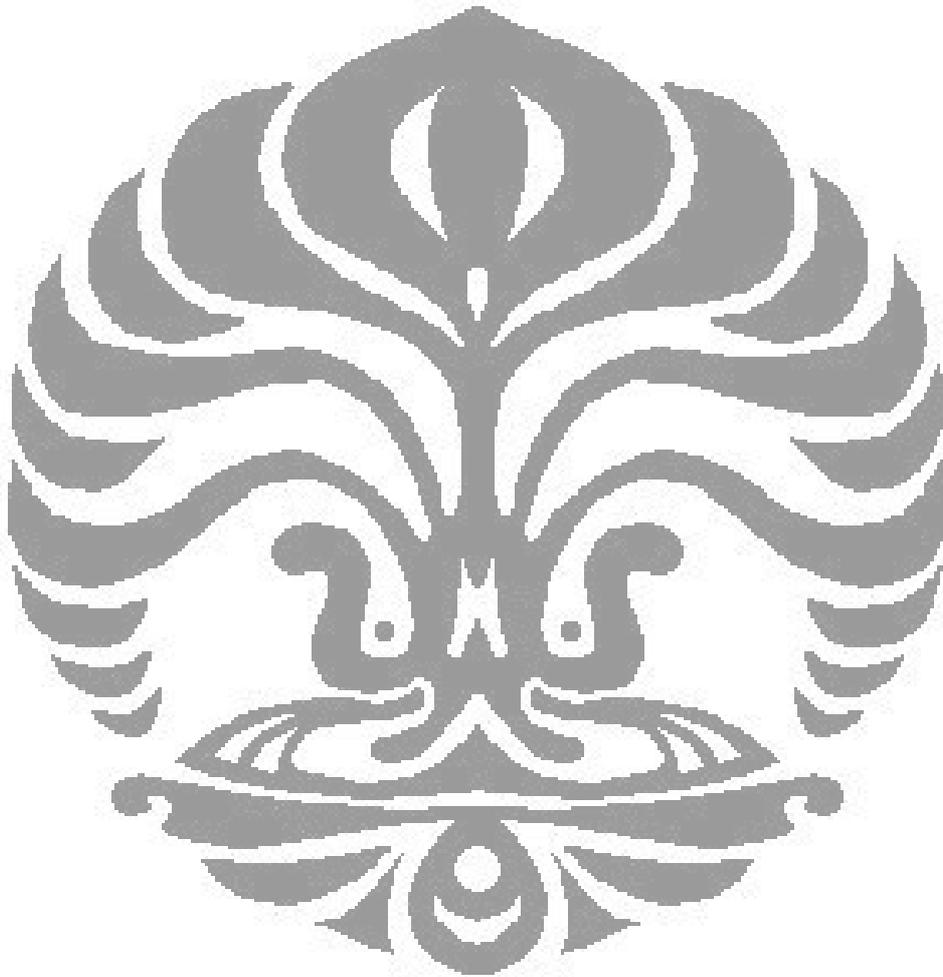
Penelitian ini berguna untuk memberikan masukan bagi pelaksanaan program terutama untuk pengembangan pembinaan puskesmas, sehingga perangkat puskesmas dapat memberikan pengetahuan yang tepat kepada ibu- ibu menyusui.

1.4.2 Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti tentang mengetahui hubungan status gizi ibu selama hamil dengan persepsi ketidakcukupan ASI (PKA)

1.4.3 Ibu Menyusui

Penelitian ini dapat menjadi informasi dan juga dapat memberikan pengetahuan kepada ibu menyusui sehingga mereka dapat memberikan ASI yang eksklusif kepada bayinya.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persepsi

Kehidupan individu tidak lepas dari lingkungannya, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosialnya. Sejak individu dilahirkan, sejak itu pula individu secara langsung berhubungan dengan dunia sekitarnya. Mulai saat itu pula individu secara langsung menerima stimulus dari luar dirinya, dan ini berkaitan dengan persepsi

Istilah persepsi sekarang ini sudah menjadi istilah yang umum dan digunakan oleh orang awam. Sering kali kita dengar ” kesalahan persepsi” pernyataan ini disampaikan ketika ada perbedaan pandangan antara dua orang atau lebih mengenai suatu hal. Persepsi terjadi setelah melalui proses sensasi atau pengindraan.

2.1.1. Pengertian Persepsi

Persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh proses pengindraan, yaitu merupakan proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indra atau juga disebut proses sensoris. Namun proses itu tidak berhenti begitu saja, melainkan stimulus tersebut diteruskan dan proses selanjutnya merupakan proses persepsi. Karena itu proses persepsi tidak dapat lepas dari proses pengindraan , dan proses pengindraan merupakan proses pendahuluan dari proses persepsi. Persepsi dapat didefinisikan sebagai berikut :

- Proses seseorang memahami lingkungan meliputi pengorganisasian dan penafsiran rangsangan dalam suatu pengalaman yang relevan.
- Proses kognitif yaitu menginterpretasi obyek, simbol dan orang dengan pengalaman yang relevan.
- Proses ekstraksi informasi persiapan untuk berespon.
- Persepsi menerima, memilih, mengatur, menyimpan, dan mengintervensi rangsangan menjadi gambaran dunia yang utuh dan berarti

Robbin (2003) mendefinisikan persepsi sebagai proses dimana seseorang mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensasi yang dirasakan dengan tujuan memberi makna terhadap lingkungan

2.1.2 Faktor – faktor yang berperan dalam persepsi

Persepsi individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan stimulus yang diterimanya sehingga stimulus mempunyai arti bagi individu yang bersangkutan. Faktor – faktor yang berperan dalam persepsi dapat dikemukakan ada beberapa faktor, yaitu :

1. Objek yang dipersepsi

Objek menimbulkan stimulus yang mengenai alat indera atau reseptor. Stimulus dapat datang dari dalam individu yang mempersepsi, tetapi juga datang dari dalam diri individu yang bersangkutan yang langsung mengenai syaraf penerima yang bekerja sebagai reseptor.

2. Alat indera, syaraf, dan pusat susunan syaraf

Alat indera atau reseptor merupakan alat untuk menerima stimulus. Disamping itu harus ada syaraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat susunan syaraf, yaitu otak sebagai pusat kesadaran.

3. Perhatian

Untuk menyadari atau untuk mengadakan persepsi diperlukan adanya perhatian, yaitu merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam rangka mengadakan persepsi. Perhatian merupakan permusatan atau konsentrasi dari seluruh aktivitas individu yang ditujukan kepada sesuatu atau sekumpulan objek

2.1.3. Proses Terjadinya Persepsi

Proses terjadinya persepsi dapat dijelaskan sebagai berikut. Objek menimbulkan stimulus dan stimulus mengenai alat indera atau reseptor. Perlu dikemukakan bahwa antara obyek dan stimulus itu berbeda, tetapi ada kalanya bahwa obyek dan stimulus itu menjadi satu, misalnya dalam hal tekanan. Benda sebagai obyek langsung mengenai kulit, sehingga akan terasa tekanan tersebut .

Proses stimulus mengenai alat indra merupakan proses kealaman atau proses fisik. Stimulus yang diterima oleh alat indera diteruskan oleh syaraf sensorik ke otak. Proses ini yang disebut sebagai proses fisiologis.

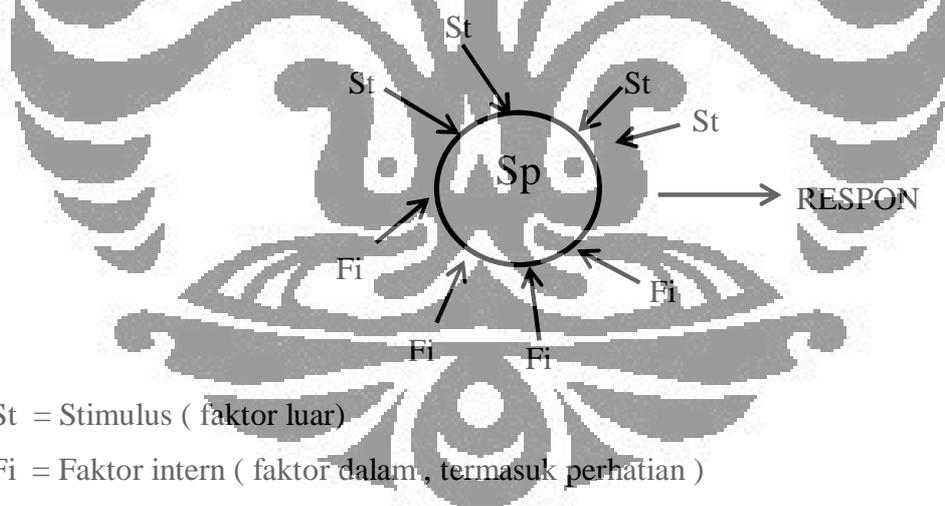
Kemudian terjadilah proses di otak sebagai pusat kesadaran sehingga individu menyadari apa yang dilihat atau apa yang didengar atau apa yang diraba.

Proses yang terjadi dalam otak atau dalam pusat kesadaran inilah yang disebut sebagai proses psikologis.

Dengan demikian dapat dikemukakan bahwa taraf terakhir dari proses persepsi ialah individu menyadari tentang misalnya apa yang dilihat atau apa yang didengar atau apa yang diraba yaitu stimulus yang diterima melalui alat indera. Proses ini merupakan proses terakhir dari persepsi dan merupakan persepsi sebenarnya. Respon sebagai akibat dari persepsi dapat diambil oleh individu dalam berbagai macam bentuk.

Dalam proses persepsi perlu adanya perhatian sebagai langkah persiapan dalam persepsi itu. Hal tersebut karena keadaan menunjukkan bahwa individu tidak hanya dikenai oleh satu stimulus saja, tetapi individu dikenai berbagai macam stimulus yang ditimbulkan oleh keadaan sekitarnya. Namun demikian tidak semua stimulus mendapatkan respon individu untuk persepsi. Stimulus mana yang akan dipersepsi atau mendapatkan respon dari individu tergantung pada perhatian individu yang bersangkutan.

Secara skematis hal tersebut dapat dikemukakan sebagai berikut:



St = Stimulus (faktor luar)

Fi = Faktor intern (faktor dalam, termasuk perhatian)

Sp = Struktur pribadi individu

Skema tersebut memberikan gambaran bahwa individu menerima bermacam – macam stimulus yang datang dari lingkungan . Tetapi tidak semua stimulus akan diperhatikan atau akan diberikan respon. Individu mengadakan seleksi terhadap stimulus yang mengenainya, dan disini berperannya perhatian. Sebagai akibat dari stimulus yang dipilihnya dan diterimanya oleh individu. Individu menyadari dan

memberikan respon sebagai reaksi terhadap stimulus tersebut. Skema tersebut dapat dilanjutkan sebagai berikut

L ——— S ——— O ——— R ——— L

L = Lingkungan

S = Stimulus

O = Organisme atau individu

R = Respon atau reaksi

Namun demikian masih ada pendapat atau teori lain yang melihat kaitan antara lingkungan atau stimulus dengan respon individu. Skema tidak seperti yang dikemukakan diatas, tetapi berbentuk lain yaitu:

L ——— S ——— R ——— L

L = Lingkungan

S = Stimulus

R = Respon

Dalam skema tersebut terlihat bahwa organisme atau individu tidak berperan dalam memberikan respon terhadap stimulus yang mengenainya. Hubungan antara stimulus dengan respon bersifat mekanistik, stimulus atau lingkungan akan sangat berperan dalam menentukan respon atau perilaku organisme.

Robert Kwik (1974) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap. Sikap adalah hanya suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu obyek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan obyek tersebut. Sikap hanyalah sebagian dari perilaku manusia.

Didalam proses pembentukan dan atau perubahan, perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan dari luar individu itu sendiri. Faktor-faktor tersebut antara lain : susunan syarat pusat, persepsi, motivasi, emosi, proses belajar, lingkungan, dan sebagainya.

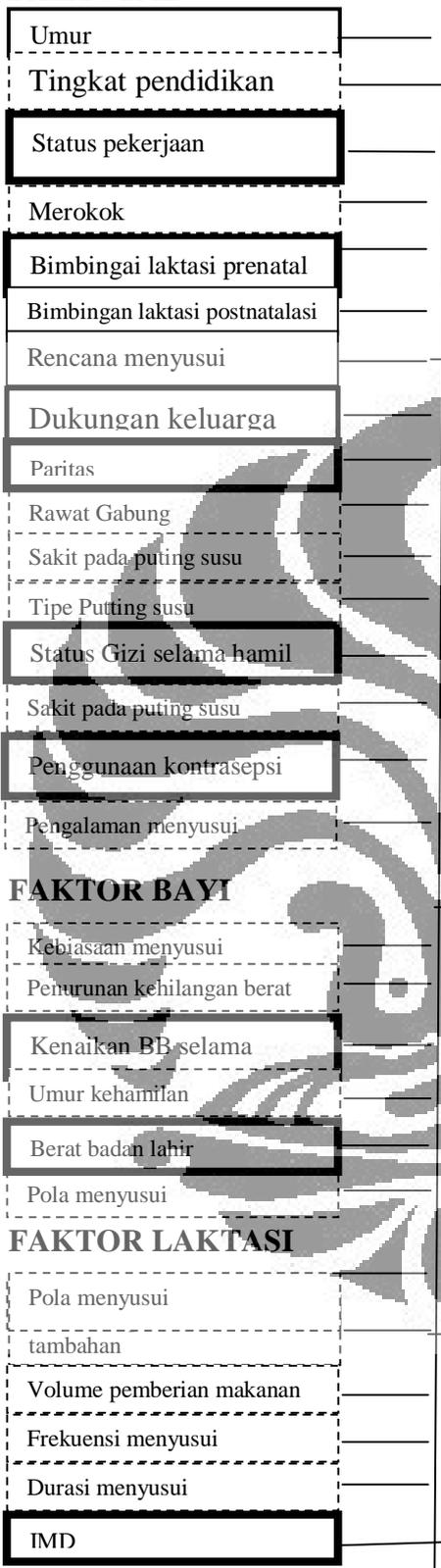
Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah sebagai pengalaman yang dihasilkan melalui panca indra. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda, meskipun mengamati terhadap obyek yang sama. Faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yakni faktor intern dan ektern.

Faktor intern mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi maupun motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti : iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan , dan sebagainya.

Pada umumnya ibu dapat memproduksi ASI yang cukup untuk bayinya dan sangat jarang ditemukan ibu yang tidak memproduksi ASI secara cukup. Oleh karena itu, sangat perlu dibedakan produksi ASI yang memang kurang atau hanya persepsi saja bahwa produksi ASI kurang.

Komposisi ASI tidak selalu sama, disesuaikan dengan kebutuhan bayi setiap saat komposisi ASI akan bervariasi tergantung usia bayi, sehingga ada yang disebut kolostrum, ASI peralihan, dan ASI matur. Komposisi ASI juga bervariasi dari awal hingga akhir menyusui. ASI awal adalah ASI yang bening yang diproduksi pada awal penyusuan. Foremilk banyak mengandung laktosa dan protein. ASI akhir adalah ASI yang lebih putih pekat, diproduksi pada akhir penyusuan. ASI akhir banyak mengandung lemak yang sangat diperlukan sebagai sumber tenaga dan pembentukan otak.

Hal yang sama juga diutarakan oleh Brown , at al (2002) dan Hill dkk (1994) dalam Irnawati (2010) yang mengutarakan tentang persepsi ibu tentang ketidakcukupan ASI dipengaruhi oleh faktor ibu, faktor bayi dan faktor laktasi.

FAKTOR IBU

Sumber Huang, Lee, Mich dan Gaou, 2009, Irawati dkk. (2003), Brown , at al (2002) dan Hill dkk (1994) dalam Irawati (2010)

ASI adalah makanan terbaik untuk bayi, akan mencegah malnutrisi. Karena ASI mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan bayi dengan tepat, mudah digunakan secara efisien oleh tubuh bayi dan melindungi bayi terhadap infeksi. Kira-kira selama tahun pertama kehidupannya, sistem kekebalan bayi belum sepenuhnya berkembang dan tidak bias melawan infeksi seperti halnya anak yang lebih besar atau orang dewasa, oleh karena itu zat kekebalan yang terkandung dalam ASI sangat berguna.

2.2 Pengertian Laktasi

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI. Laktasi merupakan bagian Integral dari siklus reproduksi mamalia termasuk manusia (Depkes, 2005).

Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan bayi yang mengandung zat gizi yang optimal yang dapat meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi, terutama pada bulan pertama kehidupan bayi. Para ahli telah meneliti bahwa kadar gizi makro dan mikro dalam ASI sangat baik dibandingkan susu sapi (Lawrence, 1994). Pemberian ASI mempunyai pengaruh biologis dan emosional yang luar biasa terhadap kesehatan ibu dan anak serta terhadap hubungan yang erat antara menyusui Eksklusif dan penjarangan kelahiran (Sunardi, 2001).

ASI Eksklusif adalah memberikan hanya ASI tanpa makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, kecuali obat dan vitamin (Depkes, 2003). Menurut WHO-UNICEF (2001) pemberian ASI Eksklusif mencakup hal-hal berikut : hanya ASI 4-6 bulan, menyusui dimulai < 30 menit setelah bayi lahir, tidak memberikan makanan prelaktal seperti air tajin, air gula, madu, dsb kepada bayi lahir. Memberikan kolostrum/ASI pada hari-hari pertama yang bernilai gizi tinggi pada bayi, menyusui sesering mungkin, termasuk pemberian ASI pada malam hari dan cairan yang diperolehnya adanya vitamin, mineral, dan obat-obatan dalam bentuk tetes atau sirup.

Lawrence (1994) membagi kategori pemberian ASI adalah sebagai berikut : pemberian ASI Penuh, pemberian ASI secara partial (tinggi bila pemberian ASI mencapai 80%, medium bila mencapai 79-20%, dan rendah bila mencapai < 20% dan *token breast feeding* yaitu ASI diberikan secara terjadwal baik frekuensi maupun waktu pemberiannya berdasarkan aturan waktu/jam, dan bayi diberi air atau air gula dalam

botol. *Token breast feeding* sangat dilarang karena selain menggagalkan pemberian ASI Eksklusif, juga mengakibatkan bayi menjadi bingung puting.

2.3 Komposisi ASI

ASI merupakan larutan kompleks yang mengandung karbohidrat, lemak, dan protein. Karbohidrat utama dalam ASI adalah laktosa. Di dalam usus halus laktosa akan dipecah menjadi glukosa dan galaktosa oleh enzim lactase. Produksi enzim lactase pada usus halus bayi kadang-kadang belum mencukupi, untungnya lactase terdapat dalam ASI. Sebagian laktosa akan masuk ke usus besar, dimana laktosa ini akan difermentasi oleh flora usus (bakteri baik pada usus) yaitu laktobasili. Bakteri ini akan menciptakan keadaan asam dalam usus yang akan menekan pertumbuhan kuman pathogen (kuman yang menyebabkan penyakit) pada usus dan meningkatkan absorpsi (penyerapan) kalsium dan fosfor.

Kurang lebih 50% energi yang terkandung pada ASI berasal dari lemak, atau kurang lebih terdapat 40 gram lemak dalam 1 liter ASI (40gr/L). Lemak dalam ASI ada dalam bentuk butiran lemak yang absorpsinya ditingkatkan oleh BSSL (Bile Salt-stimulated lipase). Asam lemak yang terkandung pada ASI kaya akan asam palmitat, asam oleat, asam linoleat dan asam alfa linolenat. Trigliserida adalah bentuk lemak utama pada ASI dengan kandungan antara 97%-98%. ASI sangat kaya asam lemak esensial yaitu asam lemak yang tidak bias diproduksi tubuh tetapi sangat diperlukan untuk pertumbuhan otak. Asam lemak esensial tersebut adalah asam linoleat 8-17%, asam α linolenat 0,5-1,0%, dan derivatnya yaitu asam arakidonat (AA) 0,5-0,7% dan asam dokosaheksanoat (DHA) 0,2-0,5%. Lemak pada ASI didapatkan pada Hindmilk (susu akhir). Bayi mendapatkan kebutuhannya sebagian besar dari lemak. Karena itu penting sekali untuk membiarkan bayi menyusu pada satu payudara sampai habis dan baru di pindahkan ke payudara satunya apabila bayi masih menginginkannya. Menghentikan bayi yang sedang menyusu akan mengurangi lemak yang didapatkan, dengan demikian bayi tidak mendapat cukup energi. Selain itu menghentikan bayi yang menyusu bisa menyebabkan “hipergalaktia “. Kejadian hipergalaktia bisa muncul karena ibu memberikan ASI dalam waktu sebentar (5-10 menit) pada satu sisi dan kemudian pindah ke payudara lain. Akibatnya pengosongan payudara tidak optimal dan bayi

mendapat sejumlah besar foremilk yang mengandung laktosa dan sedikit hindmilk yang banyak mengandung lemak. Akibat lain hipergalaktia adalah timbulnya malabsorpsi (gangguan pencernaan), pembentukan gas yang berlebihan sehingga bayi kembung, dan terjadinya gagal tumbuh pada bayi karena bayi hanya mendapatkan sedikit lemak.

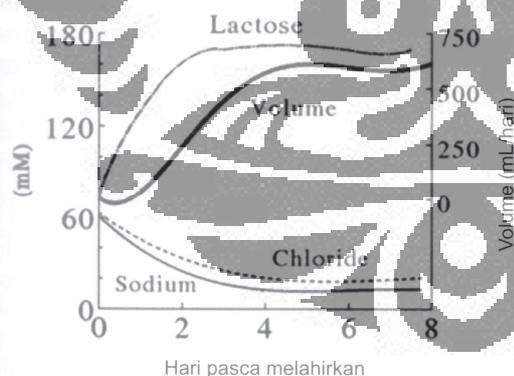
Kandungan protein dalam ASI dalam bentuk whey 70% dan kasein 30%, dengan variasi komposisi whey : kasein adalah 90 :10 pada hari ke 4 –ke10 setelah melahirkan, 60 : 40 pada ASI Matur (hari ke11 sampai 240) dan 50 : 50 setelah hari ke 240. Pada susu sapi perbandingan whey : kasein adalah 18 : 82. Protein whey tahan terhadap susasana asam dan lebih mudah diserap sehingga akan mempercepat pengosongan lambung. Selain itu protein whey mempunyai fraksi asam amino fenilalanin, tirosin, dan metionin dalam jumlah lebih rendah dibanding kasein, tetapi dengan kadar taurin lebih tinggi. Komponen utama protein whey ASI adalah alfa-laktalbumin, sedangkan protein whey pada susu sapi adalah beta-laktoglobulin. Laktoferin, lisozim, dan sIgA adalah merupakan bagian dari protein whey yang berperan dalam pertahanan tubuh.

Kandungan zat aktif lain dalam ASI yang terutama bekerja untuk berfungsi kekebalan tubuh adalah komponen protein (α -laktalbumin, β -laktoglobulin, kasein, enzim, faktor pertumbuhan, hormone, laktoferin, lisozim, sIgA, dan immunoglobulin lain), nitrogen non protein (α -aminonitrogen, keratin, kreatinin, glukosamin, asam nukleat, nukleotida, poliamin, urea, asam urat), karbohidrat (laktosa, oligosakarida, glikopeptida, faktor bifidus), lemak (vitamin larut dalam lemak-A,D,E,K,- karotenoid, asam lemak, fosfolipid, sterol dan hidrokarbon, trigliserida), vitamin yang larut dalam air (biotin, kolin, folat, inositol, niasin, asam pantotenat, riboflavin, tiamin, vitamin B12, B6, C), mineral dan ion (bikarbonat, kalsium, klorida, sitrat, magnesium, fosfat, kalium, natrium, sulfat), trace mineral (kromium, kobalt, copper, fluorid, iodine, mangan, molybdenum, nickel, selenium dan seng), serta sel (sel epitelial, leukosit, limfosit, makrofag, dan neutrofil). Sehingga dapat dimengerti dengan mendapatkan ASI, bayi mendapatkan kekebalan terhadap berbagai penyakit seperti radang paru-paru, radang telinga, diare, dan juga mengurangi resiko alergi.

2.4 Kecukupan ASI

Setelah melahirkan seorang ibu memerlukan keterampilan khusus untuk merawat bayinya, memberikan ASI dengan secara benar baik pelekatan (attachment) maupun posisinya. Pada umumnya ibu akan terampil dan menyusui menjadi mantap setelah beberapa hari – minggu. Produksi ASI akan meningkat segera setelah lahir sampai usia 4-6 minggu dan setelah itu produksinya akan menetap. Produksi ASI pada hari pertama dan kedua sangat sedikit tetapi akan meningkat menjadi ± 500 ml pada hari ke 5, 600 sampai 690 ml pada minggu ke-2, dan kurang lebih 750 ml pada bulan ke 3, ke 5. Produksi ASI ini akan menyesuaikan kebutuhan bayi (on demand). Jika saat itu bayi mendapat tambahan makanan dari luar (misalnya susu formula), maka kebutuhan bayi akan ASI berkurang dan berakibat produksi ASI akan turun. ASI sebanyak 750-1000ml/hari menghasilkan energi 500-700 kkal/ hari, yaitu setara dengan energi yang diperlukan bayi dengan berat badan 5-6 kg. volume ASI pada minggu pertama setelah melahirkan tampak pada Gambar 1.

Produksi ASI akan menyesuaikan kebutuhan bayi, oleh karenanya sangat dianjurkan untuk menyusui secara on demand, artinya sesuai dengan keinginan bayi. Suatu penelitian di Rusia dengan memberikan 4 perlakuan berbeda pada bayi baru lahir.



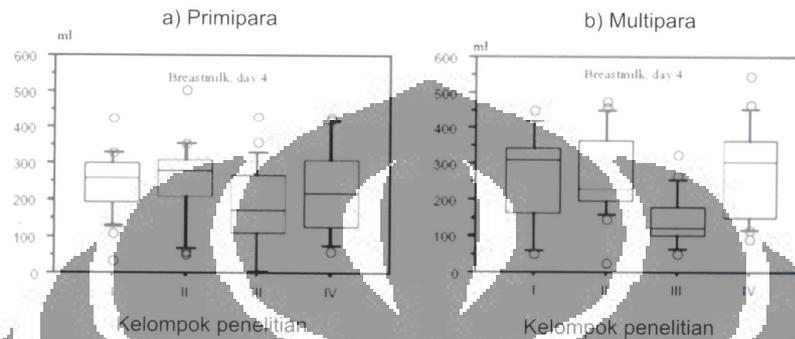
Gambar 2.1 Volume ASI pada minggu pertama kelahiran.

Sumber : Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2010, *Indonesia dan Menyusui*, IDAI Jakarta.

Tampak volume ASI pada hari 1 sekitar 60-80 ml/hari, tetapi akan meningkat pesat menjadi 600ml/ hari pada hari ke 4 setelah melahirkan. Bayi mempunyai cadangan

sampai 3 hari pertama, sehingga volume yang sedikit pada hari ke1 dan ke2 setelah lahir tidak menjadi masalah bagi bayi (sumber : Neville. Clin Perinatol.1999;26;251-79).

Indonesia Menyusui



Gambar 2.2 Perbedaan volume ASI pada hari ke 4 Pada primipara (ibu yang melahirkan pertama kali) dan multipara (ibu yang melahirkan anak ke 2 atau lebih) pada 4 kelompok perlakuan yang berbeda.

Sumber : Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2010, *Indonesia dan Menyusui*, IDAI Jakarta.

Kelompok 1 inisiasi menyusui dini (IMD) dengan *skin to skin contact*, kelompok 2 IMD tanpa *skin to skin contact*, kelompok 3 tidak dilakukan IMD dan rawat gabung: kelompok 4 tidak dilakukan IMD tetapi rawat gabung. (sumber: Bystrova dkk. Int Breastfee J.2007:1-14).

Memperlihatkan hasil seperti pada Gambar 2. Kelompok 1 bayi dilakukan IMD 25-120 menit setelah lahir dan *skin to skin contact*, bayi tidak memakai baju dan setelah itu dilakukan rawat gabung, bayi dan ibu dalam 1 kamar sehingga bayi menyusui *on demand*. Kelompok 2 dilakukan IMD 25-120 menit setelah melahirkan tetapi bayi sudah dibungkus selimut sesuai kebiasaan tradisional di Rusia, selanjutnya dilakukan rawat gabung. Kelompok 3 tidak dilakukan IMD dan tidak dilakukan rawat gabung. Kelompok 4 tidak dilakukan IMD tetapi dilakukan rawat gabung. Tampak bahwa rerata volume ASI terbanyak adalah pada kelompok IMD skin to skin contact dan dilakukan rawat gabung sehingga bayi dapat menyusui *on demand*. Rerata volume ASI adalah 300 ml/hari pada multi para (ibu yang melahirkan kedua kali atau lebih) dan 250 ml untuk primipara (ibu

yang melahirkan pertama kali). Sedangkan kelompok 3 yang tidak dilakukan IMD dan rawat gabung mempunyai volume yang paling sedikit.

Penelitian lain pada 71 bayi usia 1-6 bln yang mendapatkan ASI Eksklusif dan *on demand* dengan dilakukan penimbangan berat

1. Bayi menyusui 10-12 kali dalam sehari
2. Rata-rata produksi ASI adalah 800 ml/hari
3. Produksi ASI setiap kali menyusui adalah 90-120 ml/kali, yang dihasilkan 2 payudara
4. Pada umumnya bayi akan menyusui pada payudara pertama sebanyak 75 ml dan dilanjutkan 50 ml pada payudara kedua
5. Rata-rata frekuensi menyusui malam hari (jam 22 sampai 4 pagi) adalah 1-3 kali

2.5 Keuntungan menyusui

Menyusui memberikan beberapa keuntungan bagi bayi. Sebagai makanan bayi yang paling sempurna, ASI mudah dicerna dan diserap karena mengandung enzim pencernaan, dapat mencegah terjadinya penyakit infeksi karena mengandung penangkal penyakit antara lain imunoglobulin, praktis dan mudah memberikannya, serta murah dan bersih. Selain itu ASI mengandung rangkaian asam lemak tak jenuh yang sangat penting dalam pertumbuhan dan perkembangan otak. ASI selalu berada dalam suhu yang tepat, tidak menyebabkan alergi, dapat mencegah kerusakan gigi, mengoptimalkan perkembangan bayi, dan meningkatkan hubungan ibu dan bayi.

Bagi ibu, menyusui juga memberikan beberapa keuntungan, yaitu dapat mencegah perdarahan setelah persalinan, mempercepat mengecilnya rahim, menunda masa subur, mengurangi anemia, mencegah kanker ovarium dan kanker payudara, serta sebagai metoda keluarga berencana sementara.

Dari sudut psikologis, kegiatan menyusui akan membantu ibu dan bayi membentuk tali kasih. Kontak akan terjalin setelah persalinan pada saat ibu menyusui bayinya untuk pertama kalinya. Keadaan ini akan menumbuhkan ikatan psikologis antara ibu dan bayi. Proses ini disebut perlekatan (*bonding*). Bayi jarang menangis atau rewel dan akan tumbuh lebih cepat jika ia tetap berada dekat ibunya serta disusui secepat mungkin setelah persalinan. Ibu yang menyusui akan merawat bayi mereka dengan penuh kasih sayang. Memberi ASI dapat membantu pertumbuhan dan kecerdasan bayi.

2.6 Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Produktivitas ASI.

2.6.1 Frekuensi Penyusuan.

Frekuensi penyusuan adalah kekerapan sang bayi menyusu pada ibu. Pada studi 32 ibu dengan bayi prematur disimpulkan bahwa produksi ASI akan optimal dengan pemompaan ASI lebih dari kali per hari selama bulan pertama setelah melahirkan. Pemompaan dilakukan karena bayi prematur belum dapat menyusu (Hopkinson et al, 1988 dalam ACC/ SCN, 1991). Studi lain dilakukan pada ibu dengan bayi cukup bulan menunjukkan pada frekuensi penyusuan 10 kurang lebih 3 kali perhari selama 2 minggu pertama setelah melahirkan berhubungan dengan produksi ASI yang cukup (deCarvalho,et,al,1982 dalam ACC/SCN, 1991).

Berdasarkan penelitian diatas jika sang ibu produktifitas ASInya bagus maka pada periode awal ia harus menyusui sang bayi paling sedikit 8 kali perhari setelah melahirkan. Sebab frekuensi menyusui ini berkaitan dengan kemampuan stimulasi hormon dalam kelenjar payudara.

2.6.2. Berat Badan Bayi

Berat badan bayi memang bisa mempengaruhi produktivitas ASI. Terdapat hubungan positif berat lahir bayi dengan frekuensi dan lama menyusui selama 14 hari pertama setelah bayi lahir. Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) mempunyai kemampuan menghisap yang lebih rendah dibanding bayi yang lahir dengan berat yang normal(>2500gr). Kemampuan menghisap ASI yang lebih rendah ini meliputi frekuensi dan lama penyusuan yang lebih rendah dibanding bayi berat lahir normal yang akan mempengaruhi stimulasi hormon prolaktin dan oksitosin dalam memproduksi ASI.

2.6.3. Umur Kehamilan Saat Melahirkan.

Umur kehamilan ketika melahirkan dapat mempengaruhi produktifitas ASI pada sang ibu. Jika bayi lahir jauh sebelum atau jauh setelah waktu melahirkan yang seharusnya maka kelahiran yang seperti ini biasanya akan menimbulkan permasalahan sendiri pada produktifitas ASI si ibu.

Biasanya bayi yang lahir prematur (umur kelahiran kurang dari 34 minggu) sangat lemah sehingga sang bayi tidak mampu menghisap secara efektif. Dengan begitu maka produksi ASI sang ibu yang melahirkan anak prematur akan lebih rendah dari pada bayi

yang lahir tidak prematur. Biasanya lemahnya kemampuan menghisap pada bayi prematur dapat disebabkan karena berat badan yang rendah dan belum sempurnanya fungsi organ.

2.6.4. Umur Sang Ibu.

Dalam hal ini umur memang berpengaruh dengan produksi ASI. Seperti yang telah dijelaskan oleh beberapa peneliti. Pada ibu menyusui usia remaja dengan gizi baik, intik ASI mencukupi berdasarkan pengukuran pertumbuhan 22 bayi dari 25 bayi. Pada ibu yang melahirkan lebih dari satu kali, produksi ASI pada hari keempat setelah melahirkan lebih tinggi dibandingkan ibu yang melahirkan pertama kali.

2.6.5 Ibu Stress

Kualitas ASI anda membaik maka jauhanlah stress. Penelitian mengkaji beberapa dampak dari berbagai tipe stress ibu. Hanya infeksi baik kronik maupun akut yang mengganggu proses laktasi dapat mempengaruhi produksi ASI.

kondisi ibu yang mudah cemas dan stress dapat mengganggu laktasi sehingga dapat berpengaruh pada produksi ASI. Hal ini dikarenakan stress dapat menghambat pengeluaran ASI. Jika ingin produktif.

2.6.6. Ibu Yang Merokok.

Ibu yang merokok ternyata dapat mengurangi volume produksi ASInya. Sebab rokok dapat mengganggu hormon prolaktin dan oksitosin untuk produksi ASI. Merokok juga dapat menstimulasi pelepasan adrenalin dimana adrenalin akan menghambat pelepasan oksitosin. Terdapat hubungan antara merokok dan penyapihan dini meskipun volume ASI tidak diukur secara langsung. Meskipun demikian pada studi dilaporkan bahwa prevalensi ibu merokok yang masih menyusui 6-12 minggu setelah melahirkan lebih sedikit dari pada ibu yang tidak merokok dari kelompok sosial ekonomi yang sama, dan bayi dari ibu perokok mempunyai insiden sakit perut yang lebih tinggi. Ibu yang merokok lebih dari 10 batang/hari mempunyai prolaktin 35-50% lebih rendah pada hari pertama kelahiran dan hari ke 21 setelah melahirkan dibandingkan dengan yang tidak merokok.

2.6.7. Ibu yang Alcoholic.

Tentu saja ibu yang mengkonsumsi alkohol dapat menurunkan produktifitas ASI. Walaupun minuman alkohol dosis rendah di satu sisi dapat membuat ibu merasa lebih

rileks sehingga membantu proses pengeluaran ASI namun disisi lain etanol menghambat produksi oksitosin. Pada dosis 0,5 -0,8gr/kg berat badan ibu mengakibatkan kontraksi rahim hanya 62% dari normal, dan dosis 0,9-1,1gr/kg berat badan ibu mengakibatkan kontraksi rahim 32% dari normal.

2.6.8. Penggunaan Pil Kontrasepsi.

Penggunaan pil kontrasepsi kombinasi estrogen dan progestin berkaitan dengan penurunan volume dan durasi ASI, sebaliknya bila pil hanya mengandung progestin maka tidak ada dampak terhadap volume ASI. WHO merekomendasikan pil progestin untuk ibu menyusui yang menggunakan pil kontrasepsi.

2.7 Tanda-tanda bahwa bayi mendapatkan cukup ASI

Untuk mencegah malnutrisi seorang ibu harus mengetahui tanda kecukupan ASI, terutama pada bulan pertama. Setelah bulan pertama tanda kecukupan ASI lebih tergambar melalui perubahan berat badan bayi. Tanda bahwa bayi mendapat cukup ASI adalah:

1. Produksi ASI akan berlimpah pada hari ke2 sampai hari ke4 setelah melahirkan, nampak dengan payudara bertambah besar, berat, lebih hangat dan seringkali ASI menetes dengan spontan.
2. Bayi menyusu 8-12 kali sehari, dengan pelekatan yang benar pada setiap payudara dan menghisap secara teratur selama minimal 10 menit pada setiap payudara.
3. Bayi akan tampak puas setelah menyusu dan seringkali tertidur pada saat menyusu, terutama pada payudara yang kedua.
4. Frekuensi buang air kecil (BAK) bayi > 6 kali sehari. Urin berwarna jernih, tidak kekuningan. Butiran halus kemerahan (yang mungkin berupa kristal urat pada urin) merupakan salah satu tanda ASI kurang.
5. Frekuensi buang air besar (BAB) > 4 kali sehari dengan volume paling tidak 1 sendok makan, tidak hanya berupa noda membekas pada popok bayi, pada bayi usia 4 hari sampai 4 minggu. Sering ditemukan bayi yang BAB setiap kali menyusu, dan hal ini merupakan hal yang normal.
6. Feses berwarna kekuningan dengan butiran-butiran berwarna putih susu diantaranya

(seedy milk), setelah bayi berumur 4-5 hari. Apabila setelah bayi berumur 5 hari, fesesnya masih berupa mekonium (berwarna hitam seperti ter), atau transisi antara hijau kecoklatan, mungkin ini merupakan salah satu tanda bayi kurang mendapatkan ASI.

7. Puting payudara akan terasa sakit pada hari-hari pertama menyusui. Apabila sakit ini bertambah dan menetap setelah 5-7 hari, lebih-lebih apabila disertai dengan lecet, hal ini merupakan tanda bahwa bayi tidak melekat dengan baik saat menyusui. Apabila tidak segera ditangani dengan membetulkan posisi dan pelakatan bayi maka hal ini akan menurunkan produksi ASI.
8. Berat badan bayi tidak turun lebih dari 10 % dibandingkan berat lahir.
9. Berat badan bayi kembali seperti berat lahir pada usia 10 – 14 hari.

Perilaku bayi menyusui tidak dapat dijadikan patokan bahwa bayi mendapatkan cukup ASI. Beberapa bayi menyusui dengan cepat tetapi bayi lain menyusu dengan diselingi istirahat/tidur.

2.8 Sindrom ASI kurang

Sindrom ASI kurang jarang terjadi. Hanya 5 % ibu yang betul-betul mengalami sindrom ASI kurang yang umumnya karena kelainan anatomis payudara, seperti hipoplasia payudara (payudara tidak berkembang). Penyebab lainnya karena radiasi pada kanker payudara dan operasi pada payudara. Sedangkan penyebab ASI kurang yang lain biasanya disebabkan karena proses menyusu yang tidak benar, misalnya *engorgement* (bengkak) pada payudara. Akibat dari *engorgement* adalah pengeluaran zat penghambat kimiawi yang akan menekan produksi ASI.

Penyebab lain adalah puting lecet yang seringkali disebabkan karena pelekatan bayi pada payudara ibu yang salah. Penggunaan dot/kempeng akan menyebabkan bayi bingung puting dan menyebabkan pelekatan yang salah. Ibu yang mengalami puting lecet akan kesakitan sehingga frekuensi menyusui akan berkurang. Akibatnya masih banyak ASI yang tersisa (residu) dan selanjutnya seperti mekanisme diatas maka produksi ASI akan berkurang. Rasa sakit sendiri akan menekan keluarnya hormon prolaktin yang juga akan menurunkan produksi ASI. Ibu yang terpisah dari bayinya, misalkan karena ibu bekerja, sering bepergian, atau sakit dan dirawat di rumah sakit akan menyebabkan

frekuensi menyusui berkurang, maka pengosongan payudara juga berkurang dan berakibat produksi ASI juga berkurang. Bayi premature, bayi berat lahir rendah (BBLR), bayi sakit kelainan anatomis rongga mulut seperti ankiloglosia, mikrognatia, dan sumbing, bayi dengan infeksi berat, gangguan pernafasan seperti asfiksia, penyakit jantung bawaan adalah penyebab lain yaitu sindrom ASI kurang.

Persiapan psikologis ibu sangat menentukan keberhasilan menyusui. Ibu yang tidak mempunyai keyakinan mampu memproduksi ASI umumnya akhirnya memang produksi ASInya berkurang. Stress, khawatir, ketidak bahagiaan ibu pada periode menyusui sangat berperan dalam mensukseskan pemberian ASI Eksklusif. Peran keluarga dalam meningkatkan kepercayaan diri ibu sangat besar.

Sindrom ASI kurang bisa dicegah dan diatasi apabila tanda-tanda kekurangan sekunder ini dapat dikenali secara dini dan penyebabnya diketahui. Sebagian penyebab dapat diatasi dengan memberikan bantuan praktis pada ibu untuk membetulkan pelekatan bayi pada puting payudara ibu dan posisi menyusu bayi. Apabila tidak diatasi hal ini akan menyebabkan asupan ASI berkurang sehingga terjadi malnutrisi pada bayi.

2.9 Dukungan keluarga

Peran keluarga erat hubungannya dengan status sosial dan adat istiadat setempat. Pada masyarakat tertentu ada yang masih mempertahankan fungsi keluarga, tetapi ada yang sudah menekankan kemandirian dan individualitas. Di dalam masyarakat terdapat beberapa tipe keluarga, seperti keluarga inti (ayah dan ibu) dan keluarga besar (selain ayah-ibu terdapat anggota keluarga lainnya).

2.9.1 Dukungan dari Ayah

Hambatan yang paling sulit adalah berasal dari ayah si bayi, karena dapat menghambat inisiasi menyusui dini dan lingkungan menyusui ASI secara eksklusif sampai 6 bulan . Agar sukses dalam proses menyusui, ayah harus ikut berpartisipasi aktif dalam dalam mengambil keputusan, mempunyai sikap yang positif, dan mempunyai pengetahuan yang luas tentang keuntungan menyusui, ternyata sangat mendukung ibu. Kelekatan ayah dengan bayi dapat ditingkatkan dengan cara ayah hadir pada proses persalinan dan kontak lebih dekat dengan bayi selama masa neonatal.

Ayah harus belajar mengenali sinyal – sinyal yang dikeluarkan oleh bayi, banyak membaca, ikut perkumpulan orang tua, belajar dari orang tua dan teman – temannya, sehingga diharapkan ayah dapat berinteraksi lebih erat dengan bayinya. Membuat jaringan (*network*) dengan keluarga lain yang mempunyai pengalaman sebelumnya. Memungkinkan ayah bertukar pikiran dengan mereka dan memahami pentingnya menyusui. Dari suatu penelitian, dikatakan bahwa ibu yang lebih lama menyusui mempunyai hubungan emosional yang baik dengan suami dan ibunya, dan lebih percaya diri, dibandingkan dengan mereka yang cepat menyapih pertama, mengikuti pelatihan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang pengasuhan anak dan pemetukan jaringan bersama orang tua lainnya.

2.9.2 Peran Keluarga yang lainnya

Dukungan sosial disekitar ibu, mempunyai peran yang besar terhadap keberhasilan menyusui. Dukungan sosial itu berasal dari lingkungan disekitar ibu, selain suami, juga keluarga seperti nenek dan keluarga lain yang tidak mempunyai pengalaman menyusui. Peran nenek si bayi biasanya dominan terhadap ibu. Konsultan laktasi harus memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan menyusui termasuk peran nenek. Pada keluarga besar banyak pendapat yang kadang-kadang membingungkan ibu, untuk itu kita harus secara hati-hati memberi penjelasan yang bisa diterima oleh ibu. Selain itu pengaruh media masa seperti TV, majalah, buku-buku tentang ASI dan internet yang bisa diakses ibu dan ayah sangat membantu keluarga dalam proses menyusui.

2.9.3 Pada ibu yang bekerja

Menyusui merupakan hak setiap ibu, termasuk ibu yang bekerja. Dalam konvensi Organisasi Pekerja Internasional tercantum bahwa cuti melahirkan selama 14 minggu dan penyediaan sarana pendukung ibu menyusui di tempat kerja wajib diadakan. Undang-undang perburuhan di Indonesia No 1 tahun 1951 memberikan cuti melahirkan selama 12 minggu dan kesempatan menyusui 2 x 30 menit dalam jam kerja. Namun ibu bekerja masih dianggap sebagai sebagai salah satu faktor penyebab tingginya angka kegagalan menyusui, padahal di negara – nagara industri 45 – 60 % tenaga kerja merupakan wanita usia produktif .

Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 menunjukkan bahwa 57 % tenaga kerja di Indonesia adalah wanita. Faktor-faktor yang menghambat keberhasilan

menyusui pada ibu bekerja adalah pendeknya waktu cuti kerja, kurangnya dukungan tempat kerja, pendeknya waktu istirahat saat bekerja (tidak cukup waktu untuk pemerah ASI), tidak ada ruangan untuk pemerah ASI, pertentangan keinginan ibu antara mempertahankan prestasi kerja dan produksi ASI. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 di dapatkan data bahwa 95 % balita di Indonesia pernah mendapatkan ASI , 44 % bayi baru lahir mendapatkan ASI dalam 1 jam setelah lahir dan 62 % bayi mendapatkan ASI pada hari pertama namun hanya 32 % bayi mendapatkan ASI eksklusif sampai 6 bulan. Data dari Ross Laboratories Mother Survey di Amerika Serikat pada tahun 2002 menyebutkan bahwa 69 % ibu bekerja penuh (*full time*), 72,9 % ibu bekerja paruh waktu (*part-time*), dan 69 % ibu tidak bekerja pernah melakukan inisiasi menyusui. Namun saat bayi usia 5-6 bulan, hanya 27,1% ibu bekerja penuh, 36,8 % dari ibu bekerja paruh waktu dan 35,2 % ibu tidak bekerja yang masih menyusui anaknya. Tingginya tingkat pendidikan ibu, lama bekerja kurang dari 20 jam sehari adanya dukungan keluarga adanya dukungan dari perusahaan dalam hal penyediaan tempat penitipan anak ditempat kerja, ruangan khusus untuk pemerah ASI, adanya waktu istirahat yang cukup untuk pemerah ASI serta ibu lebih sering menyusui saat tidak bekerja merupakan faktor pendukung keberhasilan pemberian ASI eksklusif.

Ibu bekerja bukan merupakan alasan untuk menghentikan pemberian ASI eksklusif. Ibu yang ingin kembali bekerja diharapkan berkunjung ke Klinik Laktasi untuk menyiapkan cara memberikan ASI bila bayi harus ditinggal. Langkah-langkah bila ibu ingin kembali bekerja :

1. Siapkan pengasuh bayi (nenek, kakek, anggota keluarga lain, *baby sitter*, pembantu) sebelum ibu mulai bekerja kembali.
2. Berlatihlah pemerah ASI sebelum ibu bekerja kembali. ASI yang diperah dapat dibekukan untuk persediaan / tambahan apabila ibu mulai bekerja. ASI beku dapat disimpan antara 1-6 bulan, bergantung dari jenis lemari es nya. Di dalam lemari es dua pintu ASI beku dapat disimpan lebih dari 3 bulan.
3. Latihlah pengasuh bayi untuk terampil memberikan ASI perah dengan cangkir.
4. Hindari pemakaian dot/empeng karena kemungkinan bayi akan menjadi “bingung puting”.

5. Susuilah bayi sebelum ibu berangkat bekerja, dan pada sore hari segera setelah ibu pulang, dan diteruskan pada malam hari.
6. Selama di kantor, perah ASI setiap 3-4 jam dan disimpan di lemari es, diberi label tanggal dan jam ASI diperah. ASI yang disimpan dalam lemari es pendingin dapat bertahan selama 2×24 jam. ASI perah ini akan diberikan esok harinya selama ibu tidak di rumah. ASI yang diperah terdahulu diberikan lebih dahulu.
7. ASI yang disimpan di lemari es perlu dihangatkan sebelum diberikan kepada bayi dengan merendamnya dalam air hangat. ASI yang sudah dihangatkan tidak boleh dikembalikan ke dalam lemari es. Maka yang dihangatkan adalah sejumlah yang habis diminum bayi satu kali.

Dukungan dari tempat ibu bekerja sangat diperlukan, dengan cara:

1. Menyediakan tempat penitipan bayi ditempat kerja, agar ibu dapat menyusui anaknya pada jam istirahat, atau
2. Pada 6 bula pertama pasca persalinan, jam kerja dibuat lebih pendek untuk memberi kesempatan ibu menyusui.
3. Cuti pasca persalinan diperpanjang

Bila ketiga hal tersebut diatas tidak memungkinkan, maka ibu yang bekerja harus tetap menyusui. Bila bayi ditinggal kerja, bayi diberi ASI yang diperah, kalo terpaksa karena ASI yang diperah tidak mencukupi boleh diberikan susu formula. Kalau ibu sudah dirumah lagi, Tidak diberikan susu formula, harus ASI.

2.9.4 Dukungan para profesional kesehatan

Dukungan dari para profesional di bidang kesehatan sangat diperlukan bagi ibu, terutama primipara. Pendidikan tentang pentingnya menyusui sudah harus diberikan sejak masa antenatal, yang dilakukan semua tenaga kesehatan baik bidan maupun dokter. Bila semua kesehatan menerapkan 10 (sepuluh) langkah menuju keberhasilan menyusui, maka dijamin dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi dan anak, sesuai dengan MDGs (*Milennium Development Goals*). Peran tenaga kesehatan diruang perawatan ibu dan bayi sangat besar, agar setiap bayi yang dipulangkan harus menyusui.

2.9.5 Kelompok pendukung ASI

Ibu yang mendapat dukungan dari sekitarnya, pada umumnya berhasil dalam menyusui bayinya. Terdapat kolerasi antara rasa percaya diri ibu yang rendah dengan

kegagalan menyusui. Intervensi perlu diubah dari edukasi ke upaya agar ibu menjadi percaya diri dalam menyusui bayinya.

Adanya kelompok pendukung ASI (*Mother to mother Support Group*) sangat berharga, karena:

1. Menkuatkan rasa percaya diri ibu, terutama yang berasal dari kelompok tradisional yang biasanya mencari atau mendapat petunjuk tentang laktasi dari keluarga atau dari teman.
 2. Melakukan edukasi dan membantu ibu dalam menentukan pilihan.
 3. Melakukan komunikasi dan kerja sama dengan tenaga media dan konsultan laktasi dimasyarakat untuk membantu ibu dalam membuat keputusan.
- memberikan bimbingan serta bantuan kepada ibu untuk mengetahui dan mencegah masalah yang mungkin timbul dalam menyusui.

2.10 Gizi ibu selama kehamilan

Kehamilan adalah suatu hal dalam kehidupan yang dapat membuat hidup bahagia. Terjadi perubahan fisik dan mental yang bersifat alami. Para calon ibu harus sehat dan mempunyai gizi cukup (berat badan normal) sebelum hamil dan setelah hamil. Harus mempunyai kebiasaan makan yang bergizi dan teratur berolahraga secara tidak merokok. Kenaikan berat badan selama hamil adalah salah satu favorit para calon ibu. Prinsipnya, pertumbuhan itu ditujukan untuk pertumbuhan janin selama kurang lebih 40 minggu dan persiapan menyusui. Tambahnya berat itu hingga akhir usia kehamilan diperkirakan sekitar 2,5 – 3 kg untuk berat janin, 0,5 kg untuk ari-ari (plasenta), 0,5 kg untuk cairan ketuban. Sisanya merupakan pembesaran rahim, buah dada ibu serta penambahan jumlah cairan ibu. Jadi sama sekali bukan ditujukan untuk menambah Kegemukan.

Jumlah kebutuhan energi dan mikro-nutrien seorang ibu dimasa sebelum kehamilan di dasarkan atas umur, tinggi dan berat badan ibu serta BMI (*Body Mass Index*). Rumusnya = Berat badan dalam kg : (Tinggi badan dalam meter). Dari perhitungan dengan rumus BMI di atas, bisa dilihat termasuk katagori apa seseorang .

Tabel 2.1
Kategori berat badan berdasarkan BMI

Kategori	BMI (kg/m²) Menurut WHO	BMI (kg/m²) Klasifikasi asia
BB Kurang	< 18,5	< 18,5
Normal	18,5 – 24.99	18.5 – 22.99
BB Berlebih	≥ 25	≥ 23
Pre Obesitas	25 – 29.99	23 – 27.49
Obesitas	30 – 34.99	≥ 27.5

Tabel 2.2
Penambahan berat badan

BMI	Penambahan Berat Badan
≤ 18.5	12 -18 kg
18.6 -24.9	11 -15 kg
25 -29.9	06 - 11 kg
≤ 30	05 – 09 kg

Sumber : Wiryo Hartono DR.Dr,Sp.A,2002, *Peningkatan Gizi Bayi, Anak,Ibu Hamil, dan Menyusui Dengan Bahan Makanan local*,Jakarta. Sagung seto.

Pada tabel 1 terlihat walaupun jumlah rata-rata orang Asia mempunyai penambahan berat badan sekitar 6 – 10 kg selama kehamilan, tapi masih di hubungi lagi dengan BMI individual. Ibu dengan berat badan kurang tentu perlu penambahan lebih banyak yang ditujukan pada kondisi ibunya, dibandingkan mereka yang hamil dengan berat badan cukup berlebih. Ibu dengan kasus underweight (berat badan kurang) dan malnutrisi selama kehamilan mempunyai dampak besar sekali. Jika ibu tidak mendapat gizi yang cukup selama kehamilan, maka bayi yang dikandungnya akan menderita kurang gizi sehingga meskipun sudah cukup bulan, bayi tersebut akan lahir dengan berat badan di bawah 2500 gr atau bayi berat lahir rendah/BBLR. Ibu yang menderita kurang gizi juga akan menyebabkan produksi ASI berkurang bila kelak menyusui. Jadi sesuai

dengan BMI penambahan berat badan sangat bervariasi (*Weight gain during pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Kathleen M. Rasmussen & Ann L Yaktine, Editors, *Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines*, Institute of Medicine. National Research Council, 2009).

Dalam hal ini keturunan menentukan jumlah sel-sel otak dari setiap individu. Meskipun secara genetik jumlah sel-sel otak pada bayi baru lahir lebih banyak, tetapi kalau yang terisi dengan zat DHA sedikit (karena tidak mendapat ASI), maka sebagian besar sisa sel-sel otak akan diisi oleh lemak. Hal ini yang menyebabkan IQ bayi juga menjadi rendah.

Makides dkk, tahun 1991 melakukan penelitian tingkat kecerdasan (IQ) pada bayi yang mendapat susu bubuk dibandingkan dengan bayi-bayi yang tidak mendapat susu bubuk. Ternyata setelah dimasukkan semua faktor *confounding*, secara bermakna bayi yang mendapat ASI mempunyai IQ yang lebih tinggi. Surat Al-Baqarah ayat 233 yang artinya “untuk penyempurnaan penyusuan, susuilah sampai 2 tahun penuh”. Baru terbukti setelah 1.400 tahun, bahwa yang dimaksud dengan penyempurnaan adalah penyempurnaan gizi dan intelektual.

Di Indonesia status gizi ibu kurang diperhatikan hal ini disebabkan karena masih menganggap bahwa status gizi ibu kurang baik (KEK), ibu akan tetap mampu menyusui bayinya sama dengan ibu yang status gizi normal. Walaupun sebenarnya komposisi ASI tetap sama tetapi volume ASI yang dikeluarkan ibu status gizi kurang dengan status gizi normal berbeda. Sehingga hal inilah yang dapat menyebabkan lamanya memberikan ASI berbeda (Arisman, 2004)

Ibu menyusui dengan status gizi kurus mempunyai resiko 2,24-2,34 kali untuk menyusui tidak berhasil selama 4 bulan dibanding ibu dengan status gizinya normal (Irawati dkk, 2003). Salah satu efek dari menyusui juga dapat menurunkan berat badan secara perlahan. Penurunan berat badan yang dianjurkan 2 kg/bulan. Penurunan berat badan selama menyusui tidak mempengaruhi komposisi ASI. Penurunan berat badan yang paling tinggi terjadi pada 3-6 bulan pertama menyusui dan umumnya dilaporkan lebih besar pada ibu yang menyusui eksklusif (Garrow et al, 2000). Lemak tubuh juga berinteraksi terhadap lama pemberian ASI dengan nilai $P < 0,0041$ dan status gizi ibu

menyusui tergantung pada status gizi pra hamil dan peningkatan berat badan selama hamil (Kac dkk, 2004).

Hal ini membuktikan bahwa kegagalan menyusui salah satunya disebabkan karena status gizi kurang sebelum hamil, selama hamil, dan selama menyusui menyebabkan kegagalan menyusui yang menyebabkan ketidakmampuan ibu untuk menyusui karena merasa produksi dan suplay ASInya kurang. Makin lama ibu menyusui, resiko untuk menyusui tidak berhasil semakin besar (nilai RR dari 2,26-2,56) artinya menyusui tidak berhasil lebih besar terjadi pada ibu menyusui yang kurus (IMT < 18,5) (Irawati dkk, 2003).

Alikasifogh (2001) melaporkan produksi ASI yang kurang menjadi alasan yang paling utama sehingga formula diberikan di rumah sakit dan makana suplementasi yang diberikan di rumah sakit berhubungan dengan menurunnya ASI eksklusif selama 4 bulan ($p=0,002$) dan menurunkan total durasi ($p=0,01$) (Hill & Aldag, 2007).

2.11 Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Inisiasi menyusui dini dalam 30 menit pertama kelahiran merupakan salah satu dari 10 langkah menuju keberhasilan menyusui yang berdasarkan inisiatif Rumah Sakit Sayang Bayi (Baby Friendly Hospital Initiative: BFHI) tahun 1992.

IMD adalah proses bayi menyusu segera setelah dilahirkan, dimana bayi dibiarkan mencari puting susu ibunya sendiri dan menyusu sampai puas. Proses ini berlangsung minimal 1 jam pertama sejak bayi lahir (Depkes, 2009).

Penelitian Di RS St Carolus tahun 2008 pada 276 bayi yang dilakukan Inisiasi menyusui dini, didapatkan angka keberhasilannya adalah 75% (209 bayi). Angka keberhasilan IMD pada kelahiran spontan sebesar 82% sedangkan dengan bantuan alat (ekstraksi vakum) sebesar 44% keberhasilan IMD pada operasi bedah Caesar sebesar 59 %, penelitian ini juga membuktikan bahwa inisiasi menyusui dini akan membantu dalam keberlangsungan pemberian ASI Eksklusif, produksi ASI selanjutnya dan lama menyusu.

Beberapa penelitian membuktikan manfaat inisiasi menyusui dini. Dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat. Kulit ibu akan menyesuaikan suhunya dengan kebutuhan bayi. Kehangatan saat menyusui menurunkan angka kematian karena hipotermia (keedinginan). Ibu dan bayi merasakan lebih tenang, sehingga membantu pernafasan dan detak jantung bayi lebih stabil. Dengan demikian bayi akan lebih jarang rewel. Bayi yang menyusui dini akan lebih berhasil menyusui ASI Eksklusif dan mempertahankan menyusui setelah 6 bulan.

Manfaat lain dari inisiasi menyusui dini adalah membantu spesies manusia menjaga kemampuan survival (bertahan hidup) alami. Jika kita tidak memberikan kesempatan pada bayi baru lahir untuk melakukan inisiasi menyusui dini, maka kita sebenarnya tengah menghilangkan kemampuan survival alami pada satu generasi spesies manusia.



BAB III KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep penelitian ini mengacu pada teori yang dikemukakan oleh Huang, lee, mieh dan Gau (2009), Irawati dkk (2003), Brown, et al (2002), dan Hill dkk (1994) bahwa hal-hal yang melatar belakangi persepsi kemampuan laktasi antara lain: kenaikan berat badan selama hamil, pendapatan, pekerjaan, pendidikan, bimbingan laktasi pre dan post natal, umur, paritas, status gizi, penggunaan kontrasepsi, berat badan lahir dan IMD. Mengingat cukup banyaknya variable, penulis membatasi penelitian ini hanya pada variable yang dapat diukur sesuai kemampuan penulis. Kerangka konsep penelitian ini digambarkan pada bagan 3.1 sebagai berikut :

3.1 kerangka konsep



**Bagan 3.1 : Kerangka konsep Status Gizi Ibu Selama Hamil
Dengan Persepsi Ketidak Cukupan ASI Laktasi di wilayah Puskesmas
Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Priok 2010**

3.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel Independen

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	2	3	4	5	6
Status gizi ibu selama hamil	Status gizi ibu hamil yang diukur berdasarkan estimasi IMT pra hamil dengan kenaikan BB yang dicapainya selama hamil.	Catatan tinggi badan dan berat badan pada buku KIA yang ada pada trimester pertama	wawancara	0 kurang dari rekomendasi (IMT < 18,5, penambahan BB < 12 kg, atau IMT 18,5-24,9 penambahan Bbnya < dari 11 kg, atau IMT > 25 penambahan Bbnya < 6 kg) 1 sesuai rekomendasi (IMT < 18,5, penambahan BB 12-18 kg, atau IMT 18,5-24,9 penambahan Bbnya 11-15 kg, atau IMT > 25 penambahan BBnya 6-11kg) (IOM,2009)	Ordinal

Umur Ibu	Usia responden yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir	Kuesioner	Wawancara	0 ≤ 30 tahun 1 > 30 tahun (Ryan, 1989)	Ordinal
Kenaikan Berat Badan Selama Hamil	Jumlah kenaikan berat badan selama hamil berdasarkan estimasi	Kuesioner H	Perhitungan estimasi antropometri	Kilogram	Ordinal
Pekerjaan	Kegiatan ibu di luar rumah yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan	Kuesioner F2	Wawancara	0 Bekerja 1 Tidak Bekerja (Esterik, 1990)	Nominal
Paritas	Jumlah kelahiran yang pernah dialami ibu	Kuesioner A3	Wawancara	0 Anak pertama 1 Anak kedua dan seterusnya	Ordinal
Penggunaan Kontrasepsi	Alat KB yang sedang digunakan responden yang digolongkan kedalam KB Hormonal dan non hormonal	Kuesioner E1 & E2	Wawancara	0. Mengandung estrogen 1. Mengandung progesterone saja/non hormonal (Soetjiningsih, 1997)	Nominal
Berat bayi Waktu lahir	Ukuran berat badan bayi ketika dilahirkan dalam gram	Kuesioner C4	Wawancara	0 ≤ 2500 gram 1 > 2500 gram	Ordinal
Inisiasi Menyusui Dini	Pemberian ASI yang dilakukan oleh responden dalam 30 menit	Kuesioner C3	Wawancara	0 > 30 menit 1 ≤ 30 menit (Depkes, 2009)	Ordinal

	pertama setelah Kelahiran				
Bimbingan laktasi pre natal	Informasi yang didapat responden mengenai ASI dari bidan / nakes selama kunjungan ANC	Kuesioner B4 & B6	Wawancara Wawancara	0 Tidak (bila responden tidak mendapatkan nasehat mengenai ASI) 1 Ya (bila responden mendapatkan nasehat mengenai ASI)	Nominal
Dukungan Petugas	Dukungan Petugas kesehatan terhadap pemberian ASI eksklusif Keluarga dalam mendukung pemberian ASI secara Eksklusif	Kuesioner G 1 – G5	Wawancara	0 Jika Jawaban bukan ” Ya” 1 Jika Jawaban ” Ya	Ordinal
Dukungan Keluarga	Dukungan suami dan keluarga dalam pemberian ASI Eksklusif pada bayi	Kuesioner H1- H3	Wawancara	0 Jika Jawaban bukan ” Ya” 1 Jika Jawaban ” Ya	Ordinal
Pengetahuan tentang ASI	Pengetahuan ibu mengenai ASI dan cara pemberian yang benar	Kuesioner 11 Kuesioner 12	Wawancara	0 Jika Jawaban selain Pilihan ” a. ≤ 30 menit. 1. Jika Jawaban a. ≤ 30 menit 0. Jika Jawaban bukan ” ya” 1. Jika Jawaban ”Ya ”	

		Kuesioner 14		0 Jika Jawaban Bukan ” 6 bulan 1. Jika Jawaban ” 6 bulan	
--	--	-----------------	--	---	--

Variabel Dependen

Variabel	Definisi operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	2	3	4	5	6
Persepsi Ketidakcukupan ASI (PKA)	Keadaan dimana seseorang ibu telah atau menganggap dirinya tidak lagi memiliki ketersediaan ASI yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya.	Kuesioner D9d, atau D9j	Wawancara	0 Ketidakcukupan (bila ibu berhenti menyusui secara eksklusif dengan alasan tidak ada ASI atau ASI tidak mencukupi 1 Cukup (bila ibu berhenti menyusui secara eksklusif dengan alasan yang tidak terkait dengan tidak ada ASI atau ASI tidak mencukupi)	Ordinal

3.3. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep dan variabel yang diteliti maka hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan antara status gizi ibu selama hamil dengan persepsi ketidakcukupan ASI
2. Ada hubungan antara umur dengan persepsi ketidakcukupan ASI

3. Ada hubungan antara kenaikan berat badan selama hamil dengan persepsi ketidakcukupan ASI
4. Ada hubungan antara pekerjaan dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
5. Ada hubungan antara paritas dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
6. Ada hubungan antara penggunaan kontrasepsi dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
7. Ada hubungan antara berat bayi lahir dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
8. Ada hubungan antara IMD dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
9. Ada hubungan antara bimbingan laktasi prenatal dengan persepsi ketidakcukupan ASI
10. Ada hubungan antara dukungan petugas dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
11. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
12. Ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang ASI dengan persepsi ketidakcukupan ASI.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan menggunakan data primer dan sekunder melalui rancangan studi analitik *cross sectional*. Rancangan studi ini mempelajari hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, dan pengumpulan data kedua variable tersebut dilakukan pada waktu yang bersamaan.

4.2. Tempat dan Waktu Penelitian

4.2.1. Tempat

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara. Alasan pemilihan tempat tersebut adalah karena Puskesmas tersebut sebagai Puskesmas Kecamatan yang menyediakan fasilitas rawat inap sehingga kelengkapan data saat ibu hamil, melahirkan, nifas, dan catatan KB nya tersedia serta secara geografis letak Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok strategis sehingga diharapkan responden mewakili wilayah se- Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara.

4.2.2 Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret sampai Mei 2011.

4.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh ibu yang mempunyai bayi umur > 6-12 bulan di Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara dan sampel penelitiannya dipilih dari populasi yaitu ibu yang mempunyai bayi >6-12 bulan yang datang ke Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara pada bulan Maret 2011 untuk mendapatkan imunisasi dengan pengambilan sampel adalah *accidental sampling*. Kriteria Inklusinya adalah ibu mempunyai data Berat Badan dan Tinggi Badan pada Trimester 1 hamil dari 2 data Berat Badan pada saat hamil dengan selang 11 minggu, sedangkan kriteria eksklusifnya adalah ibu yang tidak kooperatif / tidak bersedia untuk dijadikan sampel penelitian.

Besarnya sampel minimal yang digunakan dalam penelitian ini sama dengan unit populasi dengan besar sampel dihitung berdasarkan rumus estimasi proporsi variable dependen satu populasi dari Lemeshow, et al (1997), yaitu :

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha/2 P(1 - P)}{d^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel minimal yang dibutuhkan = 79 + 10 % = 87

$Z^{21-\alpha/2} = 1,96$ (Tingkat kepercayaan 95%)

P = Proporsi kejadian pemberian ASI eksklusif Di Jakarta Utara tahun 2007 = 28,9%

d = Presisi mutlak sebesar 10 %

sampel yang ada pada penelitian ini dengan menggunakan sampel 100 %.

4.4. Pengumpulan Data

4.4.1. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data berupa kuesioner, buku KIA dan pengukur tinggi badan.

4.4.2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan terlebih dahulu memberikan penjelasan pada responden tentang tujuan penelitian dan penjelasan singkat tentang pengisian kuesioner, jaminan kerahasiaan jawaban, dan manfaat berpartisipasi dalam penelitian ini. Pengisian kuesioner dilakukan dengan wawancara terhadap responden oleh tim pengumpul data. Sedangkan untuk melihat riwayat kenaikan berat selama hamil dan IMT sebelum hamil di lihat dari buku KIA dan untuk yang tidak ada catatan tinggi badannya, tim pengumpul data melakukan pengukuran pada saat wawancara.

4.5 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan komputer melalui program komputer, dengan langkah-langkah pengolahan sebagai berikut :

4.5.1 Pemeriksaan Data

Setelah semua data terkumpul, selanjutnya dilakukan pengecekan kelengkapan data, dilihat apakah semua jawaban telah dijawab, tulisan jawaban dapat dibaca, jawaban relevan dan konsisten dengan pertanyaan, serta melakukan revisi bila terdapat kesalahan atau kekurangan dalam pengumpulan data.

4.5.2 Pengkodean

Setelah data diedit dan telah memenuhi kriteria untuk dapat diolah lebih lanjut, lalu data tersebut diberi kode-kode untuk setiap item pertanyaan yang diberikan, yaitu mengubah karakter kedalam bentuk angka dengan tujuan untuk mempermudah pengolahan data.

4.5.3 Memasukan Data

Dilakukan dengan cara memasukan data ke dalam table dalam file yang ada di komputer.

4.5.4 Pembersihan Data

Pembersihan data adalah kegiatan memeriksa kembali data yang sudah dimasukan ke dalam file komputer, untuk memastikan bahwa data tersebut telah bersih dari kesalahan dalam pengkodean ataupun dalam membaca kode data dengan cara membuang data yang tidak lengkap, dengan demikian diharapkan data tersebut benar-benar siap untuk dianalisis.

4.6 Analisis Data

4.6.1 Analisis Univariat

Analisis data akan dilakukan secara bertahap mulai dari analisis univariat untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi seluruh variable independen dan dependen yang diteliti.

4.6.2. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variable yaitu variabel independen dengan variabel dependen. Penelitian ini menggunakan uji Chi-Square karena jenis data pada variabel independen dan dependen adalah kategorik. Analisis bivariate bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan tingkat keyakinan 95% ($\alpha = 0,05$).

Rumus Uji Chi-Square:

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

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Persepsi Ketidacukupan ASI

Persepsi ketidacukupan ASI di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok tercantum pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.1.
Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA) di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

PKA	N	%
Tidak Cukup	32	32,0
Cukup	68	68,0
Total	100	100,0

Distribusi responden berdasarkan persepsi ketidacukupan ASI menurut tabel di atas menunjukkan, bahwa sebagian besar responden mempunyai persepsi cukup ASI sebesar 68 orang (68,0%) dibandingkan dengan responden yang mempunyai persepsi tidak cukup ASI sebesar 32 orang (32,0%).

5.1.2 Status Gizi Responden Selama Hamil

Status gizi ibu selama hamil yang terdapat di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok tercantum pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.2.
Distribusi Responden Berdasarkan Status Gizi di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

Status Gizi	N	%
Kurang dari Rekomendasi	41	44,6
Sesuai Rekomendasi	51	55,4
Total	92	100,0

Distribusi responden berdasarkan status gizi selama hamil menurut tabel diatas menunjukkan, bahwa responden yang mempunyai status gizi sesuai rekomendasi sebesar 51 orang (55,4%) dan responden yang mempunyai status gizi kurang dari rekomendasi sebesar 41 orang (44,6%). Pada data di atas responden yang di dapatkan hanya 92 responden, karena yang lain tidak memenuhi syarat yaitu tidak adanya data status gizi pada trimester 1 (pertama) kehamilan (IMT pra hamil).

5.1.3 Umur Responden

Distribusi umur responden tercantum pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.3.
Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Wilayah Puskesmas
Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

Umur	N	%
≤ 30 tahun	48	48,0
> 30 tahun	52	52,0
Total	100	100,0

Distribusi responden berdasarkan umur menurut tabel diatas menunjukkan, bahwa responden yang berumur ≤ 30 tahun sebesar 48 orang (48,0%) sedangkan responden yang berumur > 30 tahun sebesar 52 orang (52,0%).

5.1.4 Kenaikan Berat Badan Responden Selama Hamil

Tabel 5.4.
Distribusi Responden Berdasarkan Kenaikan Berat Badan di
Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara
Tahun 2011

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal
Kenaikan Berat Badan (Kg)	11,18	2,882	5-18

Distribusi responden berdasarkan kenaikan berat badan selama hamil menurut table diatas menunjukkan, bahwa rata-rata kenaikan berat badan

responden sebesar 11,18 kg, dan standar deviasinya 2,882. Nilai minimal kenaikan berat badan sebesar 5 kg dan maksimalnya sebesar 18 kg.

5.1.5 Pekerjaan Responden

Tabel 5.5.
Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

Pekerjaan	N	%
Bekerja	60	60,0
Tidak Bekerja	40	40,0
Total	100	100,0

Berdasarkan tabel diatas distribusi pekerjaan responden menunjukkan, bahwa sebagian besar responden bekerja sebesar 60 orang (60,0%), dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja sebesar 40 orang (40,0%).

5.1.6 Paritas Responden

Tabel 5.6.
Distribusi Responden Berdasarkan Paritas di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

Paritas	N	%
Anak Pertama	32	32,0
Anak Kedua dan Seterusnya	68	68,0
Total	100	100,0

Berdasarkan tabel diatas distribusi paritas responden menunjukkan, bahwa sebagian besar responden mempunyai paritas anak kedua dan seterusnya sebesar 68 orang (68,0%), dan responden yang mempunyai paritas anak pertama sebesar 32 orang (32,0%).

5.1.7 Penggunaan Kontrasepsi

Tabel 5.7
Distribusi Responden Berdasarkan Penggunaan Kontrasepsi di
Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara
Tahun 2011

Penggunaan kontrasepsi	N	%
Mengandung estrogen	33	33,0
Mengandung progesterone saja/non hormonal	67	67,0
Total	100	100,0

Sesuai tabel diatas distribusi penggunaan kontrasepsi responden menunjukkan, bahwa responden lebih banyak menggunakan kontrasepsi mengandung progesterone saja/non hormonal sebesar 67 orang (67,0%), dibandingkan responden yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen sebesar 33 orang (33,0%).

5.1.8 Berat Bayi Responden Waktu Lahir

Tabel 5.8
Distribusi Responden Berdasarkan Berat Bayi Waktu Lahir di
Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara
Tahun 2011

Berat Bayi	N	%
≤ 2500 gram	10	10,0
> 2500 gram	90	90,0
Total	100	100,0

Hasil univariat berat bayi responden waktu lahir menunjukkan, bahwa sebagian besar berat bayi responden > 2500 gram sebesar 90 orang (90,0%), dan responden yang berat bayinya waktu lahir ≤ 2500 gram hanya 10 orang (10,0%).

5.1.9 IMD (inisiasi Menyusui Dini)

Tabel 5.9
Distribusi Responden Berdasarkan IMD di Wilayah Puskesmas
Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

IMD	N	%
> 30 menit	12	12,0
≤ 30 menit	88	88,0
Total	100	100,0

Hasil univariat IMD responden menunjukkan, bahwa sebagian besar IMD responden ≤ 30 menit sebesar 88 orang (88,0%), sedangkan IMD responden yang > 30 menit sebesar 12 orang (12,0%).

5.1.10 Bimbingan Laktasi Prenatal

Tabel 5.10
Distribusi Responden Berdasarkan Bimbingan Laktasi Prenatal di
Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara
Tahun 2011

Bimbingan Laktasi prenatal	N	%
Tidak dapat bimbingan	20	20,0
Dapat bimbingan	80	80,0
Total	100	100,0

Berdasarkan hasil distribusi bimbingan laktasi prenatal pada responden menunjukkan, bahwa lebih banyak yang mendapatkan bimbingan laktasi prenatal sebesar 80 orang (80,0%), dan yang tidak mendapatkan bimbingan laktasi prenatal sebesar 20 orang (20,0%).

5.1.11 Dukungan Petugas Kesehatan

Tabel 5.11
Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Petugas Kesehatan di
Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara
Tahun 2011

Dukungan	N	%
Tidak dapat dukungan	7	7,0
Dapat dukungan	93	93,0
Total	100	100,0

Berdasarkan hasil distribusi dukungan petugas kesehatan pada responden menunjukkan, bahwa sebagian besar mendapatkan dukungan petugas kesehatan sebesar 93 orang (93,0%), dan yang tidak mendapatkan dukungan hanya 7 orang (7,0%).

5.1.12 Dukungan Keluarga

Tabel 5.12
Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga di Wilayah
Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

Dukungan	N	%
Tidak dapat dukungan	23	23,0
Dapat dukungan	77	77,0
Total	100	100,0

Sesuai dengan hasil distribusi dukungan keluarga pada responden menunjukkan, bahwa banyak responden yang mendapatkan dukungan keluarga sebesar 77 orang (77,0%), dan yang tidak mendapatkan dukungan sebesar 23 orang (23,0%).

5.1.13 Pengetahuan Tentang ASI

Tabel 5.13
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang ASI di
Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara
Tahun 2011

Pengetahuan	N	%
Tidak	20	20,0
Ya	80	80,0
Total	100	100,0

Sesuai dengan hasil distribusi pengetahuan ASI pada responden menunjukkan, bahwa hampir semua responden yang mempunyai pengetahuan tentang ASI sebesar 80 orang (80,0%), dan yang tidak mempunyai pengetahuan tentang ASI sebesar 20 orang (20,0%).

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Hubungan Status Gizi Selama Hamil Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan antara status gizi selama hamil dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, bahwa persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok reponden yang status gizinya kurang dari rekomendasi sebesar 20 (48,78%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang status gizinya sesuai rekomendasi sebesar 10 (19,61%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil $p\text{-value} = 0,006$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi ketidacukupan ASI dengan status gizi selama hamil. Nilai $OR = 3,905$ menunjukkan, bahwa responden yang status gizinya tidak sesuai rekomendasi mempunyai peluang 3,90 kali untuk mempunyai persepsi ketidacukupan ASI dibandingkan responden yang status gizinya sesuai rekomendasi.

Tabel 5.14
Distribusi Responden Menurut Status Gizi Selama Hamil Dengan Persepsi
Ketidalcukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok
Jakarta Utara Tahun 2011

Status Gizi	Persepsi Ketidalcukupan ASI				Total		p-Value	OR (95% CI)
	Tidak Cukup		Cukup					
	n	%	n	%	n	%		
Kurang Dari Rekomendasi	20	48,78	21	51,22	41	100,0	0,006	3,905 (1,551-9,832)
Sesuai Rekomendasi	10	19,61	41	80,39	51	100,0		
Jumlah	30	32,61	62	67,39	92	100,0		

5.2.2 Hubungan Umur Dengan Persepsi Ketidalcukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan antara umur dengan persepsi ketidalcukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidalcukupan ASI pada kelompok reponden yang berumur ≤ 30 tahun sebesar 21 (43,8%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang berumur > 30 tahun sebesar 11 (21,2%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil p-value= 0,027, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidalcukupan ASI dengan umur. Nilai OR= 2,899 menunjukkan, bahwa responden yang berumur ≤ 30 tahun mempunyai peluang 2,90 kali untuk mempunyai persepsi ketidalcukupan ASI dibandingkan responden yang berumur > 30 tahun.

Tabel 5.15
Distribusi Responden Menurut Umur Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

Umur	Persepsi Ketidacukupan ASI				Total		P-Value	OR (95% CI)
	Tidak Cukup		Cukup					
	n	%	n	%	n	%		
≤ 30 tahun	21	43,8	27	56,3	48	48,0	0,027	2,899 (1,207-6,964)
> 30 tahun	11	21,2	41	78,8	52	52,0		
Jumlah	32	32,0	68	68,0	100	100,0		

5.2.3 Hubungan Kenaikan Berat Badan Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan antara kenaikan berat badan dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, bahwa rata-rata kenaikan berat badan ibu yang mempunyai persepsi tidak cukup ASI adalah 10,27 kg dengan standar deviasi 2,912, sedangkan ibu yang mempunyai persepsi cukup ASI rata-rata kenaikan berat badannya adalah 11,63 kg dengan standar deviasi 2,783. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,033$, berarti pada alpha 5% terlihat ada hubungan yang signifikan rata-rata kenaikan berat badan antara ibu yang mempunyai persepsi tidak cukup ASI dengan ibu yang mempunyai persepsi cukup ASI.

Tabel 5.15
Distribusi Rata-rata Kenaikan Berat Badan Responden Menurut Persepsi Ketidacukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

Ketidacukupan ASI	Mean	SD	SE	P value	N
Tidak Cukup	10,27	2,912	0,532	0,033	30
Cukup	11,63	2,783	0,353		62

5.2.4 Hubungan Pekerjaan Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok responden yang bekerja sebesar 25 (41,7%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang tidak bekerja sebesar 7 (17,5%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil $p\text{-value} = 0,020$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidacukupan ASI dengan pekerjaan. Nilai $OR = 3,367$ menunjukkan, bahwa responden yang bekerja mempunyai peluang 3,37 kali untuk mempunyai persepsi ketidacukupan ASI dibandingkan responden yang tidak bekerja.

Tabel 5.16
Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

Pekerjaan	Persepsi Ketidacukupan ASI				Total		P-Value	OR (95% CI)
	Tidak Cukup		Cukup		n	%		
	n	%	n	%				
Bekerja	25	41,7	35	58,3	60	60,0	0,020	3,367 (1,285-8,827)
Tidak Bekerja	7	17,5	33	82,5	40	40,0		
Jumlah	32	32,0	68	68,0	100	100,0		

5.2.5 Hubungan Paritas Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan antara paritas dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok responden yang mempunyai paritas anak pertama sebesar 15 (46,9%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang mempunyai paritas anak kedua dan seterusnya sebesar 17 (25%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil $p\text{-value} = 0,020$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Paritas dengan persepsi ketidacukupan ASI. Nilai $OR = 3,367$ menunjukkan, bahwa responden yang mempunyai paritas anak pertama mempunyai peluang 3,37 kali untuk mempunyai persepsi ketidacukupan ASI dibandingkan responden yang mempunyai paritas anak kedua dan seterusnya.

value= 0,050, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidakcukupan ASI dengan paritas. Nilai OR= 2,647 menunjukkan, bahwa responden yang mempunyai paritas anak pertama mempunyai peluang 2,65 kali untuk mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan responden yang mempunyai paritas anak kedua dan seterusnya.

Tabel 5.16
Distribusi Responden Menurut Paritas Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

Paritas	Persepsi Ketidakcukupan ASI				Total		p-Value	OR (95% CI)
	Tidak Cukup		Cukup		n	%		
	n	%	n	%				
Anak Pertama	15	46,9	17	53,1	32	30,0	0,050	2,647 (1,092-6,414)
Anak Kedua dst	17	25	51	75	68	68,0		
Jumlah	32	32,0	68	68,0	100	100,0		

5.2.6 Hubungan Penggunaan Kontraspsi Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan antara penggunaan kontrasepsi dengan persepsi ketidakcukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidakcukupan ASI pada kelompok reponden yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen sebesar 15 (45,5%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung progestero saja/non hormonal sebesar 17 (25,4%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil p-value= 0,072, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidakcukupan ASI dengan penggunaan kontrasepsi.

Tabel 5.17
Distribusi Responden Menurut Penggunaan Kontrasepsi Dengan Persepsi
Ketidacukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok
Jakarta Utara Tahun 2011

Penggunaan Kontrasepsi	Persepsi Ketidacukupan ASI				Total		p-Value	OR (95% CI)
	Tidak Cukup		Cukup					
	n	%	n	%	n	%		
Mengandung Estrogen	15	45,5	18	54,5	33	33,0	0,072	2,451 (1,018-5,902)
Mengandung Progesteron saja/Non hormonal	17	25,4	50	74,6	67	67,0		
Jumlah	32	32,0	68	68,0	100	100,0		

5.2.7 Hubungan Berat Badan Lahir Bayi Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan antara berat badan lahir bayi dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok reponden yang berat lahir bayinya ≤ 2500 gram sebesar 6 (60%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan diantara kelompok responden yang berat lahir bayinya > 2500 gram sebesar 26 (28,9%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil p-value= 0,071, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidacukupan ASI dengan berat badan lahir bayi.

Tabel 5.18
Distribusi Responden Menurut Berat Badan Lahir Bayi dengan Persepsi
Ketidakcukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok
Jakarta Utara Tahun 2011

Berat Badan Lahir Bayi	Persepsi Ketidakcukupan ASI				Total		P-Value	OR (95% CI)
	Tidak Cukup		Cukup					
	n	%	n	%	n	%		
≤ 2500 gram	6	60	4	40	10	10,0	0,071	3,692 (0,962-14,168)
> 2500 gram	26	28,9	64	71,1	90	90,0		
Jumlah	32	32,0	68	68,0	100	100,0		

5.2.8 Hubungan IMD Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan antara IMD dengan persepsi ketidakcukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidakcukupan ASI pada kelompok reponden yang IMD nya > 30 menit sebesar 5 (41,7%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang IMD nya ≤ 30 menit sebesar 27 (30,7%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil p-value= 0,514, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidakcukupan ASI dengan IMD.

Tabel 5.19
Distribusi Responden Menurut IMD dengan Persepsi Ketidacukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

IMD	Persepsi Ketidacukupan ASI				Total		p-Value	OR (95% CI)
	Tidak Cukup		Cukup					
	n	%	n	%	n	%		
≤ 30menit	5	41,7	7	58,3	12	12,0	0,514	1,614 (0,470-5,542)
> 30 menit	27	30,7	61	69,3	88	88,0		
Jumlah	32	32,0	68	68,0	100	100,0		

5.2.9 Hubungan Bimbingan Laktasi Prenatal Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan antara bimbingan laktasi prenatal dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok reponden yang tidak mendapatkan bimbingan laktasi sebesar 11 (55%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang mendapat bimbingan laktasi sebesar 21 (26,3%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil p-value= 0,028, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi ketidacukupan ASI dengan bimbingan laktasi. Nilai OR= 3.434 menunjukkan, bahwa responden yang tidak mendapatkan bimbingan laktasi mempunyai peluang 3,43 kali untuk mempunyai persepsi ketidacukupan ASI dibandingkan responden yang mendapatkan bimbingan laktasi.

Tabel 5.19
Distribusi Responden Menurut Bimbingan Laktasi Prenatal dengan Persepsi
Ketidakcukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara
Tahun 2011

Bimbingan laktasi prenatal	Persepsi Ketidakcukupan ASI				Total		p-Value	OR (95% CI)
	Tidak Cukup		Cukup					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak mendapatkan bimb	11	55	9	45	20	20,0	0,028	3,434 (1,248-9,447)
Mendapat bimbingan	21	26,3	59	73,7	80	80,0		
Jumlah	32	32,0	68	68,0	100	100,0		

5.2.10 Hubungan Dukungan Petugas Kesehatan Dengan Persepsi Ketidakeukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan persepsi ketidakcukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidakcukupan ASI pada kelompok reponden yang tidak mendapatkan dukungan petugas kesehatan sebesar 4 (57,1%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang mendapatkkan dukungan petugas kesehatan sebesar 28 (30,1%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil p-value= 0,206, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi ketidakeukupan ASI dengan dukungan petugas kesehatan.

Tabel 5.19
Distribusi Responden Menurut Dukungan Petugas Kesehatan dengan Persepsi Ketidacukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

Dukungan petugas kesehatan	Persepsi Ketidacukupan ASI				Total		P-Value	OR (95% CI)
	Tidak Cukup		Cukup					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak dapat dukungan	4	57,1	3	42,9	7	7,0	0,206	3,095 (0,650-14,746)
Mendapat dukungan	28	30,1	65	69,9	93	93,0		
Jumlah	32	32,0	68	68,0	100	100,0		

5.2.11 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan dukungan keluarga dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok reponden yang tidak mendapatkan dukungan keluarga sebesar 10 (43,5%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang mendapatkan dukungan keluarga sebesar 22 (28,6%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil p-value= 0,276, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi ketidacukupan ASI dengan dukungan keluarga.

Tabel 5.20
Distribusi Responden Menurut Dukungan Keluarga dengan Persepsi Ketidacukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011

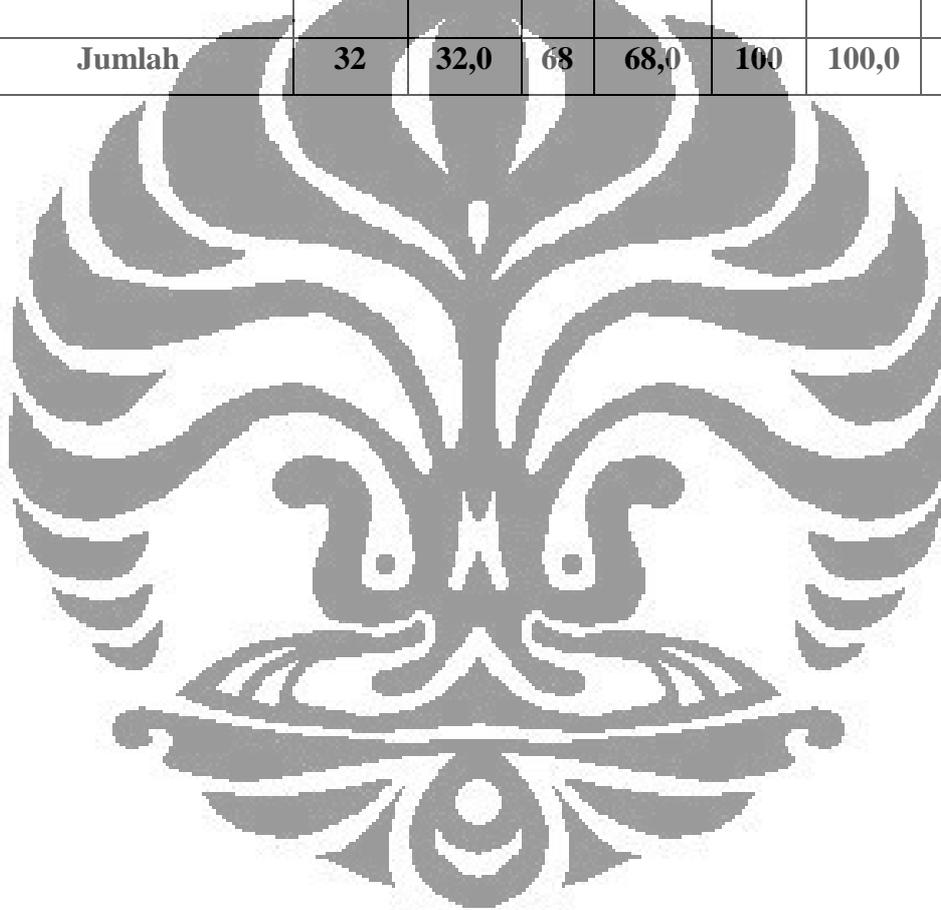
Dukungan Keluarga	Persepsi Ketidacukupan ASI				Total		p-Value	OR (95% CI)
	Tidak Cukup		Cukup					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak dapat dukungan	10	43,5	13	56,5	23	23,0	0,276	1,923 (0,735-5,029)
Mendapat dukungan	22	28,6	55	71,4	77	77,0		
Jumlah	32	32,0	68	68,0	100	100,0		

5.2.12 Hubungan Pengetahuan Ibu tentang ASI Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Berdasarkan tabel di bawah ini hasil analisis hubungan pengetahuan Ibu tentang ASI dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok reponden yang tidak mempunyai pengetahuan tentang ASI sebesar 11 (55%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang mempunyai pengetahuan tentang ASI sebesar 21 (26,3%) mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil p-value= 0,028, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi ketidacukupan ASI dengan dukungan keluarga. Nilai OR= 3,434 menunjukkan, bahwa responden yang tidak mempunyai pengetahuan tentang ASI mempunyai peluang 3,43 kali untuk mempunyai persepsi ketidacukupan ASI dibandingkan responden yang mempunyai pengetahuan tentang ASI.

Tabel 5.21
Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Ibu tentang ASI dengan Persepsi
Ketidakcukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok
Jakarta Utara Tahun 2011

Pengetahuan Ibu	Persepsi Ketidakcukupan ASI				Total		P-Value	OR (95% CI)
	Tidak Cukup		Cukup		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak	11	55	9	45	20	20,0	0,028	3,434 (1,248- 9,447)
Ya	21	26,2	59	73,8	80	80,0		
Jumlah	32	32,0	68	68,0	100	100,0		



BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Gambaran Ketidacukupan ASI Responden

Sesuai dengan hasil penelitian pada wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2010 menunjukkan, bahwa sebagian besar responden mempunyai persepsi cukup ASI sebesar 68 orang (68,0%) dibandingkan dengan responden yang mempunyai persepsi tidak cukup ASI sebesar 32 orang (32,0%). Hal ini sesuai dengan data Laporan Profil Kesehatan Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok tahun 2010 pencapaian ASI eksklusif sebesar 60%. Pencapaian ini belum sesuai Program Perbaikan Gizi Indonesia Sehat 2010 yang menetapkan target ASI eksklusif nasional yaitu sebesar 80%.

Penelitian ini sesuai juga dengan penelitian lain (Irma, 2010) di 5 Puskesmas PONEK Kabupaten Karawang, yang menyebutkan sebanyak 36 (41,4%) ibu yang memiliki persepsi tidak mampu laktasi.

Ketidacukupan ASI dalam penelitian ini dipersepsikan dengan pendapat/pandangan ibu dimana ibu memahami bahwa dia memiliki kemampuan untuk memproduksi dan mensuplai ASI yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya, artinya bahwa jika alasannya tidak terkait dengan tidak ada ASI atau ASI tidak cukup dianggap ibu mampu laktasi. Alasannya misalkan: ibu sakit, bayi sehat, masalah payudara, ibu bekerja, nasehat suami dan tenaga kesehatan. Persepsi ketidacukupan ASI menyebabkan ibu memberikan makanan selain ASI yaitu susu formula, air putih, air gula dan pisang. Produksi ASI pada ibu melahirkan dipengaruhi oleh frekuensi menyusuan pada periode awal paling sedikit 8 kali perhari setelah melahirkan. Sebab frekuensi menyusui berkaitan dengan kemampuan stimulasi hormon dalam kelenjar payudara. Karena ibu bekerja dan masalah payudara, maka ibu akan mengurangi frekuensi penyusuannya sehingga produksi ASI semakin lama semakin berkurang.

6.2 Hubungan Status Gizi Selama Hamil Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Status gizi ibu selama hamil diukur berdasarkan estimasi IMT prahamil dengan kenaikan BB (Berat Badan) yang dicapainya selama hamil (IOM, 2009). Status gizi dikatakan sesuai rekomendasi jika $IMT < 18,5$ penambahan BB $\geq 12,5$ kg, atau $IMT 18,5-24,9$ penambahan BBnya $\geq 11,5$ kg, atau $IMT > 25$ penambahan Bbnya ≥ 5 kg.

Berdasarkan hasil penelitian gambaran status gizi selama hamil menunjukkan, bahwa dari 92 responden yang mempunyai status gizi sesuai rekomendasi sebesar 51 orang (44,6%) dan responden yang mempunyai status gizi kurang dari rekomendasi sebesar 41 orang (55,4%). Rata-rata kenaikan berat badan sebesar 11,18 kg.

Dan analisis hubungan antara status gizi selama hamil dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, bahwa persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok reponden yang status gizinya kurang dari rekomendasi sebesar 48,78% mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan diantara kelompok responden yang status gizinya sesuai rekomendasi sebesar 19,61% mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil $p\text{-value} = 0,006$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi ketidacukupan ASI dengan status gizi selama hamil. Nilai $OR = 3,905$ menunjukkan, bahwa responden yang status gizinya tidak sesuai rekomendasi mempunyai peluang 3,90 kali untuk mempunyai persepsi ketidacukupan ASI dibandingkan responden yang status gizinya sesuai rekomendasi.

Persepsi ketidacukupan ASI dipengaruhi oleh status gizi selama hamil kurang dari rekomendasi. Hal ini sesuai dengan pendapat Irawati, dkk (2010), bahwa ibu menyusui dengan status gizi kurus mempunyai resiko 2,24-2,34 kali untuk ketidakberhasilan menyusui selama 4 bulan dibandingkan dengan ibu dengan status gizinya normal. Salah satu efek dari menyusui juga dapat menurunkan berat badan secara perlahan dan penurunan berat badan yang dianjurkan 2kg/bulan. Jika selama hamil status gizinya kurang maka akan berpengaruh juga terhadap produksi ASI selama menyusui. ini sesuai penelitian Kac, dkk (2004), bahwa lemak tubuh berinteraksi terhadap lama pemberian ASI

dengan nilai $p < 0,0041$ dan status gizi ibu menyusui tergantung pada status gizi pra hamil dan peningkatan berat badan selama hamil.

6.3 Hubungan Umur Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Umur ibu didefinisikan dengan usia responden yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir dengan standar umur 30 tahun. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa responden yang berumur ≤ 30 tahun sebesar 48 orang (48,0%) sedangkan responden yang berumur > 30 tahun sebesar 52 orang (52,0%).

Dan hasil analisis hubungan antara umur dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, bahwa persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok responden yang berumur ≤ 30 tahun sebesar 43,8% mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang berumur > 30 tahun sebesar 21,2% mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil $p\text{-value} = 0,027$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidacukupan ASI dengan umur. Nilai $OR = 2,899$ menunjukkan, bahwa responden yang berumur ≤ 30 tahun mempunyai peluang 2,90 kali untuk mempunyai persepsi ketidacukupan ASI dibandingkan responden yang berumur > 30 tahun.

Umur berpengaruh terhadap persepsi ketidacukupan ASI. Kelompok ibu yang berumur ≤ 30 tahun lebih banyak tidak menyusui bayinya dengan alasan sakit pada puting susunya, puting susu tidak panjang jadi bayi susah menyusui. Hal ini sesuai dengan pendapat Worthington (1993), bahwa usia berhubungan dengan produksi ASI dimana secara alami proses degeneralisasi payudara mengenai ukuran dan kelenjar alveoli mengalami regresi yang dimulai pada usia 30 tahun, sehingga proses tersebut cenderung kurang menghasilkan ASI.

Selain itu juga pada umur ≤ 30 tahun ibu masih belum berpengalaman cara menyusui yang benar dan persepsi mereka dengan menyusui akan mengurangi keindahan bentuk payudara, sehingga pada bulan pertama kelahiran mereka enggan menyusui bayinya.

6.4 Hubungan Kenaikan Berat Badan Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Kenaikan berat badan selama hamil didefinisikan dengan jumlah kenaikan berat badan selama hamil berdasarkan estimasi perhitungan antropometri dalam satuan kilogram. Sesuai dengan Achadi (1995), bahwa cara perhitungan estimasi kenaikan berat badan menggunakan pola kenaikan BB ibu hamil dari Hytten dan Leich. Pola kenaikan setiap ibu hamil dianggap sama, yaitu 11,85 kg dalam 2 kali pengukuran BB bumil dengan selang waktu minimal 11 minggu.

Hasil penelitian kenaikan berat badan selama hamil menunjukkan, bahwa dari 92 responden rata-rata kenaikan berat badan responden sebesar 11,18 kg, dan standar deviasinya 2,882. Nilai minimal kenaikan berat badan sebesar 5 kg dan maksimalnya sebesar 18 kg.

Dan hasil analisis hubungan antara kenaikan berat badan dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, bahwa rata kenaikan berat badan ibu yang mempunyai persepsi tidak cukup ASI adalah 10,27 kg dengan standar deviasi 2,912, sedangkan ibu yang mempunyai persepsi cukup ASI rata-rata kenaikan berat badannya adalah 11,63 kg dengan standar deviasi 2,783. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,033$, berarti pada alpha 5% terlihat ada hubungan yang signifikan rata-rata kenaikan berat badan antara ibu yang mempunyai persepsi tidak cukup ASI dengan ibu yang mempunyai persepsi cukup ASI.

Menurut peneliti bahwa kenaikan berat badan berhubungan dengan status gizi selama hamil, jika kenaikan BB yang kurang selama hamil menyebabkan produksi ASI juga berkurang, meskipun komposisi ASI tetap sama tetapi volume ASI yang dikeluarkan ibu yang kenaikan BB kurang dengan yang normal berbeda. Sehingga hal tersebut dapat menyebabkan lamanya memberikan ASI berbeda (Arisman, 2004).

6.5 Hubungan Pekerjaan Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa sebagian besar responden bekerja sebesar 60 orang (60,0%), dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja sebesar 40 orang (40,0%).

Dan hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan persepsi ketidakcukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidakcukupan ASI pada kelompok responden yang bekerja sebesar 41,7% mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan diantara kelompok responden yang tidak bekerja sebesar 17,5% mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil $p\text{-value} = 0,020$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidakcukupan ASI dengan pekerjaan Nilai $OR = 3,367$ menunjukkan, bahwa responden yang bekerja mempunyai peluang 3,37 kali untuk mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan responden yang tidak bekerja.

Menurut peneliti pekerjaan sangat berhubungan dengan persepsi tidak cukup ASI pada ibu. Ibu yang bekerja sebagian besar tidak mempunyai waktu yang maksimal untuk menyusui bayinya terutama dalam minggu bulan pertama melahirkan. Kuantitas bersama bayinya kurang padahal minimal 2 jam sekali menyusui. dengan intensitas menyusui yang kurang akan menekan produksi hormon prolaktin yang menyebabkan penurunan volume ASI. Frekuensi menyusui yang berkurang akan terjadi pengosongan payudara dan produksi ASI berkurang. Selain itu juga faktor kelelahan dan kesakitan pada saat menyusui karena bekerja menyebabkan ibu enggan menyusui bayinya.

Hal ini sesuai dengan penelitian Liubai, dkk (1998) yang menyebutkan, bahwa peluang ibu yang bekerja untuk tidak memberikan ASI secara eksklusif 2,44 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Dan penelitian lain (khasawneh dkk, 2006) juga menyebutkan, bahwa peluang ibu yang bekerja untuk tidak memberikan ASI secara eksklusif 3,34 kali lebih besar dibandingkan ibu yang tidak bekerja.

6.6 Hubungan Paritas Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa sebagian besar responden mempunyai paritas anak kedua dan seterusnya sebesar 68 orang (68,0%), dan responden yang mempunyai paritas anak pertama sebesar 32 orang (32,0%).

Dan hasil analisis hubungan antara paritas dengan persepsi ketidakcukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidakcukupan ASI pada kelompok

reponden yang mempunyai paritas anak pertama sebesar 46,9% mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan diantara kelompok responden yang mempunyai paritas anak kedua dan seterusnya sebesar 25% mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil p-value= 0,050, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidakcukupan ASI dengan paritas. Nilai OR= 2,647 menunjukkan, bahwa responden yang mempunyai paritas anak pertama mempunyai peluang 2,65 kali untuk mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan responden yang mempunyai paritas anak kedua dan seterusnya.

Paritas berhubungan dengan ketidakcukupan ASI karena pada ibu yang mempunyai paritas anak pertama belum mempunyai keterampilan menyusui terutama peletakan puting susu pada mulut bayi, sindrom pertama kali menyusui yang selalu berfikir sakit dan belum terbiasa, sakitnya menyusui pertama sehingga ibu memberikan susu formula diawal melahirkan. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Gati (2008), bahwa paritas dan pengalaman menyusui berpengaruh secara signifikan terhadap kesuksesan menyusui, dimana wanita yang baru pertama kali menyusui biasanya selalu berfikir akan resiko dan masalah menyusui atau penghentian menyusui awal dibandingkan dengan ibu yang sudah pernah menyusui sebelumnya.

6.7 Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI

Penggunaan kontrasepsi didefinisikan dengan alat KB yang sedang digunakan responden yang digolongkan ke dalam KB hormonal dan non hormonal atau progesteron saja. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa responden lebih banyak menggunakan kontrasepsi mengandung progesterone saja/non hormonal sebesar 67 orang (67,0%), dibandingkan responden yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen sebesar 33 orang (33,0%).

Dan hasil analisis hubungan antara penggunaan kontrasepsi dengan persepsi ketidakcukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidakcukupan ASI pada kelompok reponden yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen sebesar 45,5% mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok

responden yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung progesteron saja/non hormonal sebesar 25,4% mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil $p\text{-value} = 0,072$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidakcukupan ASI dengan penggunaan kontrasepsi.

Penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Soetjiningsih (1997), bahwa alat kontrasepsi yang mengandung estrogen dosis tinggi akan dapat menurunkan produksi ASI. Meskipun penelitiannya tidak signifikan tetapi ada peluang ibu yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen untuk mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI.

Penggunaan kontrasepsi untuk ibu menyusui berdasarkan prioritas adalah MOP (untuk yang sudah mempunyai anak banyak), AKDR, suntikan depoprovera, mini pil, KB susuk, metode sederhana serta pil kombinasi dengan estrogen dosis rendah. Kemungkinan tidak signifikan karena ada sebagian responden yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen dengan dosis rendah (Irma, 2010).

6.8 Hubungan Berat Badan Lahir Bayi Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa sebagian besar berat bayi responden > 2500 gram sebesar 90 orang (90,0%), dan responden yang berat bayinya waktu lahir ≤ 2500 gram hanya 10 orang (10,0%).

Dan hasil analisis hubungan antara berat badan lahir bayi dengan persepsi ketidakcukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidakcukupan ASI pada kelompok responden yang berat lahir bayinya ≤ 2500 gram sebesar 60% mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang berat lahir bayinya > 2500 gram sebesar 28,9% mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil $p\text{-value} = 0,071$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidakcukupan ASI dengan berat badan lahir bayi.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Irma (2010) yang menyatakan sebagian besar responden (62,8%) ibu yang melahirkan bayi dengan

berat badan > 2500 gram memiliki persepsi kemampuan laktasi. Dan ada hubungan yang bermakna antara berat bayi lahir dengan persepsi kemampuan laktasi dengan OR 5,914. Dan teori National Academic Science (1991) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara berat lahir dengan intake ASI.

Berat badan bayi lahir berhubungan dengan produktivitas ASI. Terdapat hubungan positif berat lahir bayi dengan frekuensi dan lama menyusui selama 14 hari pertama setelah bayi lahir. Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) mempunyai kemampuan menghisap lebih rendah dibandingkan bayi yang lahir dengan berat normal (>2500 gram) dan berpengaruh juga terhadap stimulasi hormon prolaktin dan oksitosin dalam memproduksi ASI. Penelitian ini tidak signifikan kemungkinan karena ibu dengan berat bayi lahir rendah secara optimal memberikan ASI eksklusif dengan status gizi yang baik dan intensitas penyusuan pada bulan pertama melahirkan, sehingga memacu bayinya untuk menyusui dengan baik.

6.9 Hubungan IMD Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa sebagian besar IMD responden ≤ 30 menit sebesar 88 orang (88,0%), sedangkan IMD responden yang > 30 menit sebesar 12 orang (12,0%).

Dan hasil analisis hubungan antara IMD dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok responden yang IMD nya < 30 menit sebesar 41,7% mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang IMD nya ≥ 30 menit sebesar 30,7% mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil p-value= 0,514, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Persepsi ketidacukupan ASI dengan IMD.

Hasil penelitian tidak sesuai dengan penelitian Nako, dkk (2008) yang menyebutkan bahwa bayi segera disusui selama 2 jam pertama berpeluang mendapatkan ASI eksklusif 2,5 kali dibandingkan bayi yang disusui melebihi 2 jam setelah melahirkan. Dan penelitian Sulistyoningsih (2008) yang menyatakan bahwa peluang ibu yang memberikan ASI segera untuk dapat memberikan ASI

eksklusif 61,818 kali dibandingkan ibu yang tidak memberikan ASI segera dengan $p=0,000$.

Menurut peneliti hal ini hasil ukurnya dibatasi untuk ibu yang melakukan IMD adalah ≤ 30 menit padahal menurut Depkes (2009) proses IMD berlangsung minimal 1 jam pertama sejak bayi lahir, sehingga responden yang menyusui segera lebih dari 30 menit sampai 1 jam tidak termasuk pada ibu yang melakukan IMD (Irma, 2010).

6.10 Hubungan Bimbingan Laktasi Prenatal Dengan Persepsi Ketidakecukupan ASI

Bimbingan laktasi prenatal didefinisikan dengan informasi yang didapatkan responden mengenai ASI dari bidan/nakes selama kunjungan ANC. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa lebih banyak yang mendapatkan bimbingan laktasi prenatal sebesar 80 orang (80,0%), dan yang tidak mendapatkan bimbingan laktasi prenatal sebesar 20 orang (20,0%). Dan hasil analisis hubungan antara bimbingan laktasi prenatal dengan persepsi ketidakecukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidakecukupan ASI pada kelompok responden yang tidak mendapatkan bimbingan laktasi sebesar 55% mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang mendapatkan bimbingan laktasi sebesar 26,3% mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil $p\text{-value} = 0,028$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi ketidakecukupan ASI dengan bimbingan laktasi. Nilai $OR = 3,434$ menunjukkan, bahwa responden yang tidak mendapatkan bimbingan laktasi mempunyai peluang 3,43 kali untuk mempunyai persepsi ketidakecukupan ASI dibandingkan responden yang mendapatkan bimbingan laktasi.

Program laktasi merupakan program multi departemen yang melibatkan bagian yang terkait, agar dihasilkan suatu pelayanan yang komprehensif dan terpadu terhadap ibu hamil, ibu menyusui dan bayinya, bahkan seluruh keluarga yang mencakup masa prenatal, segera sesudah melahirkan dan sesudah ibu dan bayinya dipulangkan dari Puskesmas. Bimbingan laktasi meliputi perawatan payudara, agar menyusui segera mungkin, memberikan kolostrum, tidak

memberikan susu formula, memberikan hanya ASI saja sampai 6 bulan yang dilakukan oleh petugas kesehatan setempat. Hal ini sesuai dengan pendapat Soetjiningsih (1997) yang menyatakan, bahwa bimbingan laktasi merupakan dasar bagi keberhasilan menyusui.

6.11 Hubungan Dukungan Petugas Kesehatan Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Dukungan petugas kesehatan didefinisikan sebagai dukungan terhadap pemberian ASI eksklusif keluarga dalam mendukung pemberian ASI secara eksklusif. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa sebagian besar mendapatkan dukungan petugas kesehatan sebesar 93 orang (93,0%), dan yang tidak mendapatkan dukungan hanya 7 orang (7,0%).

Dan hasil analisis hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok responden yang tidak mendapatkan dukungan petugas kesehatan sebesar 57,1% mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang mendapat dukungan petugas kesehatan sebesar 30,1% mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil $p\text{-value} = 0,206$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi ketidacukupan ASI dengan dukungan petugas kesehatan.

Dukungan dari para profesional di bidang kesehatan sangat diperlukan bagi ibu, terutama primipara (ibu dengan paritas anak pertama). Pendidikan tentang pentingnya menyusui sudah harus diberikan sejak masa antenatal, yang dilakukan oleh tenaga kesehatan baik bidan maupun dokter. Bila semua kesehatan menerapkan 10 langkah menuju keberhasilan menyusui, maka dijamin dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi dan anak, sesuai dengan MDGs (Millenium Development Goals).

Peran tenaga kesehatan diruang perawatan ibu dan bayi sangat besar, agar setiap bayi yang dipulangkan harus menyusu sampai 6 bulan. Ibu yang mendapat dukungan dari sekitarnya, pada umumnya berhasil dalam menyusui bayinya. Terdapat korelasi antara rasa percaya diri ibu yang rendah dengan kegagalan

menyusui. Intervensi perlu diubah dari edukasi ke upaya agar ibu menjadi percaya diri dalam menyusui bayinya.

6.12 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Peran keluarga erat hubungannya dengan status sosial dan adat istiadat setempat. Pada masyarakat tertentu ada yang masih mempertahankan fungsi keluarga, tetapi ada yang sudah menekankan kemandirian dan individualitas. Hambatan yang paling sulit adalah berasal dari ayah si bayi, karena dapat menghambat inisiasi menyusui dini dan lingkungan menyusui ASI secara eksklusif sampai 6 bulan. Agar sukses dalam proses menyusui, ayah harus ikut berpartisipasi aktif dalam mengambil keputusan, mempunyai sikap yang positif, dan mempunyai pengetahuan yang luas tentang ketungutan menyusui, ternyata sangat mendukung ibu. Dukungan sosial itu berasal dari lingkungan disekitar ibu, selain suami, juga keluarga seperti nenek dan keluarga lain yang tidak mempunyai pengalaman menyusui.

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa banyak responden yang mendapatkan dukungan keluarga sebesar 77 orang (77,0%), dan yang tidak mendapatkan dukungan sebesar 23 orang (23,0%). Dan hasil analisis hubungan dukungan keluarga dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok reponden yang tidak mendapatkan dukungan keluarga sebesar 43,5% mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan kelompok responden yang mendapatkan dukungan keluarga sebesar 28,6% mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil $p\text{-value} = 0,276$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi ketidacukupan ASI dengan dukungan keluarga.

Hasil penelitian ini tidak signifikan kemungkinan karena faktor lain dari ibu sendiri. Meskipun banyak mendapatkan dukungan keluarga tetapi dari ibu merasa tidak cukup ASI.

6.13 Hubungan Pengetahuan Ibu tentang ASI Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa hampir semua responden yang mempunyai pengetahuan tentang ASI sebesar 80 orang (80,0%), dan yang tidak mempunyai pengetahuan tentang ASI sebesar 20 orang (20,0%).

Dan hasil analisis hubungan pengetahuan Ibu tentang ASI dengan persepsi ketidacukupan ASI menunjukkan, persepsi ketidacukupan ASI pada kelompok responden yang tidak mempunyai pengetahuan tentang ASI sebesar 55% mempunyai persepsi tidak cukup ASI, sedangkan diantara kelompok responden yang mempunyai pengetahuan tentang ASI sebesar 26,3% mempunyai persepsi tidak cukup ASI. Secara statistik dengan uji Chi-square diperoleh hasil p-value= 0,028, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi ketidacukupan ASI dengan dukungan keluarga. Nilai OR= 3,434 menunjukkan, bahwa responden yang tidak mempunyai pengetahuan tentang ASI mempunyai peluang 3,43 kali untuk mempunyai persepsi ketidacukupan ASI dibandingkan responden yang mempunyai pengetahuan tentang ASI.

Pengetahuan ASI mengenai IMD, warna cairan ASI/kolostrum, manfaat ASI, lamanya pemberian ASI eksklusif, minum/makanan selain ASI setelah 6 bulan. Pengetahuan sangat berpengaruh terhadap persepsi ibu tentang ketidacukupan ASI. Informasi didapatkan dari petugas kesehatan, atau media cetak dan elektronik yang benar. Semakin tinggi pengetahuan ibu tentang, maka semakin besar persepsi ibu tentang kecukupan ASI.

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian pembahasan penelitian, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Ada hubungan yang signifikan antara status gizi dengan persepsi ketidakcukupan ASI ($p=0,006$) dengan nilai $OR=3,905$, menunjukkan responden yang status gizinya tidak sesuai rekomendasi mempunyai peluang 3,9 kali untuk mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan responden yang status gizinya sesuai rekomendasi IMT ibu hamil.
2. Ada hubungan yang signifikan antara umur dengan persepsi ketidakcukupan ASI ($p=0,002$) dengan nilai $OR=4,680$, menunjukkan responden yang berumur ≤ 30 tahun mempunyai peluang 2,90 kali untuk mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan responden yang berumur > 30 tahun.
3. Ada hubungan yang signifikan rata-rata kenaikan berat badan antara ibu yang mempunyai persepsi tidak cukup ASI dengan ibu yang mempunyai persepsi cukup ASI ($p=0,047$).
4. Ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan persepsi ketidakcukupan ASI ($p=0,020$) dengan nilai $OR=3,367$, menunjukkan responden yang bekerja mempunyai peluang 3,37 kali untuk mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan responden yang tidak bekerja.
5. Ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan persepsi ketidakcukupan ASI ($p=0,050$) dengan nilai $OR=2,647$, menunjukkan responden yang mempunyai paritas anak pertama mempunyai peluang 2,65 kali untuk mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan responden yang mempunyai paritas anak kedua dan seterusnya.
6. Ada hubungan yang signifikan antara bimbingan laktasi prenatal dengan persepsi ketidakcukupan ASI ($p=0,028$) dengan nilai $OR=3,434$,

menunjukkan responden yang tidak mendapatkan bimbingan laktasi mempunyai peluang 3,43 kali untuk mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan responden yang mendapatkan bimbingan laktasi.

7. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan persepsi ketidakcukupan ASI ($p=0,028$) dengan nilai $OR=3,434$, menunjukkan responden yang tidak mempunyai pengetahuan tentang ASI mempunyai peluang 3,43 kali untuk mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan responden yang mempunyai pengetahuan tentang ASI.
8. Tidak ada hubungan yang signifikan antara penggunaan kontrasepsi, berat badan lahir bayi, IMD (Inisiasi Menyusui Dini), dukungan petugas kesehatan, dukungan keluarga dengan persepsi ketidakcukupan ASI ($P>0,05$).
9. Secara keseluruhan factor yang paling berpengaruh dalam persepsi ketidakcukupan ASI adalah status gizi ibu selama hamil.

7.2 Saran

Saran dalam penelitian ini adalah :

1. Perlu peningkatan status gizi ibu selama hamil untuk mencapai target pemberian ASI eksklusif sesuai program MDGs 2010 sebesar 80%.
2. Untuk Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara dengan peningkatan target ASI eksklusif yang sudah 60% perlu meningkatkan penyuluhan petugas kesehatan tentang pentingnya status gizi selama hamil terkait IMT dan kenaikan berat badan.
3. Untuk penelitian berikutnya diharapkan melanjutkan ke penelitian yang lebih mendalam secara kualitatif dengan multivariat.

DAFTAR PUSTAKA

- Arisman, MB (2004). *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC
- Depkes RI (2003). *Ibu bekerja tetap memberikan Air Susu Ibu*, Jakarta
- Depkes RI (2005). *Manajemen Laktasi*, 2005
- Depkes RI (2009). *Materi Penyuluhan Inisiasi Dini Menyusui (IMD)*.
- Depkes RI (2008) *Profil Kesehatan Indonesia 2007*
- Ikatan Dokter Anak Indonesia, Cabang DKI Jakarta, 2008, *Bedah ASI Kajian dari Berbagai Sudut Pandang Ilmiah*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2010, *Indonesia dan Menyusui*, IDAI Jakarta.
- Kodrat Laksono, 2010, *Dasyatnya ASI dan Laktasi Untuk Kecerdasan Buah Hati Anda*, Media baca.
- Kusumawardhani, 2010, *ASI Bikin Anak Cerdas*, Djembatan Jakarta.
- Laporan Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Tahun 2010.
- Mahan L. Katheen, 1996, *Food Nutrition and Diet Therapy*, Edisi 9, WB. Saunders Company, Philadelphia.
- Maramis .F Willy Prof. Dr. Press 2006, *Ilmu Perilaku Dalam Pelayanan Kesehatan*, Air langga niversiti.
- Notoatmodjo Soekidjo. Prof. Dr. 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi, Rineka Cipta Jakarta.
- Notoatmodjo Soekidjo. Prof. Dr. 2007, *Kesehatan Masyarakat ilmu dan Seni*, Rineka Cipta Jakarta.
- Perkumpulan Periantologi Indonesia, *Perawatan Bayi berat Lahir Rendah Denan Metode Kanguru*, Perinansia Jakarta.
- Perinasia. (2003). *Manajemen Laktasi*

Perkumpulan Perinatologi Indonesia,2009,*Menuju Pesalinan Aman dan Bayi Baru Lahir Sehat* Cetakan 4,Perinansia Jakarta.

Pramono dibyo .drg SU, MDSc,1997, *Besar Sempel dalam penelitian Kesehatan*, Gajah Mada University Press.

Priyo Sutanto, 2007, *Analisis Data Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat universitas Indonesia.

Ramat Dede,M.Psi,2009, *Ilmu Perilaku Manusia*,Trans Info Media,Jakarta.

Sabrii Luknis,Priyo Sutanto,2008,*Statistik Kesehan Edisi Revisi*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.

Soetjioningsih.Dr,DSAK,1997,*Sseri Gizi Klinik ASI Petunjuk Uuntuk Tenaga Kesehatan*,Cetakan pertama,Jakarta:Gkc.

Sopiyudian.M,2009, *Besar Sempel dan Cara Pengambilan sample dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*,Salemba Media,Jakarta.

Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI). (2007)

Trisnawati, Irna (2010). *Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil Dengan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) Di Wilayah Puskesmas PONED Karawang Tahun 2011*, [Tesis]. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Walgito Bimo, Prof. Dr.2005. *Pengantar Psikologi Umum* Edisi 5,ANDI yogyakarta.

Wiryo Hartono DR.Dr,Sp.A,2002, *Peningkatan Gizi Bayi, Anak,ibu Hamil,dan Menyusui Dengan Bahan Makanan local* Jakarta. Sagung seto.

1. TOTAL PERTAMBAHAN BB SELAMA HAMIL

- Menggunakan pola kenaikan BB ibu hamil dari Hytten dan Leich. Pola kenaikan setiap ibu hamil dianggap sama, yaitu :
 - 0 – 10 minggu = 0,065 kg/minggu
 - 11 – 20 minggu = 0,335 kg/minggu
 - 21 – 30 minggu = 0,450 kg/minggu
 - 31 – 40 minggu = 0,335 kg/minggu
 - Total = 11,85 kg
- Diperlukan 2 kali pengukuran BB bumil dengan selang waktu minimal 11 minggu.
- Besar kenaikan BB pada :
 - 10 mg pertama = (mg kehamilan)(0,065kg)
 - 10 mg kedua = (mg kehamilan-10)(0,335kg)+(0,65 kg)
 - 10 mg ketiga = (mgkehamilan-20)(0,45kg)+(3,35kg)+(0,65kg)
 - 10 mg keempat = (mg kehamilan-30)(0,335kg)+(4,5kg)+(3,35kg)+(0,65kg)
- Persen kenaikan BB yang dicapai terhadap total kenaikan BB selama hamil
- Estimasi total kenaikan BBnya

2. BB PRA HAMIL

A. CARA MENGHITUNG ESTIMASI KENAIKAN BB

- **PG (Precentage Gain)** = % Kenaikan BB Ideal

Antara pengukuran 1 dan pengukuran 2 : $\frac{IGL-IGF}{11,85 \text{ kg}}$

(IGL : Kenaikan BB ideal pada pengukuran 2, IGF : kenaikan BB ideal pada pengukuran 1)

IGL : menurut minggu dulakukan pengukuran kedua

IGF : menurut minggu dilakukan pengukuran pertama

Cara mendapatkan IGL dan IGF :

Perkiraan BB selama hamil :

- 10 mg pertama = (mg kehamilan)(0,065kg) => IG1
- 10 mg kedua = (mg kehamilan-10)(0,335kg)+(0,65 kg)=>IG2

- 10 mg ketiga = $(\text{mg kehamilan}-20)(0,45\text{kg})+(3,35\text{kg})+(0,65\text{kg}) \Rightarrow \text{IG3}$
- 10 mg keempat = $(\text{mg kehamilan}-30)(0,335\text{kg})+(4,5\text{kg})+(3,35\text{kg})+(0,65\text{kg}) \Rightarrow \text{IG4}$
- Total = 11,85 kg
- IG1 = $(\text{mg kehamilan})(0,065\text{kg})$
- IG2 = $(\text{mg kehamilan}-10)(0,335\text{kg})+(0,65 \text{ kg})$
- IG3 = $(\text{mg kehamilan}-20)(0,45\text{kg})+(3,35\text{kg})+(0,65\text{kg})$
- IG4 = $(\text{mg kehamilan}-30)(0,335\text{kg})+(4,5\text{kg})+(3,35\text{kg})+(0,65\text{kg})$
- **RG (Recorded Gain)** = kenaikan BB yang terukur
BB pada pengukuran 2-BB pada pengukuran 1
- **EPG (Estimated Pregnancy Gain)** = Estimasi Pertambahan
BB = RG/PG

B. CARA MENGHITUNG ESTIMASI BB PRA HAMIL

- **PIGF** (% Ideal Gain of First Measurement) = % kenaikan ideal BB pada pengukuran pertama = $\frac{\text{IGF}}{11,85 \text{ kg}}$
- **GF** (Estimated Gain of First Measurement) = estimasi kenaikan BB pada pengukuran pertama = $\text{PIG} \times \text{EPG}$
- **EPW** (Estimated Pregnancy Weight) = Estimasi BB Pra Hamil : Pengukuran pertama - GF

KUESIONER

PENELITIAN MENGENAI HUBUNGAN STATUS GIZI IBU SELAMA HAMIL DENGAN PERSEPSI KEMAMPUAN LAKTASI (PKL) DI WILAYAH PUSKESMAS CILANDAK JAKARTA SELATAN TAHUN 2010

I. IDENTITAS RESPONDEN	KODE/NO URUT
1. KELURAHAN :	
2. RT/RW :	
3. NAMA KEPALA KELUARGA :	
4. NAMA RESPONDEN :	
5. NOMOR URUT RESPONDEN :	

II. IDENTITAS PEWAWANCARA DAN PENGECEKAN	
TANGGAL WAWANCARA	TANGGAL
NAMA PEWAWANCARA	PENGECEKAN :
PARAF	PARAF

INFORMED CONSENT

Assalamualaikum Wr Wb

Nama saya Marisi Panjaitan, Mahasiswa Universitas Indonesia sedang melakukan penelitian untuk melihat *Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan persepsi Ketidak Cukupan ASI di wilayah Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2010*. Penelitian ini dilakukan semata-mata untuk kepentingan akademik dan tidak akan berdampak negative kepada ibu ataupun keluarga. Setiap jawaban ataupun penjelasan yang ibu berikan akan dijaga kerahasiaannya.

Saat ini, apakah ibu bersedia berpartisipasi dalam pengumpulan data ini? Apakah saya dapat memulai wawancara ini?

BILA RESPONDEN SETUJU UNTUK DIWAWANCARAI, WAWANCARA
DIMULAI.

BILA RESPONDEN TIDAK SETUJU DIWAWANCARA → AKHIRI DAN CARI
RESPONDEN LAIN SESUAI CARA SAMPLING

PARAF/TANDA SETUJU RESPONDEN (BILA MEMUNGKINKAN) :

A. Identitas Responden			
A.1	Siapa nama ibu?		
A.2	Berapa umur ibu sekarang?.....tahun 98. tidak tahu/lupa 99. tidak ada jawaban		[]
A.3	Berapa jumlah anak ibu seluruhnya? _____orang (baik yang hidup ataupun meninggal)		[]
A.4	Siapa nama bayi ibu ?		
A.5	Apa jenis kelamin (nama bayi)? : 1. Laki- laki 2. Perempuan		[]
A.6	Tanggal berapa (nama bayi) lahir? Tanggal Bulan Tahun [][] [][] [][][][] JIKA IBU LUPA TANGGALATAU BULAN, TULISKAN KODE 99		[][]
A.7	Anak yang keberapa (nama bayi) ?		[]
B. Pemeriksaan Kehamilan dari Bimbingan Laktasi			
B1.	Ketika ibu hamil (nama bayi), apakah ibu pernah memeriksa kehamilan? 1. Ya 2. Tidak		[]
B2.	Siapa saja yang memeriksa kehamilan ibu? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN “KESIAPA LAGI, BU?”		[]
		Ya	Tidak
a.	Dukun Bayi	1	0
b.	Perawat	1	0
c.	Bidan Desa	1	0
d.	Bidan lain	1	0
e.	Dokter	1	0
f.	Lain-lain, Sebutkan	1	0
B3.	Seingat ibu, selama hamil (nama bayi), beberapa kali ibu memeriksakan kehamilan ke tenaga/petugas kesehatan? _____ kali 98. tidak tahu/lupa 99. tidak ada jawaban		[][]
B4.	Pada waktu pemeriksaan kehamilan, apakah ibu mendapatkan nasehat tentang pemberian ASI dari tenaga kesehatan? 1. Ya 8. Tidak tahu/Lupa ⇨ ke B7 2. Tidak ⇨ ke B7 9. Tidak ada jawaban ⇨ ke B7		[]
B5.	Apa saja nasihat tentang ASI yang diberikan tenaga kesehatan ? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU, JANGAN DIBACAKAN TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU, JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN “APA LAGI, BU?”		
		ya	Tidak
a.	Perawatan payudara	1	0
b.	Agar menyusui sesegera mungkin	1	0
c.	Agar memberikan ko lostrum/susu jolong	1	0
d.	Agar tidak memberikan susu formula	1	0
e.	Agar memberikan hanya ASI saja sampai 6 bulan	1	0
f.	Lain-lain, Sebutkan	1	0
g.	Tidak Tahu/Lupa	1	0
B6.	Pada waktu pemeriksaan kehamilan, apakah ibu pernah di ajarkan mengenai cara perawatan payudara? 1. Ya 8. Tidak tahu/lupa		[]

	2. Tidak	9. Tidak ada jawaban	
B7.	Pada waktu pemeriksaan kehamilan, apakah ibu di nasehati untuk melahirkan ke tenaga kesehatan? 1. Ya 2. Tidak		8. Tidak tahu/lupa 9. Tidak ada jawaban
			[]
C. Persalinan dengan tenaga kesehatan			
C1.	Dimana ibu melahirkan (nama bayi)? 1. Dirumah sendiri/keluarga 2. Dirumah dukun bayi 3. Dirumah bidan di desa 4. Di polindes 5. Di puskesmas 6. Praktek bidan swasta 7. Praktek dokter swasta		8. Di klinik swasta 9. Di rumah bersalin 10. Di rumah sakit umum/RS, swasta 11. Lain-lain, sebutkan 98. Tidak tahu/lupa 99. Tidak ada jawaban
			[] []
C2.	Siapa yang menolong ibu melahirkan (nama bayi)? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN "SIAPA LAGI, BU?"		
		Ya	Tidak
	a. Anggota keluarga	1	0
	b. Dukun bayi	1	0
	c. Bidan di desa	1	0
	d. Bidan lain	1	0
	e. Dokter	1	0
			[]
C.3	Setelah melahirkan (nama bayi), kapan pertama kali (nama bayi) diletakkan di payudara ibu untuk menghisap puting? (walaupun ASI belum keluar) 1. ≤ 30 menit 2. 31-59 menit 3. 1-23 jam		4. ≥ 24 jam 5. Tidak pernah 8. Tidak tahu/lupa 9. tidak ada jawaban
			[]
C.4	Berapa berat (nama bayi) ketika lahir?gram 9998. Tidak tahu/lupa 9999. Tida ada jawaban		
			[]
C.5	Dalam waktu 7 hari setelah (nama bayi) lahir, apakah ada tenaga kesehatan yang datang kerumah ibu untuk memeriksa atau memberikan pelayanan kesehatan pada ibu dan bayi ibu? 1. Ya 2. Tidak		8. Tidak tahu/lupa ⇒ D1 9. Tidak ada jawaban ⇒ D1
			[]
C.6	Pada kunjungan tersebut apa saja yang dibicarakan dengan ibu? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN "APALAGI, BU?"		
		Ya	Tidak
	a. Agar tidak memberikan susu formula	1	0
	b. Pemberian ASI saja sampai 6 bulan	1	0
	c. Perawatan payudara	1	0
	d. Makanan bergizi	1	0
	e. Perawatan tali pusar	1	0
	f. Imunisasi	1	0
	g. Metode kangguru untuk menghangatkan bayi	1	0
	h. Tanda penyakit bayi baru lahir	1	0
	i. Tanda dan gejala masalah kesehatan ibu setelah melahirkan	1	0
	j. KB	1	0
	k. Lain-lain, Sebutkan... ..	1	0
			[]
D. Pemberian ASI			
D.1	Apakah ibu pernah menyusui (nama bayi) dalam kurun waktu 6 bulan pertama? 1. Ya ⇒ D3 2. Tidak 3.		8. Tidak tahu/lupa ⇒ D3 9. Tidak ada jawaban ⇒ D3
			[]

D.2	Mengapa ibu tidak pernah menyusui (nama bayi) selama waktu tersebut? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN “ADA LAGI, BU?”			
		Ya	Tidak	
	a. Bayi sehat	1	0	[]
	b. Ibu sakit	1	0	[]
	c. Ada masalah payudara	1	0	[]
	d. Tidak ada ASI / ASI tidak cukup	1	0	[]
	e. Ibu bekerja	1	0	[]
	f. Bayi tidak mau	1	0	[]
	g. Agar payudara tidak berubah bentuk	1	0	[]
	h. Nasehat suami	1	0	[]
	i. Nasehat tenaga kesehatan	1	0	[]
	j. Lain-lain, sebutkan	1	0	[]
	SETELAH PERTANYAAN D2 INI, PEWAWANCARA LANGSUNG KE PERTANYAAN E10			
D.3	Dalam masa setelah melahirkan, apakah ibu memberikan (nama bayi) cairan putih kekuning-kuningan (kolostrum) yang keluar dari payudara ibu? 1. Ya 8. Tidak tahu/lupa 2. Tidak 9. Tidak ada jawaban			[]
D.4	Apa saja yang diberikan pada (nama bayi) selama 3 hari pertama setelah lahir? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN “ADA LAGI, BU?”			
		Disebutkan	Tidak Disebutkan	
	a. ASI	1	0	[]
	b. Kolostrum	1	0	[]
	c. Susu Formula	1	0	[]
	d. Susu (selain ASI & Susu Formula)	1	0	[]
	e. Madu	1	0	[]
	f. Air putih	1	0	[]
	g. Air the	1	0	[]
	h. Air gula	1	0	[]
	i. Air tajin	1	0	[]
	j. Jus Buah/Sayur	1	0	[]
	k. Pisang dan/atau buah lainnya	1	0	[]
	l. Lain-lain, sebutkan	1	0	[]
	JIKA JAWABAN RESPONDEN HANYA ASI DAN ATAU KOLOSTRUM SAJA, MAKA PEWAWANCARA LANGSUNG KE PERTANYAAN D6			
D.5	Siapa yang menganjurkan mekanan/minuman selain ASI? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN “ADA LAGI, BU?”			
		Ya	Tidak	
	a. Suami	1	0	[]
	b. Orang tua/mertua	1	0	[]
	c. Anggota keluarga lain	1	0	[]
	d. Tetangga	1	0	[]
	e. Dukun	1	0	[]
	f. Perawat	1	0	[]
	g. Bidan desa	1	0	[]
	h. Bidan lainnya	1	0	[]
	i. Dokter	1	0	[]
	j. Lain-lain, sebutkan	1	0	[]

E.2	Dengan cara apa ibu melakukannya? 1. (a). pil Progesteron (b). Pil Estrogen & Progesteron 2. (a). Suntik Progesteron (b). Suntik Estrgen & Progesteron 3. IUD/Spiral/AKDR 4. Implant/Norplant/susuk 5. kondom 6. Tubektomi 7. Vasektomi 8. Obat tradisional 9. ASI Eksklusif 10. Kalender 11. Lainnya, sebutkan 98. Tidak tahu/lupa 99. Tidak ada jawaban	[] []
F. Karakteristik Sosial Ekonomi Keluarga		
F.1	Apa pendidikan (formal) tertinggi ibu yang telah ditamatkan? 01. Tidak sekolah 02. Pesantren saja 03. Tidak tamat SD dan sederajat 04. Tamat SD dan sederajat 05. Tamat SMP dan sederajat 06. Tamat SMA dan sederajat 07. Akademi dan sederajat 08. Universitas 09. Lain-lain, sebutkan 98. Tidak tahu/lupa 99. Tidak ada jawaban	[] []
F.2	Apa pekerjaan utama ibu sekarang? 01. Tidak bekerja/ibu rumah tangga => F4 02. Petani/nelayan 03. Perajin 04. Dagang 05. Industri rumah tangga 06. Pegawai negeri 07. TNI/POLRI 08. Pegawai swasta 09. Buruh pabrik 10. Buruh bangunan 11. Buruh musiman 12. Jasa 13. Wiraswasta 14. Mandor/tukang 15. Lain-lain, sebutkan 98. Tidak tahu/lupa 99. Tidak ada jawaban	[] []
F.3	Apa pekerjaan utama suami ibu sekarang? 01. Tidak bekerja 02. Petani/nelayan 03. Perajin 04. Dagang 05. Industri rumah tangga 06. Pegawai negeri 07. TNI/POLRI 08. Pegawai swasta 09. Buruh pabrik 10. Buruh bangunan 11. Buruh musiman 12. Jasa 13. Wiraswasta 14. Mandor/tukang 15. Lain-lain, sebutkan 98. Tidak tahu/lupa 99. Tidak ada jawaban	[] []
G. Dukungan Petugas		
G.1	Sewaktu ibu melahirkan, apakah petugas kesehatan segera meletakkan bayi ke dada ibu? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu/lupa 9. Tidak ada jawaban	[]
G.2	Setelah melahirkan, apakah ibu dan bayi ibu dirawat dalam ruangan yang sama? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu/lupa 9. Tidak ada jawaban	[]
G.3	Apakah Petugas kesehatan menganjurkan pemberian susu formula? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu/ lupa 9. Tidak ada jawaban	[]
G.4	Jika ya, bagaimana perawatannya? 1. selama 24 jam penuh 2. bayi bersama jika pada siang hari (kurang dari 24 jam) 8. Tidak tahu/lupa 9. Tidak ada jawaban	[]
G.5	Apakah petugas kesehatan menganjurkan pemberian Air Susu Ibu yang pertama keluar dari payudara ibu (kolostrum)? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu/lupa 9. Tidak ada jawaban	[]
G.6	Apakah petugas kesehatan menganjurkan untuk menyusui di jam-jam tertentu saja? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu/lupa 9. Tidak ada jawaban	[]

H. Dukungan Keluarga				
H.1	Apakah suami ibu mendukung ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif ?dukungan apa saja yang dilakukan suami? (hanya memberi ASI saja sampai usia bayi 6 bulan) 01 Suami ibu ikut bangun tengah malam. 02 Membantu Memberikan bayi kepada ibu pada saat menyusui 03 Membantu ibu dalam memompa ASI. 04 Suami ibu ikut meberikan ASI yang telah di pompa kepada bayinya. 05 Suami ibu mau untuk mengganti popok bayi. 98. Tidak Tahu/ lupa 99. Tidak ada jawaban		[]	
H.2	Apakah orangtua ibu mendorong ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif ? (hanya memberi ASI saja sampai usia bayi 6 bulan) 01 Membantu memberikan ASI kepada bayi pada saat ibu sedang bekerja. 02 Tidak memberikan makan tambahan kepada bayi . 03 Memberi perhatian dan dukungan terhadap Gizi ibu . 04 Membantu untuk menggantikan popok. 05 Pada saat malam hari orang tua ikut bangun tengah malam. 98. Tidak Tahu/ lupa 99. Tidak ada jawaban		[]	
H.3	Apakah mertua ibu mendorong ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif ? (hanya memberi ASI saja sampai usia bayi 6 bulan) 01 Membantu memberikan ASI kepada bayi pada saat ibu sedang bekerja. 02 Tidak memberikan makan tambahan kepada bayi . 03 Memberi perhatian dan dukungan terhadap Gizi ibu . 04 Membantu untuk menggantikan popok. 05 Pada saat malam hari orang tua ikut bangun tengah malam. 98. Tidak Tahu/ lupa 99. Tidak ada jawaban		[]	
I. PENGETAHUAN TENTANG ASI				
I.1	Selanjutnya, saya ingin tahu pendapat tentang ibu tentang asi dan makanan lainnya setelah lahir, menurut ibu kapan sebaiknya pertamakali diletakkan pada dada ibu/ 01 30 menit 02 31-59 menit 03 1-23 jam 04 ≥ 24 jam 98. Tidak tahu/ lupa 99. Tidak ada jawaban		[]	
I.2	Menurut ibu, apakah ASI yang berwarna putih kekuning- kuningan/ kolostrum yang pertama kali keluar boleh diberikan pada bayi? 01. ya 02. tidak 98. tidak tahu/ lupa 99. tidak ada jawaban		[] []	
I.3	Menurut ibu, apakah manfaat dari cairan berwarna putih kekuning- kuningan/ kolostrum yang pertama keluar? JANGAN DI BACAKAN , TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU, JIKA IBU DIAM BARU BACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU, JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN " ADA LAGI BU?"			
		Disebutkan	Tidak Disebutkan	[]
	a. membantu pengerutan rahim	1	0	[]
	b. memcegah perdarahan	1	0	[]
	c. meningkatkan kekebalan tubuh	1	0	[]
	d. mencegah bayi sakit	1	0	[]
	e. menambah kasih sayang ibu dan bayi	1	0	[]
	f. merangsang produksi ASI	1	0	[]
	g. lain- lain, sebutkan.....	1	0	[]
I.4	Menurut ibu sampai umur berapa sebaikan seorang ibu memberikan hanya ASI saja tanpa diberikan makan/ minuman lain pada bayinya ? bulan		[]	

I.5	dari siapa ibu mengetahui tentang lamanya bayi hanya diberikan ASI saja? 98. Tidak Tahu 99. Tidak ada jawaban JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN TUNGGU JAWABAN SPONTAN DARI IBU, JIKA IBU DIAM BARU BACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN DARI IBU, JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN” SIAPA LAHI BU?”			[] []
		Disebutkan	Tidak disebutkan	
	a. Suami	1	0	[]
	b. Orang tua/ mertua	1	0	[]
	c. Anggota keluarga lainnya	1	0	[]
	d. Tetangga	1	0	[]
	e. Dukun Bayi	1	0	[]
	f. Perawat	1	0	[]
	g. Bidan didesa	1	0	[]
	h. Bidan lainnya	1	0	[]
	i. Dokter	1	0	[]
	j. Lain-lain, sebutkan.....	1	0	[]
I.6	Menurut ibu, untuk bayi umur 6-12 bulan, makanan atau minuman apa saja selain ASI yang sebaiknay diberikan? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU JIKA (SUDAH) DIAM TANYAKAN” ADA LAGI, BU?”			
		Disebutkan	Tidak Disebutkan	
	a. susu formula	1	0	[]
	b. susu, selain susu formula	1	0	[]
	c. jus buah/ sayur	1	0	[]
	d. Air Tajin	1	0	[]
	e. the	1	0	[]
	f. kopi	1	0	[]
	g. pisang/ pepaya/ buah lainnya	1	0	[]
	h. sayur	1	0	[]
	i. biskuit	1	0	[]
	j. bubur susu	1	0	[]
	k. bubur instan	1	0	[]
	l. bubur buatan sendirian	1	0	[]
	m. bubur kacang ijo/ ketan hitam	1	0	[]
	n. nasi tim	1	0	[]
	Lain- lain, sebutkan.....	1	0	[]

J. Pengukuran Berat Badan Anak Terakhir

Catatlah hasil pengukuran dalam tabel berikut :

INFORMASI IDENTIFIKASI			HASIL PENGUKURAN			
NAMA	TANGGA, BULAN, DAN TAHUN LAHIR	SEX ANAK	BERAT BADAN (KG) **			
1	2	3				
		L P	4			

*Bagian ini harus diperoleh, lakukan konversi bila menggunakan penangkulangan/kalender local

** Timbangan Secara yang telah dikalibrasi

I. Data Sekunder Kenaikan Berat badan Ibu selama Hamil Riwayat ANC

No.	Tanggal/Bulan/Tahun	Usia	Berat Badan (Kg)	Tinggi Badan (Cm)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				