



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN STATUS GIZI IBU SELAMA HAMIL DENGAN
PERSEPSI KEMAMPUAN LAKTASI (PKL) DI WILAYAH
PUSKESMAS PONED KARAWANG
TAHUN 2010**

TESIS

NAMA: IRNA TRISNAWATI

NPM : 0806443074

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

PROGRAM PASCA SARJANA

DEPOK

JUNI 2010

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI MANUSKRIP

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : IRNA TRISNAWATI
NPM : 0806443074
Jenjang : S2
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
Kelas : REBUCER
Kekhususan : KESEHATAN REPRODUKSI
Tahun Akademik : 2009/2010
Judul Manuskrip : HUBUNGAN STATUS GIBI IBU SELAMA HAMIL
DENGAN PERSEPSI KEMAMPUAN LAKTASI (PRL) DI WILAYAH
PUSKESMAS PONEK KARAWANG TAHUN 2010

Menyatakan bahwa saya telah mendiskusikan dengan pembimbing, dan :

1. Mengijinkan manuskrip saya untuk dipublikasikan dengan syarat :^{*)}
- tanpa mengikutsertakan nama pembimbing
 - dengan mengikutsertakan nama pembimbing

Alamat korespondensi (corresponding author) untuk perbaikan manuskrip adalah :

(Nama, Alamat, No. Telp/Fax, Email Address)

IRNA TRISNAWATI, CIKARANG - BEKASI , 081586727926

irnatrisnawati@yahoo.co.id

2. Tidak mengijinkan manuskrip saya untuk dipublikasikan

Catatan lain :

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Mengetahui

Pembimbing Utama/Promotor Mahasiswa,

(Ir. Ahmad SAFIS, Msc. PhD)

Depok,



(IRNA TRISNAWATI)

Keterangan :

*) beri tanda pada kotak yang tersedia

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : IRNA TRISNAWATI

NPM : O806443074

Tanda tangan :



Tanggal : Juni 2010

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Irna Trisnawati

NPM : 0806443074

Tahun Akademik : 2009/2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) di wilayah Puskesmas PONEK Karawang Tahun 2010

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan kegiatan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juni 2010



(Irna Trisnawati)

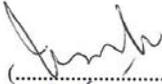
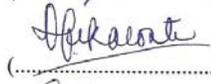
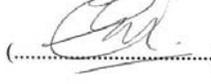
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : IRNA TRISNAWATI
NPM : 0806443074
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Hubungan Status Gizi Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) di wilayah Puskesmas PONED Karawang tahun 2010

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing 1	: Ir. Ahmad Syafiq, Msc, PhD	 (.....)
Pembimbing 2	: drg. Sandra Fikawati, MPH	 (.....)
Penguji 1	: dr. Dien Sanyoto Besar, SpA	 (.....)
Penguji 2	: dr. Hj. Eni Gustina, MPH	 (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juni 2010



**PEMERINTAH KABUPATEN KARAWANG
DINAS KESEHATAN**

Jln.Parahyangan No.39 Karawang Tilp. (0267) 402276 Fax. 404556

Karawang, 23 April 2009

No : 444.04/2182/Dinkes

Kepada :

Tempor : -

Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Perihal : Pemberian Izin Penelitian dan Menggunakan Data

Universitas Indonesia

Di

DEPOK

1. Dasar : Surat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Nomor : 1755/H2.F10/PPM.00.00/2010 tanggal 13 APRIL 2010 tentang Permohonan ijin dan menggunakan data.
2. Atas dasar tersebut di atas, kami tidak berkeberatan apabila mahasiswa a.n. Irna Trisnawati dengan NIM : 08066443074 untuk mendapatkan data yang diperlukan untuk penulisan tesis dengan judul "*Hubungan Status Gizi Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi di Kabupaten Karawang Tahun 2010*".
3. Demikian, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Karawang



Dr. H. Asep Hidayat Lukman, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19590730 198703 1 007

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan tesis, yang merupakan persyaratan terakhir dalam menyelesaikan program pascasarjana di Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM-UI) yang berjudul "Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) di wilayah Puskesmas Poned Karawang Tahun 2010".

Dalam penyusunan tesis ini penulis menyadari adanya kekurangan baik dari isi, bentuk maupun penyajiannya. Namun berkat motivasi, bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terimakasih kepada:

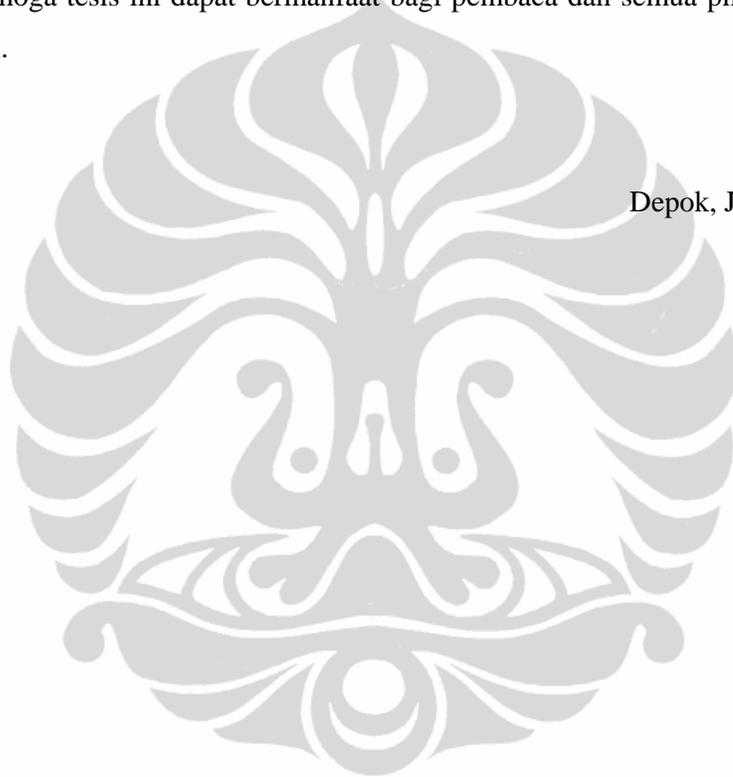
1. Bapak Ir. Ahmad Syafiq, MSc, PhD, selaku pembimbing akademik I, yang telah menyediakan waktu untuk mengarahkan, memberikan saran dan membimbing penulis selama proses penyusunan tesis ini.
2. Ibu drg. Sandra Fikawati, MPH, selaku pembimbing akademik II, yang telah menyediakan waktu untuk mengarahkan, memberikan saran dan membimbing penulis selama proses penyusunan tesis ini.
3. Bapak/Ibu Dosen Program Studi Magister Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah membimbing dan mengajarkan ilmu dengan ikhlas dan penuh tanggung jawab selama penulis mengikuti proses perkuliahan.
4. Kepala Dinas Kesehatan Karawang dan bidan koordinator di Puskesmas Poned wilayah Kabupaten Karawang yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian di wilayah kerjanya.
5. Suami tercinta yang telah memberikan motivasi, dukungan, saran dan do'anya untuk kesuksesan penulis.
6. Orang tua dan saudara-saudara tercinta yang telah memberikan dukungan dan do'a untuk kesuksesan penulis.
7. Teman-teman Peminatan Kesehatan Reproduksi angkatan 2008/2009 yang telah memberikan dukungan selama penyusunan tesis ini.

8. Serta semua pihak yang telah banyak membantu dalam pembuatan tesis ini yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu

Semoga amal baik dan segala bantuan yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT dengan pahala yang berlipat ganda. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, dan dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik maupun saran demi perbaikan tesis ini. Akhirnya penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan semua pihak yang memerlukan.

Depok, Juni 2010

Penulis



ABSTRAK

Nama : Irna Trisnawati
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) di wilayah Puskesmas Poned Karawang Tahun 2010

Rendahnya cakupan pemberian ASI eksklusif menjadi ancaman serius meningkatnya angka kesakitan dan kematian pada bayi. Persepsi kurang cukup suplai ASI menjadi salah satu penyebab kegagalan pemberian ASI eksklusif. Status gizi ibu terutama selama hamil merupakan salah satu faktor penyebab ibu memiliki persepsi tersebut karena ibu dengan status gizi kurang akan mempengaruhi kemampuan ibu untuk mensintesis air susu yang menyebabkan bayi tidak cukup ASI untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan status gizi ibu selama hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) setelah dikontrol oleh variabel umur, kenaikan berat badan selama hamil, pekerjaan, bimbingan laktasi prenatal, paritas, IMD, berat bayi lahir dan penggunaan kontrasepsi. Desain yang dipakai adalah *Crosssectional* terhadap 87 ibu yang memiliki bayi umur >6-12 bulan di wilayah Kabupaten Karawang tahun 2010. Analisis data yang digunakan adalah uji chi square, Uji T independen dan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 58,6% ibu memiliki PKL mampu laktasi. Hasil analisis bivariat yang terbukti berhubungan secara bermakna adalah status gizi selama hamil (0,009), kenaikan berat badan selama hamil (0,002), pekerjaan (0,034) dan berat bayi lahir (0,030). Hasil analisis multivariat menjelaskan bahwa status gizi selama hamil yang sesuai rekomendasi berpeluang 2,176 kali untuk memiliki PKL mampu laktasi dibanding dengan status gizi yang tidak sesuai rekomendasi setelah dikontrol oleh variabel kontrasepsi, umur, paritas, IMD, kenaikan berat badan selama hamil dan berat bayi lahir. Disarankan untuk bidan/nakes agar memberikan konseling menyusui, mencatat dan memantau status gizi ibu, melatih ibu untuk menilai kondisi bayi yang cukup/tidak cukup ASI, mengajarkan cara penyediaan dan penyimpanan ASI bagi ibu yang bekerja. Bagi Dinas kesehatan mengadakan pelatihan konseling dan penilaian serta pengukuran status gizi, pemberian *reward* dan mengkaji ulang kebijakan pemberian ASI eksklusif sampai 6 bulan untuk ibu-ibu dengan status gizi kurang.

Kata kunci: Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL), Status Gizi.

ABSTRACT

Name : Irna Trisnawati
 Study Program : Public Health Science
 Title : The Correlation of Maternal Nutrition Status during Pregnancy with Perceived Lactation Ability in PONED Public Health Center Karawang -West Java, Indonesia in 2010

Low adequate supply of exclusive breastfeeding becomes a serious threatment of increasing number in infant mortality and morbidity. Perception of insufficient breastmilk supply in one of the causes on a failure of exclusive breastfeeding supply. Maternal nutrition status especially during pregnancy is one of the factors that causes mother has this perception, because mother who has insufficient nutritional status will influence her ability to synthesize breastmilk that causes infant doesn't have enough breastmilk for his growth and development. The objectives of this study were to see the correlation of maternal nutrition status during pregnancy with perceived lactation ability after controlled by age variabel, increased body weight during pregnancy, occupation, counseling prenatal lactation, parity, early initiative breastfeeding, baby birth weigh, and the used of contraception. The design crossectional study on 87 mothers who have infants age >6-7 months in Karawang Regency-West Java, Indonesia 2010. The analysis data is used by Chi Square Test, T independent Test and Logistic Regression. The Result study shows that 58,6% mothers who have perceived lactational ability. The Results of bivariate analysis that proved significant correlation are nutritional status during pregnancy (0,009), increased body weight during pregnancy (0,002), Occupation (0,034), and baby birthweight (0,030). The Result of multivariate analisys explains that nutritional status during pregnancy that meets breastfeeding recommendation, has an opportunity 2,176 times to have perceived ability then nutritional status that doesn't meet breastfeeding recommendation after controlled by contraception variable, age, parity, early initiative breastfeeding, increased body weight during pregnancy and baby birth weight. Conclusions: suggested to health professional can give lactation counseling, record it, monitor maternal nutritional status, train mother to assess baby condition whether he has enough breastmilk or not. They can teach the mother how to provide and keep breastmilk if they work. For health service, they should give a training for counseling, assessment, nutrition status measurement, give reward and recite the policy in giving exclusive breastmilk for 6 month to the mothers who have insufficient nutritional status.

Keyword: Perceived lactation ability, nutritional status

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Pernyataan Penelitian	8
1.4 Tujuan Penelitian	9
1.5 Manfaat Penelitian	9
1.6 Ruang Lingkup	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Pengertian Laktasi	11
2.2 Stadium Laktasi	12
2.3 Fisiologi Laktasi	13
2.4 Komposisi ASI	15
2.5 Keunggulan ASI	18
2.6 Faktor yang mempengaruhi Persepsi Kemampuan Laktasi	
2.6.1 Persepsi Kemampuan Laktasi	19
2.6.2 Kenaikan Berat Badan dan Status Gizi selama Hamil	21
2.6.3 Umur	27
2.6.4 Pekerjaan	28
2.6.5 Paritas	28
2.6.6 Inisiasi Menyusui Dini	30
2.6.7 Berat Badan Bayi Lahir	32
2.6.8 Penggunaan Kontrasepsi	32
2.6.9 Bimbingan Laktasi Prenatal	33
2.7 Kerangka Teori	35
BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	37
3.2 Definisi Operasional	39
3.3 Hipotesis Penelitian	41
BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	42
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	
4.2.1 Tempat	42

4.2.2 Waktu	42
4.3 Populasi dan sampel penelitian	42
4.4 Pengumpulan Data	
4.4.1 Alat Pengumpulan Data	43
4.4.2 Teknik Pengumpulan Data	43
4.5 Pengolahan Data	
4.5.1 Pemeriksaan Data	44
4.5.2 Pengkodean	44
4.5.3 Memasukan Data	44
4.5.4 Pembersihan Data	44
4.6 Analisis Data	
4.6.1 Analisis Univariat	44
4.6.2 Analisis Bivariat	45
4.6.3 Analisis Multivariat	45
BAB 5. HASIL PENELITIAN	
5.1 Analisis Univariat	
5.1.1 Distribusi Persepsi Kemampuan Laktasi	46
5.1.2 Distribusi Status Gizi Ibu Selama Hamil	47
5.1.3 Distribusi Variabel kovariat	48
5.2 Analisis Bivariat	
5.2.1 Hubungan Status gizi dengan Persepsi Kemampuan Laktasi	50
5.2.2 Hubungan Variabel Kovariat dengan Persepsi Kemampuan Laktasi	51
5.3 Analisis Multivariat	
5.3.1 Pemodelan Lengkap	56
5.3.2 Analisis Uji Interaksi	56
5.3.3 Analisis Uji Konfounding	58
5.3.4 Model Akhir	59
BAB 6. PEMBAHASAN	
6.1 Keterbatasan Penelitian	60
6.2 Gambaran Persepsi Kemampuan Laktasi	61
6.3 Hubungan Status Gizi selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi	62
6.4 Hubungan variabel kovariat dengan Persepsi Kemampuan Laktasi	63
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan	70
7.2 Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
2.1	Komposisi Kolostrum, ASI dan Susu Sapi untuk setiap 100 ml	17
2.2	Rekomendasi Kenaikan Berat Badan Ibu Selama hamil Berdasarkan IMT Pra Hamil	24
3.1	Definisi Operasional	39
5.1	Distribusi responden berdasarkan Persepsi Kemampuan Laktasi di 5 Puskesmas PONEK Karawang tahun 2010	46
5.2	Distribusi responden berdasarkan Jenis Persepsi Kemampuan Laktasi	47
5.3	Distribusi responden berdasarkan Status Gizi Selama Hamil	47
5.4	Hasil Analisis variabel kovariat Kenaikan Berat Badan Ibu Selama Hamil	48
5.5	Distribusi responden berdasarkan kategori variabel kovariat	49
5.6	Hubungan antara Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi	51
5.7	Hubungan antara variabel kovariat Kenaikan Berat Badan selama hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi	52
5.8	Hubungan antara variabel kovariat dengan Persepsi Kemampuan laktasi	53
5.9	Pemodelan lengkap (Full Model)	56
5.10	Tahapan pemodelan analisis uji interaksi	57
5.11	Tahapan pemodelan analisis uji confounding	58
5.12	Model akhir	59

DAFTAR BAGAN

Nomor Bagan	Halaman
2.1 Proses Persepsi	20
2.2 Kerangka Teori Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi	35
3.1 Kerangka Konsep Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi	37
3.2 Kerangka Analisis Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi	38



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di negara berkembang, sekitar 10 juta bayi mengalami kematian, dan sekitar 60% dari kematian tersebut seharusnya dapat ditekan salah satunya adalah dengan menyusui, karena Air Susu Ibu (ASI) sudah terbukti dapat meningkatkan status kesehatan bayi sehingga 1,3 juta bayi dapat di selamatkan (Brown, et al, 2002). Untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian anak, *United Nation Children Found* (UNICEF) dan *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan agar anak sebaiknya disusui hanya ASI selama paling sedikit 6 bulan. Makanan padat seharusnya diberikan sesudah anak berumur 6 bulan, dan pemberian ASI seharusnya dilanjutkan sampai umur dua tahun (WHO, 2005). Pada tahun 2003, pemerintah Indonesia mengubah rekomendasi lamanya mengenai pemberian ASI eksklusif dari 4 bulan menjadi 6 bulan (Depkes, 2008).

ASI merupakan 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 zat gizi makro dan mikro dalam ASI sangat baik untuk bayi dibanding susu sapi (Lawrence, 1994).

Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, mencatat cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi berumur 6 bulan sebesar 32,4% masih jauh dari rata-rata dunia yaitu sebesar 38% dan juga dari target yang ingin dicapai dalam Indonesia Sehat 2010 yaitu sebesar 80% ibu menyusui memberikan ASI eksklusif. Kecenderungan yang terjadi pemberian susu botol pada bayi usia kurang dari 6 bulan meningkat dari 16,7% pada tahun 2002 menjadi 27,9% pada tahun 2007. Data Susenas (2007) mencatat bahwa bayi yang mendapatkan ASI eksklusif 0-6 bulan di DKI Jakarta tercatat 56,9% dan di Jawa Barat tercatat 63,4%. Berdasarkan Laporan Survei Data Dasar ASUH (2002) di 4 Kabupaten di Propinsi Jawa Barat (Cirebon, Cianjur, Ciamis dan Karawang) menunjukkan bahwa ibu yang memberikan ASI eksklusif di

Kabupaten Karawang sampai dengan 4 bulan tercatat 11,6% (Syafiq dkk, 2002). Pada tahun 2007 penelitian mengenai pemberian ASI Eksklusif (0-5 bulan) dilakukan oleh *Center for Reserch University of Indonesia dan Mercy Corps Indonesia* di Jakarta Utara yaitu di Kecamatan Cilincing, Koja, Kelapa gading dan Penjaringan didapatkan hasil bahwa presentasi bayi 0-5 bulan yang diberikan hanya ASI saja sebesar 28,9%.

UNICEF (2000) menyebutkan bahwa masalah dalam pemberian ASI merupakan penyebab dari munculnya masalah gizi pada bayi. Riskesdas (2007) mencatat prevalensi gizi buruk di Indonesia pada bayi 6-11 bulan adalah 7,5% dan gizi kurang 7,9%. Hal ini menunjukkan ada keterkaitan rendahnya pemberian ASI eksklusif dengan permasalahan gizi pada bayi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun ada peningkatan jumlah ibu yang berinisiatif menyusui bayinya, tetapi banyak yang tidak memenuhi rekomendasi ASI Eksklusif dan durasinya (AAP,2005; WHO,2000). Alasan wanita menghentikan pemberian ASI secara eksklusif selama beberapa minggu post partum sekitar 35% menyebutkan adanya persepsi kurang cukup suplai ASI dan bayi merasa tidak puas (WHO, 2000).

Penelitian yang dilakukan di Jakarta terhadap 845 bayi didapatkan bahwa hanya 29,9% bayi yang mendapatkan ASI sampai 3 bulan, kemudian menurun menjadi 17% pada usia 4-6 bulan, alasannya adalah 28% karena bekerja, 32% karena mengeluh ASI sedikit, 16% karena iklan, 4% karena ingin disebut modern, 4% karena ikut-ikutan orang lain dan 16% karena kondisi puting susu (Tjekyan, 2003).

Persepsi ketidakmampuan laktasi karena anggapan kurang cukup suplai ASI (*Perceived Insufficient Milk/PIM*) biasanya terjadi pada 8 minggu post partum dimana hal ini menjadi prediktif menurunnya eksklusivitas pada 12 minggu, variabel ini terbukti secara bermakna ($p < 0,001$), dan 72% ibu yang mengeluh

sedikit/tidak ada ASI memberikan suplement pada 12 minggu. (Hill & Aldag, 2007).

Kegagalan pemberian ASI menurut Harsono (1999) disebabkan karena kondisi bayi (BBLR, trauma persalinan, infeksi, kelainan kongenital, bayi kembar dll) dan kondisi ibu (pembengkakan, abses payudara, cemas/kurang percaya diri, anggapan yang salah tentang nilai susu botol, ingin bekerja, ibu kurang gizi, dll). Livingstone (1995), Whortington (1993), Brown, et al (2002), menambahkan penyebab kegagalan menyusui adalah karena inisiasi yang terhambat, ibu belum berpengalaman, paritas, umur, status perkawinan, merokok, pengalaman menyusui yang gagal, tidak ada dukungan keluarga, kurang pengetahuan, sikap dan keterampilan, faktor sosial budaya dan petugas kesehatan, rendahnya pendidikan laktasi saat prenatal dan kebijakan rumah sakit yang kurang mendukung laktasi.

Huang, Lee, Mieh dan Gau, 2009 mengelompokkan faktor-faktor diatas sebagai faktor yang mempengaruhi persepsi ibu terhadap suplai ASI diantaranya adalah karena faktor ibu (Umur, Tingkat pendidikan, status pekerjaan, merokok, penggunaan kontrasepsi, pendidikan antenatal dan post natal, pengalaman menyusui, rencana menyusui, dukungan keluarga, paritas, tinggal di Rumah Sakit, tindakan rawat gabung, tipe puting susu dan sakit pada puting susu), faktor bayi (Umur gestasi, berat lahir, pola menyusui, kebiasaan menyusui, penurunan/kehilangan berat badan lahir) dan faktor laktasi (frekuensi dan durasi menyusui, IMD, metode makanan tambahan bayi, frekuensi pemberian makanan tambahan dan volume pemberian makanan tambahan).

Irawati (2003) menambahkan bahwa selain faktor diatas, kegagalan menyusui juga disebabkan karena faktor status gizi ibu sebelum hamil, selama hamil dan selama menyusui. Hal ini terjadi karena selama menyusui, terjadi mobilisasi lemak tubuh ibu untuk memproduksi ASI dan simpanan lemak ibu dengan status gizi kurus lebih rendah dari simpanan lemak tubuh pada ibu normal. Status gizi

ibu selama menyusui merupakan efek dari status gizi ibu sebelum hamil dan selama hamil (peningkatan berat badan selama hamil). Pertambahan berat badan ibu selama hamil tergantung pada status gizi ibu sebelum hamil. Ibu yang memiliki status gizi baik selama hamil, cadangan lemak tubuhnya cukup untuk menyusui selama 4-6 bulan, tetapi ibu dengan status gizinya kurang cadangan lemak tubuhnya kemungkinan tidak cukup untuk menyusui bayinya 4-6 bulan (Irawati dkk, 2003).

Di Indonesia sekitar 9-21% WUS pedesaan memiliki status gizi kurus ($IMT < 18,5$), kondisi tersebut diperparah dengan konsumsi energi dan protein selama hamil dan menyusui hanya mencapai 70-80% dari AKG (Irawati, 2003). Menurut Robert dan Worthington (2000) terbatasnya konsumsi kalori yang berat selama menyusui akan mempengaruhi kemampuan ibu untuk mensintesis air susu. Ini khususnya signifikan pada minggu pertama inisiasi ASI. Hal ini mengakibatkan bayi tidak mendapatkan cadangan ASI yang cukup untuk kebutuhan pertumbuhannya.

Banyak anggapan bahwa ibu dengan status gizi kurang 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. Rata-rata volume ASI wanita berstatus gizi baik sekitar 700-800 cc/ hari, sementara mereka yang berstatus gizi kurang hanya berkisar 500-600 cc/ hari sehingga hal inilah yang dapat menyebabkan lamanya memberikan ASI Eksklusif berbeda (Jellife & Jellife, 1996). Status gizi ibu selama menyusui merupakan efek dari status gizi pra hamil yang berpengaruh pada keberhasilan menyusui. Selama menyusui ibu kurus beresiko menyusui tidak berhasil sebesar 2,26-2,56 kali dibandingkan dengan ibu berstatus gizi normal/gemuk. Sebagian besar ibu memulai kehamilan dengan status gizi baik. Hanya sekitar 18% ibu kelompok menyusui berhasil dan sekitar 19% ibu kelompok menyusui tidak berhasil yang berstatus gizi kurus ($IMT < 18,5$) sebelum hamil. Nilai IMT ibu kurus dan ibu normal pada kelompok menyusui tidak berhasil lebih rendah dari kelompok menyusui berhasil (Irawati dkk, 2003).

United Nation Children's Found (1981) mengatakan bahwa ibu yang status gizinya baik sebelum hamil, akan melahirkan bayi dengan berat badan lahir yang relatif lebih tinggi dan menghasilkan ASI yang jumlahnya lebih banyak dengan kandungan asam lemak yang lebih tinggi, namun hipotesis ini masih perlu dibuktikan karena belum ada bukti bahwa komposisi ASI pada ibu-ibu bergizi buruk mempunyai konsentrasi protein, lemak dan laktosa yang lebih rendah. Hambraeus & Sjolín (1970) mengungkapkan bahwa status gizi tidak berpengaruh besar terhadap mutu ASI, meskipun kadar vitamin dan mineralnya sedikit lebih rendah. Peningkatan kebutuhan gizi ibu hamil menurut Hurlianan (2001) sebesar 15% dimana dibutuhkan untuk pertumbuhan rahim, payudara termasuk produksi ASI, volume darah, plasenta, air ketuban dan pertumbuhan janin (Paath, et al, 2004).

Durasi/lamanya pemberian ASI eksklusif dapat menimbulkan efek terhadap penurunan berat badan. Hal ini tampak pada penelitian Dewey, et al (2001) yang menunjukkan bahwa rata-rata penurunan berat badan ibu yang memberikan ASI eksklusif selama 4 bulan adalah $0,1 \pm 1,7$ kg dan pada ibu yang memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan adalah $0,7 \pm 1,5$ kg ($P < 0,05$). Oleh karena itu pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan perlu mempertimbangkan status gizi ibu sebelum, selama hamil dan selama menyusui. Penggunaan Indek Masa Tubuh (IMT) sebagai indikator status gizi ibu menyusui sangat tergantung pada IMT selama hamil dan penambahan berat badan selama hamil. Bila berat badan ibu sebelum hamil rendah, maka membutuhkan penambahan berat badan lebih besar agar IMT selama menyusui tidak rendah (Giganti dkk, 2001). IMT relative konstan walaupun terjadi penurunan selama menyusui secara bermakna (Kac dkk, 2004)

Ibu yang memberikan ASI secara eksklusif terutama 4 bulan setelah melahirkan lebih kurus dibanding ibu yang tidak memberikan ASI sama sekali (Gigantie et al, 2001). Penelitian yang dilakukan Dewey, et al (1994) terhadap wanita honduran memperlihatkan bahwa setelah 4-6 bulan melahirkan sebanyak 10-11% ibu menyusui menjadi kurus dengan IMT < 10 . Menurut

Brewer et al (1989), Dewey et al, (1993), Ohlim & Rossner (1990) dalam Butte (1993) bahwa penurunan berat badan pada ibu menyusui yang paling besar terjadi antara 3 dan 6 bulan yang dilaporkan terjadi pada wanita Amerika dan Swedia. Sedangkan berdasarkan penelitian yang dilakukan Dewey et al (1993) di Amerika Serikat diperoleh hasil bahwa ibu multipara kehilangan berat badan lebih banyak (1,2 kg) dibanding ibu primipara (0,1 kg)

Lovelady dalam Krummel & Etherton (1996), Altemus, et al (1995) dalam Butte et al (1998) serta Dewey & McCrory (1994) menyatakan bahwa penurunan berat badan juga terjadi pada ibu menyusui yang melakukan exercise karena dapat merubah metabolisme dengan meningkatkan sensitivitas sel adiposa dan otot terhadap insulin serta meningkatnya penggunaan asam lemak sebagai energi selama exercise. Efek fisiologis ini dapat meningkatkan homeostatatis gula dan penggunaan cadangan lemak ibu selama menyusui, sehingga dapat menguruskan ibu yang melakukan exercise selama menyusui.

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 *Institute 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 prevalensi nya 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.

Selama kehamilan, hampir sebagian wanita rata-rata menyimpan 2-4 kg lemak yang digunakan untuk persediaan pertambahan energi selama masa menyusui. Diperkirakan cadangan lemak menyediakan 200-300 kkal/hari, selama 3 bulan menyusui jumlah energi ini hanya mewakili besarnya bagian energi untuk memproduksi ASI sedangkan sisa kebutuhan energi seharusnya diperoleh dari konsumsi sehari-hari selama 3 bulan pertama masa menyusui (Wiliam (1993) dalam Mutia (2001-2003)). Oleh karena itu, untuk mempertahankan keberlangsungan proses menyusui selain memperhatikan status gizi selama menyusui juga harus memperhatikan status sebelum dan selama hamil.

Di Kabupaten Karawang, berdasarkan data yang diperoleh dari survei Data Dasar ASUH tahun 2002 mencatat praktek pemberian ASI eksklusif (0-4 bulan) sebesar 12,7% masih jauh dari target nasional yang diharapkan yaitu sebesar 80% (Syafiq dkk, 2002). Mengingat masih rendahnya angka pemberian ASI eksklusif di Kabupaten Karawang tersebut dan belum adanya penelitian yang menghubungkan status gizi selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi untuk memberikan ASI secara eksklusif, maka peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan status gizi ibu selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi di Kabupaten Karawang Tahun 2010.

Rumusan Masalah

SDKI (2007) mencatat cakupan pemberian ASI Eksklusif pada bayi berumur 6 bulan sebesar 32,4% masih jauh dari rata-rata dunia yaitu sebesar 38% dan juga dari target yang ingin dicapai dalam Indonesia Sehat 2010 yaitu sebesar 80% ibu menyusui memberikan ASI Eksklusif, di Jakarta Utara 28,9% (*Center for Reserch University of Indonesia dan Mercy Corps Indonesia*, 2007), sedangkan di Karawang tercatat 12,7% ibu menyusui secara eksklusif dari 0-4 bulan (Survey Data Dasar ASUH, 2002). Alasan wanita

menghentikan pemberian ASI secara eksklusif selama beberapa minggu post partum sekitar 35% menyebutkan adanya persepsi kurang cukup suplai ASI dan bayi merasa tidak puas (WHO, 2000).

Di Indonesia sekitar 9-21% WUS pedesaan memiliki status gizi kurus ($IMT < 18,5$), kondisi tersebut diperparah dengan konsumsi energi dan protein selama hamil dan menyusui hanya mencapai 70-80% dari AKG (Irawati, 2003). Menurut Robert dan Worthington (2000) terbatasnya konsumsi kalori yang berat selama menyusui akan mempengaruhi kemampuan ibu untuk mensintesis air susu. Ini khususnya signifikan pada minggu pertama inisiasi ASI. Hal ini mengakibatkan bayi tidak mendapatkan cadangan ASI yang cukup untuk kebutuhan pertumbuhannya.

Menurut Jellife & Jellife (1996) Ada perbedaan rata-rata volume ASI pada ibu yang gizinya baik dengan ibu yang gizinya buruk. Tetapi di Indonesia sendiri masih menganggap bahwa ibu dengan status buruk akan tetap dapat menyusui, padahal ada beberapa teori yang mengatakan bahwa sumber ASI berasal dari cadangan lemak tubuh, sehingga asumsinya adalah apabila cadangan lemak tubuhnya kurang, maka akan berpengaruh terhadap produksi ASI, sehingga kemungkinan menyebabkan persepsi ketidakmampuan laktasi bagi ibu untuk menyusui secara eksklusif.

Berdasarkan hal tersebut diatas, yang menjadi rumusan masalahnya adalah Belum diketahui apakah status gizi ibu selama hamil berhubungan dengan dengan persepsi kemampuan laktasi di Kabupaten Karawang tahun 2010.

Pertanyaan Penelitian

Apakah ada hubungan status gizi ibu selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi di wilayah Puskesmas PONED Karawang.

Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Diketuinya hubungan antara status gizi ibu selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi di wilayah Puskesmas Poned Karawang tahun 2010.

Tujuan Khusus

1. Diketuinya gambaran status gizi ibu selama hamil di wilayah Puskesmas Poned Karawang tahun 2010.
2. Diketuinya gambaran persepsi kemampuan laktasi di wilayah Puskesmas Poned Karawang tahun 2010
3. Diketuinya hubungan status gizi ibu selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi setelah dikontrol oleh variabel kovariat yaitu kenaikan berat badan selama hamil, umur, pekerjaan, paritas, berat bayi lahir, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), penggunaan kontrasepsi, dan bimbingan laktasi prenatal di wilayah Puskesmas Poned Karawang tahun 2010.

Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat:

1. Bagi Pemerintah/ Dinas Kesehatan

Sebagai acuan yang bermanfaat untuk penelitian dan analisis selanjutnya, sehingga hasil penelitian tersebut dapat memberikan kontribusi yang berarti dalam upaya membantu program pemerintah serta diharapkan dapat memberikan data dan informasi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang sehingga dapat digunakan sebagai bahan masukan dan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan serta pengembangan program peningkatan gizi pada WUS, ibu hamil dan menyusui serta peningkatan cakupan terhadap pemberian ASI Eksklusif.

2. Bagi Pengembangan ilmu

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan kajian lebih mendalam,

sekaligus mengembangkan keilmuan di bidang kesehatan anak, serta dapat memberikan informasi untuk pengembangan penelitian lebih lanjut.

Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah hubungan status gizi ibu selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Pengambilan data berdasarkan data primer dan data sekunder yang dilaksanakan pada bulan Maret sampai dengan April 2010 di wilayah Puskesmas Poned Karawang tahun 2010.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian

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 zat gizi makro dan mikro dalam ASI sangat baik untuk bayi dibanding 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 (Suradi, 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 ini: 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 baru lahir. Memberikan kolostrum / ASI pada hari-hari pertama yang bernilai gizi tinggi kepada bayi, menyusui sesering mungkin, termasuk pemberian ASI pada malam hari dan cairan yang diperbolehkan adalah hanya vitamin, mineral dan obat-obatan dalam bentuk tetes atau sirup.

Lawrence (1994) membagi kategori pemberian ASI adalah sebagai berikut: pemberian ASI Penuh (ekklusif dan mendekati eksklusif), pemberian ASI secara partial (tinggi bila pemberian ASI mencapai 80%, medium bila mencapai 79-20%, dan rendah bila mencapai < 20%, dan *token breastfeeding*

yaitu ASI diberikan secara terjadwal baik frekuensi maupun waktu pemberiannya berdasarkan aturan waktu / jam, dan bayi diberi air atau air gula dalam botol. *Token breastfeeding* sangat dilarang karena selain menggagalkan pemberian ASI eksklusif, juga mengakibatkan bayi menjadi bingung puting.

2.2 Stadium Laktasi

Air Susu Ibu (ASI) menurut Soetjiningsih, (1997) dibagi kedalam 3 stadium yaitu :

2.2.1 Kolostrum

Merupakan cairan *viscouse* kental yang pertama kali di sekresi oleh kelenjar payudara, berwarna kekuning-kuningan mengandung *tissue debris* dan *residual material* yang terdapat dalam alveolus dan duktus dari kelenjar payudara sebelum dan setelah masa *peurpeurium*. Disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai hari ketiga/keempat. Berfungsi sebagai pencakar yang ideal untuk membersihkan mekonium dari usus bayi yang baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan bayi bagi makanan yang akan datang.

Komposisi kolostrum dibanding ASI matur adalah lebih banyak protein terutama globulin (gamma globulin), lebih banyak mengandung antibody yang dapat memberikan perlindungan sampai 6 bulan, rendah karbohidrat dan lemak, Lipidnya lebih banyak mengandung kolesterol dan lesitin. Tinggi Mineral terutama natrium, kalium dan klorida. Vitamin yang larut dalam lemak lebih tinggi, sedangkan vitamin yang larut dalam air dapat lebih tinggi atau rendah. Terdapat tripsin inhibitor, sehingga hidrolisis protein di dalam usus bayi menjadi kurang sempurna, Hal ini akan lebih banyak menambah kadar antibody bayi. Volume berkisar 150 -300 ml/24 jam

2.2.2 Air Susu Transisi/Masa Peralihan

Merupakan ASI peralihan dari kolostrum sampai menjadi ASI yang matur, disekresi hari ke 4 sampai hari ke 10 masa laktasi, kadar protein makin

merendah sedangkan kadar karbohidrat dan lemak makin meninggi, volume makin meningkat.

2.2.3 Air Susu Matur (mature)

Merupakan ASI yang disekresi pada hari ke 10 dan seterusnya, komposisi relative konstan, ASI ini merupakan makanan satu-satunya yang paling baik dan cukup untuk bayi sampai usia 6 bulan, tidak menggumpal jika dipanaskan, terdapat anti *mikrobakterial factor* lain yaitu, Antibodi terhadap bakteri dan virus, Sel (*fagosit granulosit* dan *makrofag* dan *limfosit tipe T*), Enzim (*lisozim*, *laktoperoksidase*, *lipase*, *katalase*, *fosfatase*, *amylase*, *fosfodiesterase*, *alkalinfosfatase*), protein (*laktoferin*, *B12 binding protein*), Resistensi faktor terhadap *stafilokokus*, *komplemen*, *interferon producing cell*, sifat biokimia yang khas, kapasitas *buffer* yang rendah dan adanya faktor bifidus dan hormon-hormon.

2.3 Fisiologi Laktasi

Soetjningsih, (1997) mengungkapkan bahwa Pengeluaran ASI merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan bermacam-macam hormon. Dimana pengaturan hormon terhadap pengeluaran ASI dapat dibedakan menjadi 3 bagian yaitu dimulai dengan pembentukan kelenjar payudara yang terjadi pada saat sebelum pubertas, masa pubertas, masa siklus menstruasi, masa kehamilan, pada 3 bulan kehamilan, dan pada trimester kedua kehamilan, kemudian pembentukan ASI dan pemeliharaan pengeluaran air susu.

Brown, et al (2002) menyebutkan bahwa proses pembentukan ASI yang dikenal dengan istilah Laktogenesis terdiri dari 3 tahap, yaitu *Laktogenesis I* yang berlangsung pada akhir trimester ke-3 dari masa kehamilan, dimana pada fase ini ASI mulai di produksi, dan jumlah protein dan laktosa semakin meningkat. Fase ini akan berlangsung sampai beberapa hari *post partum*. *Laktogenesis II* berlangsung pada hari ke 2-5 masa *post partum*, ditandai dengan meningkatnya jumlah aliran darah ke *mammae*, dan secara klinis

menunjukkan peningkatan jumlah sekresi susu. Hal ini berlangsung sampai hari ke 10 dari kelahiran bayi. Dan tahap selanjutnya adalah *Laktogenesis III* yang dimulai sejak hari ke 10 kelahiran bayi, dan komposisi ASI relative stabil.

Menurut Perinasia (2003) bahwa Laktasi atau menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Selama kehamilan, hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron turun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan pada saat ini lah mulai terjadi sekresi ASI, dengan menyusukan lebih dini, terjadi perangsangan puting susu, terbentuklah prolaktin oleh hipofisis, sehingga sekresi ASI makin lancar.

Ada dua reflek yang sangat penting pada proses laktasi yang diakibatkan oleh hisapan bayi. Reflek yang pertama yaitu *Reflek prolaktin* yang berperan dalam produksi ASI di tingkat alveoli, yang dikeluarkan oleh *adenohipofise* (kelenjar hipofisis bagian depan). Pada ibu yang melahirkan anak tetapi tidak menyusui kadar prolaktin akan menjadi normal pada minggu ke 2-3, sedangkan untuk ibu yang menyusui kadar prolaktin akan menjadi normal pada bulan ke 3 setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat itu tidak akan terjadi peningkatan prolaktin walaupun ada isapan, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung. Menurut Soetjningsih (1997), pada ibu yang menyusui, Prolaktin akan meningkat pada keadaan-keadaan seperti stress, anestesi, operasi, rangsangan puting susu, hubungan kelamin, dan obat-obatan *tranquilizer*. Sedangkan yang dapat menghambat pengeluaran hormon Prolaktin adalah kondisi gizi ibu yang jelek, serta obat-obatan seperti ergot dan I-dopa.

Reflek yang ke dua adalah *Reflek Oksitosin (let down reflex)* yang mana cara kerjanya bersamaan dengan pembentukan prolaktin oleh adenohipofise, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke

neurohipofise (hipofise posterior) yang kemudian dikeluarkan *oksitosin* yang mana berperan dalam memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding *alveolus* dan dinding saluran untuk memompa ASI dan memicu kontraksi otot rahim. Semakin sering menyusui maka pengosongan *alveolus* dan saluran makin baik sehingga kemungkinan terjadinya bendungan susu semakin kecil, dan menyusui akan semakin lancar. Menurut Soetjningsih, (1997) ada beberapa factor yang meningkatkan *refleks let down* yaitu melihat bayi, mendengarkan suara bayi, mencium bayi, dan memikirkan untuk menyusui bayi. Sedangkan factor penghambatnya adalah kondisi stress seperti keadaan bingung, takut dan cemas.

2.4 Komposisi ASI

Komposisi ASI mengandung komponen makronutrien yaitu karbohidrat, protein dan lemak dan mikronutrientnya adalah vitamin dan mineral.

2.4.1 Karbohidrat

Karbohidrat utama dalam ASI adalah Laktosa. Laktosa mudah diurai menjadi glukosa dan galaktosa dengan bantuan *enzym laktase* yang sudah ada dalam mukosa saluran pencernaan sejak lahir. Laktosa mempunyai manfaat lain, yaitu mempertinggi absorpsi kalsium dan merangsang pertumbuhan *laktobasilus bifidus* (Perinasia, 2003)

2.4.2 Lemak

Sekitar 50% kalori ASI berasal dari Lemak yang merupakan sumber Kalori utama didalam ASI. Kadar lemak dalam ASI antara 3,5 – 4,5 %. Kadar lemak ASI matur dapat berbeda menurut lama menyusui (5 menit pertama) disebut *foremilk* kadar lemak ASI rendah (1-2 g/dl) dan lebih tinggi pada *hinmilk* (ASI yang dihasilkan pada akhir menyusu, setelah 15-20 menit (Perinasia, 2003).

Kadar lemak dibutuhkan untuk mendukung pertumbuhan otak karena ASI mengandung asam lemak esensial: asam linolet (Omega 6) dan asam linolenat (Omega 3). Selain itu ASI juga mengandung banyak asam lemak rantai

panjang (DHA dan ARA) yang berperan terhadap perkembangan jaringan mata dan syarat mata (IDAI DKI Jakarta, 2008). Ibu yang KEK maka komposisi asam lemak ASInya akan sama dengan komposisi pada cadangan lemak yang tersimpan dalam tubuhnya.

2.4.3 Protein

Protein utama dalam ASI casein dan whey. Casein adalah phosphor mengandung protein yang hanya terdapat dalam ASI. Whey adalah lactalbumin dan lactoferin yang disintesis dalam kelenjar payudara. Perbandingan casein dan whey dalam ASI adalah 40% dan 60%. Laktoperin adalah protein yang berfungsi mengikat besi untuk menghambat pertumbuhan bakteri dalam gastrointestinal bayi yang dapat mencegah terkena diare (Robert & Williams, 2000). Kandungan protein ASI mengalami penurunan seiring durasi menyusui, bukan dipengaruhi oleh status gizi ibu kurang. Kolostrum mengandung 2% protein, ASI transisi 1,55 sedangkan ASI mature mengandung 1% protein. Kualitas protein dalam ASI tergantung dari konsumsi protein ibu. Penelitian di Pakistan memperlihatkan bahwa konsentrasi asam amino lysine dan methionine dalam ASI dari ibu kurang gizi lebih rendah dibanding ibu dengan status gizi baik

2.4.4 Garam, mineral dan vitamin

ASI mengandung garam dan mineral yang kadarnya lebih rendah dibanding susu sapi. Ginjal neonatus belum dapat mengkonsentrasikan air kemih dengan baik, sehingga diperlukan susu dengan kadar garam dan mineral yang rendah. Selain itu ASI mengandung zat besi yang lebih mudah diserap dan lebih banyak (lebih dari 50%) serta seng yang diperlukan untuk tumbuh kembang, system imunitas dan mencegah penyakit-penyakit tertentu seperti *akrodermatitis enteropatika*. (Perinasia, 2003). Vitamin yang terkandung di ASI dapat dikatakan lengkap. Vitamin A, D dan C Cukup, sedangkan golongan vitamin B, kecuali riboflavin dan asam panthothenik kurang. Vitamin K berfungsi sebagai katalisator pada proses pembekuan darah.

(Soetjningsih, 1997). Vitamin ASI yang larut atau tidak larut dalam lemak dipengaruhi oleh status gizi dan kesehatan ibu (Robert & William, 2000)

Tabel 2.1
Komposisi Kolostrum, ASI dan susu sapi untuk setiap 100 ml

Zat-zat gizi	Kolostrum	ASI	Susu Sapi
Energi (K Cal)	58	70	65
Protein (g)	2,3	0,9	3,4
- Kasein/whey		1:1,5	1:1,2
- Kasein (mg)	140	187	-
- Laktamil bumil (mg)	218	161	-
- Laktferin (mg)	330	167	-
- Ig A (mg)	364	142	-
Laktosa (g)	5,3	7,3	4,8
Lemak (g)	2,9	4,2	3,9
Vitamin			
- Vit A (mg)	151	75	41
- Vit B1 (mg)	1,9	14	43
- Vit B2 (mg)	30	40	145
- Asam Nikotinmilk (mg)	75	160	82
- Vit B6 (mg)	-	12-15	64
- Asam Pantotenik	183	246	340
- Biotin	0,06	0,6	2,8
- Asam Folat	0,05	0,1	0,13
- Vit B12	0,05	0,1	0,6
- Vit C	5,9	5	1,1
- Vit D (mg)	-	0,04	0,02
- Vit Z	1,5	0,25	0,07
- Vit K (mg)	-	1,5	6
Mineral			
- Kalsium (mg)	39	35	130
- Klorin (mg)	85	40	108
- Tembaga (mg)	40	40	14
- Zat besi (ferrum) (mg)	70	100	70
- Magnesium (mg)	4	4	12
- Fosfor (mg)	14	15	120
- Potassium (mg)	74	57	145
- Sodium (mg)	48	15	58
- Sulfur (mg)	22	14	30

Sumber : Brown, et,al (2002)

2.5 Keunggulan ASI

2.5.1 Bagi Ibu

Menyusui bagi perempuan merupakan suatu pengalaman kompleks yang menyangkut beberapa hal seperti hormonal, fisik dan keuntungan psikososial (Brown, et al, 2002). Secara hormonal terjadi peningkatan hormon oksitosin yang mengakibatkan selain untuk pengeluaran ASI, juga berperan membantu involusi Uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca salin, Penundaan haid dan berkurangnya perdarahan pasca salin sehingga mengurangi prevalensi anemia defisiensi besi. Serta mengurangi kejadian karsinoma mammae, karsinoma servik dan arthritis rheumatoid dibanding yang tidak menyusui. Selain itu menyusui secara murni (eksklusif) dapat menjarangkan kehamilan. Ditemukan rerata jarak kelahiran ibu yang menyusui adalah 24 bulan, sedangkan yang tidak menyusui 11 bulan. Hormon yang mempertahankan laktasi bekerja menekan hormone untuk ovulasi, sehingga dapat menunda kembalinya kesuburan (Perinasia, 2003).

Secara psikologis, menyusui meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan anak, Ibu akan merasa bangga dan diperlukan dengan adanya proses menyusui, hal ini merupakan rasa yang dibutuhkan oleh semua orang sehingga menimbulkan rasa aman bagi bayi. Beberapa pendapat juga mengatakan bahwa dengan menyusui dapat mempercepat penurunan berat badan ibu yang disebabkan karena aktivitas merawat bayi (Brown, et al, 2002).

2.5.2 Bagi Bayi

ASI apabila dibandingkan dengan susu formula mempunyai keunikan tersendiri yaitu memiliki keseimbangan nutrisi dalam ASI sesuai dengan jumlah kebutuhan bayi untuk proses tumbuh kembang, bentuknya berupa *isosmotik*, sehingga cukup memenuhi kebutuhan bayi akan cairan dan tidak memerlukan cairan lain untuk menjaga hidrasinya, kadar protein yang rendah dibandingkan dengan susu formula sehingga tidak menjadi beban bagi ginjal bayi prematur, *whey* proteinnya dalam ASI berbentuk lunak, mudah untuk dicerna, ASI menyediakan sejumlah asam lemak esensial, asam lemak tersaturasi, trigliserida

rantai sedang dan kolesterol, mengandung DHA yang penting untuk perkembangan saraf-saraf otak, dan mineral dalam ASI juga terikat dengan protein sehingga bioavailabilitasnya semakin tinggi dan tidak tergantung pada asupan ibu (Brown, et al, 2002).

Selain keunggulan dari aspek nutrisi, ASI juga memiliki komposisi imunologi yang tugasnya adalah untuk memberi pertahanan tubuh dalam menghadapi infeksi, zat protektif tersebut terdiri dari *Laktobasilus bifidus*, *Lisosom*, *Laktoferin*, *Komplemen C3 dan C4*, ikatan protein Fe dan Vit B12, Leucosit, Ig A sekretori dan Ig M sekretori dan Asam lemak dan komponen lainnya yang bersifat anti mikroba (Perinasia, 2003).

Brown, et al (2002) menambahkan bahwa keuntungan ASI yang lainnya bagi bayi adalah menurunkan angka kematian bayi, mengurangi angka kejadian penyakit akut, mengurangi penyakit kronis, dan memberikan pengaruh pada tingkat kecerdasan.

2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi Persepsi kemampuan laktasi

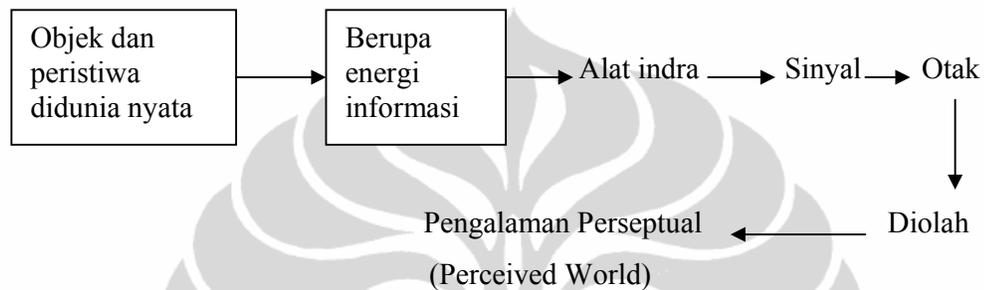
2.6.1 Persepsi kemampuan Laktasi

Persepsi adalah proses diterimanya rangsangan (objek, kualitas, hubungan antar gejala, maupun peristiwa) sampai rangsangan itu disadari dan dimengerti (Irwanto, 2002). Menurut Robbin (2003) mendefinisikan persepsi sebagai proses dimana seseorang mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensasi yang dirasakan untuk memberi makna terhadap lingkungannya. Dengan demikian persepsi adalah suatu proses otomatis yang terjadi dengan sangat cepat dan kadang tidak kita sadari, dimana kita dapat mengenali stimulus yang kita terima. Sehingga konsep persepsi sebagai salah satu hal internal yang dapat mempengaruhi perilaku kita. Proses persepsi dibagi 2 yaitu proses sensasi atau merasakan (*sensation*) yang menyangkut proses sensoris dan proses persepsi yang menyangkut interpretasi kita terhadap objek yang kita lihat atau kita dengar atau kita rasakan.

Faktor yang mempengaruhi persepsi secara umum terdiri dari faktor eksternal yaitu faktor yang melekat pada objeknya, sedangkan faktor internal adalah faktor yang terdapat pada orang yang mempersepsikan stimulus tersebut (Notoatmodjo,2005).

Bagan 2.1

Proses persepsi



Sumber : Damayanti dalam Notoatmojo, 2005

Persepsi kemampuan Laktasi adalah pendapat/pandangan ibu dimana ibu memahami bahwa dia memiliki kemampuan untuk memproduksi dan mensuplai ASI yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Sedangkan definisi dari persepsi ketidakmampuan laktasi atau PIM (*Perceptions of Insufficient Milk Supply in Breastfeeding*) adalah pendapat dimana ibu meyakini bahwa dia memiliki suplai ASI yang kurang/tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya. PIM juga dikaitkan dengan rendahnya usaha ibu untuk menyusui bayinya akibat dari kurang percaya diri terhadap kemampuannya untuk memproduksi ASI yang cukup ($r=0,49$, $p<0,01$) (Hill & Humenik (1989) dalam Gatti (2008).

Hasil penelitian di Hongkong tentang kegagalan menyusui pada ibu post partum didapatkan hasil bahwa tiga alasan utama yang menjadi penyebab ibu menghentikan menyusui atau memberikan susu formula pada bayinya umur 2 dan 6 minggu post partum dan pada 3 dan 6 bulan post partum adalah 44%

memiliki persepsi kekurangan suplai ASI, 31% karena mempunyai masalah payudara dan 28% karena kelelahan (Chan, et al, 2000).

Beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi kemampuan laktasi karena anggapan kurang cukup suplai ASI menurut Huang, lee, mieh dan Gau, 2009 diantaranya adalah karena faktor ibu (Umur, Tingkat pendidikan, status pekerjaan, merokok, penggunaan kontrasepsi, pendidikan antenatal, pengalaman menyusui, rencana menyusui, dukungan keluarga, paritas, tinggal di Rumah Sakit, tindakan rawat gabung, tipe puting susu dan sakit pada puting susu), faktor bayi (Umur kehamilan, berat lahir, pola menyusui, kebiasaan menyusui, penurunan/kehilangan berat badan lahir) dan faktor laktasi (frekuensi dan durasi menyusui, IMD, metode makanan tambahan bayi, frekuensi pemberian makanan tambahan dan volume pemberian makanan tambahan). Selain faktor diatas Irawati (2003) menyebutkan salah satu keberhasilan dari menyusui juga didukung oleh status gizi pra hamil, selama hamil dan selama menyusui

2.6.2 Kenaikan Berat Badan dan Status gizi ibu selama hamil

Kenaikan berat badan ibu selama hamil merupakan salah satu indikator untuk menilai status gizi ibu, sehingga diharapkan dapat menghasilkan pertumbuhan janin yang optimal dan laktasi yang memadai tanpa mengganggu kesehatan ibu (*United Nations Children's Fund*, 1981).

Tujuan penataan gizi pada wanita hamil adalah untuk menyiapkan cukup kalori, protein, yang bernilai biologi tinggi, vitamin, mineral dan cairan, makanan padat kalori dapat membentuk lebih banyak jaringan tubuh bukan lemak, cukup klori dan zat gizi untuk memenuhi pertambahan berat baku selama hamil, dan perencanaan perawatan gizi untuk mempertahankan status gizi optimal sehingga bisa menjalani kehamilan dengan aman dan berhasil, melahirkan bayi dengan potensi fisik dan mental yang baik dan memperoleh cukup energi untuk menyusui serta merawat bayinya, selain itu untuk perawatan gizi yang dapat mengurangi atau menghilangkan reaksi yang tidak diinginkan, seperti mual dan muntah, perawatan gizi yang dapat membantu pengobatan penyulit yang terjadi

selama kehamilan, serta mendorong ibu hamil sepanjang waktu untuk mengembangkan kebiasaan makan yang baik yang dapat diajarkan kepada anaknya.

Penambahan berat badan selama hamil trimester I kisaran pertambahan berat badan sebaiknya 1-2 kg (350-400 g/mg), sementara trimester II dan III Sekitar 0,34 – 0,50 kg, tiap minggu (Zeman dkk, 1988 *dalam* Arisman, 2002). Penambahan badan kehamilan selama pertengahan kehamilan adalah 0,20 kg/mg, dan selama periode post partum berat badan ibu cenderung menurun. Rata-rata kehilangan berat badan pada 1 dan 6 bulan post partum adalah 1,07 kg. Berat badan ibu diperkirakan 41,8 kg dan 40,8 kg pada 1 dan 6 bulan, dan mengindikasikan kehilangan berat badan 1 kg antara 1 dan 6 bulan post partum (Alam, et al, 2003).

Berat badan pertengahan kehamilan sama dengan berat badan 1 bulan post partum dan berat badan sebelum hamil ditambah kenaikan berat badannya karena lemak yang didapat sejak awal kehamilan dipertahankan sampai melahirkan untuk menyusui. Jika berat badan selama kehamilan rendah maka substansial kehilangan berat badan pada saat post partum. Berat extrapolated pada pertengahan kehamilan diperkirakan 44,3 kg dan saat 1 bulan post partum menjadi 41,8 kg (berbeda 2,5 kg). Sehingga dapat disimpulkan ibu-ibu pada penelitian ini tidak bertambah lemak selama pertengahan kehamilan dan 1 bulan post partum direpresentasikan pada saat berat sebelum hamil. (Alam, et al, 2003)

Berdasarkan hasil dari 2 penelitian besar di Inggris (>3800 ibu hamil), Hytten dan Leitch (1971) mencoba menetapkan batasan total dan rata-rata pertambahan berat badan ibu hamil primigravida adalah 0-10 minggu (0,065 kg/minggu), 10-20 minggu (0,335 kg/minggu), 20-30 minggu (0,450 kg/minggu) dan 30-40 minggu (0,335 kg/minggu). Proporsi pertambahan berat badan tersebut adalah untuk janin 25-27%, plasenta 5%, cairan amnion 6%, ekspansi volume darah

6%, pertumbuhan uterus dan payudara 11%, peningkatan cairan ekstraseluler 13% dan peningkatan lemak tubuh 25-27% (Rasmussen & Yaktine, 2009).

Michaelsen et al (1994) melihat adanya hubungan signifikan positif antara penambahan berat badan selama hamil dan konsentrasi lemak dalam ASI. 4 bulan setelah melahirkan, konsentrasi lemak ASI pada ibu yang penambahan berat badannya selama kehamilannya besar mempunyai konsentrasi lemak 2 kali lipat besarnya dibandingkan dengan ibu yang penambahan berat badannya rendah

Untuk menilai Status Gizi Ibu selama hamil, dapat ditentukan melalui pengukuran IMT pra hamil dengan menghitung $(BB) \text{ pra hamil} / TB \text{ (Meter)}^2$ dan hasilnya adalah status gizi ibu rendah nilai IMT $< 18,5$ pencapaian BB selama hamil yaitu 12,5-18 kg, Status gizi ibu normal nilai IMT 18,5-24,9 pencapaian BB selama hamil yaitu 11,5-16 kg, Status gizi ibu tinggi nilai IMT 25,0-29,9 pencapaian BB selama hamil yaitu 7,0-11,5 kg, dan Status gizi ibu dengan obesitas nilai IMT > 30 pencapaian BB selama hamil yaitu $> 5-9$ kg. Sehingga dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa ibu dengan IMT lebih tinggi cenderung mempunyai kenaikan berat badan lebih kecil dibandingkan dengan ibu yang mempunyai IMT lebih rendah. Sedangkan untuk ibu yang mempunyai tinggi badan lebih pendek penambahan berat badannya kurang apabila dibandingkan dengan ibu yang tinggi. Kleinman (1990) melaporkan bahwa wanita dengan tinggi badannya kurang dari 157 cm penambahan berat badannya kurang dari 1 kg dibandingkan dengan wanita yang tinggi badannya 170 cm (Rasmussen & Yaktine, 2009).

IMT Sebagai indikator status gizi karena dihubungkan dengan pertumbuhan bayi dan produksi ASI selama 6 bulan masa menyusui (Kusin & Karjati, 1994). Penelitian yang dilakukan oleh Barbosa et. Al (1997) pada wanita Kenya terlihat bahwa ibu menyusui dengan status gizi kurang (IMT $< 18,7$), volume ASInya lebih rendah 690 g/d dibandingkan dengan volume ASI 790 g/d pada ibu dengan status gizi baik (IMT 23,5). Pada ibu di Bangladesh juga terlihat bahwa volume,

kandungan nitrogen serta energi ASI lebih rendah pada ibu dengan $IMT < 18,5$ dan mengalami penurunan BB selama menyusui.

Tabel 2.2
Rekomendasi Kenaikan Berat Badan Ibu Hamil Berdasarkan IMT Pra Hamil
(*Institute of Medicine* 2009, dalam Rasmussen dan Yaktine, 2009)

Status Gizi Ibu (IMT)	Kenaikan Berat Badan (kg)
Rendah ($<18,5 \text{ kg/m}^2$)	12,5-18,0
Normal ($18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$)	11,5-16,0
Tinggi ($25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$)	7,0-11,5
Obes ($\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$)	$> 5-9$

Kenaikan berat badan selama hamil adakalanya sulit diamati sampai akhir kehamilan, sehingga Achadi (1995) merumuskan estimasi kenaikan berat badan selama hamil dengan menggunakan pola kenaikan berat badan ibu hamil dari Hytten dan Leicht yang menganggap bahwa pola kenaikan setiap ibu hamil dianggap sama, yaitu 0-10 minggu (0,065 kg/minggu), 10-20 minggu (0,335 kg/minggu), 20-30 minggu (0,450 kg/minggu) dan 30-40 minggu (0,335 kg/minggu) sehingga total kenaikan berat badan selama hamil adalah 11,85 kg. estimasi ini memerlukan data 2 kali pengukuran berat badan ibu hamil dengan selang waktu minimal 11 minggu (Whorthington, 1993)

Selama kehamilan, metabolisme tubuh ibu berubah sehingga berat badan ibu bertambah. Kelebihan energi tubuh akan disimpan dalam bentuk lemak dibawah jaringan sub kutan tubuh, dan kaki, selanjutnya simpanan lemak dalam tubuh ibu digunakan untuk memproduksi ASI, sehingga jumlah ASI tergantung pada besarnya cadangan lemak yang tertimbun selama hamil, dan dalam batas tertentu diet selama menyusui. Ada hubungan signifikan penambahan berat badan ibu dengan produksi ASI saat hamil kurang dari 3 bulan, setelah 3 bulan tidak ada perubahan signifikan lagi. Volume ASI dari ibu-ibu yang kekurangan gizi yang tinggal di daerah endemik cenderung menjadi rendah dibanding ibu-ibu yang status gizi sangat baik di negara-negara industri (Brown, et al, 1986). Rata-rata volume ASI wanita berstatus gizi baik sekitar 700-800 cc, sementara mereka yang berstatus gizi kurang hanya berkisar 500-600 cc (Jelliffe & Jelliffe,

1996). Jumlah ASI yang disekresi pada 6 bulan pertama sebesar 750 cc sehari. Sekresi pada hari pertama hanya terkumpul sebanyak 50 cc yang kemudian meningkat menjadi 500, 650, dan 750 cc sehari masing-masing pada hari V, bulan I dan III. Volume ASI pada 6 bulan berikutnya menyusut menjadi 600 cc. Namun demikian status gizi tidak berpengaruh besar terhadap mutu (kecuali volume) ASI, meskipun kadar vitamin dan mineralnya sedikit lebih rendah (Hambraeus & Sjolín, 1970)

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 dengan gizi baik akan dapat memberikan ASI pada bulan pertama \pm 600ml, pada bulan ke III 700-750 ml/hari, pada bulan ke VI 750-800 ml/hari dan kemudian menurun / berkurang tergantung isapan bayi. Sedangkan untuk ibu dengan gizi kurang akan memberikan ASI pada enam bulan pertama 500-700 ml/hari, enam bulan kedua 400-600 ml/hari dan tahun kedua menjadi 300-400 ml/hari. (Soetjiningsih, 1997)

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).

Hasil penelitian Irawati dkk (2003) menunjukkan bahwa sebagian besar ibu memulai kehamilan dengan status gizi baik. Hanya sekitar 18% ibu kelompok menyusui berhasil dan sekitar 19% ibu kelompok menyusui tidak berhasil yang berstatus gizi kurus ($IMT < 18,5$) sebelum hamil. Nilai IMT ibu kurus dan ibu normal pada kelompok menyusui tidak berhasil lebih rendah dari kelompok menyusui berhasil. Rata-rata penambahan berat badan selama hamil 9,0 kg dan lebih tinggi pada ibu di Madura (6,6kg), hasil analisis menunjukkan tidak ada perbedaan peningkatan berat badan ibu selama hamil baik pada kelompok ibu yang menyusui berhasil maupun tidak berhasil. Namun, peningkatan berat badan selama kehamilan pada ibu kurus pada kelompok menyusui berhasil lebih besar dibandingkan dengan kelompok menyusui tidak berhasil. Walaupun tidak berbeda bermakna, proporsi ibu kurus dengan peningkatan berat badan ≤ 9 kg pada kelompok menyusui berhasil lebih sedikit dibandingkan dengan ibu kurus pada kelompok menyusui tidak berhasil.

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).

Hasil penelitian yang dilakukan di Jakarta terhadap 845 bayi didapatkan bahwa hanya 29,9% bayi yang mendapatkan ASI sampai 3 bulan, kemudian menurun menjadi 17% pada usia 4 – 6 bulan, alasannya adalah 28% karena bekerja, 32% karena ASI sedikit, 16% karena iklan, 4% karena ingin disebut modern, 4% karena ikut-ikutan orang lain dan 16% karena kondisi puting susu (Tjekyan, 2003)

Alikassifoggh (2001) melaporkan produksi ASI yang kurang menjadi alasan yang paling utama sehingga formula diberikan di rumah sakit dan makanan 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)

2.6.3 Umur

Tidak semua wanita mempunyai kemampuan yang sama dalam menyusui. Pada umumnya wanita lebih muda, kemampuannya lebih baik dari yang tua. Salah satu penyebabnya adalah perkembangan kelenjar yang matang pada pubertas dan fungsinya yang berubah sesudah kelahiran bayi (Ebrahim, 1978).

Dari segi produksi ASI ibu-ibu yang berusia 19-23 tahun lebih baik menghasilkan ASI dibanding dengan yang berusia lebih tua. Primipara yang berusia 35 tahun cenderung tidak menghasilkan ASI yang cukup (Pujiadi, 2000). Dan secara alami proses degenaralisasi payudara mengenai ukuran dan kelenjar alveoli mengalami regresi yang dimulai pada usia 30 tahun, sehingga proses tersebut cenderung kurang menghasilkan ASI (Worthington, 1993).

Berbeda halnya dengan pernyataan Ryan (1989) dalam Lawrence (1994) yang mengatakan bahwa ibu yang berumur ≥ 30 tahun lebih banyak yang memberikan ASI sampai usia 6 bulan dibanding ibu yang usianya $<$ dari 30 tahun baik pada ibu yang bekerja maupun pada ibu yang tidak bekerja, hal ini didukung oleh penelitian Leung dkk (2000) yang menunjukkan bahwa peluang ibu yang berusia lebih dari 25 tahun untuk memberikan ASI eksklusif 2,1 kali lebih tinggi bila dibandingkan ibu yang berusia di bawah 25 tahun (95% CI=1,14-3,89). Begitu juga dengan penelitian Grijbovski, et al (1999) yang menunjukkan bahwa ibu yang berusia remaja di Rusia Utara memiliki kecenderungan untuk tidak melanjutkan proses menyusui. Penelitian lain juga mendukung adanya pengaruh usia terhadap pemberian ASI adalah Schwartz dkk (2000) yang menunjukkan bahwa ibu-ibu usia muda cenderung tidak

melanjutkan proses menyusui. Hal ini disebabkan mungkin secara Psikologis mereka belum memiliki kesiapan mental untuk menyusui.

Ibu muda < 25 tahun dan dengan status social ekonomi terbatas lebih banyak menghentikan menyusui pada bulan pertama. Alasannya adalah sakit pada puting, persepsi ketidakcukupan suplai ASI, bayi mempunyai kesulitan untuk menyusui, dan bayi tidak puas. (Ahluwalia, et al, 2005)

2.6.4 Pekerjaan

Yang dimaksud ibu bekerja adalah bila beraktifitas keluar rumah ataupun didalam rumah untuk mendapatkan uang kecuali pekerjaan rutin Rumah Tangga. Pekerjaan mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI eksklusif, karena untuk sementara waktu ibu tidak berada dekat dengan anaknya. Ibu bekerja cenderung lebih cepat memberikan MP-ASI kepada bayinya (Esterik, 1990).

Penelitian Liubai dkk (1998) menunjukkan bahwa peluang ibu bekerja untuk tidak memberikan ASI secara eksklusif 2,44 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja (95% CI=1,42-4,19). Hal ini didukung oleh penelitian Khassawneh dkk (2006) yang menunjukkan bahwa peluang ibu yang bekerja untuk tidak memberikan ASI secara eksklusif 3,34 kali lebih besar dibandingkan ibu yang tidak bekerja.

Hasil penelitian Huang, Lee dan Gau (2009) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi ibu terhadap suplai ASI ketika di Rumah Sakit menjelaskan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan persepsi ibu terhadap suplai ASI dengan nilai $P=0,022$.

2.6.5 Paritas

Menurut Soetjiningsih (1997) pada kenaikan jumlah paritas ada sedikit perubahan produksi ASI walaupun tidak bermakna yaitu: anak pertama: jumlah ASI + 580 ml/24 Jam, anak kedua: jumlah ASI + 654 ml/24 jam, anak ketiga:

jumlah ASI + 602 ml/24 jam, anak keempat: jumlah ASI + 600 ml/24 jam, anak kelima: jumlah ASI + 506 ml/24 jam, dan anak keenam: jumlah ASI + 524 ml/24 jam. Dari penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa semakin banyak jumlah paritas, maka produksi ASI semakin menurun.

Pada penelitian Suradi (1995) di RSCM menunjukkan bahwa ASI keluar pada hari pertama lebih banyak pada multipara (20,6%) sedangkan pada primipara hanya 16%. Dengan keluarnya ASI lebih awal pada multipara maka kemungkinan memberikan minuman susu formula dapat dicegah, sedangkan pada primipara kemungkinan pemberian minuman susu formula akan semakin besar.

Penelitian Soeparmanto dan Rahayu (2000) menunjukkan bahwa ibu yang memiliki anak 1-2 orang memiliki kemungkinan menyusui secara eksklusif 10 kali lebih besar dibandingkan ibu yang baru memiliki bayi ataupun ibu yang memiliki anak lebih dari dua. Hasil penelitian Leung dkk (2000) menunjukkan bahwa ibu yang memiliki satu anak memiliki peluang 3,08 lebih besar untuk memberikan ASI eksklusif dibanding dengan ibu yang memiliki dua atau tiga anak (95% CI=1,02-9,27).

Gatti (2008) dalam penelitiannya mengenai persepsi ibu tentang kekurangan/ketidakcukupan suplai ASI menyebutkan 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 diawal dibanding dengan wanita yang sudah pernah menyusui sebelumnya. Namun wanita yang pernah menyusui sebelumnya juga dilaporkan bermasalah dengan PIM.

Dewey, et al (2003) menemukan bahwa suplai ASI ibu berhubungan secara bermakna dengan paritas. Howard et al(1999) menemukan bahwa wanita yang

memperkenalkan susu formula menjadi kurang frekuensi menyusuinya dan merubahnya untuk menjadi PIM.

2.6.6 Inisiasi Menyusui Dini

Inisiasi Menyusui Dini (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). Bayi yang menyusui dini akan lebih berhasil menyusu ASI Eksklusif dan mempertahankan menyusu setelah 6 bulan, hal ini disebabkan karena menyusu dini selain merangsang pengaliran ASI, merangsang kontraksi rahim dan mengurangi perdarahan, juga akan merangsang hormon lain sehingga ibu akan merasa tenang, rileks, dan mencintai bayi, lebih kuat menahan sakit/nyeri dan timbul rasa suka cita/bahagia. Rosita (2008) menjelaskan bahwa hasil penelitian terbaru di Ghana yang terkenal dengan negara yang rawan malnutrisi terhadap seorang ibu yang melahirkan anak kembar, merasa tidak sanggup menyusui anaknya, jadi hanya salah satu yang disusukan ke payudara ibunya. Hasilnya adalah bayi yang disusui dalam satu jam pertama setelah kelahirannya memiliki kesempatan hidup dan mampu bertahan dibanding dengan bayi yang tidak disusui. Bayi-bayi yang tidak diberi ASI pada hari pertama kehidupannya berpotensi 2,5 kali lebih tinggi untuk gagal menjalani hidup.

WHO-UNICEF (1993) menyebutkan bahwa Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah Praktek pemberian ASI segera dalam 30 menit sampai dengan 1 jam setelah melahirkan. Pada proses ini terjadi kontak ibu dengan bayi yang menimbulkan rasa aman pada bayi, membantu perkembangan psikis dan merangsang emosi antara ibu dan anak.

Isapan pada puting susu dalam 30 menit pertama setelah lahir akan membantu mempercepat proses pelepasan plasenta melalui rangsangan pelepasan hormon oksitosin, yang dapat mengurangi resiko perdarahan post partum. Selain itu rangsangan dari isapan puting susu memacu reflek prolaktin dan oksitosin akan

merangsang pengeluaran ASI (Roesli, 2005). Isapan bayi akan merangsang hipofisis untuk mengeluarkan hormon oksitosin yang kemudian merangsang otot polos untuk memeras ASI dan mengeluarkannya melalui puting susu. Keadaan ini akan terus memaksa prolaktin untuk memproduksi ASI. Hormon prolaktin ibu akan menurun setelah satu jam persalinan yang disebabkan oleh lepasnya plasenta. Apabila bayi terlambat menghisap puting susu ibu, hormon prolaktin akan turun dan sulit merangsang kembali prolaktin sehingga ASI baru keluar hari ketiga atau lebih. Hal ini memaksa tenaga kesehatan untuk memberikan susu formula sebagai pengganti ASI, sehingga pemberian ASI Eksklusif gagal dilakukan. Bayi yang sudah mendapatkan susu tambahan akan tertidur sehingga tidak terjadi rangsangan pada puting susu. Hal ini menyebabkan kadar hormon oksitosin turun secara perlahan yang akhirnya mengakibatkan hormon prolaktin turun dan hilang dari peredaran darah. Keadaan ini akan menyebabkan ASI yang keluar sedikit bahkan mungkin berhenti sebelum bayi berumur enam bulan (Purwanti, 2004).

Roesli (2008) menyebutkan bahwa hasil penelitian Righard (1990) menunjukkan penundaan permulaan menyusui lebih dari 1 jam akan menyebabkan kesulitan dalam menyusui. Sebanyak 50% bayi yang lahir normal yang langsung dipisahkan dari ibunya untuk dimandikan dan ditimbang tidak dapat menyusui sendiri.

Hasil penelitian Nako dkk (2008) menunjukkan bahwa bayi yang segera disusui dalam 2 jam pertama berpeluang mendapatkan ASI Eksklusif 2,5 kali lebih besar dibandingkan bayi yang disusui melebihi 2 jam setelah dilahirkan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh fikawati dan Syafiq (2003) juga menunjukkan bahwa ibu yang memberikan ASI segera dibawah 30 menit memiliki peluang 2,1-8,1 kali lebih besar untuk dapat memberikan ASI Eksklusif, dibandingkan ibu yang memberikan ASI setelah 30 menit kelahirannya. Sulistyoningsih (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa peluang ibu yang memberikan ASI Segera untuk dapat memberikan ASI eksklusif 61,818 lebih besar jika dibandingkan ibu yang tidak memberikan ASI segera (95% CI=7,770-

491,85, $p=0,000$. Irawati dkk (2003) dalam penelitiannya tentang pengaruh status gizi ibu selama kehamilan dan menyusui terhadap keberhasilan pemberian ASI mempunyai resiko untuk menyusui tidak berhasil sebesar 2,46 kali dibandingkan dengan bayi yang mendapat inisiasi ASI kurang dari sehari.

2.6.7 Berat Badan Lahir

Status Kesehatan bayi saat lahir menentukan proses tumbuh kembang anak pada periode kehidupan selanjutnya baik dari segi fisik maupun intelektualnya (milleton et all, 1987 dalam Wydiastuti, 2009). Beberapa penelitian memperlihatkan adanya hubungan antara berat lahir dan intake ASI. Bayi yang lahir dengan berat yang lebih besar cenderung lebih kuat, lebih lama, dan lebih sering menyusui sehingga dapat meningkatkan produksi ASI. Selain itu juga terdapat relasi yang positif antara berat lahir dan frekuensi dan lama menyusui terutama 14 hari pertama setelah bayi lahir (*National Academi Science*, 1991)

Sebagian besar bayi premature dengan masa gestasi diatas 36 minggu biasanya mampu menyusui dengan segera. Sedangkan bayi dengan gestasi kurang dari 34 minggu belum mampu menyusui dengan segera (Soetjiningsih, 1997)

Bayi kecil dengan berat badan kurang dari 2500 gram sering diberikan minuman tambahan selain ASI dengan alasan adanya persepsi bahwa ASInya tidak akan mampu mencukupi kebutuhan bayinya (Hill&Humenick, 1989).

2.6.8 Penggunaan Kontrasepsi

Kontrasepsi dalam masa nifas harus bertujuan untuk memperpanjang masa laktasi tanpa mengganggu kualitas dan kuantitas ASInya. Alat kontrasepsi yang dapat dipakai berdasarkan prioritas adalah MOP (untuk yang sudah mempunyai banyak anak), AKDR, Suntikan depoprovera, Mini Pil, KB Susuk, metode sederhana serta terakhir adalah pil kombinasi dengan estrogen rendah. Pil KB yang mengandung estrogen tinggi akan menurunkan Produksi ASI (Soetjiningsih, 1997).

Hasil SDKI 2002-2003 diperoleh gambaran bahwa 47% dari wanita kawin umur 15-49 tahun yang menggunakan kontrasepsi hormonal dan menurut Susenas 2004 diperoleh gambaran bahwa 48,1% dari wanita kawin umur 15-49 tahun yang menggunakan kontrasepsi hormonal.

2.6.9 Bimbingan Laktasi Pranatal

Program laktasi adalah suatu program multidepartemental 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 Rumah Sakit. Program laktasi tersebut menurut Naylor (1983) dalam Soetjiningsih (1997) meliputi: Bimbingan prenatal, pelayanan pascasalin yang terarah, konsultasi pertelepon selama 24 jam, evaluasi proses menyusui di klinik Laktasi, konsultasi untuk NICU dan Pendidikan petugas Kesehatan.

Bimbingan laktasi prenatal merupakan dasar dari keberhasilan menyusui. Kegiatan yang bisa dilaksanakan oleh petugas kesehatan meliputi: pemeriksaan dan perawatan payudara yang dilengkapi dengan media cetak sebagai sarana pendidikan untuk ibu-ibu serta diberikan pula penyuluhan gizi. Sehingga ibu hamil termotivasi untuk menyusui bayinya secara eksklusif (Soetjiningsih, 1997)

Hasil Penelitian Hardi (1982) di suatu Rumah Sakit di Brazil mendapatkan bahwa durasi pemberian ASI jelas memenjang pada ibu-ibu yang mendapatkan pendidikan mengenai ASI ditambah dengan perhatian dan nasihat dari petugas kesehatan yang terlatih. Namun penelitian tersebut berbeda dengan hasil penelitian dari Destriatania (2010) yang mengatakan bahwa pengetahuan Laktasi masa prenatal tidak berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif dengan nilai $P=0,1$

PIM biasanya terjadi diawal post partum sebelum suplai ASI terjadi, sehingga bimbingan laktasi prenatal perlu sebagai upaya mendidik ibu tentang bagaimana tehnik menyusui, intensitas menyusui, dan memberikan motivasi untuk menyusui bayinya sehingga diharapkan wanita tersebut memiliki pandangan yang positif terhadap suplai ASI dan tidak menyimpulkan sendiri bahwa dia memiliki suplai ASI yang kurang. Kalau mereka merasa produksi ASInya kurang diharapkan mereka berkonsultasi dengan tenaga profesional (Gatti, 2008).

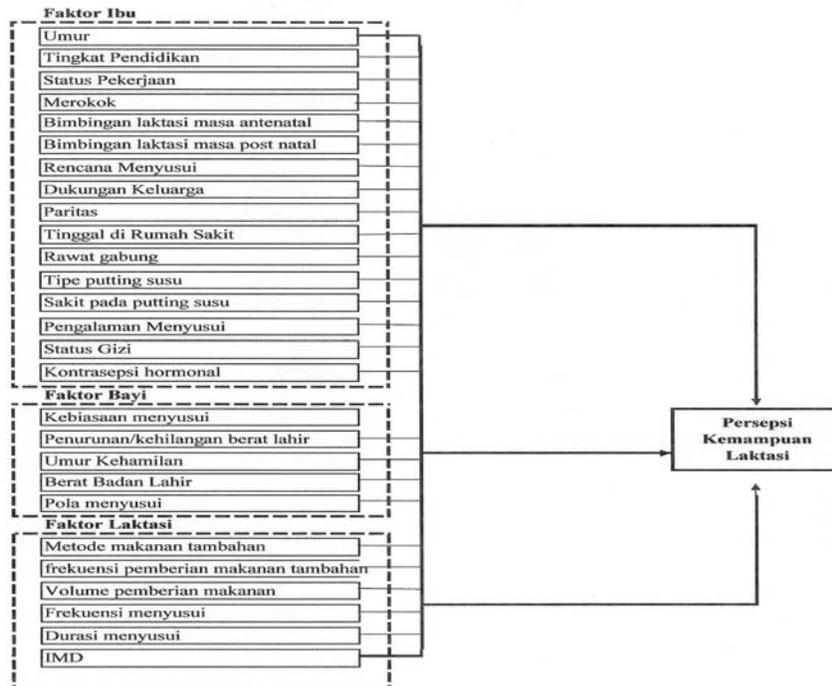


2.7 Kerangka Teori

2.7 Kerangka Teori

Bagan 1 : Kerangka teori hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil Dengan Persepsi kemampuan laktasi di Kabupaten Karawang Tahun 2010

36

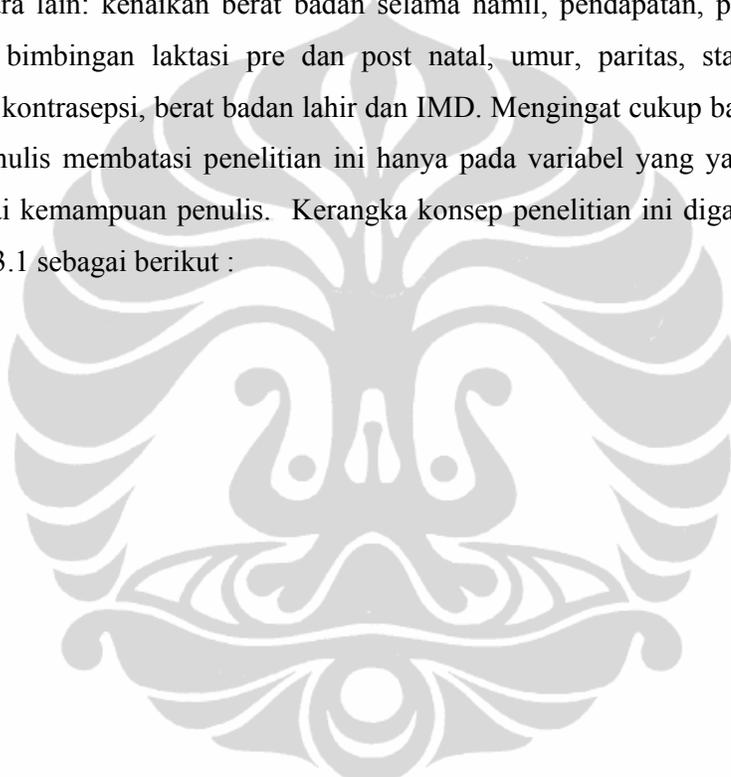


Sumber : Huang, Iec, mich & Gau, 2009, Brown, et al (2002), Hill dkk (1994), Irawati dkk (2003)

BAB 3

KERANGKA KONSEP

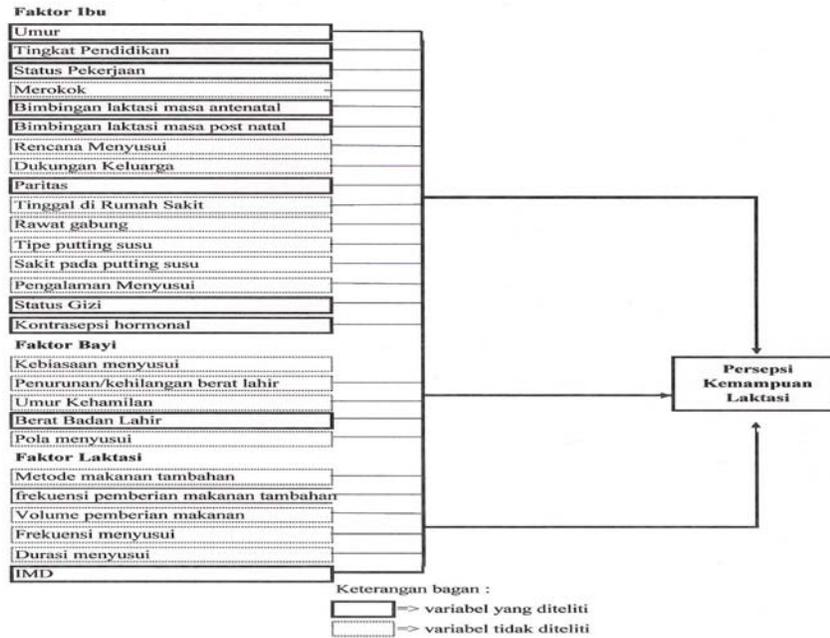
Kerangka konsep penelitian ini mengacu pada teori yang dikemukakan oleh); Huang, lee, mieh dan Gau, 2009, Irawati dkk (2003) , Brown, et al (2002), dan Hill dkk (1994) bahwa hal-hal yang melatar belakangi persepsi kemampuan laktasi antara lain: kenaikan berat badan selama hamil, pendapatan, pekerjaan,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



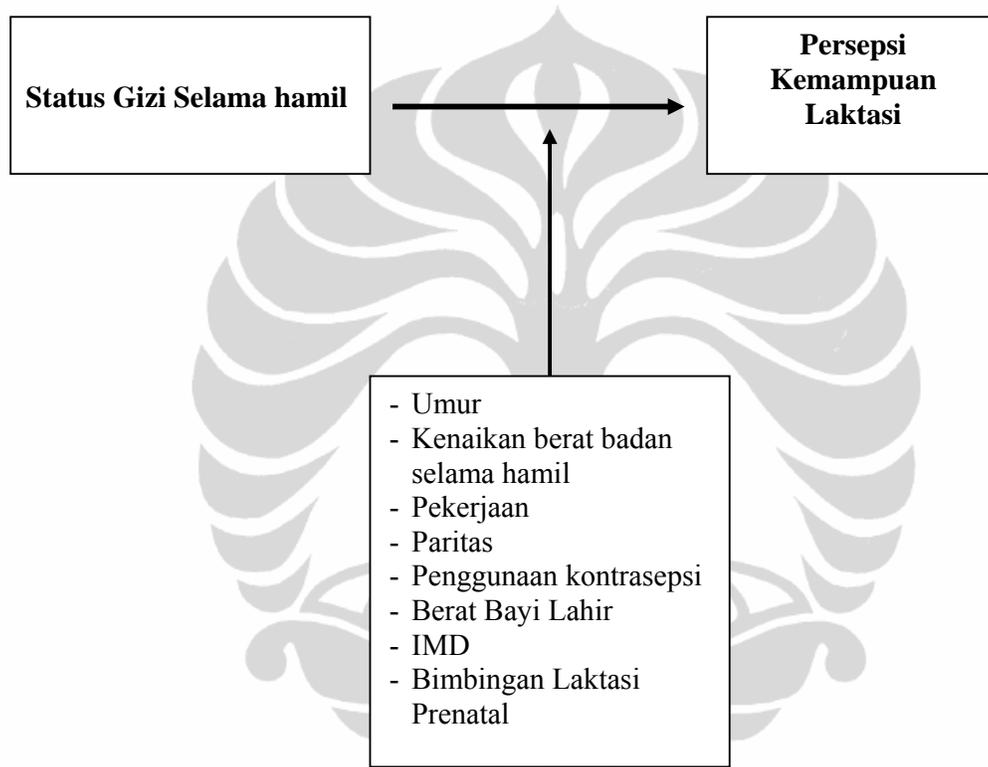
3.1 Kerangka Konsep

Bagan 2 : Kerangka konsep hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil Dengan Persepsi kemampuan laktasi di Kabupaten Karawang Tahun 2010

38



Bagan 3.2: Kerangka analisis hubungan status gizi ibu selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi di wilayah Puskesmas Poned Karawang tahun 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.	Timbangan Berat Badan, ukuran Tinggi Badan	Antropometri	0 kurang dari rekomendasi (IMT < 18,5, penambahan BB <12,5 kg, atau IMT 18,5-24,9 1 sesuai rekomendasi (IMT < 18,5, penambahan BB ≥12,5 kg, atau IMT 18,5-24,9 Penambahan Bbnya < dari 11,5 kg, atau IMT > 25 penambahan BBnya ≥5 kg) (IOM, 2009)	Ordinal

Variabel kovariat

Umur ibu	Usia responden yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir	Kuesioner A2	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 A004	Wawancara	0 Tidak Bekerja 1 Bekerja (Esterik, 1990)	Nominal
Paritas	Jumlah kelahiran yang	Kuesioner A3	Wawancara	0 Anak pertama 1 Anak Kedua dan	Ordinal

	pernah dialami ibu			seterusnya	
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 progesteron saja/non hormonal (Soetjiningsih, 1997)	Nominal
Berat bayi waktu lahir	Ukuran berat badan bayi ketika dilahirkan dalam gram	Kuesioner C5 & C6	Wawancara	0 \leq 2500 gram 1 $>$ 2500 gram	Ordinal
Inisiasi Menyusui Dini	Pemberian ASI yang dilakukan oleh responden dalam 30 menit pertama setelah kelahiran	Kuesioner C4	Wawancara	0 $>$ 30 menit 1 \leq 30 menit (Depkes, 2009)	Ordinal
Bimbingan laktasi pre natal	Informasi yang didapat responden mengenai ASI dari bidan/nakes selama kunjungan ANC	Kuesioner B4 & B6	Wawancara	0 Tidak (bila responden tidak mendapatkan nasehat mengenai ASI) 1 Ya (bila responden mendapatkan nasehat mengenai ASI)	Nominal

Variabel Dependen

Variabel	Definisi operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	2	3	4	5	6
Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL)	pendapat/pandangan ibu dimana ibu memahami bahwa dia memiliki kemampuan untuk memproduksi dan mensuplai ASI yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya.	Kuesioner D6, D7, D8, D9	Wawancara	0 Tidak mampu (bila ibu memberikan alasan berhenti menyusui secara eksklusif terkait dengan kurangnya/ketiadaan produksi ASI) 1 Mampu (bila ibu memberikan alasan menyusui eksklusif atau berhenti menyusui secara	Ordinal

				eksklusif tidak terkait dengan kurangnya produksi ASI.	
--	--	--	--	--	--

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 kemampuan laktasi
2. Ada hubungan antara umur dengan persepsi kemampuan laktasi.
3. Ada hubungan antara kenaikan berat badan selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi
4. Ada hubungan antara pekerjaan dengan persepsi kemampuan laktasi
5. Ada hubungan antara paritas dengan persepsi kemampuan laktasi
6. Ada hubungan antara penggunaan kontrasepsi dengan persepsi kemampuan laktasi
7. Ada hubungan antara berat bayi lahir dengan persepsi kemampuan laktasi
8. Ada hubungan antara IMD dengan persepsi kemampuan laktasi
9. Ada hubungan antara bimbingan laktasi prenatal dengan persepsi kemampuan laktasi

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 variabel tersebut dilakukan pada waktu yang bersamaan.

4.2. Tempat dan waktu penelitian

4.2.1. Tempat

Penelitian dilaksanakan di seluruh Puskesmas PONE D yang ada di wilayah Kabupaten Karawang yaitu Puskesmas Rengas Dengklok, Puskesmas Pedes, Puskesmas Tempuran, Puskesmas Wanakerta dan Puskesmas Jatisari. Alasan pemilihan tempat tersebut adalah karena kelima Puskesmas tersebut sebagai Puskesmas yang menyediakan rawat inap sehingga kelengkapan data saat ibu hamil, melahirkan, nifas, dan catatan KB nya tersedia serta secara geografis letak puskesmas tersebar disebelah barat, timur, utara dan selatan sehingga diharapkan responden yang diambil mewakili wilayah se-kabupaten Karawang.

4.2.2. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret sampai dengan April 2010.

4.3. Populasi dan sampel penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh ibu yang mempunyai bayi umur > 6-12 bulan di Kabupaten Karawang dan sampel penelitiannya dipilih dari populasi yaitu ibu yang mempunyai bayi > 6-12 bulan yang datang ke Puskesmas PONE D di wilayah Kabupaten Karawang pada bulan Maret 2010 untuk mendapatkan imunisasi dengan pengambilan sampel adalah *accidental sampling*. Kriteria inklusinya adalah ibu mempunyai data berat badan dan tinggi badan pada Trimester I hamil dari 2 data Berat Badan pada saat hamil dengan selang 11

minggu, sedangkan kriteria ekslusinya 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 variabel 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

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

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

d = presisi mutlak sebesar 10 %

4.4. Pengumpulan Data

4.4.1. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpul 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. Kegiatan ini akan dibantu oleh tenaga pengumpul data yaitu 10 bidan desa dari masing-masing puskesmas PONEB. 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 tabel 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 didtribusi frekuensi seluruh variabel independen dan dependen yang diteliti.

4.6.2. Analisis Bivariat

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

Rumus Uji Chi-Square :

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

4.6.3. Analisis Multivariat

Analisis Multivariat digunakan untuk melihat faktor yang paling berpengaruh/dominan terhadap persepsi kemampuan laktasi. Analisis dilakukan dengan menggunakan uji statistik regresi logistik ganda dengan model faktor resiko karena digunakan untuk menganalisis hubungan satu variabel utama dengan variabel dependen kategorik yang bersifat dikotomi, yaitu variabel yang mempunyai dua nilai variasi yaitu persepsi kemampuan laktasi dan persepsi ketidakmampuan laktasi dengan mengontrol beberapa variabel konfounding. Tahapan pemodelan antara lain melakukan pemodelan lengkap, mencakup variabel utama, semua kandidat konfounding dan kandidat interaksi (interaksi dibuat antara variabel utama dengan semua variabel konfounding, kemudian dilakukan penilaian interaksi dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang nilai p waldnya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan satu persatu dari nilai p Wald yang terbesar, kemudian dilakukan penilaian uji konfounding dengan cara mengeluarkan variabel kovariat/konfounding satu persatu dimulai dari yang memiliki p Wald terbesar, bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor/variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel kovariat (X1) dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai konfounding dan harus tetap berada dalam model (Hastono, 2007).

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis univariat

Hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti baik variabel dependen, variabel independen maupun variabel kovariat. Variabel independen dalam penelitian ini meliputi status gizi ibu selama hamil. Variabel kovariat meliputi umur, paritas, IMD, Berat Bayi Lahir, penggunaan kontrasepsi, Bimbingan laktasi prenatal, pekerjaan, dan kenaikan berat badan selama hamil. Sedangkan variabel dependennya adalah persepsi kemampuan laktasi

5.1.1 Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL)

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan Persepsi Kemampuan Laktasi di wilayah Puskesmas Poned Karawang tahun 2010

Persepsi Kemampuan Laktasi	Jumlah	Persentase
Tidak mampu	36	41,4
Mampu	51	58,6
Jumlah	87	100

Dari tabel 5.1 diketahui bahwa responden yang mempunyai PKL mampu laktasi sebanyak 51 orang (58,6%) dan responden yang mempunyai PKL tidak mampu laktasi ada sebanyak 36 orang (41,4%).

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan Jenis Persepsi Kemampuan Laktasi di wilayah Puskesmas PONEK Karawang tahun 2010

Jenis Persepsi	Jumlah	Persentase
PKL Tidak Mampu Laktasi		
Asi Sedikit/tidak ada ASI	36	41,4
PKL Mampu Laktasi		
Menyusui eksklusif	19	21,8
Bekerja	10	11,5
Bayi Sakit	1	1,15
Bayi sudah cukup besar	12	13,8
Bayi tidak mau	2	2,3
Nasihat orang tua	2	2,3
Nasihat anggota keluarga lain	2	2,3
Masalah payudara	2	2,3
Nasihat dokter/perawat	1	1,15
Jumlah	87	100

Tabel 5.2 menunjukkan 2 pengelompokan utama yaitu PKL tidak mampu laktasi dimana responden yang berhenti menyusui secara eksklusif karena alasan ASI sedikit atau tidak ada ASI sebanyak 36 responden (41,4%), dan dari 51 responden PKL mampu laktasi sebagian besar menyusui eksklusif 19 responden (21,8%).

5.1.2 Status Gizi Ibu Selama Hamil

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan Status Gizi Ibu Selama Hamil di wilayah Puskesmas PONEK Karawang tahun 2010

Status Gizi ibu selama Hamil	Jumlah	Persentase
Kurang dari rekomendasi	33	37,9
Sesuai rekomendasi	54	62,1
Jumlah	87	100

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa ibu yang mempunyai status gizi selama hamil sesuai dengan rekomendasi sebanyak 54 orang (62,1%) sedangkan yang mempunyai status gizi selama hamil kurang dari rekomendasi sebanyak 33 orang (37,9%).

5.1.3 Distribusi variabel kovariat

Distribusi variabel kovariat meliputi kenaikan berat badan selama hamil, umur, pekerjaan, paritas, Berat Bayi Lahir, IMD, penggunaan kontrasepsi, dan bimbingan laktasi prenatal. Hasil ditampilkan pada tabel 5.4 dan 5.5 dibawah ini.

Tabel 5.4 Hasil analisis variabel kovariat kenaikan berat badan selama hamil di wilayah Puskesmas PONED Karawang Tahun 2010

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
Kenaikan Berat Badan Selama Hamil	11,84	4,42	2,00-26,2	10,89-12,78

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan hasil analisis terhadap kenaikan berat badan selama hamil bahwa rata-rata kenaikan berat badan ibu selama hamil adalah 11,84 kg (95%CI: 10,89-12,78) dengan standar deviasi 4,42 kg. Kenaikan berat badan selama hamil terendah adalah 2 kg dan tertinggi adalah 26,2 kg. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata kenaikan berat badan ibu selama hamil adalah 10,89-12,78 kg

Tabel 5.5 Distribusi responden berdasarkan kategori variabel kovariat di wilayah Puskesmas Poned Karawang tahun 2010

Variabel	Frekwensi	Persentase
Umur :		
0. \leq 30 Tahun	56	64,4
1. $>$ 30 Tahun	31	35,6
Pekerjaan :		
1. Bekerja	18	20,7
2. Tidak Bekerja	69	79,3
Paritas :		
0. $<$ 2 anak	61	70,1
1. \geq 2 anak	26	29,9
Berat Bayi Lahir :		
0. \leq 2500 gram	9	10,3
1. $>$ 2500 gram	78	89,7
Inisiasi Menyusui Dini :		
0. $>$ 30 menit	47	54
1. \leq 30 menit	40	46
Kontrasepsi yang digunakan :		
0. Mengandung hormon estrogen	10	11,5
1. Mengandung hormon progesteron saja/non hormonal	77	88,5
Bimbingan Laktasi prenatal		
0. Tidak mendapatkan	39	44,8
1. Mendapatkan bimbingan	48	55,2

Hasil penelitian pada tabel 5.5 menggambarkan bahwa sebagian besar umur ibu-ibu dalam penelitian ini berusia kurang dari 30 tahun yaitu sebanyak 56 orang (64,4%), sedangkan untuk usia yang lebih dari 30 tahun sebanyak 31 orang (35,6%). Secara umum pekerjaan ibu-ibu pada penelitian ini adalah sebagian besar tidak bekerja yaitu sebanyak 69 orang (79,3 %), dan ibu yang bekerja sebanyak 18 orang (20,7 %). Sedangkan pada paritas sebagian besar ibu memiliki anak 1 orang yaitu sebanyak 61 orang (70,1%) dan ibu dengan paritas lebih lebih dari 2 anak sebanyak 26 orang (29,9 %).

Hasil penelitian pada tabel 5.5 juga menggambarkan bahwa sebagian besar ibu-ibu mempunyai bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram yaitu sebanyak 78 orang (89,7%) dan hanya sebagian kecil saja ibu yang memiliki bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram yaitu sebanyak 9 orang (10,3%). Pada umumnya ibu-

ibu menggunakan kontrasepsi yang mengandung hormon progesteron saja dan kontrasepsi non hormonal yaitu sebanyak 77 orang (88,5%) sedangkan ibu-ibu yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen hanya sebanyak 10 orang (11,5%).

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa Proporsi ibu yang melakukan IMD hampir sama dengan ibu yang tidak melakukan IMD, dimana ibu yang tidak melakukan IMD sebanyak 47 orang (54%) dan ibu yang melakukan IMD sebanyak 40 orang (46%). Dan ibu yang mendapatkan bimbingan laktasi pada masa antenatal berjumlah 48 orang (55,2%) lebih banyak jika dibandingkan dengan ibu yang tidak mendapatkan bimbingan laktasi yaitu sebanyak 39 orang (44,8 %)

5.2 Analisis hubungan dua variabel (Bivariat)

5.2.1 Hubungan secara umum antara Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi

Hasil analisis hubungan dua variabel (bivariat) untuk melihat hubungan antara variabel Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi. *cut off point* variabel status gizi berdasarkan pada referensi IOM, hasil memperlihatkan hubungan yang signifikan, sebagaimana yang tertuang dalam tabel 5.6 dibawah ini.

Tabel 5.6 Hubungan antara Status Gizi Ibu Selama Hamil dan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) di wilayah Puskesmas PONEK Karawang tahun 2010

Status Gizi	Persepsi Kemampuan Laktasi				Total		OR (95% CI)	P Value
	Tidak mampu		Mampu					
	n	%	N	%	N	%		
Kurang dari Rekomendasi	20	60,6	13	39,4	33	100	3,654 1,470- 9,081	0,009*
Sesuai rekomendasi	16	29,6	38	70,4	54	100		
Jumlah	36	41,4	51	58,6	87	100		

Hasil analisis data pada tabel 5.6 diatas menunjukkan bahwa ada sebanyak 13 (39,4%) ibu dengan status gizi selama hamilnya kurang dari rekomendasi memiliki PKL mampu laktasi. Sedangkan diantara ibu dengan status gizi selama hamilnya sesuai rekomendasi ada 38 orang (70,4%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,009$ dan 95%CI (1,470-9,081) maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara status gizi selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi. Dari Hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=3,654$, artinya ibu dengan status gizi sesuai rekomendasi mempunyai peluang 3,65 kali untuk memiliki PKL mampu laktasi dibanding dengan ibu yang status gizi selama hamilnya kurang dari rekomendasi.

5.2.2 Hubungan variabel kovariat dengan persepsi kemampuan Laktasi

Analisis berikutnya adalah untuk melihat hubungan antara beberapa variabel kovariat dengan persepsi kemampuan laktasi dengan menggunakan uji T independent untuk variabel numerik dan uji chi square untuk variabel kategorik seperti yang dijelaskan pada tabel 5.7 dan 5.8 dibawah ini:

Tabel 5.7 Hubungan antara variabel kovariat kenaikan berat badan selama hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) di wilayah Puskesmas Poned Karawang tahun 2010

Variabel Kovariat	Mean	SD	SE	P Value	N
Kenaikan Berat Badan Selama Hamil					
0. Tidak Mampu	10,14	4,25	0,71		36
1. Mampu	13,03	4,17	0,58	0,002*	51

Hasil analisis pada tabel 5.7 rata-rata kenaikan berat badan ibu selama hamil yang memiliki PKL mampu laktasi adalah 13,03 kg dengan standar deviasi 4,17 kg, sedangkan untuk ibu yang memiliki PKL tidak mampu laktasi adalah 10,14 kg dengan standar deviasi 4,25 kg. Hasil uji statistik didapatkan nilai $P=0,002$, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang signifikan rata-rata kenaikan berat badan ibu selama hamil antara ibu yang memiliki PKL mampu laktasi dengan ibu yang memiliki PKL tidak mampu laktasi.

Tabel 5.8 Hubungan antara variabel kovariat dengan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) di wilayah Puskesmas Poned Karawang tahun 2010

Variabel Kovariat	Persepsi Kemampuan Laktasi				Total		OR (95% CI)	P Value
	Tidak Mampu		Mampu		N	%		
	N	%	N	%				
Umur:								
0 ≤ 30 tahun	23	41,1	33	58,9	56	100	0,965	1,000
1. > 30 tahun	13	41,9	18	58,1	31	100	0,396-2,350	
Pekerjaan								
0. Bekerja	3	16,7	15	83,3	18	100	0,218	0,034*
1. Tidak Bekerja	33	47,8	36	52,2	69	100	0,058-0,822	
Paritas:								
0. < 2 anak	26	42,6	35	57,4	61	100	1,189	0,902
1. ≥ 2 anak	10	38,5	16	61,5	26	100	0,465-3,040	
Berat Badan Bayi Lahir								
0. ≤ 2500 gram	7	77,8	2	22,2	9	100	5,914	0,030*
1. > 2500 gram	29	37,2	49	62,8	78	100	1,150-30,401	
IMD:								
0. > 30 menit	17	36,2	30	63,8	47	100	0,626	0,395
1. ≤ 30 menit	19	47,5	21	52,5	40	100	0,265-1,480	
Penggunaan kontrasepsi								
0. Mengandung estrogen	2	20,0	8	80,0	10	100	0,316	0,185
1. Mengandung Progesteron saja/Non Hormonal	34	44,2	43	55,8	77	100	0,063-1,587	
Bimbingan Laktasi Prenatal:								
0. Tidak dapat bimbingan	15	38,5	24	61,5	39	100	0,804	0,780
1. Dapat bimbingan	21	43,8	27	56,3	48	100	0,340-1,901	

1) Hubungan umur dengan persepsi kemampuan laktasi

Berdasarkan tabel 5.8 dapat dilihat bahwa proporsi ibu yang berumur ≤ 30 tahun yang memiliki PKL mampu laktasi (58,1%) hampir sama dengan ibu yang

berumur > 30 tahun (58,1%). Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p=1,000$ ($>0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan persepsi kemampuan laktasi.

2) Hubungan pekerjaan dengan persepsi kemampuan laktasi

Hasil analisis pada tabel 5.8 terhadap variabel pekerjaan bahwa ibu yang bekerja (83,3%) lebih banyak memiliki PKL mampu laktasi dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,034$ dan 95%CI (0,058-0,822) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan persepsi kemampuan laktasi. Nilai OR adalah 0,218 yang berarti bahwa ibu yang tidak bekerja mempunyai peluang 0,218 kali memiliki persepsi kemampuan laktasi dibandingkan dengan ibu yang bekerja.

3) Hubungan paritas dengan persepsi kemampuan laktasi

Pada tabel 5.8 diatas dapat dilihat analisis terhadap variabel paritas diperoleh hasil bahwa ibu dengan jumlah anak 1 (61,5%) lebih banyak memiliki PKL mampu laktasi dibandingkan dengan ibu yang memiliki jumlah anak 2 atau lebih (57,4%). Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,902$ ($>0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan persepsi kemampuan laktasi.

4) Hubungan berat badan bayi lahir dengan persepsi kemampuan laktasi

Pada tabel 5.8 diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu yang melahirkan bayi dengan berat badan >2500 gram (62,8%) memiliki PKL mampu laktasi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,030$ dan 95%CI (1,150-30,401) yang artinya ada hubungan bermakna antara berat bayi lahir dengan persepsi kemampuan laktasi. Nilai OR sebesar 5,914, artinya ibu yang melahirkan bayi dengan berat bayi lahirnya >2500 gram berpeluang 5,914 kali memiliki PKL mampu laktasi dibanding dengan ibu yang memiliki bayi dengan berat bayi lahir ≤ 2500 gram.

5) Hubungan IMD dengan persepsi kemampuan laktasi

Hasil analisis pada tabel 5.6 terhadap variabel IMD diperoleh hasil bahwa sebagian besar ibu yang tidak melakukan IMD pada kurun waktu ≤ 30 menit

segera setelah bayi lahir (63,8%) memiliki PKL mampu laktasi. Dan hanya 52,5% ibu yang melakukan IMD memiliki PKL mampu laktasi. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,395$ ($>0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara IMD dengan persepsi kemampuan laktasi.

6) Hubungan Penggunaan kontrasepsi dengan persepsi kemampuan laktasi

Berdasarkan tabel 5.8 diperoleh hasil analisis bahwa ibu yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen lebih banyak (80%) memiliki PKL mampu laktasi dibanding dengan ibu yang menggunakan kontrasepsi progesteron saja atau non hormonal (55,8%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,185$ ($>0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara penggunaan kontrasepsi dengan persepsi kemampuan laktasi.

7) Hubungan bimbingan laktasi prenatal dengan persepsi kemampuan laktasi

Analisis terhadap variabel bimbingan laktasi prenatal pada tabel 5.8 didapatkan hasil bahwa sebagian besar ibu yang tidak mendapatkan bimbingan laktasi prenatal (61,5%) memiliki PKL mampu laktasi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,780$ ($>0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara bimbingan laktasi prenatal dengan persepsi kemampuan laktasi.

5.3 Analisis status gizi selama hamil hubungannya dengan persepsi kemampuan laktasi dengan dikontrol beberapa variabel (multivariat)

Analisis ini dilakukan dengan asumsi bila variabel status gizi selama hamil mendahului variabel persepsi kemampuan laktasi. analisis ini untuk mengestimasi hubungan antara status gizi ibu selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi yaitu dengan dikontrol variabel kovariat yang berpotensi sebagai variabel perancu dan atau variabel interaksi (kenaikan berat badan selama hamil, umur, pekerjaan, paritas, berat bayi lahir, IMD, penggunaan kontrasepsi, dan bimbingan laktasi prenatal). Analisis yang digunakan adalah regresi logistik ganda dengan model faktor risiko.

5.3.1 Pemodelan lengkap (Full Model)

Pada tahap awal dilakukan pemodelan lengkap, mencakup variabel utama, semua kandidat konfounding dan kandidat interaksi. Variabel utama yang diuji adalah status gizi ibu selama hamil dan persepsi kemampuan laktasi, sedangkan variabel konfounding yang diuji adalah kenaikan berat badan selama hamil, umur, pekerjaan, paritas, berat badan lahir, IMD, penggunaan kontrasepsi, bimbingan laktasi prenatal serta variabel interaksi yang mungkin terjadi adalah status gizi dengan umur, status gizi dengan paritas, status gizi dengan kenaikan berat badan, status gizi dengan pekerjaan, dan status gizi dengan bimbingan prenatal.

Tabel 5.9 Tahapan pemodelan dengan model lengkap
(variabel utama, variabel konfounding dan interaksi)

Variabel	B	P Wald	OR	95% CI
Gizi	2,323	0,395	10,206	0,048 - 2162,621
Umur	-0,352	0,757	0,703	0,075 - 6,557
Paritas	0,393	0,652	1,481	0,269 - 8,138
IMD	-0,734	0,200	0,480	0,156 - 1,475
Berat Bayi Lahir	2,733	0,020	15,379	1,548 - 152,793
Kontrasepsi	-0,677	0,575	0,508	0,048 - 5,408
BL prenatal	-0,054	0,953	0,947	0,153 - 5,850
Pekerjaan	-2,623	0,075	0,073	0,004 - 1,306
Kenaikan BB selama Hamil	0,296	0,112	1,345	0,933 - 1,939
Gizi by Umur	-0,186	0,896	0,830	0,051 - 13,455
Gizi by Paritas	0,736	0,596	2,087	0,138 - 31,660
Kenaikan BB selama hamil by Gizi	-0,154	0,464	0,857	0,568 - 1,295
Gizi by Pekerjaan	0,575	0,760	1,778	0,044 - 71,611
BL prenatal by Gizi	-1,225	0,307	0,294	0,028 - 3,076
Konstanta	-2,357	0,283	0,095	

5.3.2 Analisis uji interaksi

Setelah dilakukan pemodelan lengkap kemudian diidentifikasi kemaknaan dari variabel interaksi, variabel dikatakan berinteraksi bila nilai $p < 0.005$. Seleksi variabel interaksi dilakukan secara bertahap dimulai dengan nilai kemaknaan yang tertinggi. Variabel status gizi*umur dikeluarkan dari model, kemudian menyusul

variabel status gizi*pekerjaan, setelah itu variabel status gizi*paritas yang dikeluarkan dari model, kemudian variabel status gizi*kenaikan berat badan selama hamil, dan terakhir yang dikeluarkan dari model adalah status gizi*bimbingan laktasi prenatal. Hasil pemodelan diketahui bahwa tidak ada interaksi variabel independen utama (status gizi) dengan variabel konfounding. Tahapan pemodelan variabel interaksi tertuang pada tabel 5.10 yaitu :

Tabel 5.10 Tahapan pemodelan analisis uji interaksi

Variabel	B	P Wald	OR	95% CI
Full model				
Status gizi*Umur	-0,186	0,896	0,830	0,051-13,455
Status gizi*Paritas	0,736	0,596	2,087	0,138-31,660
Status gizi*Kenaikan BB selama hamil	-0,154	0,464	0,857	0,568-1,295
Status gizi *Pekerjaan	0,575	0,760	1,778	0,044-71,611
Status Gizi*Bimbingan Laktasi prenatal	-1,225	0,307	0,294	0,028-3,076
Model tanpa Status gizi*Umur				
Status gizi*Paritas	0,682	0,607	1,977	0,147-26,540
Status gizi*Kenaikan BB selama hamil	-0,154	0,462	0,857	0,568-1,293
Status gizi *Pekerjaan	0,649	0,720	1,913	0,055-66,017
Status Gizi*Bimbingan Laktasi prenatal	-1,211	0,310	0,298	0,029-3,093
Model tanpa status gizi*Pekerjaan				
Status gizi*Paritas	0,633	0,629	1,883	0,145-24,511
Status gizi*Kenaikan BB selama hamil	-0,132	0,503	0,876	0,595-1,291
Status Gizi*Bimbingan Laktasi prenatal	-1,309	0,258	0,270	0,028-2,614
Model tanpa Status gizi*Paritas				
Status gizi*Kenaikan BB selama hamil	-0,137	0,488	0,872	0,872-1,283
Status Gizi*Bimbingan Laktasi prenatal	-1,223	0,284	0,294	0,294-2,752
Model tanpa Kenaikan BB selama hamil				
Status Gizi*Bimbingan Laktasi prenatal	-1,234	0,276	0,291	0,032-2,678

Dari tabel 5.10 diketahui bahwa tidak ada interaksi antara status gizi dengan umur (P wald=0,896), status gizi dengan pekerjaan (P wald=0,720), status gizi dengan

paritas ($P_{wald}=0,629$), status gizi dengan kenaikan berat badan selama hamil ($P_{wald}=0,488$), dan tidak ada interaksi status gizi dengan bimbingan laktasi prenatal ($P_{wald}=0,276$)

5.4.3 Analisis uji konfounding

Setelah variabel interaksi dikeluarkan dari model kemudian diidentifikasi kemaknaan dari variabel konfounding, dilakukan eliminasi variabel konfounding dimulai dengan nilai kemaknaan yang tertinggi. Variabel dianggap sebagai konfonder jika setelah dikeluarkan terjadi perubahan nilai OR pada variabel utama lebih dari 10 % dan variabel tersebut tetap masuk dalam model. Hasil dari uji konfounding tertuang dalam tabel. 5.11, yaitu :

Tabel 5.11 Tahapan pemodelan analisis uji konfounding

Model	Konfonder yang diuji	OR Status Gizi	perubahan OR (%)	Keterangan
Full model	Tidak ada	1,979	-	Gold standar
Model 1 (tanpa kontrasepsi)	Kontrasepsi	1,759	11,12	Konfonder
Model 2 (tanpa Umur)	Umur	1,752	11,47	konfonder
Model 3 (tanpa Paritas)	Paritas	1,682	-15	konfonder
Model 4 (tanpa IMD)	IMD	2,235	12,9	Konfonder
Model5 (tanpa Bimbingan Laktasi prenatal)	Bimbingan laktasi prenatal	2,021	2,12	Bukan Konfonder
Model 6 (tanpa Kenaikan BB selama hamil)	Kenaikan BB selama hamil	5,699	182	Konfonder
Model 7 (tanpa Pekerjaan)	Pekerjaan	2,176	9,95	Bukan konfonder
Model 8 (tanpa Berat Bayi Lahir)	Berat Bayi Lahir	2,950	49	Konfonder

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan *Crossectional* (potong lintang) yang mempunyai beberapa keterbatasan antara lain hasil yang dicapai merupakan gambaran sesaat terhadap faktor-faktor yang diteliti, dan hasilnya tidak mampu menjelaskan hubungan sebab akibat antara variabel independen dengan variabel dependen yang dikaitkan dengan persepsi kemampuan laktasi, hubungan yang ada hanya menunjukkan adanya keterkaitan saja dan bukan hubungan kausalistik. Hal ini disebabkan hubungan kausalistik pada penelitian ini memerlukan ketersediaan waktu yang cukup panjang dan pada penelitian ini tidak dapat dilaksanakan karena keterbatasan waktu.

Kualitas dan akurasi data pada penelitian ini sangat dipengaruhi oleh kemampuan dan kejujuran responden serta daya ingat responden dalam menjawab pertanyaan yang diberikan, misalnya mengenai apakah ibu memberikan ASI secara eksklusif atau tidak, kapan ibu mulai memberikan makanan/minuman selain ASI dan jenis makanan/minuman apa saja yang diberikan pertama kali pada bayinya. Responden dapat saja memberikan jawaban yang tidak sesuai mengingat kejadiannya sudah berlangsung cukup lama karena usia bayi yang dijadikan sebagai sampel adalah bayi dengan usia lebih dari 6-12 bulan. Idealnya, untuk penelitian ini responden harus diikuti dan dipantau minimal dengan recall 24 jam atau sampel yang dipakai adalah bayi yang berusia 6 bulan saja, namun karena keterbatasan waktu dan jumlah bayi yang berusia 6 bulan sedikit, sehingga hal tersebut tidak bisa dilaksanakan, namun penulis sudah mencoba mengumpulkan data sebaik-baiknya dan selengkap mungkin, walaupun pada kenyataannya tidak menutup kemungkinan terjadi bias atau data yang tidak sesuai.

Pada penelitian ini, sebenarnya banyak variabel yang seharusnya dapat diteliti yang terkait dengan persepsi kemampuan laktasi baik dari faktor ibu, faktor bayi, maupun faktor laktasi, tetapi karena keterbatasan waktu, kemampuan penulis, dan

kesesuaian jumlah sampel dengan jumlah variabel yang diteliti sehingga hanya beberapa variabel saja yang dapat diteliti setelah dipilih berdasarkan tujuan utama dari penelitian yaitu untuk melihat hubungan status gizi ibu selama hamil dan variabel lain yang diduga memiliki kekuatan hubungan dengan persepsi kemampuan laktasi yaitu umur, status pekerjaan, bimbingan laktasi prenatal, paritas, kenaikan berat badan selama hamil, penggunaan kontrasepsi, berat badan lahir dan IMD. Sehingga diharapkan untuk peneliti selanjutnya dapat mengembangkan variabel lain termasuk menambahkan variabel sosial budaya dan pengetahuan karena kedua aspek ini berperan dalam mempengaruhi persepsi seseorang.

6.2 Gambaran persepsi kemampuan laktasi.

Hasil pengumpulan data yang dilakukan di 5 Puskesmas PONEK Kabupaten Karawang tahun 2010 menunjukkan bahwa terdapat 36 Orang (41,4%) ibu yang memiliki persepsi tidak mampu laktasi artinya berhenti menyusui secara eksklusif karena masalah kurangnya/ketiadaan produksi ASI. Sedangkan ibu yang memiliki persepsi mampu laktasi artinya bila ibu memberikan alasan menyusui secara eksklusif atau berhenti menyusui eksklusif tidak terkait dengan kurangnya produksi ASI sebanyak 51 orang (58,6%). Dari ibu-ibu yang tidak mampu laktasi tersebut, sebagian besar memberikan susu formula sebagai pengganti atau pendamping ASI dan pemberiannya paling banyak dimulai pada minggu pertama postpartum dan pada bulan ke 4. Hasil penelitian diatas tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Hongkong tentang kegagalan menyusui pada ibu post partum didapatkan hasil bahwa tiga alasan utama yang menjadi penyebab ibu menghentikan menyusui atau memberikan susu formula pada bayinya umur 2 dan 6 minggu post partum dan pada 3 dan 6 bulan post partum adalah 44% memiliki persepsi kekurangan suplai ASI, 31% karena mempunyai masalah payudara dan 28% karena kelelahan (Chan, et al, 2000).

6.3 Hubungan status gizi selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi

Variabel status gizi selama hamil merupakan variabel utama yang dihubungkan dengan persepsi kemampuan laktasi. Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 87 responden, proporsi ibu yang status gizi selama hamilnya sesuai rekomendasi lebih banyak yang memiliki persepsi mampu laktasi (70,4%) dibandingkan dengan proporsi ibu yang status gizi selama hamilnya kurang dari rekomendasi (39,4%), hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,009$ ($<0,05$) yang berarti bahwa ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan persepsi kemampuan laktasi.

Hasil penelitian diatas sesuai dengan beberapa teori yang mengungkapkan bahwa status gizi selama hamil akan mempengaruhi volume dari pada ASI, hal ini terjadi karena selama kehamilan, metabolisme tubuh ibu berubah sehingga berat badan ibu bertambah. Kelebihan energi tubuh akan disimpan dalam bentuk lemak dibawah jaringan sub kutan tubuh, dan kaki, selanjutnya simpanan lemak dalam tubuh ibu digunakan untuk memproduksi ASI. Sehingga jumlah ASI tergantung pada besarnya cadangan lemak yang tertimbun selama hamil, dan dalam batas tertentu diet selama menyusui. 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.

Pada penelitian ini, kenaikan berat badan ibu selama hamil memiliki hubungan yang bermakna dengan persepsi kemampuan laktasi dengan nilai $p=0,002$. Hal ini sesuai dengan pendapat Brown, et al (1986) dalam hasil penelitiannya yang menyatakan ada hubungan signifikan penambahan berat badan ibu dengan produksi ASI saat hamil kurang dari 3 bulan, setelah 3 bulan tidak ada perubahan signifikan lagi. Volume ASI dari ibu-ibu yang kekurangan gizi yang tinggal di daerah endemik cenderung menjadi rendah dibanding ibu-ibu yang status gizi sangat baik di negara-negara industri. Soetjiningsih (1997) memaparkan bahwa gizi ibu yang jelek akan menghambat pengeluaran prolaktin, yang mana hormon prolaktin ini pada akhir kehamilan memegang peranan penting untuk membuat kolostrum dan untuk membuat air susu. Sehingga dapat disimpulkan bahwa status

gizi ibu selama hamil berpengaruh terhadap produksi ASI, dengan demikian volume ASI yang kurang bisa memberikan persepsi ketidakmampuan laktasi. Walaupun sebenarnya status gizi selama hamil bukanlah satu-satunya faktor utama yang mempengaruhi pengeluaran dan pemeliharaan penyediaan air susu. Banyak faktor yang berpengaruh antara lain berkurangnya rangsangan oleh akibat kekuatan isap yang kurang, frekuensi isapan yang kurang, singkatnya waktu menyusui dan pemberian obat-obatan (ergot, I-dopa, dll) juga berpengaruh terhadap pelepasan prolaktin sehingga pembuatan air susu berkurang, padahal untuk mempertahankan pengeluaran ASI diperlukan kadar prolaktin yang cukup dan oksitocin untuk mengeluarkan ASI dari alveoli.

Hasil penelitian ini juga di didukung oleh penelitian Irawati dkk (2003) yang menunjukkan bahwa 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).

Hal ini membuktikan bahwa kegagalan menyusui salah satunya disebabkan karena status gizi kurang sebelum hamil, selama hamil, dan selama menyusui sehingga menyebabkan ketidakmampuan ibu untuk menyusui karena merasa produksi dan suplai ASInya kurang.

6.4 Hubungan variabel kovariat dengan persepsi kemampuan laktasi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa proporsi umur responden yang memiliki persepsi kemampuan laktasi antara umur ≤ 30 tahun dan > 30 tahun hampir sama yaitu 58,9% dan 58,1%. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=1,000$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan persepsi kemampuan laktasi. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Worthington (1993) yang mengatakan bahwa usia berhubungan dengan produksi ASI dimana secara alami proses degenaralisasi payudara mengenai ukuran dan kelenjar alveoli mengalami regresi yang dimulai pada usia 30 tahun, sehingga proses tersebut cenderung kurang menghasilkan ASI (Worthington,

1993). Schwartz, et al (2000) juga mendukung adanya pengaruh usia terhadap pemberian ASI yang menunjukkan bahwa ibu-ibu usia muda cenderung tidak melanjutkan proses menyusui hal ini ditambahkan oleh Ahluwalia, et al (2005) Ibu muda <25 tahun dan dengan status social ekonomi terbatas lebih banyak menghentikan menyusui pada bulan pertama alasannya adalah sakit pada puting, persepsi ketidak cukupan suplai ASI, bayi mempunyai kesulitan untuk menyusui, dan bayi tidak puas. Ketidak sesuaian teori dengan hasil penelitian kemungkinan disebabkan karena umur bukan satu-satunya faktor penghambat untuk memiliki PKL mampu laktasi, walaupun ibu tersebut berumur kurang atau lebih dari 30 tahun apabila mempunyai kepercayaan bahwa dirinya mampu menyusui yang didukung oleh kondisi gizi yang baik, pola menyusui yang teratur, serta mendapat dukungan penuh dari keluarga, maka ibu akan memiliki kemampuan laktasi.

Hasil analisis didapatkan bahwa ibu yang bekerja lebih banyak memiliki persepsi kemampuan laktasi. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,034$ yang berarti ada hubungan bermakna antara pekerjaan dengan persepsi kemampuan laktasi. Hal ini sesuai dengan teori Esterik (1990) yang mengatakan bahwa ibu bekerja cenderung lebih cepat memberikan MP-ASI kepada bayinya (Esterik, 1990). Pernyataan tersebut didukung oleh penelitian Liubai dkk (1998) yang menunjukkan bahwa peluang ibu bekerja untuk tidak memberikan ASI secara eksklusif 2,44 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja (95% CI=1,42-4,19). khassawneh dkk (2006) juga meneliti hal yang sama dan hasilnya menunjukkan bahwa peluang ibu yang bekerja untuk tidak memberikan ASI secara eksklusif 3,34 kali lebih besar dibandingkan ibu yang tidak bekerja. Huang, Lee dan Gau (2009) meneliti mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi ibu terhadap suplai ASI ketika di Rumah Sakit dan hasilnya sama bahwa ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan persepsi ibu terhadap suplai ASI dengan nilai $P=0,022$.

Hasil penelitian mengenai paritas, sebagian besar pada penelitian ini ibu dengan jumlah paritas 1 lebih banyak yang memiliki persepsi kemampuan laktasi dibandingkan dengan yang memiliki paritas 2 atau lebih. Hasil uji statistik

menunjukkan nilai $p=0,902$ yang artinya bahwa tidak ada hubungan antara paritas dengan persepsi kemampuan laktasi. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gati (2008) penelitiannya mengenai persepsi ibu tentang kekurangan/ketidakcukupan suplay ASI menyebutkan 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 diawal dibanding dengan wanita yang sudah pernah menyusui sebelumnya. Namun wanita yang pernah menyusui sebelumnya juga dilaporkan bermasalah dengan PIM. Begitu juga dengan hasil penelitian Suradi (1995) di RSCM menunjukkan bahwa ASI keluar pada hari pertama lebih banyak pada multipara (20,6%) sedangkan pada primipara hanya 16%. Dengan keluarnya ASI lebih awal pada multipara maka kemungkinan memberikan minuman susu formula dapat dicegah, sedangkan pada primipara kemungkinan pemberian minuman susu formula akan semakin besar.

Penelitian lain yang menyatakan kekuatan hubungan adalah Soeparmanto dan Rahayu (2000) menunjukkan bahwa ibu yang memiliki anak 1-2 orang memiliki kemungkinan menyusui secara eksklusif 10 kali lebih besar dibandingkan ibu yang baru memiliki bayi ataupun ibu yang memiliki anak lebih dari dua dan penelitian Leung dkk (2000) menunjukkan bahwa ibu yang memiliki satu anak memiliki peluang 3,08 lebih besar untuk memberikan ASI eksklusif dibanding dengan ibu yang memiliki dua atau tiga anak (95% CI=1,02-9,27). Pada hasil penelitian ini ibu yang memiliki jumlah anak \geq berpeluang 1,189 kali untuk memiliki PKL mampu laktasi dibanding dengan ibu yang memiliki paritas <2 anak.

Sebagian besar dari responden (62,8%) ibu yang melahirkan bayi dengan berat badan >2500 gram memiliki persepsi kemampuan laktasi. Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara berat bayi lahir dengan persepsi kemampuan laktasi dengan OR sebesar 5,914 yang artinya ibu yang melahirkan bayi dengan berat lahir >2500 gram berpeluang 5,914 kali untuk memiliki PKL mampu laktasi dibanding dengan ibu yang memiliki berat bayi

lahir ≤ 2500 gram. Hasil penelitian sejalan dengan teori *National Academic Science* (1991) yang mengatakan bahwa adanya hubungan antara berat lahir dan intake ASI. Bayi yang lahir dengan berat yang lebih besar cenderung lebih kuat, lebih lama, dan lebih sering menyusui sehingga terdapat relasi yang positif antara berat lahir, frekuensi dan lama menyusui terutama 14 hari pertama setelah bayi lahir, sehingga hal ini bisa memberikan kepercayaan diri dan akhirnya memiliki persepsi kemampuan laktasi dan sebaliknya ibu yang memiliki berat bayi lahir < 2500 gram akan merasa tidak percaya diri untuk menyusui karena kekhawatiran ASInya tidak cukup untuk pertumbuhan dan perkembangan bayinya.

Hasil penelitian mengenai IMD menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang tidak melakukan IMD lebih banyak memiliki PKL mampu laktasi (63,8%) dibanding yang IMD. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,395$ yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara IMD dengan persepsi kemampuan laktasi. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Roesli (2008) yang menyebutkan bahwa hasil penelitian Righard (1990) menunjukkan penundaan permulaan menyusui lebih dari 1 jam akan menyebabkan kesulitan dalam menyusui. Sebanyak 50% bayi yang lahir normal yang langsung dipisahkan dari ibunya untuk dimandikan dan ditimbang tidak dapat menyusui sendiri.

Pendapat ini diperkuat dengan hasil penelitian Nako dkk (2008) yang menunjukkan bahwa bayi yang segera disusui dalam 2 jam pertama berpeluang mendapatkan ASI Eksklusif 2,5 kali lebih besar dibandingkan bayi yang disusui melebihi 2 jam setelah dilahirkan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fikawati dan Syafiq (2003) juga menunjukkan bahwa ibu yang memberikan ASI segera dibawah 30 menit memiliki peluang 2,1-8,1 kali lebih besar untuk dapat memberikan ASI Eksklusif, dibandingkan ibu yang memberikan ASI setelah 30 menit kelahirannya. Sulistyoningsih (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa peluang ibu yang memberikan ASI segera untuk dapat memberikan ASI eksklusif 61,818 lebih besar jika dibandingkan ibu yang tidak memberikan ASI segera (95% CI=7,770-491,85, $p=0,000$). Irawati dkk (2003) dalam penelitiannya tentang pengaruh status gizi ibu selama kehamilan dan menyusui terhadap

keberhasilan pemberian ASI mempunyai resiko untuk menyusui tidak berhasil sebesar 2,46 kali dibandingkan dengan bayi yang mendapat inisiasi ASI kurang dari sehari. Hasil penelitian ini tidak terbukti secara bermakna kemungkinan disebabkan karena peneliti membatasi hasil ukur 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.

Penggunaan kontrasepsi dalam masa nifas harus bertujuan untuk memperpanjang masa laktasi tanpa mengganggu kualitas dan kuantitas ASInya. Hasil penelitian didapatkan sebagian besar ibu menggunakan kontrasepsi depoprovera dan hanya sebagian kecil saja yang menggunakan pil, AKDR dan sistim kalender. Setelah dianalisis dinyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kontrasepsi dengan persepsi kemampuan laktasi dengan nilai $p=0,185$. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Soetjiningsih (1997) yang menyebutkan bahwa Alat kontrasepsi yang mengandung estrogen dosis tinggi akan dapat menurunkan produksi ASI. Alat kontrasepsi yang dapat dipakai untuk ibu menyusui berdasarkan prioritas adalah MOP (untuk yang sudah mempunyai banyak anak), AKDR, Suntikan depoprovera, Mini Pil, KB Susuk, metode sederhana serta terakhir adalah pil kombinasi dengan estrogen rendah. Pada penelitian ini didapatkan nilai OR 0,316 artinya bahwa ibu yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen menjadi tidak beresiko untuk memiliki PKL mampu laktasi hal ini kemungkinan dosis estrogen yang diberikan pada responden yang diteliti kemungkinan rendah sehingga tidak berpengaruh terhadap produksi ASI..

Program laktasi adalah suatu program multidepartemental 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 Rumah Sakit. Program laktasi tersebut menurut Naylor (1983)

dalam Soetjiningsih (1997) meliputi: bimbingan prenatal, pelayanan pascasalin yang terarah, konsultasi per telepon selama 24 jam, evaluasi proses menyusui di klinik laktasi, konsultasi untuk NICU dan pendidikan petugas kesehatan.

Hasil analisis terhadap variabel bimbingan laktasi prenatal pada penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara bimbingan laktasi prenatal dengan PKL mampu laktasi dengan nilai $p=0,780$. Hasil ini tidak sesuai dengan pendapat Soetjiningsih (1997) yang mengatakan bahwa bimbingan laktasi prenatal merupakan dasar bagi keberhasilan menyusui. Kegiatan yang bisa dilaksanakan oleh petugas kesehatan meliputi: pemeriksaan dan perawatan payudara yang dilengkapi dengan media cetak sebagai sarana pendidikan untuk ibu-ibu serta diberikan pula penyuluhan gizi. Sehingga ibu hamil termotivasi untuk menyusui bayinya secara eksklusif. Begitu juga dengan hasil penelitian Hardi (1982) di suatu Rumah Sakit di Brazil mendapatkan bahwa durasi pemberian ASI jelas memanjang pada ibu-ibu yang mendapatkan pendidikan mengenai ASI ditambah dengan perhatian dan nasihat dari petugas kesehatan yang terlatih. Namun hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Destriatania (2010) yang mengatakan bahwa pengetahuan Laktasi masa prenatal tidak berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif dengan nilai $P=0,1$. walaupun pada penelitian ini tidak terbukti secara bermakna namun ibu yang mendapatkan bimbingan laktasi prenatal berpeluang 0,8 kali untuk memiliki PKL mampu laktasi.

6.5 Analisis hubungan status gizi ibu selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi dengan dikontrol oleh beberapa variabel (Multivariat)

Pada analisis tingkat multivariat diperoleh kesimpulan bahwa status gizi ibu selama hamil tidak berhubungan secara bermakna dengan persepsi kemampuan laktasi setelah dikontrol oleh beberapa variabel yaitu penggunaan kontrasepsi, umur, paritas, IMD, kenaikan berat badan selama hamil, dan berat bayi lahir. Hal ini berbeda ketika diuji secara bivariat, status gizi ibu selama hamil berhubungan secara bermakna. Tetapi walaupun tidak berhubungan secara bermakna, tetapi

kecenderungannya ibu yang status gizi selama hamilnya sesuai dengan rekomendasi mempunyai peluang 2,176 kali untuk memiliki PKL mampu laktasi dibandingkan dengan ibu yang status gizinya kurang dari rekomendasi. Tidak bermaknanya hasil penelitian ini bisa disebabkan karena kemungkinan ibu yang selama hamilnya memiliki status gizi kurang, dan pada saat menyusui mendapatkan asupan gizi yang cukup serta adanya dukungan dan motivasi dari keluarga untuk menyusui secara eksklusif, kemungkinan dapat mempengaruhi persepsi ibu menjadi mampu untuk memberikan ASI eksklusif.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Ibu yang memiliki status gizi selama hamil sesuai rekomendasi di Kabupaten Karawang sebesar 62,1%.
2. Ibu yang memiliki PKL mampu laktasi di Kabupaten Karawang tahun 2010 masih cukup rendah yaitu sebesar 58,6% dan yang memiliki PKL tidak mampu sebesar 41,4%.
3. Status gizi selama hamil sebagai variabel utama yang diduga berpengaruh secara teori ternyata meunjukkan hubungan yang bermakna dengan persepsi kemampuan laktasi (Nilai $P=0,009$) dimana ibu yang status gizi selama hamil nya sesuai rekomendasi berpeluang 3,65 untuk memiliki PKL mampu laktasi dibandingkan dengan status gizi selama hamil kurang dari rekomendasi.
4. Faktor kovariat yang berhubungan secara bermakna dengan persepsi kemampuan laktasi adalah kenaikan berat badan selama hamil (Nilai $P=0,002$), Pekerjaan (Nilai $P=0,034$) dan berat badan bayi lahir (Nilai $P=0,030$)
5. Hasil analisis multivariat status gizi selama hamil tidak berhubungan secara bermakna dengan persepsi kemampuan laktasi (PKL) setelah dikontrol oleh variabel penggunaan kontrasepsi, paritas, umur, kenaikan berat badan selama hamil, IMD dan Berat badan bayi lahir.

7.2 Saran

7.2.1 Bidan/Nakes

Agar ibu memiliki PKL mampu laktasi , maka bidan/nakes dapat melakukan hal-hal dibawah ini:

1. Menerapkan konseling pada setiap pemeriksaan kehamilan secara rutin mengenai ASI, pentingnya perawatan payudara, dan mengenai gizi ibu hamil dan menyusui pada setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan.

2. Melengkapi pencatatan mengenai status gizi ibu pada saat hamil pada buku KIA yang terdiri dari berat badan pra hamil, hasil penghitungan IMT dan pencatatan kenaikan berat badan selama hamil untuk pemantauan status gizi ibu pada saat sebelum, selama hamil dan pada saat menyusui.
3. Melatih ibu untuk melakukan pemantauan pertumbuhan bayi dengan memperhatikan tanda bayi yang mungkin tidak cukup mendapat ASI padahal disusui secara eksklusif dari penambahan berat badan dan pengeluaran urin.
4. Untuk ibu yang bekerja ajarkan tentang cara penyediaan dan penyimpanan ASI yang baik.

7.2.2 Dinas Kesehatan Karawang

1. Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang dikemas dalam bentuk pelatihan mengenai teknik konseling, pelatihan mengenai pengukuran status gizi baik sebelum hamil, selama hamil maupun selama menyusui bagi tenaga kesehatan di wilayah Kabupaten Karawang, sehingga kondisi status gizi ibu terpantau.
2. Memberikan *reward* bagi bidan/tenaga kesehatan yang dalam setiap pelayanannya selalu memberikan konseling.
3. Mengkaji ulang terhadap kebijakan pemberian ASI eksklusif sampai 6 bulan untuk ibu-ibu yang status gizi sebelum, selama hamil dan pada saat menyusainya kurang dengan cara meningkatkan status gizi ibu hamil.

7.2.3 Peneliti lain

1. Untuk meneliti lebih lanjut mengenai persepsi kemampuan laktasi dengan jumlah sampel yang lebih banyak serta pengukuran yang lebih spesifik.
2. Menambahkan variabel-variabel lain untuk melihat hubungannya dengan persepsi kemampuan laktasi seperti pengetahuan, sosial budaya dan lain-lain pada penelitian selanjutnya serta menerapkan definisi operasional yang tepat untuk variabel IMD.

DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Pediatrics (2005). *Breastfeeding and the Used of Human Milk, Pediatrics*, 115, 496-506
- Alam, Raaij, Hautvast, Yunus & Fuchs (2003). Original Communication. *Energy Stress During Pregnancy and Lactation: Consequences for Maternal Nutrition in Rural Bangladesh*, European journal of clinical Nutrition, 57, 151-156.
- Ahluwalia, Morrow & Hsia (2005). *Why Do Women Stop Breastfeeding? Finding From The Pregnancy Risk Assesment and Monitoring System*, Pediatric, Vol 116(6), 1407-1412
- Achadi, et al (1995). *Women's Nutritional Status, Iron Consumpsion and weight Gain during pregnancy in Relation to Neonatal weight and length in west java, Indonesia*. International Journal of Gynecologi & Obstetris, 48S, S103-119
- Arisman, MB (2004). *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC
- Brown, J.E. et.al (2002). *Nutrition Trought the Life Cycle*, International Student Edition, 3rd, Thomson Wardsworth.
- Brown, Akhtar, Robertson, Ahmed (1986). *Lactational Capcity of Marginal Nourished Mothers: Relationships between Maternal Nutritional Status and Quantity and Proximate Composition of Milk*. Journal Pediatric, vol. 76 (5), 1986
- Butte, N.F & Hopkins, JM (1993). *Body Composition changes during lactation are highly variabel among women*, J Nutr, vol 123, 381S-385S
- Center for health Research University of Indonesia and Mercy Corps Indonesia (2007). *Mercy Corps health start baseline survey North Jakarta, Indonesia*.
- Chan, Nelson, Leung and Li (2000). *Breasfeeding failure in Longitudinal Post Partum Maternal Nutritional in hongkong*. Journal Pediatric, 36, 466-471
- Depkes RI. (2003). *Ibu bekerja tetap memberikan Air Susu Ibu*, Jakarta
- Depkes RI. (2005). *Manajemen Laktasi*, 2005
- Depkes RI. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia 2007*.
- Depkes RI. (2009). *Materi Penyuluhan Inisiasi Dini Menyusui (IMD)*
- Dewey, et al (2001). *Effect of exlusive breastfeeding four versus six month on mothernal nutrition status and infant motor development*. Result of two rondomized Trial in Honduras. J Clin Nutr 131, 262-1018.

- Dinkes Kabupaten Karawang (2008). *Profil Kesehatan Tahun 2007*.
- Destriatania, Suci. (2010). *Hubungan pengetahuan, sikap ayah terhadap praktek Inisiasi Menyusui Segera dan pemberian ASI eksklusif didaerah urban Jakarta tahun 2007*. [Tesis]. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Ebrahim.G.J (1978). *Air Susu Ibu (Breast Feeding – the Biological option)*, yayasan essential medica
- Esterik,V (1990). *Dibalik kontroversi ASI-susu formula*, edisi pertama, yayasan Obor Indonesia;205 hlm
- Fikawati, Sandra dan Syafiq, Ahmad (2003). *Hubungan Antara Menyusui Segera (Immediate Breastfeeding) dan Pemberian ASI Eksklusif Sampai Dengan Empat Bulan*. Journal Kedokteran Trisakti, Vol.1,pp.1-8
- Gigante DP, et al (2001). *Breast feeding has a limited long term effect on anthropometry and body composite of brazil mother*. Am.J Clin Nurt , 131:78-84
- Grijbovski, AM. Et al (1999). *Sosio-demographic Determinants of Initiation and Duration of breastfeeding in North Rusia*. Januari 3, 2008. [Http://www.blackwell-synergy.com](http://www.blackwell-synergy.com).
- Garrow J, et al (2000) *Human Nutrition and Dietetics 10th Ed. Philadelphia: Churchill living stone*.
- Gatti, Lisa (2008). *Maternal Perceptions of Insufficient Milk Supply in Breastfeeding*, *journal of Nursing Scholarship*, 40:4, 355-363.
- Hastono, Sutanto, (2007). *Analisis Data Kesehatan, Basic Data Analysis for Health Research Training*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hill, P.D, &Aldag, J.C (2007). *Predictors of term infant feeding at week 12 postpartum*. Journal of Perinatal Neonatal Nursing, 21, 250-255
- Hill, P.D.,& Humenick, S.S (1996) dalam Gatti (2008). *Maternal Perceptions of Insufficient Milk Supply in Breastfeeding*, *journal of Nursing Scholarship*, 40:4, 355-363.
- Huang, Lee, Mich & Gaau (2009). *Faktors Related to Maternal Perception of Milk Supply While in the hospital*. Journal of nursing Research, vol 17, No 3: 179-187
- Harsono, Ahmad, Wijaya (1999). *Kesehatan Anak untuk Perawat, Petugas Kesehatan dan Bidan di Desa*. Gajah Mada University Press.

- Ikatan Dokter Anak Indonesia Cabang DKI Jakarta (2008). *Bedah ASI*
- Irawati A, dkk (2003). *Pengaruh status gizi selama kehamilan dan menyusui terhadap keberhasilan pemberian ASI*. Penelitian Gizi dan Makanan (PGM) Vol 26 No.2 : 10-19
- Irwanto (1994). *Psikologi Umum Panduan Mahasiswa*, PT Gramedia, Jakarta.
- Institute of Medicine (1990). *Nutrition During Pregnancy*, National Academic Press.
- Jelliffe, Derrick B & Jelliffe, Patrice, E.K. (1978). *Human Milk in the Modern World*
- Kac.G,et all (2004). *Breastfeeding and post partum weight retention in a cohort of brazilian women*. Am.J Clin Nurt, 79 : 487
- Kartika, Ade, (2006). *Hubungan status gizi ibu menyusui dengan pemberian ASI Eksklusif di daerah pedesaan pada 7 Provinsi di Indonesia Tahun 2003*, [Tesis]. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Khwassawneh M, dkk. (2003). *Knowledge, Attitude, and Practice of Breasfeeding in The North of Jordan: A Croos-sectional Study*' International Breastfeeding Journal, Vol.1, no. 17,pp.1-6
- Kusin, J.A & Sri Kardjati (1994). *Maternal and Child Nutrition in Madura, Indonesia* Amsterdam: royal tropical Institute
- Krummel, Debra & Penny Kris-Etherton (1996). *Nutrition in Women Health, Maryland, Aspen Publisher.*
- Lawrence, Ruth A, (1994). *Breastfeeding a guide for the medical profession-4th ed*
- Lemeshow, et al, (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*, Gadjah Mada University Press.
- Livingstone (1995). *'Breastfeeding kineties, a problem Solving approach to breastfeeding difficulties'* P 29-53
- Leung, TF, dkk (2000), *Sosiodemographic and Atopic Factor Affecting Breastfeeding intention in Chinese Mothers' Journal Paediatrict Child Health*, Vol.39,pp.460-464
- Liubai, dkk (1998). *Feeding Practice of infant and Their Correlates in Urban Areas of Beijing, China*, Pediatrics International, Vol.45,pp.400-406

- Michaelsen, et al (1994). The Copenhagen Cohort Study on Infant Nutrition and Growth: Breast Milk Intake, Human Milk Macronutrient Content and Influencing Factors. *Am J Clin Nutr*, Vol 67, 292-300
- National Academi Scince (1991). *Recommended Dietary Allowances*, Revised. US Food and Nutrition Board
- Notoatmodjo, (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan aplikasi*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Nakao, dkk (2008). *Innitiation of Breastfeeding within 120 minutes After Birth is Associated with Breastfeeding at four Mounth Amoung Japanese Women: A Self –Administered Questionnaire Survey’ International Breastfeeding Journal*. Vol 3
- Otsuka, Dennis, Tatsuka, & Jimba, (2008). *The Relationship between breastfeeding self-efficacy and perseived Insufficient Milk Among Japaness Mother*, *JOGNN*, 37, 546-555
- Pudjiadi (2000). *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak*. Balai penerbit Fakultas kedokteran UI, edisi ke 4 h 263
- Purnamawati, Sinta (2002). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pola pemberian ASI pada bayi usia 4 bulan (Analisis data Susenas 2001)*, Skripsi.
- Purwanti, HS (2004). *Konsep penerapan ASI Eksklusif*, EGC, Jakarta
- Prentice, dkk (2000), *Body Mass Index and laktation performance*, *Euro J Clin Nutr*. Volume 48. (www.unu.edu/unupress/food2/UID1OE/uid1oeok.htm)
- Paath dkk, 2005. *Gizi dalam kesehatan reproduksi*, EGC: Jakarta
- Perinasia. (2003). *Manajemen Laktasi*
- Patricia, Rondo & Souza, (2007). *Maternal Distress and Intended breastfeeding duration*, *Journal of Psychosomatic Obstetri & Gynecology*, 28(1): 55-60
- Roesli, Utami (2004). *Mengenal ASI Eksklusif*, Trubus Agriwidya, Jakarta
- Robin (2003) dalam Notoatmodjo (2005). *Promosi kesehatan Teori dan Aplikasi*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) (2007). *Laporan Nasional 2007*
- Rasmussen, Kathhleen M & Yaktine, Ann L. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Editors; Committee to

Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Institute of Medicine; National Research Council.

Syafiq, dkk. (2002). *Laporan Akhir ASUH Baseline Survey 2002 Propinsi Jawa Barat, center for family Welfare-University of Indonesia* (PUSKA-UI)

Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI). (2002-2003). *Analisis Data SDKI*

Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI). (2007)

Sulistyoningsih, Hariyani (2008). *Analisis Pola Pemberian ASI di wilayah kerja PKM Sukarame Kabupaten Tasik Malaya* [Tesis]. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.

Suradi, Ruslina (1995). *Manfaat pemberian ASI secara Eksklusif bagi proses tumbuh kembang anak*, MKI Vol 45, Jakarta.

Soetjiningsih (1997). *Seri Gizi "ASI" Petunjuk untuk tenaga kesehatan*. EGC

Soeparmanto P dan Rahayu C.S.2000, hubungan Antara Pola Pemberian ASI dengan faktor Sosial, ekonomi, Demografi, dan perawatan Kesehatan. Januari 11, 2008 <http://digilib/litbang.depkes.go.id/>.

Survei Data Dasar ASUH PUSKA-UI & PATH. (2002). *Laporan Akhir Asuh Baseline Survey 2002 Propinsi Jawa Barat (Cirebon, Cianjur, Ciamis & Karawang)*.

Tjekyan, Suryadi R.M (2003). Pemberian ASI Eksklusif pada bayi di beberapa Puskesmas di kota Palembang. www.menegpp.go.id. Diunduh tanggal 14 Pebrari 2010 jam 16.00.

United Nations Children's Fund (depkes/Bina Gizi Masyarakat UNICEF dan Perdhaki). (1981). *Breast Feeding and Health Assignment Children 55/56*

UNICEF (2000). *Tantangan bagi Generasi Baru, Situasi Anak dan Perempuan di Indonesia, 2000*.

Universitas Indonesia (2000). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.

Wydiastuti, Endang, 2009. *Hubungan riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi bayi 6-12 bulan di Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) Tahun 2007*, [Tesis]. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

WHO/UNICEF/BK.PP-ASI, 2003, *Konseling Menyusui: Pelatihan Untuk Tenaga Kesehatan*

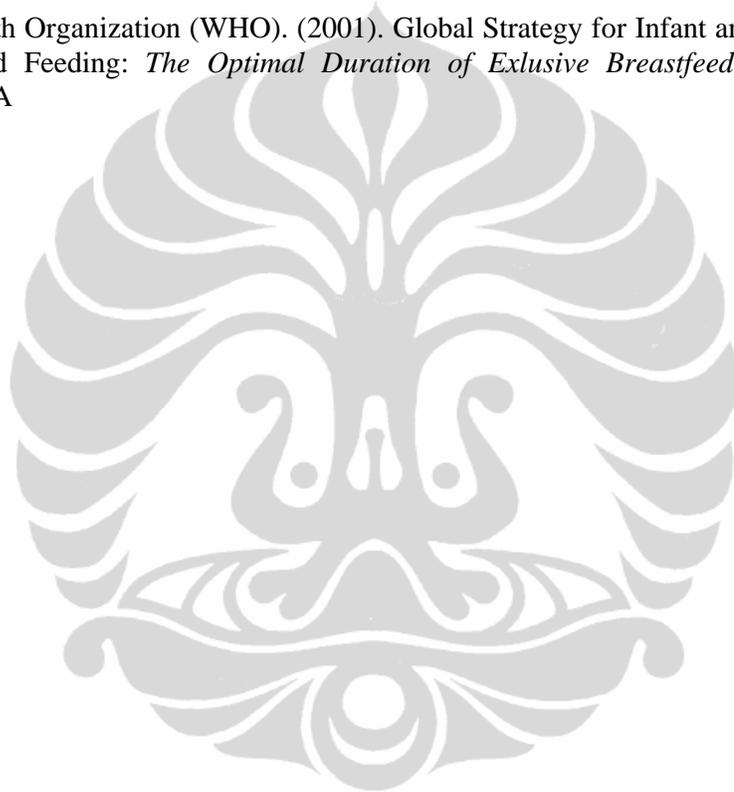
Whorthington, Bonnie S & Rodwell Sue Williams. (1993). *Nutrition in pregnancy and Lactation 5th ed'*, Mosby-Inc,USA,537.1993

Whorthington, Bonnie & Robert Sue Rodwall Williams. (2000). *Nutrition Through the Life Cycle 4th Ed. Singapore: McGraw-Hill International Editions.*

World Health Organization (WHO), UNICEF, (1990). *The Innocenti Declaration, Florence.*

World Health Organization (WHO), UNICEF, (2000). Nutrition Infant and young Child. Retrieved August 25, 2007, from: www.who.int/child-adolescenthealth/nutrition/infantexclusive.htm

World Health Organization (WHO). (2001). Global Strategy for Infant and young Child Feeding: *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding*, 54th WHA



Lampiran 2

KUESIONER
PENELITIAN MENGENAI HUBUNGAN STATUS GIZI IBU SELAMA
HAMIL DENGAN PERSEPSI KEMAMPUAN LAKTASI (PKL)
DI WILAYAH PUSKESMAS PONED KARAWANG TAHUN 2010

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

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

INFORMED CONSENT

Assalamualaikum Wr Wb
 Nama saya Irna Trisnawati, Mahasiswa Universitas Indonesia sedang melakukan penelitian untuk melihat *Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan persepsi Kemampuan Laktasi di wilayah Puskesmas Poned Karawang Tahun 2010*. Penelitian ini dilakukan semata-mata untuk kepentingan akademik dan tidak akan berdampak negatif 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):.....

H Data Sekunder kenaikan berat badan ibu selama hamil**Riwayat ANC**

No	Tanggal/ bulan/th	Usia (dalam)	Berat Badan (Kg)	Tinggi Badan (cm)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

UCAPKAN TERIMAKASIH ATAS WAKTU YANG DIBERIKAN OLEH RESPONDEN

