



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN PERSEPSI KETIDAKCUKUPAN ASI PADA IBU  
YANG MEMILIKI BAYI UMUR 0-12 BULAN  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANCORAN MAS  
KOTA DEPOK  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**KOMALASARI**

**NPM: 0906616193**

**PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KESEHATAN REPRODUKSI  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JANUARI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN PERSEPSI KETIDAKCUKUPAN ASI PADA IBU  
YANG MEMILIKI BAYI UMUR 0-12 BULAN  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANCORAN MAS  
KOTA DEPOK  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana.**

**KOMALASARI**

**NPM: 0906616193**

**PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KESEHATAN REPRODUKSI  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JANUARI 2012**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : KOMALASARI

NPM : 0906616193

Tanda tangan :



Tanggal : Januari 2012



## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Komalasari  
NPM : 0906616193  
Tahun Akademik : 2011/2012

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

**“Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persepsi Ketidacukupan ASI pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011.”**

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, Januari 2012



(Komalasari)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Komalasari  
NPM : 0906616193  
Program Studi : Kesehatan Reproduksi  
Judul : Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persepsi Ketidacukupan ASI pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Ir. Ahmad Syafiq, MSc., PhD. (.....)  
Penguji : drg. Sandra Fikawati, MPH (.....)  
Penguji : dr. Lely Nurlaelly (.....)

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : Januari 2012

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini yang berjudul “Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persepsi Ketidacukupan ASI pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011”, dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Program Studi Kesehatan Reproduksi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Ir. Ahmad Syafiq, MSc., PhD, selaku pembimbing akademik, yang telah menyediakan waktu untuk mengarahkan, memberikan saran dan membimbing saya selama proses penyusunan skripsi ini.
2. Ibu drg. Sandra Fikawati, MPH, selaku penguji, yang telah menyediakan waktu untuk menguji saat sidang dan memberikan masukan untuk kesempurnaan skripsi saya.
3. Ibu dr. Lely Nurlaely, selaku penguji, yang telah menyediakan waktu untuk menguji saat sidang dan memberikan masukan untuk kesempurnaan skripsi saya.
4. Bapak/Ibu Dosen Program Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah membimbing dan mengajarkan ilmu dengan ikhlas dan penuh tanggung jawab selama saya mengikuti proses perkuliahan.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok dan Kepala UPT Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok yang telah memberikan izin kepada saya untuk melaksanakan penelitian di wilayah kerjanya.
6. Seluruh staf Puskesmas Pancoran Mas yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.
7. Bapak-bapak dan ibu-ibu aparat kecamatan Pancoran Mas, kelurahan Depok dan kelurahan Pancoranmas, ketua RW, RT, dan kader yang tidak dapat saya

sebutkan satu persatu, yang telah membantu saya selama pengambilan data di lapangan.

8. Orangtua, Nana Linayana Tanuadikara dan Cicuh Wiratmah, dan adik, Lita Lesthia, yang tak henti-hentinya memanjatkan do'a serta memberikan dukungan dalam bentuk apapun kepada saya selama ini.
9. Mas Tri Prasetyo dan keluarga, yang tak tak henti-hentinya memanjatkan do'a serta memberikan dukungan dalam bentuk apapun kepada saya selama ini.
10. Teman-teman peminatan Kesehatan Reproduksi dan teman-teman ekstensi angkatan 2009/2010 atas semangat dan persahabatan yang terjalin.
11. Seluruh sahabat tersayang, Dyna Fithriya dan anggota 7/8, Desi Novriani, mbak Pinandhika, mbak Hanifah, serta semua pihak yang telah banyak membantu serta mendo'akan saya selama penyusunan skripsi ini.

Akhir kata, semoga amal baik dan segala bantuan yang telah diberikan kepada saya dibalas oleh Allah SWT sebagai pahala yang berlipat ganda. Saya menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, dan dengan segala kerendahan hati saya menerima kritik maupun saran demi perbaikan skripsi ini. Saya berharap semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, Januari 2012

Penulis

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : KOMALASARI  
NPM : 0906616193  
Program Studi : Kesehatan Reproduksi  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persepsi Ketidacukupan ASI pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011.**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : Januari 2012

Yang menyatakan,



(Komalasari)

## ABSTRAK

Nama : Komalasari  
Program Studi : Kesehatan Reproduksi  
Judul : Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persepsi Ketidacukupan ASI pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011

xxi+98 halaman+3 bagan+5 tabel+6 lampiran

Alasan terbanyak ibu berhenti menyusui secara eksklusif adalah ketidacukupan ASI. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Desain penelitian kuantitatif adalah *cross-sectional* terhadap 60 ibu dengan bayi umur 0-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok tahun 2011. Hasil penelitian menunjukkan 56,7% ibu memiliki persepsi ketidacukupan ASI. Variabel yang terbukti berhubungan adalah umur ibu, paritas, dan pekerjaan. Sedangkan hasil wawancara mendalam menunjukkan hampir semua ibu merasa jumlah produksi ASI-nya tidak cukup karena bayinya masih menangis walaupun telah disusui. Setelah *dicross-check* dengan tanda yang dapat dipercaya, hanya ada sebagian kecil ibu yang berat badan bayinya tidak sesuai dengan rekomendasi Depkes. Disarankan kepada petugas kesehatan untuk mengoptimalkan promosi ASI eksklusif. Kepada Dinas Kesehatan disarankan untuk memberikan pelatihan dan kegiatan yang dapat mendukung keberhasilan pemberian ASI.

Kata kunci: Persepsi ibu, ketidacukupan suplai ASI, ASI eksklusif

Pustaka: 66 (1981-2011)

## ABSTRACT

Name : Komalasari  
Study Program : Reproductive Health  
Title : Analysis of factors related to the perception of insufficiency of breast milk in mothers who have babies aged 0-12 months in the work-area of Puskesmas Pancoran Mas Depok City in 2011

xxi+98 pages+3 pictures+5 tables+6 enclosures

The reason that most mothers stopped breastfeeding exclusively is insufficiency of breast milk. This is a quantitative and qualitative research. Quantitative research design is a cross-sectional of 60 mothers with babies aged 0-12 months in the work-area of Puskesmas Pancoran Mas Depok in 2011. The results showed 56.7% of mothers have the perception of insufficiency of breast milk. Variables that are proven to relate are mother's age, parity, and occupation. Whereas the results of the in-depth interviews shown almost all mothers feel the amount of their production of breast milk is not enough because the baby was crying despite having been breast fed. After cross-checking the believed sign, there is only a small part of the baby's mother experienced no baby weight accordance with the recommendation of Depkes. The health workers is recommended to optimize the promotion of breast-feeding exclusively. The health service is recommended to provide training and activities that can support the success of the granting of exclusive breast-feeding.

Keywords:

Maternal perception, insufficient milk supply, exclusive breastfeeding

Bibliography: 66 (1981-2011)

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS .....	vii
ABSTRAK .....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR BAGAN .....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4 Tujuan .....	8
1.5 Manfaat .....	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	11
2.1 Air Susu Ibu (ASI).....	11
2.1.1 Pengertian ASI dan ASI Eksklusif.....	11
2.1.2 Jenis dan Komposisi ASI.....	14
2.1.3 Manfaat ASI Eksklusif.....	16
2.1.4 Manajemen Laktasi.....	19
2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi Ketidacukupan ASI.....	22
2.2.1 Persepsi Ketidacukupan ASI.....	22
2.2.2 Kenaikan Berat Badan dan Status Gizi Ibu Selama Hamil.....	25
2.2.3 Umur Ibu.....	26
2.2.4 Pekerjaan.....	26
2.2.5 Paritas.....	28
2.2.6 Bimbingan Laktasi Pranatal .....	29
2.2.7 Berat Badan Bayi Baru Lahir.....	30
2.2.8 Inisiasi Menyusu Dini .....	31
2.2.9 Penggunaan Alat Kontrasepsi .....	32
2.2.10 Promosi Susu Formula.....	33
2.2.11 Dukungan Petugas Kesehatan.....	34
2.2.12 Dukungan Keluarga .....	36
2.2.13 Rawat Gabung.....	39
2.3 Kerangka Teori .....	41

<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEP PENELITIAN, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS</b>	<b>42</b>
3.1	Kerangka Konsep	43
3.2	Definisi Operasional	44
3.3	Hipotesis	49
<b>BAB 4</b>	<b>METODOLOGI PENELITIAN</b>	<b>50</b>
4.1	Rancangan Penelitian	50
4.2	Lokasi Penelitian	50
4.3	Populasi dan Sampel	50
4.4	Metode/Teknik Pengumpulan Data	52
4.5	Instrumen	52
4.6	Sumber Informasi	53
4.7	Prosedur Pengumpulan Data	56
4.8	Manajemen Data	56
4.9	Analisis Data	57
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	<b>59</b>
5.1	Analisis Univariat	59
5.1.1	Persepsi Ketidacukupan ASI	59
5.1.2	Umur Ibu	60
5.1.3	Paritas	60
5.1.4	Pekerjaan	61
5.1.5	Bimbingan Laktasi Pranatal	62
5.1.6	Penggunaan Alat Kontrasepsi	63
5.1.7	Rawat Gabung	64
5.1.8	Berat Badan Bayi Lahir	65
5.1.9	Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	66
5.2	Analisis Hubungan Dua Variabel (Bivariat)	65
5.3	Analisis Kualitatif	69
5.3.1	Karakteristik Informan PKA	69
5.3.2	Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI	71
5.3.3	Persepsi Ketidacukupan ASI Dilihat dari Faktor Ibu	75
5.3.4	Persepsi Ketidacukupan ASI Dilihat dari Faktor Bayi	78
5.3.5	Persepsi Ketidacukupan ASI Dilihat dari Faktor Laktasi	78
<b>BAB 6</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	<b>79</b>
6.1	Keterbatasan Penelitian	79
6.2	Pembahasan Penelitian	81
6.2.1	Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI	81
6.2.2	Umur Ibu dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	85
6.2.3	Paritas dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	86
6.2.4	Pekerjaan dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	87
6.2.5	Bimbingan Laktasi Pranatal dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	89

6.2.6	Penggunaan Alat Kontrasepsi dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI.....	90
6.2.7	Rawat Gabung dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI.....	91
6.2.8	Berat Badan Bayi Lahir dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI.....	92
6.2.9	IMD dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI .....	93
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....		96
7.1	Kesimpulan .....	96
7.2	Saran .....	97
DAFTAR PUSTAKA .....		xv
LAMPIRAN		



## DAFTAR TABEL

Tabel 4	Rekapitulasi Jenis Informasi/Data, Informan, dan Teknik Pengumpulan Data .....	55
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Ketidacukupan ASI, Faktor Ibu, Faktor Bayi, dan Faktor Laktasi pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Tahun 2011 .....	60
Tabel 5.2	Hasil Pemantauan Berat Badan Bayi Saat Lahir Sampai Umur Bayi Diberikan Hanya ASI Saja pada Ibu yang Memiliki Persepsi Ketidacukupan ASI yang Dilihat dari Kartu Menuju Sehat (KMS) dan Rekam Medik Imunisasi di Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok .....	64
Tabel 5.3	Hubungan antara Umur Ibu, Paritas, Pekerjaan, Bimbingan Laktasi Pranal, Penggunaan Alat Kontrasepsi, Rawat Gabung, Berat Badan Bayi Lahir, dan Inisiasi Menyusu Dini dengan Persepsi Ketidacukupan ASI pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Tahun 2011 .....	66
Tabel 5.4	Karakteristik Informan Wawancara Mendalam .....	70

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2	Kerangka Teori Faktor-faktor yang Dapat Mempengaruhi Persepsi Ketidacukupan ASI.....	41
Bagan 3	Kerangka Konsep Persepsi Ketidacukupan ASI pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011 .....	43
Bagan 4	Proses Pengumpulan Data.....	54



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kematian bayi dan balita merupakan salah satu parameter derajat kesejahteraan suatu negara. Sebagian besar kematian neonatal terjadi di negara berkembang. Penyebab kematian terutama adalah penyebab yang dapat dicegah, dan sebagian dari kematian tersebut terjadi di rumah. Jumlah kematian bayi tertinggi diamati terjadi di selatan-tengah negara-negara Asia, dan tingkat tertinggi umumnya di sub-Sahara Afrika (Lawn, et al. (2005) dalam Baker et al., 2006).

Angka Kematian Bayi (AKB) turun dari 46 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada periode 1993-1997 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada periode 2003-2007 (BPS, 2007). Meskipun terus menurun, AKB di Indonesia masih dapat dikatakan tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN lainnya, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina, dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand. AKB di Indonesia merupakan urutan ke-6 setelah AKB di negara Singapura (3 per 1.000), Brunei Darussalam (8 per 1.000), Malaysia (10 per 1.000), Vietnam (18 per 1.000), dan Thailand (20 per 1.000) (Tim Penyusunan Laporan Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) Indonesia, 2007).

Terdapat tiga penyebab utama kematian bayi yang masih menjadi tantangan besar untuk diatasi. Ketiga penyebab tersebut adalah infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), komplikasi perinatal, dan diare. Gabungan ketiga penyebab ini menyumbang sebesar 75% dari kematian bayi. Tingginya kematian anak pada usia hingga satu tahun menunjukkan masih rendahnya status kesehatan ibu dan bayi baru lahir; rendahnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak; serta perilaku ibu hamil, keluarga, serta masyarakat yang belum mendukung perilaku hidup bersih dan sehat. Sebesar dua per tiga dari kematian bayi merupakan kematian neonatal (kematian pada usia bayi 0-28 hari). Penurunan neonatal ini relatif lebih lambat dibanding kematian bayi secara keseluruhan. Oleh karena itu, upaya menurunkan kematian neonatal merupakan kunci utama dalam

keberhasilan penurunan kematian bayi (Tim Penyusunan Laporan Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) Indonesia, 2007).

Penyebab kematian bayi tersebut, yang sebagian besar merupakan kematian neonatal, bukan tidak mungkin dapat dicegah. Salah satu cara pencegahannya adalah dengan pemberian ASI segera setelah lahir sampai bayi usia 2 tahun. Bayi yang diberi susu selain ASI, mempunyai resiko 17 kali lebih besar untuk mengalami diare, dan 3 sampai 4 kali lebih besar mempunyai resiko untuk terkena ISPA dibandingkan dengan bayi yang mendapat ASI (WHO (2000) dalam Depkes RI (2002)).

Menurut penelitian di beberapa negara, bayi yang tidak mendapat ASI berisiko 17 kali lebih besar terkena diare dibandingkan bayi yang mendapat ASI eksklusif. Risiko kematian akibat pneumonia pada bayi usia 8 hari-12 bulan yang tidak mendapat ASI menjadi 3-4 kali lebih besar daripada bayi yang mendapat ASI (Depkes RI, 2009). Penyakit atau penyebab kematian neonatal seperti infeksi dapat dicegah dengan imunisasi tetanus toksoid, kewaspadaan standar, dan ASI eksklusif (Saifuddin, 2005).

Kemungkinan ketahanan hidup bayi yang pernah mendapatkan ASI adalah 0,984, artinya dari 1.000 bayi yang mendapat ASI, sebanyak 984 bayi dapat melewati tahun pertama dalam hidupnya. Berarti dari 1.000 bayi, ada sebanyak 16 bayi yang mengalami kematian atau dengan kata lain adalah 16 per 1.000. Angka ini jauh lebih kecil daripada AKB di Indonesia yang mencapai 35 per 1.000. Hal tersebut menunjukkan bahwa dengan pemberian ASI eksklusif dapat meningkatkan ketahanan hidup bayi yang pada akhirnya dapat menekan AKB (Nurmiati dan Besral, 2008).

Praktek menyusui di negara berkembang telah berhasil menyelamatkan sekitar 1,5 juta bayi pertahun. Kenyataan tersebut menunjukkan bahwa ASI bukan hanya sekedar makanan tetapi juga sebagai penyelamat kehidupan. Hal tersebut dapat dibuktikan dengan adanya data yang menunjukkan bahwa setiap tahunnya lebih dari 25.000 bayi Indonesia dan 1,3 juta bayi di seluruh dunia dapat diselamatkan dengan pemberian ASI eksklusif (Allen (2004) dalam Amiruddin dan Rostia, 2006).

Pemberian ASI telah jelas dibicarakan pada konvensi hak-hak anak tahun 1990 antara lain menegaskan bahwa tumbuh kembang secara optimal merupakan salah satu hak anak. Dengan demikian, dapat dikatakan selain merupakan kebutuhan, ASI juga merupakan hak azasi bayi yang harus dipenuhi dari ibunya. (Depkes RI, et al., 2002). Pemberian ASI eksklusif sangat penting karena tidak ditemukan bukti bahwa bayi yang berumur 4 atau 5 bulan yang diberikan makanan padat lebih menguntungkan kesehatannya. Pada kenyataannya, bayi yang diberikan minuman selain ASI sebelum ASI keluar dapat memperlambat pengeluaran ASI karena bayi sudah kenyang sehingga menjadi malas menyusu (Yuliarti, 2010).

ASI merupakan makanan paling utama dan paling sesuai untuk bayi, dimulai sejak lahir sampai usia bayi enam bulan, seperti yang direkomendasikan oleh *The American Academy of Pediatrics*. Akan tetapi besaran ibu yang menyusui bayinya secara eksklusif sampai dengan enam bulan lamanya, masih sangat kecil sekali persentasenya, yakni 15% (Frieden (2011) dalam Beasley, 2011).

Di Indonesia, pemberian ASI eksklusif sebesar 52% dan rata-rata lamanya pemberian ASI eksklusif 1,7 bulan. Persentase tersebut dapat menggambarkan pemberian minuman selain ASI dan MP-ASI pada usia lebih dini. Data SDKI tahun 1997 menunjukkan, konsumsi makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada usia dini cukup besar, yaitu sebanyak 35% pada bayi usia kurang dari 2 bulan dan sebanyak 37% pada bayi usia 2-3 bulan (Depkes RI, et al., 2002). Berbanding terbalik dengan pemberian MP-ASI atau minuman selain ASI yang cenderung meningkat seiring bertambahnya usia bayi, maka pemberian ASI akan menurun seiring dengan bertambahnya usia bayi, seperti yang terlihat dari proporsi pemberian ASI pada bayi kelompok usia 0 bulan sebesar 73,1%, kemudian pada kelompok bayi usia 1 bulan 55,5%, pada kelompok bayi usia 2 bulan sebesar 43%, pada kelompok bayi usia 3 bulan ditemukan sebesar 36% dan kelompok bayi usia 4 bulan hanya sebesar 16,7%. Dengan kata lain, dengan bertambahnya usia bayi maka terjadi penurunan pola pemberian ASI sebesar 1,3 kali atau sebesar 77,2% (Purnamawati (2003) dalam Amiruddin dan Rostia, 2007).

Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tercatat bahwa cakupan ASI eksklusif sebesar 38% (SDKI, 2007), menurun dari kondisi tahun 2002-2003 yaitu 39,5% dari keseluruhan bayi. Sementara jumlah bayi di bawah 6 bulan yang diberi susu formula telah meningkat dari 16,7% (SDKI, 2002-2003) menjadi 27,9% (SDKI, 2007) (Kemenneg PPPA, 2010). Kondisi tersebut menggambarkan bahwa pelaksanaan pemberian ASI eksklusif di Indonesia masih sulit dilaksanakan (Fikawati dan Syafiq, 2009).

Rendahnya pemberian ASI eksklusif di Indonesia juga masih ditemukan pada hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, yaitu persentase bayi yang menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan adalah 15,3%. Inisiasi dini menyusui kurang dari satu jam setelah bayi lahir adalah 29,3 %. Sebagian besar proses mulai menyusui dilakukan pada kisaran waktu 1-6 jam setelah bayi lahir, tetapi masih ada 11,1% proses mulai disusui dilakukan setelah 48 jam. Pemberian kolostrum dilakukan oleh 74,7% ibu kepada bayinya (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Di Jawa Barat, ditemukan persentase pemberian ASI eksklusif yang rendah pada bayi yang berumur 0-1 bulan, yaitu di pedesaan sebesar 42% dan di perkotaan 25-38%. Sementara itu dari bayi yang berumur 0-1 bulan, terdapat 36% bayi di pedesaan dan 35-37% bayi di wilayah perkotaan telah diberikan makanan padat sebagai makanan pendamping ASI dan cairan lainnya (HKI *Crisis Bulletin*, 2002). Kota Depok yang tergolong ke dalam wilayah perkotaan, memiliki persentase yang rendah pada bayi yang diberi ASI eksklusif sebesar 55,17%, namun persentase ini berada di atas persentase cakupan ASI eksklusif di Provinsi Jawa Barat (Dinas Kesehatan Kota Depok, 2009).

Persentase terendah untuk bayi yang diberi ASI eksklusif di Kota Depok terdapat di Kecamatan Pancoran Mas, dan di antara Puskesmas yang berada dalam kecamatan tersebut, Puskesmas Pancoran Mas memiliki persentase terendah, yakni 27,80% dan Puskesmas dengan cakupan tertinggi di kecamatan tersebut adalah Puskesmas Rangkapan Jaya dengan cakupan ASI eksklusif sebesar 88,24% (Dinas Kesehatan Kota Depok, 2009). Cakupan ini menurun dari tahun sebelumnya, yaitu tahun 2008, Puskesmas Pancoran Mas mencapai 33,91% (Dinas Kesehatan Kota Depok, 2008). Kemudian pada tahun 2010 cakupan

tersebut mengalami penurunan kembali yang cukup signifikan menjadi 19,83% (Puskesmas Pancoran Mas, 2010).

Selanjutnya, pada penelitian *cross-sectional* yang dilakukan oleh Nofriyentesni (2011), ditemukan sebanyak 37,7% ibu yang memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya dan sisanya, yaitu sebanyak 62,3% tidak memberikan ASI eksklusif. Kecenderungan cakupan yang turun tersebut menunjukkan masih rendahnya dan jauh dari harapan cakupan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas, seperti yang telah ditargetkan oleh Departemen Kesehatan RI melalui Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan, yaitu cakupan ASI eksklusif sebesar 80% (Depkes RI, 2003).

Masih rendahnya ibu-ibu yang menyusui bayinya secara eksklusif juga dapat terlihat dari 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. Alasan ibu-ibu berhenti menyusui 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) dalam Trisnawati, 2010). Pada penelitian Trisnawati (2010) di Kabupaten Karawang, Jawa Barat, diperoleh sebanyak 41,4% responden yang mempunyai Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) tidak mampu laktasi. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Panjaitan (2011) di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok, DKI Jakarta, ditemukan sebesar 32% ibu memiliki persepsi ketidakmampuan laktasi.

Persentase yang besar mengenai perempuan yang dilaporkan memiliki persepsi ketidakcukupan ASI merupakan masalah yang paling umum terjadi dalam pemberian ASI dan juga menjadi alasan utama ibu berhenti menyusui pada usia bayi yang masih dini. Belum diketahui prevalens yang pasti dari persepsi ketidakcukupan ASI (diperkirakan antara 30-80% dari ibu menyusui), namun banyak peneliti menyimpulkan bahwa persepsi ketidakcukupan ASI tersebut merupakan alasan ibu untuk memberikan makanan tambahan lebih awal kepada bayinya (Gatti, 2008).

Adanya pembagian susu formula yang dilakukan oleh petugas kesehatan/non kesehatan di tempat ibu melahirkan yang dibeli oleh responden

sehingga akan mempengaruhi pemberian ASI eksklusif pada bayi sehingga berdampak pada rendahnya cakupan pemberian ASI eksklusif. Berdasarkan hasil penelitian Nurcholish (2005) bersama *Program Appropriate Technology in Health* (PATH) di daerah Cirebon, Kediri, Cianjur, Blitar tahun 2003 diketahui adanya "kenakalan" produsen susu formula dan makanan pendamping ASI, di antaranya promosi dalam berbagai bentuk kepada sarana kesehatan dan tenaga kesehatan, baik dokter maupun bidan untuk turut serta memasarkan produk mereka (Amiruddin dan Rostia, 2007). Dalam 7 hari pertama di kehidupannya, sebanyak 20-53% bayi mendapatkan susu formula dan sebagian besar diberikan di sejumlah fasilitas kesehatan. Biasanya susu formula tersebut diberikan secara gratis atau bahkan diperjual-belikan (HKI Indonesia *Crisis Bulletin*, 2002). Faktor-faktor yang dapat menghambat pemberian ASI eksklusif selain adanya anggapan yang salah dari ibu menyusui juga karena adanya faktor lingkungan. Faktor lingkungan dapat berupa status bekerja ibu, kebijakan tempat bekerja, dukungan dari orang lain termasuk suami, orangtua, mertua, petugas kesehatan, dan lain sebagainya (Amin (2001) dalam Amiruddin dan Rostia, 2007).

Alasan ibu untuk tidak menyusui yang paling sering dikemukakan adalah ASI tidak cukup. Walaupun banyak ibu yang mengatakan ASI-nya kurang, tetapi hanya sedikit sekali (2-5%) yang secara biologis memang benar-benar kurang produksi ASI-nya. Selebihnya 95-98% ibu dapat menghasilkan ASI yang cukup untuk bayinya (Roesli, 2007). Sekitar 35% ibu yang menghentikan pemberian ASI secara eksklusif selama beberapa minggu postpartum menyebutkan adanya persepsi kurang cukup suplai ASI dan bayi merasa tidak puas (WHO (2000) dalam Trisnawati, 2010).

Banyak alasan yang dikemukakan ibu-ibu yang tidak memberikan ASI-nya secara eksklusif kepada bayinya, antara lain yaitu ibu merasa bahwa ASI-nya tidak cukup, atau ASI tidak keluar setelah hari-hari pertama kelahiran bayi. Sesungguhnya hal itu tidak disebabkan karena ibu tidak memproduksi ASI yang cukup, melainkan karena ibu tidak percaya diri bahwa ASI-nya cukup untuk bayinya (Depkes, 2002).

Pada penelitian di Taiwan ditemukan cakupan ASI yang sangat tinggi pada ibu-ibu postpartum yang masih dalam perawatan di Rumah sakit, yaitu sebesar

92%. Namun, cakupan ini menurun drastis setelah 4 minggu postpartum menjadi 54,17% (Bureau of Health Promotion, Department of Health (2004); Gau (2004) dalam Huang, et al., 2009). Bahkan, pada penelitian selanjutnya ditemukan sebanyak 16,5% ibu berhenti menyusui pada minggu ke-2 postpartum. Alasan berhenti menyusui adalah mereka menganggap bahwa suplai ASI-nya tidak cukup sehingga mereka kemudian beralih ke susu formula (Iewallen et al. (2006) dalam Huang et al., 2009). Kekhawatiran ibu akan kegagalan laktasi karena tidak mampu memproduksi cukup ASI untuk memenuhi kebutuhan bayinya adalah alasan ibu akhirnya berhenti dan beralih kepada susu formula (WHO Geneva, 1989).

Ketidalcukupan suplai ASI hanya dapat terjadi jika adanya kelainan patologis atau kurangnya stimulasi pada payudara ibu yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti ketidakcukupan frekuensi menyusui, telah dikenalkannya susu formula atau makanan lainnya kepada bayi, dan ibu menunda menyusui segera setelah persalinan (Huang et al., 2009).

Sangat banyak kandungan gizi yang sangat bermanfaat sebagai nutrisi penting untuk bayi, ikatan batin antara ibu dan anak, serta manfaat lainnya bagi ibu, ayah, keluarga, dan negara sebagai bekal untuk tumbuh kembang yang optimal. Namun, pada kenyataannya manfaat serta hal lain yang berkaitan dengan ASI belum banyak dipahami, apalagi diterapkan oleh berbagai pihak yang berkaitan dengan kesehatan bayi.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Kota Depok memiliki persentase yang rendah pada bayi yang diberi ASI eksklusif sebesar 55,17%. Persentase terendah tersebut terdapat di Kecamatan Pancoran Mas, dan di antara Puskesmas yang berada dalam kecamatan tersebut, Puskesmas Pancoran Mas memiliki persentase terendah, yakni 27,80% (Dinas Kesehatan Kota Depok, 2009). Kemudian pada tahun 2010 cakupan tersebut mengalami penurunan kembali yang cukup signifikan menjadi 19,83% (Puskesmas Pancoran Mas, 2010).

Kecenderungan penurunan cakupan ASI eksklusif tersebut menunjukkan masih rendahnya dan jauh dari harapan cakupan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas, seperti yang telah ditargetkan oleh

Departemen Kesehatan RI melalui Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan, yaitu cakupan ASI eksklusif sebesar 80% (Depkes RI, 2003).

Keyakinan ibu terhadap lancarnya produksi ASI dan kepercayaan diri ibu bahwa ia mampu menyusui bayinya setelah melahirkan merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam pemberian ASI eksklusif. Karena dalam proses menyusui, pikiran yang tenang dan keyakinan ibu terhadap kemampuan laktasi mempengaruhi proses laktasi tersebut. Adanya anggapan yang salah disertai dukungan yang kurang dari lingkungan justru akan mengurangi motivasi dan kepercayaan diri ibu untuk menyusui terutama secara eksklusif.

Dengan harapan ingin melanjutkan hasil penelitian sebelumnya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu menyusui, serta didukung dengan masih rendahnya persentase cakupan ASI eksklusif di Indonesia pada umumnya, dan di Kota Depok khususnya, maka penulis tertarik ingin meneliti mengenai gambaran persepsi ketidakcukupan ASI dan faktor-faktor yang berhubungan, serta akan menggali informasi lebih rinci dan mendalam tentang persepsi ibu tersebut, di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas tahun 2011 pada ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan dan tidak memberikan ASI-nya secara eksklusif.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI serta bagaimana gambaran secara rinci dan mendalam mengenai persepsi tersebut pada ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok tahun 2011.

## **1.4 Tujuan**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI serta gambaran rinci dan mendalam mengenai persepsi tersebut pada ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok tahun 2011.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

Dalam penelitian ini penulis ingin mengetahui:

1. Hubungan antara faktor ibu, faktor bayi, dan faktor laktasi dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
2. Gambaran persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan.
3. Bagaimana faktor ibu mempengaruhi persepsi ketidakcukupan ASI.
4. Bagaimana faktor bayi mempengaruhi persepsi ketidakcukupan ASI.
5. Bagaimana faktor laktasi mempengaruhi persepsi ketidakcukupan ASI.

### **1.5 Manfaat**

Adapun manfaat yang ingin dicapai dalam penelitian ini yaitu manfaat:

#### **1.5.1 Bagi Penulis**

1. Menambah wawasan dan pengetahuan tentang persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan dan faktor-faktor yang berkaitan.
2. Penelitian ini merupakan pengalaman nyata untuk penulis dalam melakukan penelitian.

#### **1.5.2 Bagi Institusi Pendidikan**

1. Mengukur kemampuan mahasiswa dalam melakukan suatu penelitian.
2. Menambah bahan bacaan di perpustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat dan perpustakaan Pusat Universitas Indonesia.

#### **1.5.3 Bagi Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok**

1. Memberikan kontribusi berupa data untuk bahan evaluasi terhadap program peningkatan cakupan pemberian ASI eksklusif.
2. Memberikan sumbangan pengetahuan dan wawasan di bidang ilmu kesehatan, terutama mengenai kesehatan bayi yang merupakan cikal-bakal generasi penerus bangsa.

#### 1.5.4 Bagi Dinas Kesehatan Kota Depok

1. Memberikan suatu gambaran pengetahuan dan wacana untuk mempertimbangkan kesehatan perempuan serta memberikan dukungan nyata terhadap kesehatan reproduksi perempuan dalam menjalankan hak asasinya sebagai perempuan dan sebagai ibu, yaitu memberikan ASI kepada bayinya.
2. Memberikan kontribusi dalam bentuk data dan informasi sehingga dapat digunakan sebagai bahan masukan dan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan serta peningkatan cakupan pemberian ASI eksklusif.

#### 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan terhadap ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan yang tidak memberikan ASI kepada bayinya secara eksklusif, di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas, menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif dengan desain deskriptif dengan metode *cross-sectional* dan juga merupakan studi kasus terhadap persepsi ketidakcukupan ASI. Pengambilan data dilakukan pada bulan Desember 2011. Data diperoleh dengan melakukan wawancara dan wawancara mendalam terhadap responden.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Air Susu Ibu (ASI)**

##### **2.1.1 Pengertian ASI dan ASI Eksklusif**

Air Susu Ibu (ASI) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktose, dan garam organik yang disekresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu (Soetjiningsih, 1997). ASI merupakan makanan yang paling baik untuk bayi dan tak ada satupun bahan makanan atau produk susu lain di dunia ini yang kandungan gizinya dapat menyerupai seperti yang terdapat di dalam ASI (Suharyono, 1992).

ASI eksklusif atau tepatnya pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa diberikan tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, dan tim. Pemberian ASI eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya selama 4 bulan, tetapi bila mungkin sampai 6 bulan (Roesli, 2007). Depkes (2007) juga menyatakan hal yang sama, ditambah dengan keterangan bahwa ASI perah juga diperbolehkan.

Sedangkan menyusui bayi, tetapi juga memberi sedikit air atau minuman dengan bahan dasar air, misalnya air teh disebut sebagai menyusui predominan. Menyusui predominan atau menyusui secara eksklusif termasuk ke dalam menyusui penuh. Menyusui bayi ditambah makanan buatan, baik itu susu formula, bubur atau makanan lainnya termasuk ke dalam jenis menyusui parsial (Depkes, 2007).

*American Academy of Pediatrics* menganjurkan agar bayi diberi ASI saja selama tahun pertama kehidupan mereka karena ASI adalah makanan bayi yang paling sempurna, baik kualitas maupun kuantitasnya. Dengan manajemen menyusui yang benar, sesungguhnya ASI saja akan cukup memenuhi kebutuhan bayi normal sampai usia 6 bulan. Setelah usia 6 bulan, bayi harus mulai dikenalkan dengan makanan padat, tetapi ASI juga tetap diberikan sampai bayi usia 2 tahun atau lebih (McKenzie, et al., 2007).

WHO/UNICEF merekomendasikan empat hal penting mengenai pemberian makanan bayi dan anak untuk mencapai tumbuh kembang optimal, yaitu: memberikan ASI segera setelah bayi lahir; meneruskan pemberian ASI saja atau pemberian ASI eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan; kemudian mulai memberikan makanan pendamping ASI dengan tetap memberikan ASI bila bayi telah berusia 6 bulan; dan meneruskan pemberian ASI sampai bayi berusia 2 tahun atau 24 bulan (Kemenneg PPPA, 2010).

Berbagai faktor yang dapat mempengaruhi proses laktasi yaitu: faktor kejiwaan ibu, faktor bayi, faktor lingkungan, dan faktor anomali/kelainan anatomis dari payudara. Bahkan sebagian besar kegagalan laktasi dipengaruhi oleh faktor kejiwaan (Winarno et al. (1984) dalam Suradi, 1989). Faktor kejiwaan yang mempengaruhi keberhasilan laktasi ini bisa berasal dari faktor internal maupun eksternal. Termasuk ke dalam faktor internal adalah faktor kepribadian ibu, di mana faktor ini memiliki pengaruh besar terhadap keberhasilan proses laktasi. Faktor kepribadian ini dapat terlihat dari kematangan kepribadian ibu, rasa percaya diri, kestabilan mental, tidak ada rasa cemas (*anxietas*) dan sikap ibu. Faktor kepribadian yang kuat akan menunjang keberhasilan laktasi ini terutama dalam era saat ini, di mana ibu bisa saja terpengaruh oleh dampak dari kemajuan dan perkembangan teknologi, sehingga beralih ke susu buatan manusia (Suradi, 1989).

Keberhasilan ibu untuk menyusui memerlukan dukungan dari berbagai pihak, baik dari suami (sebagai motivator/pendorong istri untuk menyusui), keluarga (penciptaan suasana yang mendukung kegiatan menyusui di rumah), masyarakat (penciptaan norma dan lingkungan yang baik untuk menyusui), lingkungan kerja (penyediaan ruang ASI, konselor menyusui, dan pemberian kesempatan menyusui selama waktu kerja), sistem pelayanan kesehatan (advokasi tiap RS menjadi RSSI&B, kurikulum menyusui dalam setiap pendidikan tenaga kesehatan, penyediaan konselor dan tenaga ahli menyusui), pemerintah dan peraturan perundang-undangan (advokasi pemegang kebijakan untuk menerapkan Kode Internasional Pemasaran PASI WHO dan Resolusi WHA, pembuatan petisi insentif pajak bagi tempat kerja sayang ibu dan bayi). Hampir semua ibu sesungguhnya dapat menyusui jika diberikan dukungan agar ibu menjadi percaya

diri bahwa ia mampu menyusui serta diberikan informasi dan tatalaksana menyusui yang benar (Kemenneg PPPA, 2010).

Banyak ibu yang beranggapan dan khawatir bahwa ASI-nya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Pada beberapa penelitian disebutkan bahwa hanya sebagian kecil yang benar-benar tidak cukup dalam artian yang sebenarnya, padahal sesungguhnya hampir semua ibu mampu menyusui. Tanda-tanda bayi telah mendapatkan cukup ASI adalah sebagai berikut: Bayi akan kencing sebanyak 6-8 kali dalam sehari; berat badannya akan mengalami kenaikan rata-rata 500 gram perbulan; bayi menyusu sering yaitu 2-3 jam sekali atau sebanyak 8-12 kali dalam sehari; dan bayi terlihat sehat, aktif, dan warna kulit terlihat sehat dan segar (Soetjiningsih, 1997).

Sebaliknya, apabila terjadi penambahan berat badan yang kurang, yaitu kurang dari 500 gram perbulannya atau kurang dari berat lahir setelah 2 minggu dilahirkan dan tanda lainnya adalah air seni bayi berwarna kuning tua atau jingga pekat, berbau tajam, jumlahnya sedikit, dan frekuensi buang air kecil (BAK) kurang dari 6 kali sehari, berarti dapat dikatakan bahwa bayi tidak mendapat cukup ASI. Selama enam bulan pertama, bayi sebaiknya berat badannya bertambah minimal 500 gram setiap bulan atau 125 gram setiap minggu. Hal tersebut dapat dilihat dari catatan hasil penimbangan pada Kartu Menuju Sehat (KMS) atau dari catatan lain tentang berat badan sebelumnya. Jika penambahan berat badan bayi cukup, maka dapat dikatakan bahwa bayi mendapat cukup ASI. Penambahan berat badan dan pengeluaran air seni bayi merupakan tanda yang paling dapat dipercaya untuk menilai bayi mendapatkan cukup ASI atau tidak (Depkes RI, 2007).

Sedangkan tanda-tanda yang masih merupakan kemungkinan bahwa bayi tidak mendapat cukup ASI adalah bayi tampak tidak puas setelah menyusu; bayi sering menangis; sangat sering menyusu; menyusu sangat lama atau bahkan menolak disusui; bayi jarang dan sedikit mengeluarkan kotoran; kotoran yang dikeluarkan keras, kering atau berwarna hijau; ASI tidak keluar saat ibu mencoba memerahnya, payudara tidak membesar selama kehamilan; dan ASI tidak 'keluar' setelah persalinan (Depkes RI, 2007).

Penurunan produksi ASI sehingga tidak sesuai dengan kebutuhan bayi dapat disebabkan oleh: pemberian makanan selain ASI, seperti susu formula, madu, air putih, air teh, buah, dan sebagainya, sehingga frekuensi menyusui bayi berkurang dan akan menurunkan produksi ASI; penggunaan empongan (*pacifier*) pada bayi juga akan mengurangi frekuensi menyusui bayi; penggunaan *nipple shield* saat menyusui akan mengganggu proses laktasi, karena terganggunya rangsangan ke otak ibu akibat isapan bayi ke payudara ibu secara tidak langsung, sehingga akan menurunkan refleksi *let down*; pemberian ASI yang terjadwal; bayi yang sering tidur; kecemasan dan kelelahan ibu yang akan mempengaruhi refleksi *let down*; kebiasaan merokok dan obat-obatan yang dikonsumsi misalnya pil kontrasepsi yang mengandung estrogen tinggi; ibu kurang konsumsi cairan/tidak minum dalam jumlah cukup, yaitu sebanyak 6-8 gelas (2 liter) perhari atau minum satu gelas air setiap kali menyusui; diet ibu yang kurang baik, seperti memiliki pantangan dalam makan, makan dalam jumlah sangat sedikit dan atau tidak mengkonsumsi makanan yang bergizi (Soetjiningsih, 1997).

Ketidakcukupan suplai ASI yang sesungguhnya hanya dapat terjadi jika adanya kelainan patologis atau kurangnya stimulasi pada payudara ibu yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti ketidakcukupan frekuensi menyusui, telah dikenalkannya susu formula atau makanan lainnya kepada bayi, dan ibu menunda menyusui segera setelah persalinan (Huang et al., 2009).

### **2.1.2 Jenis dan Komposisi ASI**

Manuaba (1998), Depkes (2002), Verralls (2003), dan Roesli (2007) mengemukakan jenis dan komposisi ASI terdiri dari tiga jenis, yaitu kolostrum, ASI transisi/peralihan, dan ASI matang (*mature*). Jenis yang pertama, kolostrum, disekresi selama kehamilan dan dapat terjadi lebih awal pada beberapa ibu yang pernah menyusui sebelumnya. Terkadang kolostrum keluar dari ujung puting payudara ibu pada umur kehamilan lima bulan atau lebih. Namun produksi cairan ini tidak berlebihan karena kerja hormon prolaktin dihambat oleh hormon estrogen dan progesteron. Kolostrum mengandung zat anti-infeksi yang sangat tinggi, sehingga melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi khususnya diare karena mengandung zat kekebalan terutama IgA yang juga berfungsi untuk

melapisi dinding usus sehingga mencegah penyerapan protein yang mungkin dapat menyebabkan alergi.

Proporsi kandungan gizi yang terdapat pada kolostrum berbeda-beda/bervariasi di antara ibu menyusui, bahkan proporsi kandungan tersebut juga bisa berbeda-beda dalam satu hari dan atau tiap kali menyusui. Proporsi tersebut mencukupi kebutuhan gizi bayi di hari-hari pertama setelah dilahirkan karena mengandung protein, vitamin A yang tinggi, karbohidrat dan rendah lemak. Walaupun ada ibu yang beranggapan ASI yang keluar di hari-hari pertama (1-2 hari) setelah melahirkan volumenya sedikit, antara 150-300 ml/24 jam, tetapi sebenarnya kondisi tersebut sudah sesuai dengan kapasitas lambung bayi yang berusia 1-2 hari. Kolostrum juga dikenal sebagai pembersih usus bayi dari mekoneum atau kotoran bayi yang berwarna hitam kehijauan yaitu zat yang tidak terpakai dari usus bayi yang baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan bayi.

Jenis selanjutnya yaitu ASI transisi atau peralihan. ASI peralihan adalah ASI yang keluar setelah kolostrum sampai sebelum menjadi ASI yang matang, berwarna putih bening. Kadar protein makin rendah, sedangkan kadar karbohidrat dan lemak serta volume akan meningkat.

Jenis ASI yang ketiga adalah susu matang (*mature*), merupakan ASI yang dikeluarkan pada sekitar hari ke-14 dan seterusnya, komposisi relatif konstan. Produksi ASI sesuai dengan perkembangan usus bayi, sehingga pada umur bayi 14 hari atau lebih dapat menerima susunan ASI sempurna.

Selain itu perbedaan jenis ASI dari hari ke hari, komposisi ASI juga berbeda dari menit ke menit. ASI yang keluar pada menit-menit pertama menyusui disebut *foremilk*, yang mengandung hanya sekitar 1-2% lemak dan tampak encer. Susu ini membantu memuaskan dahaga bayi di awal menyusui. Sedangkan ASI yang keluar pada saat akhir menyusui disebut *hindmilk*. *Hindmilk* memiliki komposisi yang berbeda dengan *foremilk*. *Hindmilk* mengandung lemak 4-5 kali lebih banyak dibanding *foremilk*. *Hindmilk* memberikan energi terbanyak, sehingga penting bagi bayi untuk mendapatkan *hindmilk* ini. Diduga *hindmilk* inilah yang mengenyangkan sehingga bayi berhenti menyusu (Cameron, 1983 dan Roesli, 2007).

Roesli (2007) juga menjelaskan bahwa lemak merupakan komponen ASI yang berubah-ubah kadarnya. Pada masa pertumbuhan cepat atau loncatan pertumbuhan diperlukan kalori yang lebih banyak. Oleh karena itu bayi akan lebih sering menyusu sepanjang hari selama beberapa minggu dan kadar lemak akan meningkat untuk memenuhi periode pertumbuhan yang cepat tersebut.

### **2.1.3 Manfaat ASI Eksklusif**

ASI memiliki banyak manfaat. Roesli (2007) mengemukakan manfaat yang diperoleh apabila ibu menyusui bayinya secara eksklusif, yang terdiri dari manfaat untuk bayi itu sendiri, yaitu sebagai nutrisi. Produksi ASI disesuaikan dengan umur kehamilan. Ibu yang melahirkan bayi prematur komposisinya akan berbeda dengan ibu yang melahirkan bayi cukup bulan. Bahkan, seorang ibu akan memproduksi ASI dengan komposisi yang berbeda dari hari ke hari. Manfaat lainnya untuk bayi adalah ASI dapat meningkatkan daya tahan tubuh bayi karena mengandung banyak sekali zat antibodi. Sesungguhnya bayi baru lahir masih memiliki immunoglobulin (zat kekebalan tubuh) yang bayi dapat dari ibunya saat masa kehamilan namun kadarnya akan menurun segera setelah bayi lahir. Bayi akan memiliki zat ini yang diproduksi oleh tubuhnya sendiri pada usia bayi mencapai 9 sampai 12 bulan. Untuk memberikan kekebalan atau meningkatkan daya tahan tubuh, bayi memerlukan bantuan dari luar, yakni ASI dari ibunya yang sangat berlimpah kandungan antibodinya untuk mencegah berbagai penyakit yang dapat disebabkan oleh virus, bakteri, parasit, dan sebagainya.

Selain itu, pemberian ASI khususnya ASI eksklusif dapat meningkatkan kecerdasan karena nutrisi seperti taurin, laktosa, asam lemak ikatan panjang (DHA, AA, Omega-3, Omega-6) yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan otak banyak terdapat pada ASI. Untuk mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan otak bayi, maka dianjurkan untuk memberikan ASI secara eksklusif hingga umur bayi 6 bulan. Adanya sentuhan dan kontak antara bayi dan ibu, maka pemberian ASI khususnya ASI eksklusif dapat meningkatkan jalinan kasih sayang. Bayi akan merasa aman, tenang, dan nyaman karena ia bersama ibunya dan juga dapat mendengarkan detak jantung ibunya

yang memang sudah dikenali sejak dalam kandungan. Perasaan ini akan membentuk dasar perkembangan emosi bayi selanjutnya.

ASI juga meningkatkan daya penglihatan dan kemampuan bicara. Ibu yang menyusui bayinya juga akan membantu pembentukan rahang yang bagus, bayi dapat lebih cepat bisa jalan karena pemberian ASI dapat meningkatkan kemampuan motorik bayi, dan juga bayi akan memiliki risiko yang rendah untuk terkena penyakit kencing manis, kanker, dan penyakit jantung.

Sedangkan manfaat yang akan dirasakan oleh ibu yang memberikan ASI kepada bayinya, antara lain dapat mengurangi perdarahan pascapersalinan. Ibu yang segera menyusui bayinya segera setelah melahirkan akan mengalami peningkatan hormon oksitosin yang membantu dalam proses kontriksi/penutupan pembuluh darah sehingga dapat mencegah perdarahan, yang merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan juga dapat membantu pengecilan rahim (*involution uteri*). Proses pengecilan rahim ini akan berlangsung lebih cepat dibandingkan pada ibu yang tidak menyusui. Tentu saja jika dengan segera menyusui setelah melahirkan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan, maka hal tersebut juga dapat mencegah ibu mengalami kurang darah atau kekurangan zat besi (anemia).

Manfaat ASI lainnya bagi ibu adalah sebagai metode kontrasepsi alamiah. Menyusui memiliki manfaat sebagai kontrasepsi alamiah selama 6 bulan pertama setelah melahirkan dengan efektivitas sebesar 98% selama ibu menyusui secara eksklusif dan belum mengalami haid; serta memiliki efektivitas sebesar 96% dalam mencegah kehamilan selama 12 bulan lamanya (Roesli, 2007). Menyusui juga dikenal sebagai Metode Amenore Laktasi/*Lactation Amenorrhoea Method* (MAL/LAM), yaitu merupakan pilihan keluarga berencana selama periode postpartum di beberapa negara berkembang, termasuk Indonesia. Beberapa studi secara konsisten menunjukkan bahwa menyusui dapat menunda kembalinya menstruasi (Suparmi, et al., 2010).

Ibu yang menyusui bayinya akan lebih cepat langsing kembali. Hal ini dapat terjadi karena dengan menyusui, maka lemak yang tertimbun selama hamil, akan diambil sebagai energi yang diperlukan untuk menyusui. Berat badan ibu pun akan lebih cepat kembali seperti berat badan sebelum hamil. Selain itu ibu juga memiliki risiko yang rendah untuk menderita kanker payudara dan kanker indung

telur. Pada beberapa penelitian ditemukan bahwa menyusui sampai bayi berumur 2 tahun atau lebih, dapat mengurangi resiko terkena kanker payudara sampai sebesar 25%. Menyusui tidak perlu mengeluarkan biaya seperti pada pemberian makanan/minuman selain ASI, misalnya susu formula yang harus keluar uang cukup banyak untuk membeli botol dan perlengkapan lainnya. Di samping itu dengan memberikan ASI juga ibu tidak perlu repot harus membuat susu terlebih dahulu. Apabila bayi lapar di malam hari, maka ibu tidak perlu repot membuat susu, memanaskan air, memastikan botol dalam keadaan bersih, dan sebagainya, yang akan memerlukan banyak waktu dalam persiapannya. ASI mengandung zat gizi yang diperlukan pada bulan-bulan di awal setelah kelahirannya dapat mencegah bayi terhadap penyakit. Hal ini menunjukkan bahwa dengan ibu menyusui bayinya maka akan dapat menyehatkan bayinya sehingga bayi tidak mudah sakit, di mana jika sakit maka akan memerlukan biaya untuk pengobatan penyakitnya (Roesli, 2007).

ASI yang hanya terdapat dan tersimpan dalam payudara ibu selain selalu tersedia dalam suhu yang tepat, juga merupakan makanan bayi yang selalu siap di manapun dan kapanpun dibutuhkan bayi jika ia lapar, selama bayi bersama dengan ibunya. Dengan demikian, saat bepergian ibu tidak perlu membawa perlengkapan pemberian makanan/minuman selain ASI. Ibu yang berhasil memberikan ASI kepada bayinya akan merasakan kebahagiaan, kepuasan, dan kebanggaan tersendiri.

ASI tidak hanya memberikan manfaat untuk bayi dan ibu saja, tetapi salah satunya juga dapat memberikan manfaat untuk negara. Jika ibu menyusui bayinya secara eksklusif negara dapat menghemat devisa untuk pembelian susu formula dan perlengkapan pembuatan susu formula; menghemat anggaran kesehatan juga karena bayi tidak disusui tidak mudah sakit dan rendahnya resiko ibu untuk terkena kanker; menghemat pembelian obat-obatan, tenaga kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan; memiliki cikal-bakal generasi penerus yang berkualitas dan sehat; memiliki warga negara perempuan yang sehat; dan menciptakan keluarga-keluarga Indonesia menjadi keluarga sehat dan sejahtera.

ASI sangat baik dan ramah terhadap lingkungan, karena dalam proses produksinya tidak melibatkan pabrik-pabrik, tidak memiliki sampah dan limbah,

tidak memerlukan karton, kardus, kaleng, alat transportasi untuk distribusi, sehingga tidak menimbulkan polusi udara maupun polusi air.

#### 2.1.4 Manajemen Laktasi

Depkes RI (2002) mengemukakan laktasi merupakan proses yang berkesinambungan dan terintegrasi ke dalam proses reproduksi perempuan dimulai dari ASI diproduksi di awal kehamilan sampai proses pemberian ASI kepada bayi. Sedangkan manajemen laktasi adalah kegiatan tata laksana yang diperlukan untuk menunjang keberhasilan menyusui. Dimulai dari persiapan di masa kehamilan, segera setelah persalinan dan kemudian pada masa menyusui.

Proses laktasi melibatkan dua faktor yang diatur oleh hormon. Pada masa kehamilan, payudara semakin membesar karena adanya pelebaran sel-sel yang berperan dalam proses laktasi, yaitu sel duktus laktiferus dan sel kelenjar pembuat ASI. Selain itu, perubahan ukuran payudara juga disebabkan oleh peningkatan suplai darah yang beredar lewat payudara. Hormon yang berperan penting dalam proses laktasi adalah hormon prolaktin. Kadar hormon ini tinggi dalam siklus maternal selama kehamilan, akan tetapi belum bisa berfungsi, karena kerjanya ditekan/dihambat oleh hormon-hormon penting pada kehamilan, yaitu hormon estrogen dan progesteron yang juga tinggi dalam sirkulasi maternal. Namun, lepasnya plasenta di akhir proses persalinan membuat kadar hormon estrogen dan progesteron berangsur-angsur turun, sehingga hormon prolaktin sudah mulai aktif. Peningkatan kadar prolaktin akan menghambat ovulasi, sehingga dengan demikian dapat mencegah kehamilan, tetapi diperlukan intensitas menyusui yang terus-menerus agar mendapatkan efek kontrasepsi ini. Isapan bayi saat disusui segera setelah lahir dapat meningkatkan hormon prolaktin, hingga pada akhirnya dapat melancarkan sekresi ASI yang sesungguhnya (Depkes, 2002 dan Verralls, 2003).

Selain hormon, proses laktasi juga melibatkan kerja refleks. Jadi diperlukan kerja sama antara hormon dan refleks dalam memproduksi ASI. Refleks yang terjadi pada ibu yang menyusui adalah refleks pembuatan atau produksi ASI atau biasa disebut dengan refleks prolaktin dan refleks pengeluaran ASI yang juga dikenal dengan refleks oksitosin atau *let down reflex*.

Adanya isapan bayi saat menyusu memberikan rangsangan melalui serabut syaraf ke bagian dasar otak ibu yaitu kelenjar hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin ke dalam aliran darah. Kemudian prolaktin ini akan merangsang kelenjar payudara untuk mensekresi ASI. Prolaktin akan keluar jika terjadi pengosongan ASI pada ampulla atau tempat penyimpanan air susu yang terletak di bawah areola. Semakin banyak ASI yang dikeluarkan dari payudara ibu, maka akan semakin banyak ASI yang diproduksi. Hal ini dapat terjadi karena jika bayi mengisap daerah areola dan puting payudara ibu, maka ASI akan dikeluarkan dari ampulla tadi. Isapan bayi tersebut akan memberikan rangsangan kepada kelenjar hipofise anterior yang berada di dasar otak untuk mengeluarkan hormon prolaktin ke dalam aliran darah untuk kemudian merangsang kelenjar payudara untuk memproduksi ASI dan menyimpannya di ampulla, begitu seterusnya. Dengan demikian, isapan bayi sangat penting untuk menjaga kelancaran proses laktasi. Makin sering bayi mengisap payudara ibu, maka akan semakin banyak produksi ASI yang diproduksi. Namun sebaliknya, jika isapan bayi berkurang, maka produksi ASI pun akan berkurang. Mekanisme tersebut dikenal dengan mekanisme “*supply and demand*” (Depkes, 2002 dan Verralls, 2003).

Kemudian selain refleks pembentukan ASI, ada juga refleks pengeluaran ASI atau refleks oksitosin atau *let down reflex*. Mekanisme yang terjadi pada refleks ini adalah adanya isapan bayi pada areola dan puting payudara ibu memberikan rangsangan melalui serabut syaraf untuk memacu kelenjar hipofise posterior agar melepas hormon oksitosin ke dalam aliran darah. Kemudian oksitosin tersebut memacu sel-sel myoepithel berada di sekeliling alveoli dan duktuli untuk berkontraksi sehingga ASI akan mengalir dari alveoli tersebut ke duktuli menuju sinus dan puting. Pengisapan bayi akan merangsang sekresi air susu yang lebih banyak.

Namun refleks ini mudah sekali dipengaruhi oleh emosi ibu, rasa sakit, rasa percaya diri, dan khawatir. Misalnya ibu merasakan sakit ketika perineumnya dijahit, malu untuk menyusui karena tidak ada tempat yang membuat ia nyaman, dan sebagainya. Adanya perasaan yang mengganggu ibu dapat menghambat produksi ASI. Oleh karena itu, sangat penting untuk membuat ibu merasa

nyaman, santai, ibu percaya diri dan bebas dari rasa sakit dan khawatir (Depkes, 2002 dan Verralls, 2003).

Hormon oksitosin ini juga memiliki peranan dalam kontraksi otot rahim, sehingga mempercepat keluarnya plasenta dan dengan demikian akan mengurangi perdarahan dan juga mempercepat proses pengecilan rahim. Adanya refleks oksitosin ditandai oleh hal-hal seperti berikut: Ibu merasa payudaranya seperti diperas sebelum dan selama menyusui; ASI dapat keluar apabila ibu mendengar suara tangisan atau memikirkan bayinya; ASI menetes pada payudara yang tidak disusui jika bayi menyusui pada payudara yang satunya; ibu merasa sakit karena rahimnya berkontraksi pada saat menyusui; dan ibu merasakan isapan yang dalam dan pelan di mana hal tersebut menunjukkan ASI mengalir ke dalam mulut bayi (Depkes, 2002).

Selain ibu, bayi juga memiliki refleks-refleks selama masa pemberian ASI. Depkes (2002) mengemukakan ada tiga jenis refleks pada bayi, yaitu: refleks mencari puting (*rooting reflex*), yaitu apabila pipi bayi disentuh, maka ia akan menoleh ke arah sentuhan. Bila bibir bayi disentuh ia akan membuka mulut dan berusaha untuk mencari puting untuk menetek; refleks menghisap (*suckling reflex*) terjadi karena rangsangan puting pada palatum durum bayi bila aerola masuk ke dalam mulut bayi. Aerola dan puting akan tertekan gusi, lidah dan langit-langit, sehingga menekan sinus laktiferus yang berada di bawah areola. Dengan demikian terjadilah pengeluaran ASI melalui suatu gerakan peristaltik; dan refleks menelan (*swallowing reflex*), yaitu refleks yang membuat gerakan otot menelan ASI yang keluar dari puting ibu.

Untuk menunjang proses laktasi, Depkes (2002) menganjurkan ibu untuk mempersiapkan langkah-langkah yang harus dilakukan mulai dari masa kehamilan (*antenatal*), segera setelah bayi lahir, masa neonatus, dan masa menyusui selanjutnya (*postneonatal*). Sedangkan pihak yang dapat menunjang manajemen laktasi adalah pihak yang melakukan pelayanan sayang bayi pada institusi kesehatan. Pihak tersebut terdiri dari dokter; bidan dan atau perawat; dan ibu sendiri, yang memiliki peran masing-masing dan berbeda-beda.

Dalam hal ini peran dokter adalah melaksanakan kebijakan dan tata tertib rawat gabung, membantu dalam merawat ibu dan bayi, memberikan penyuluhan

kepada ibu dan keluarga mengenai laktasi termasuk gizi untuk ibu menyusui. Sedangkan peran bidan dan atau perawat adalah memotivasi ibu untuk melakukan perawatan payudara baik selama hamil maupun saat masa menyusui, menjelaskan cara menyusui, merawat bayi, merawat tali pusat, dan mengajarkan ibu bagaimana memandikan bayi. Dengan demikian, petugas kesehatan perlu diberikan pendidikan yang memadai mengenai manajemen laktasi. Kemudian peran ibu sendiri untuk menunjang laktasi adalah mempraktekkan hal-hal yang diajarkan atau dijelaskan petugas kesehatan, serta mengamati apabila terjadi hal-hal yang tidak biasa pada ibu dan bayinya agar segera dilaporkan kepada petugas kesehatan.

Selain adanya pihak yang berkaitan dengan pemberian ASI, diperlukan juga tempat untuk menunjang proses laktasi, di antaranya pojok laktasi dan tempat kerja sayang ibu/bayi. Pojok laktasi dapat berupa sarana promosi kesehatan dan sebagai upaya penerapan penunjang keberhasilan pemberian ASI. Pojok laktasi ini disediakan di tempat-tempat umum (Rumah Sakit, Puskesmas, Posyandu, tempat perbelanjaan, *airport*, stasiun, terminal, restoran, dan sebagainya), tempat kerja sayang ibu/bayi (kantor pemerintah, swasta, dan tempat kerja lainnya) dengan tujuan memberikan kesempatan ibu untuk dapat menyusui bayinya dengan nyaman tanpa harus merasa malu atau risih.

## **2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi Ketidacukupan ASI**

### **2.2.1 Persepsi Ketidacukupan ASI**

Persepsi adalah proses diterimanya rangsangan (objek, kualitas, hubungan antargejala, maupun peristiwa) sampai rangsangan itu disadari dan dimengerti (Irwanto dalam Trisnawati (2010)).

Persepsi terjadi saat seseorang menerima stimulus dari dunia luar kemudian ditangkap oleh organ-organ atau alat bantu (alat indra) yaitu dapat melalui hidung, mata, telinga, lidah, dan kulit, yang kemudian masuk ke dalam otak. Di dalamnya terjadi proses berpikir yang pada akhirnya terwujud dalam sebuah pemahaman. Pemahaman inilah yang dimaksud dengan persepsi (Sarwono, 2010).

Ketidacukupan suplai ASI adalah persepsi ibu terhadap kuantitas dan kualitas ASI-nya tidak dapat memenuhi kebutuhan dalam peningkatan berat badan

bayinya. Persepsi ketidakcukupan ASI melibatkan beberapa faktor seperti kepercayaan diri ibu, dukungan suami, kesehatan maternal, dukungan mertua, berat badan bayi lahir, perilaku bayi, makanan padat, dan susu formula. Alasan-alasan yang sering dikemukakan oleh ibu-ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI tersebut, antara lain adalah bayi rewel, menangis setelah disusui, dan peningkatan berat badan bayi yang kurang baik. Dengan demikian, ibu yakin dan menganggap kondisi tersebut merupakan tanda bahwa ASI mereka tidak bisa mencukupi kebutuhan bayi mereka. Maka untuk memenuhi kebutuhan bayi, mereka segera memberikan susu formula, yang sebenarnya hanya akan membuat terganggunya fisiologi laktasi. Kekhawatiran mereka dapat mempengaruhi refleksi *let down* yang akan mempersulit mereka menyusui bayinya (Worthington-Roberts, 2000 dan WHO, 2004).

Banyak ibu mulai memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tidak perlu, dengan alasan bayinya “sering menangis”, sehingga ibu pikir bayinya lapar dan ibu tidak punya cukup ASI. Akan tetapi MP-ASI seringkali ternyata tidak selalu membuat tangis bayi berkurang. Kadang bayi lebih sering menangis. Perlu diketahui oleh ibu bahwa banyak alasan bayi menangis, di antaranya adalah adanya ketidaknyamanan (karena kotor, panas, dingin), kelelahan (terlalu banyak pengunjung), penyakit atau nyeri, kelaparan (tidak mendapat cukup ASI, percepatan pertumbuhan, makanan ibu (makanan apa saja, kadang susu sapi), obat yang dikonsumsi ibu (kafein, rokok, obat-obatan lain), terlalu banyak ASI, kolik, bayi yang “banyak kebutuhan”. Jadi, jika bayi menangis alasannya belum tentu karena lapar saja (Depkes, 2007).

Persepsi ketidakcukupan ASI adalah keadaan yang terjadi pada seorang ibu yang memiliki kesadaran atau perasaan bahwa ibu tidak memiliki kecukupan suplai ASI untuk memenuhi kebutuhan bayinya (Hill dan Humenick (1989) dalam Gatti (2008)).

Banyak ibu yang merasa ASI-nya tidak mencukupi kebutuhan bayinya. Perasaan ibu tersebut biasanya muncul setelah setelah beberapa hari payudaranya tidak terasa tegang lagi dan bayinya sering minta disusui. Sebenarnya produksi ASI mereka tetap banyak walaupun payudara terasa tidak tegang lagi. Bayi juga sering minta disusui karena ASI cepat tercerna dan pencernaan menjadi cepat

kosong. Kecukupan ASI yang diproduksi oleh ibu dapat dinilai dari penambahan atau penurunan berat badan hasil penimbangan bayi secara teratur. Jika kenaikannya masih dalam batas normal, berarti bayi mendapat cukup ASI, begitu sebaliknya. Selain itu kecukupan juga dapat dinilai dari frekuensi kencing bayi. Bayi yang mendapat cukup ASI frekuensi kencingnya minimal enam kali dalam sehari, begitu sebaliknya (Yuliarti, 2010). Namun, ketidakcukupan ASI hanya terjadi pada kasus yang ekstrim, seperti misalnya kesehatan atau status gizi ibu yang kurang baik. Kasus tersebut dapat mengubah kemampuan ibu untuk memproduksi ASI dalam jumlah cukup (WHO, 2004).

Produksi ASI sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan ibu. Ibu yang selalu dalam keadaan gelisah, kurang percaya diri, rasa tertekan dan berbagai bentuk ketegangan emosional, mungkin akan gagal dalam menyusui bayinya (Moehji, 1988). Bayi yang menangis terlalu lama akan cepat lelah sehingga kemampuan menghisapnya juga berkurang dan ibu mungkin juga bisa kesal sehingga mengganggu proses laktasi (Yuliarti, 2010).

Persiapan psikologis ibu untuk menyusui pada saat kehamilan sangat berarti, karena keputusan atau sikap ibu yang positif harus dimiliki sejak saat kehamilan atau bahkan jauh sebelumnya. Persiapan psikologis tersebut dapat berupa motivasi yang diberikan oleh petugas kesehatan agar ibu percaya dan yakin akan berhasil memberikan ASI kepada bayinya dan penjelasan bahwa persalinan dan menyusui merupakan proses alamiah yang hampir semua ibu dapat menjalaninya serta penjelasan mengenai berbagai manfaat memberikan ASI untuk bayi, ibu, keluarga, bahkan negara dan kerugian jika ibu memberikan susu formula; keterbukaan, perhatian, dan kesiapan petugas kesehatan untuk membantu memecahkan masalah apabila ibu menghadapi persoalan dalam memberikan ASI sehingga hilang keraguan atau ketakutan untuk bertanya tentang masalah yang dihadapinya; keinginan ibu untuk bertanya kepada ibu menyusui lainnya, kerabat, atau keluarga lain yang berpengalaman menyusui sebelumnya; partisipasi suami dan atau anggota keluarga lain yang berperan dalam keluarga untuk menciptakan suasana kondusif agar ibu menyusui dapat fokus memberikan ASI kepada bayinya dan cukup istirahat dengan cara pekerjaan rumah tangganya dibantu oleh suami atau anggota keluarga lainnya (Soetjiningsih, 1997).

### 2.2.2 Kenaikan Berat Badan dan Status Gizi Ibu Selama Hamil

Soetjiningsih (1997) menjelaskan bahwa selama kehamilan seorang ibu akan mengalami perubahan baik anatomis, fisiologis, maupun perubahan lainnya; yang akan meningkatkan kebutuhan akan zat gizi dalam makanannya. Di dalam rahim ibu terdapat janin yang sedang tumbuh, di tempat lain beberapa organ tubuh ibu mengalami perubahan fungsi dalam rangka mempersiapkan kehadiran bayi; termasuk penimbunan cadangan ibu (*maternal stores*) yang kelak diperlukan dalam masa laktasi. Persiapan ibu untuk masa laktasi salah satunya adalah dengan mengkonsumsi makanan yang sehat dimulai sejak kehamilan dengan harapan dapat memenuhi kebutuhan zat gizi yang dibutuhkan untuk memenuhi zat gizi dalam ASI, kebutuhan zat gizi untuk memproduksi ASI, dan kebutuhan zat gizi untuk kesehatan ibu sendiri.

Selanjutnya setelah melahirkan sampai terutama pada enam bulan pertama, dianjurkan untuk memenuhi kecukupan konsumsi energi dan lemak untuk menyediakan ASI bagi agar status gizi ibu menyusui tetap baik (Jeanny (2000) dan Prentice (2000) dalam Irawati (2009)).

Pada ibu menyusui semua makanan yang dikonsumsi digunakan untuk aktivitas dan metabolisme dalam tubuh, selain untuk produksi ASI. Produksi ASI lebih dipengaruhi oleh banyaknya lemak pada payudara, sedangkan kelenjar penghasil ASI sama banyaknya pada tiap payudara. Keadaan gizi ibu pada masa sebelum hamil, kenaikan berat badan selama hamil dan masukan makanan selama laktasi, sangat berpengaruh terhadap produksi dan kualitas ASI. Ibu dengan gizi baik akan dapat memberikan ASI: pada bulan pertama  $\pm 600$  ml, pada bulan ketiga meningkat menjadi 700-750 ml, pada bulan keenam meningkat menjadi 750-800 ml, kemudian bulan-bulan berikutnya menurun/berkurang tergantung isapan bayi. Sedangkan ibu dengan gizi kurang akan memberikan ASI pada enam bulan pertama berkisar antara 500-700 ml, enam bulan kedua menurun menjadi 400-600 ml, dan tahun kedua menjadi 300-400 ml (Soetjiningsih, 1997 dan Yuliarti, 2010).

Hasil penelitian Trisnawati (2010) menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan persepsi kemampuan laktasi (nilai-p=0,009) serta kenaikan berat badan ibu selama hamil memiliki hubungan yang bermakna dengan persepsi kemampuan laktasi (nilai-p=0,002). Dari hasil analisis diperoleh

pula nilai  $OR=3,654$ , artinya ibu dengan status gizi sesuai dengan rekomendasi mempunyai peluang 3,65 kali untuk memiliki persepsi mampu laktasi dibanding dengan ibu yang status gizi selama hamilnya kurang dari rekomendasi.

### **2.2.3 Umur Ibu**

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, 1986).

Dari segi produksi ASI ibu-ibu yang berusia 19-23 tahun lebih baik dalam menghasilkan ASI dibanding dengan ibu yang berusia lebih tua. Primipara yang berusia 35 tahun cenderung tidak menghasilkan ASI yang cukup (Pujiadi (2000) dalam Trisnawati (2010)). Idealnya, umur 20-30 tahun merupakan rentang usia yang aman untuk bereproduksi dan pada umumnya ibu pada usia tersebut memiliki kemampuan laktasi yang lebih baik daripada yang berumur lebih dari 30 tahun (Roesli (2004) dalam Astuti, 2010).

Namun sebaliknya, Whitehead (1986) menjelaskan bahwa ibu-ibu muda memiliki kecenderungan yang kurang baik dalam menghasilkan ASI karena berbagai alasan. Status gizi mereka sendiri sebelum hamil seringkali tidak memadai, pengawasan kehamilannya penuh dengan ketegangan. Sesudah melahirkan, tuntutan-tuntutan sosial dan tekanan-tekananan sosial semua melawan pembentukan dan pemeliharaan penyusuan yang layak.

Seperti juga ditemukan oleh McKenzie (2007), angka menyusui pada wanita dari semua ras selama dekade terakhir ini menunjukkan peningkatan. Angka tersebut tampak paling tinggi pada wanita usia 35 tahun dan di atasnya. Wanita yang kecil kemungkinannya untuk menyusui bayinya adalah mereka yang berusia kurang dari 20 tahun.

### **2.2.4 Pekerjaan**

Pengaruh kemajuan teknologi dalam perubahan sosial budaya dan adanya beban ekonomi mengakibatkan ibu-ibu di perkotaan umumnya bekerja di luar rumah dan makin meningkat daya belinya. Ibu-ibu golongan ini menganggap

lebih praktis membeli dan memberikan susu botol daripada menyusui. Semakin meningkatnya jumlah angkatan kerja wanita di berbagai sektor, maka akan semakin banyak ibu yang harus meninggalkan bayinya sebelum berusia 4 bulan, setelah habis cuti bersalin. Hal ini menjadi kendala tersendiri bagi kelangsungan pemberian ASI eksklusif (Depkes, 2002). Oleh karena itu, pekerjaan mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI eksklusif, karena untuk sementara waktu ibu tidak berada dekat dengan anaknya. Ibu yang bekerja cenderung lebih cepat memberikan MP-ASI kepada bayinya (Esterik (1990) dalam Trisnawati (2010)).

Dari segi peraturan ketenagakerjaan (Undang-Undang Ketenagakerjaan No.13/2003 Pasal 81), lama cuti hamil dan melahirkan hanya 3 bulan. Lama cuti hamil dan melahirkan yang tercantum dalam peraturan tersebut tentu tidak cukup bagi pelaksanaan ASI eksklusif 6 bulan kecuali jika difasilitasi dengan instrumen penyimpan ASI baik di rumah maupun di tempat kerja (Fikawati dan Syafiq, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Huang, et al. (2009) juga menemukan hasil bahwa pekerjaan ibu berhubungan secara signifikan dengan persepsi ibu terhadap suplai ASI (nilai- $p=0,022$ ). Sulitnya pelaksanaan ASI eksklusif 6 bulan pada ibu bekerja dibuktikan pada penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati (2010) didapatkan nilai- $p=0,034$  yang artinya ada hubungan bermakna antara pekerjaan dengan persepsi kemampuan laktasi. Namun, pekerjaan justru dapat berlaku sebaliknya. Pada penelitian yang dilakukan oleh Unika Atmajaya ditemukan bahwa ibu yang bekerja tidak berhubungan dengan pemberian ASI pada bayinya. Hal ini membuktikan bahwa ibu yang bekerja akan semakin baik pengetahuan dan pola pemberian ASI-nya karena dengan bekerja, ibu dapat berinteraksi dengan orang-orang lain di sekitarnya di dalam lingkungan tempat kerjanya, sehingga memungkinkan ibu untuk meningkatkan pengetahuan dan akhirnya dapat mempraktekkan pengetahuan yang telah diperolehnya tersebut (Unika Atmajaya (1995) dalam Haryanto dan Hadi, 2009).

### 2.2.5 Paritas

Menurut Soetjiningsih (1997), kenaikan jumlah paritas menyebabkan ada sedikit perubahan produksi ASI yaitu pada anak pertama: jumlah ASI  $\pm 580$  ml/24 jam, anak kedua: jumlah ASI  $\pm 654$  ml/24 jam, anak ketiga: jumlah ASI  $\pm 602$  ml/24 jam, kemudian anak kelima: jumlah ASI  $\pm 506$  ml/224 jam. Dari penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa semakin banyak jumlah paritas, maka produksi ASI semakin menurun.

Gatti (2008) dalam penelitiannya mengenai persepsi ibu tentang kekurangan/ketidakcukupan suplai ASI menyebutkan bahwa paritas dan pengalaman menyusui berpengaruh secara signifikan terhadap kesuksesan menyusui, di mana wanita yang baru pertama kali menyusui biasanya selalu berfikir akan resiko dan masalah menyusui atau penghentian menyusui di awal dibanding dengan wanita yang sudah pernah menyusui sebelumnya. Dilihat dari segi psikologisnya, ibu yang baru pertama kali menyusui bayinya memiliki kekhawatiran terhadap suplai ASI yang rendah secara kualitas dan kuantitas dalam memenuhi kebutuhan pertumbuhan bayinya (Worthington-Roberts, 2000).

Penelitian Soeparmanto dan Rahayu (2000) dalam Trisnawati (2010) 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. Namun, wanita yang pernah menyusui sebelumnya juga dilaporkan bermasalah dengan PIM (*Perceived Insufficient Milk*) (Trisnawati, 2010).

Namun dapat juga terjadi sebaliknya. Irawati (2010) dalam penelitiannya menemukan bahwa ibu dengan paritas lebih dari 3 anak secara fisiologi dan psikologis lebih baik dalam memberikan ASI kepada bayinya termasuk inisiasi menyusui. Ibu yang sudah berpengalaman, lebih percaya diri 'meminta kepada petugas kesehatan' agar bayinya langsung diberi ASI dan tidak diberi susu botol. Selain itu, menurut Nugroho (2011), ditemukan pada ibu yang melahirkan lebih dari satu kali, produksi ASI pada hari keempat setelah melahirkan lebih tinggi dibanding ibu yang melahirkan pertama kali. Sejalan dengan Irawati dan Nugroho, Nofriyentesni (2011) juga menemukan bahwa ibu yang paritasnya banyak ( $\geq 3$  kali melahirkan) memiliki kecenderungan untuk memberikan ASI

eksklusif sebesar 2,7 kali dibandingkan dengan ibu dengan paritas yang sedikit (1-2 kali melahirkan). Hal ini disebabkan oleh pengalaman yang dimiliki oleh ibu dalam memberikan ASI dan mengetahui cara untuk meningkatkan produktivitas ASI sehingga tidak ada masalah bagi ibu dalam memberikan ASI kepada bayinya.

### **2.2.6 Bimbingan Laktasi Pranatal**

Kesehatan bayi bergantung pada beberapa faktor, yaitu mencakup kesehatan ibu dan perilaku kesehatannya sebelum kehamilan, tingkat keikutsertaannya dalam layanan pranatal, mutu persalinannya, dan lingkungan bayi setelah lahir. Layanan kesehatan pranatal harus dimulai sebelum kehamilan saat suami-istri mempertimbangkan untuk mempunyai anak, dan layanan tersebut harus terus didapatkan selama kehamilan (McKenzie, et al., 2007).

Informasi dan dukungan kepada ibu dan keluarganya harus diberikan selama masa kehamilan. Persiapan menyusui pada masa kehamilan merupakan hal yang penting, sebab dengan persiapan yang lebih baik maka ibu lebih siap untuk menyusui bayinya. Oleh karena itu, sebaiknya ibu hamil masuk dalam kelas “Bimbingan Persiapan Menyusui” (BPM). Bimbingan laktasi pranatal merupakan dasar dari keberhasilan menyusui. Demikian pula suatu pusat pelayanan kesehatan, seperti Rumah Sakit, Rumah Bersalin atau Puskesmas harus mempunyai kebijakan yang berkenaan dengan pelayanan ibu hamil yang dapat menunjang keberhasilan menyusui (Soetjningsih, 1997 dan WHO, 2004).

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 pranatal, segera sesudah melahirkan, dan sesudah ibu dan bayinya dipulangkan dari Rumah Sakit. Program laktasi tersebut menurut Naylor (1983) dalam Soetjningsih (1997) meliputi: bimbingan pranatal, pelayanan pascanatal yang terarah, konsultasi patelepon selama 24 jam, evaluasi proses menyusui di Klinik Laktasi, konsultasi untuk NICU dan pendidikan petugas kesehatan. Kemudian menurut Soetjningsih (1997), bimbingan laktasi pranatal dapat berupa 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.

Pada studi yang dilakukan oleh Fikawati dan Syafiq (2009), terlihat bahwa saat ANC tidak banyak dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan untuk memberi informasi tentang ASI eksklusif kepada ibu, sehingga ibu tidak memberikan ASInya secara eksklusif. Studi ini juga memberikan saran bahwa pengetahuan ibu berperan penting dalam pelaksanaan ASI eksklusif, sehingga upaya meningkatkan pengetahuan harus dilaksanakan sebelum persalinan, karena sudah terlambat jika dilakukan setelah persalinan.

### **2.2.7 Berat Badan Bayi Baru Lahir**

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 positif antara berat lahir dan frekuensi serta lama menyusui terutama 14 hari pertama setelah bayi lahir (*National Academy Science* (1991) dalam Trisnawati, 2010).

Usia kehamilan dapat menjadi ukuran berat badan bayi lahir, maka sebagian besar bayi prematur dengan masa gestasi di atas 36 minggu biasanya mampu menyusui dengan segera. Sedangkan bayi dengan gestasi kurang dari 34 minggu belum mampu menyusui dengan segera (Soetjiningsih, 1997).

Alasannya adalah bayi lahir sebelum waktunya (prematur) atau bayi lahir dengan berat badan yang sangat rendah mungkin masih terlalu lemah apabila mengisap ASI dari payudara ibunya (Siregar, 2004). Bayi berat lahir rendah (BBLR) mempunyai masalah dalam hal menyusui karena kemampuan mengisap ASI yang lebih rendah dibanding bayi yang berat lahir normal (>2500 gr). Kemampuan mengisap ASI yang lebih rendah ini meliputi frekuensi dan lama penyusuan yang lebih rendah dibanding bayi berat lahir normal yang akan mempengaruhi stimulasi hormon prolaktin dan oksitosin dalam memproduksi ASI (Nugroho, 2011 dan Yuliarti, 2010).

Hal tersebut telah dibuktikan pada penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati (2010) hasilnya didapatkan nilai-p=0,030 untuk variabel berat badan

bayi lahir, yang artinya ada hubungan bermakna antara berat badan bayi lahir dengan persepsi kemampuan laktasi.

### 2.2.8 Inisiasi Menyusu Dini

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) (*early initiation*) atau permulaan menyusui dini adalah bayi menyusui segera setelah lahir. Bayi diletakkan di atas perut ibu sehingga terjadi kontak kulit bayi langsung dengan kulit ibunya setidaknya dalam satu jam segera setelah lahir dengan cara bayi merangkak mencari payudara (Roesli, 2010). IMD merupakan salah satu poin pedoman untuk keberhasilan menyusui yang dikemukakan WHO/UNICEF pada tahun 2005 mengenai *Breast Feeding Promotion and Support*, yaitu: “Mulai menyusui segera setelah lahir (dalam waktu satu jam)” (Kemenkes RI, 2010).

Telah disebutkan bahwa umumnya bayi mempunyai kemampuan yang tinggi untuk mengisap ASI dari buah dada ibunya. Akan tetapi beberapa jam berikutnya setelah lahir, kemampuan mengisap itu mulai menurun. Karena itu, sebaiknya bayi disusui segera setelah lahir. Beberapa alasan mengapa dianjurkan agar ibu menyusui bayinya segera setelah lahir yaitu menyusui bayi akan memberikan kepuasan dan ketenangan pada ibu. Beberapa ahli menyatakan bahwa menyusui akan memberikan rasa kebanggaan pada diri ibu bahwa ia telah dapat memberikan kehidupan pada bayinya; hisapan air susu akan mempercepat proses kembalinya uterus ibu ke ukuran yang normal. Pada saat bayi mulai menyusui, uterus ibu akan berkontraksi yang kadang-kadang menimbulkan rasa nyeri; dan penelitian menunjukkan bayi yang disusui segera setelah lahir (60 menit setelah lahir), lebih jarang menderita infeksi dan keadaan gizinya dalam tahun pertama usianya jauh lebih baik dibanding bayi yang terlambat diberi ASI (Moehji, 1988).

Di Amerika Serikat, data nasional menyebutkan bahwa meskipun terjadi peningkatan ibu yang melakukan IMD, tetapi banyak di antaranya yang tidak mampu memenuhi syarat menyusui secara eksklusif sesuai rekomendasi dalam hal eksklusivitas dan lamanya (durasi) menyusui. Angka tertinggi untuk kegagalan ini ditemukan terjadi pada minggu pertama setelah bayi dilahirkan. Persepsi ketidakcukupan ASI adalah alasan yang paling sering dikemukakan oleh ibu-ibu

yang berhenti menyusui dan terjadi di sebagian besar populasi di dunia (WHO (2000) dalam Gatti, 2008).

Studi *cross-sectional* di Taiwan yang dilakukan oleh Huang et al. (2009) mengungkap bahwa IMD memiliki hubungan yang bermakna dengan persepsi ibu terhadap suplai ASI-nya (nilai-p=0,002). Kemudian penelitian Aisyah (2009) menunjukkan bahwa salah satu faktor kegagalan praktik pemberian ASI eksklusif disebabkan karena belum adanya praktik pemberian ASI pada satu jam pertama setelah melahirkan. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fikawati dan Syafiq (2003) yang menunjukkan bahwa ibu yang *immediate breastfeeding* 2 sampai 8 kali lebih besar kemungkinannya untuk memberikan ASI secara eksklusif sampai 4 bulan dibandingkan dengan ibu yang tidak *immediate breastfeeding*. Dengan *immediate breastfeeding* ibu semakin percaya diri untuk tetap memberikan ASI-nya sehingga tidak merasa perlu untuk memberikan makanan/minuman apapun kepada bayi karena bayi bisa nyaman menempel pada payudara ibu atau tenang dalam pelukan ibu segera setelah lahir.

### **2.2.9 Penggunaan Alat Kontrasepsi**

Wanita yang menyusui akan terlindung dari kehamilan sampai mulai mendapatkan ovulasi. Untuk sebagian besar ibu maka kesuburan akan mulai bila sudah mendapatkan menstruasi. Akan tetapi ovulasi dapat terjadi sebelumnya. Jadi seorang ibu tidak perlu menunggu mendapatkan menstruasi untuk memulai memakai kontrasepsi. Promosi pemakaian ASI harus semakin gencar dilaksanakan oleh karena di samping efek kepentingan anak juga berperan sebagai KB tradisional meskipun belum efektif 100%. Untuk menyempurnakannya, seorang ibu yang sedang menyusui masih perlu memakai metode KB lainnya sebagai pelengkap. Kontrasepsi dalam masa nifas harus bertujuan untuk memperpanjang masa laktasi tanpa mengganggu kuantitas dan kualitas ASI-nya (Soetjiningsih, 1997).

Penggunaan alat kontrasepsi modern yang dapat mencegah kehamilan secara efektif sangat penting artinya dalam memperpanjang pemberian ASI. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pil yang mengandung hormon estrogen dapat mengurangi jumlah produksi ASI bahkan

dapat menghentikan produksi ASI secara keseluruhan. Bagi ibu yang ada dalam masa menyusui, alat kontrasepsi yang paling tepat adalah Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau lebih dikenal masyarakat dengan nama spiral atau IUD.

Dosis estrogen yang tinggi dalam pil kombinasi memiliki efek yang menghambat laktasi. Pil dengan dosis estrogen sebesar 50 µg tidak menghambat laktasi, jika digunakan setelah ibu sepenuhnya menyusui. Mini-pil yang hanya berisi progestin disebut sebagai kontrasepsi yang terbaik selama menyusui, tetapi mini-pil juga diklaim bahwa dapat membatasi produksi ASI dan dapat menyebabkan penyapihan lebih awal. Jenis kontrasepsi suntik 3 bulanan, Depo-Provera terbukti aman, efisien, dan tidak memiliki efek yang merugikan atau meningkatkan produksi ASI (Whitehead, 1981). Seperti dijelaskan juga oleh Cameron (1983), beberapa jenis kontrasepsi oral maupun suntikan yang mengandung estrogen yang tinggi dapat mempengaruhi produksi ASI. Oleh karena itu disarankan untuk lebih baik memilih IUD, diafragma, *foam*, atau kondom.

Kontrasepsi progestin, baik pil maupun suntikan memiliki cara kerja yaitu mencegah ovulasi; mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma; menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi; menghambat transportasi gamet oleh tuba; mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu. Kontrasepsi yang tidak mengandung hormon estrogen ini tidak memiliki pengaruh terhadap produksi ASI, sangat efektif selama periode menyusui, sehingga cocok untuk masa laktasi (Saifuddin, 2003).

#### **2.2.10 Promosi Susu Formula**

Iklan yang menyesatkan dari berbagai produksi makanan bayi menyebabkan ibu beranggapan bahwa makanan-makanan itu lebih baik dari ASI (Moehji, 1988). Gencarnya promosi pemberian susu formula merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi belum optimalnya pemberian ASI eksklusif (Kemenkes RI, 2011). Banyak ibu yang beranggapan bahwa susu formula sama baiknya atau bahkan lebih baik jika dibandingkan dengan ASI, sehingga ibu yang merasa ASI-nya kurang akan dengan cepat memberikan susu formula kepada bayinya (Yuliarti, 2010). Contoh-contoh (*samples*) susu formula bayi diketahui banyak disediakan di

tempat praktik dokter dan bidan serta diberikan saat ‘*discharge*’ rumah sakit atau rumah bersalin. Hal tersebut mendorong pemisahan ibu dari bayinya, mengurangi “kepercayaan diri ibu akan kemampuan menyusui”, dan memperbesar peluang ibu untuk memberikan MP-ASI dini (Sanyoto-Besar (2004) dalam Hermina dan Afriansyah, 2010).

Menurut Direktur Gizi Masyarakat Departemen Kesehatan, masih rendahnya pemberian ASI di Indonesia disebabkan oleh pengaruh penggunaan susu formula akibat dari gencarnya promosi susu formula. Masalahnya adalah belum adanya sanksi yang tegas mengenai pemasaran susu formula. Penemuan penting lainnya adalah adanya berbagai tayangan iklan susu formula yang menarik dan hadiah yang diberikan pada ibu pascasalin yang biasanya berupa “paket” berisi susu formula, botol susu, dan bahkan perlengkapan susu formula lainnya. Hal tersebut dapat mempengaruhi keputusan ibu untuk memberikan susu formula (Helda, 2009). Dengan demikian, keberhasilan ASI eksklusif dan IMD tidak pernah terjadi bila iklan susu formula masih sangat gencar dilakukan. Studi menunjukkan bukti yang jelas bahwa pemasaran susu formula mempengaruhi tenaga kesehatan dan ibu untuk memberikan susu formula kepada bayi (WHO (2006) dalam Fikawati dan Syafiq, 2010).

Pernyataan demikian diperkuat lagi pada studi kualitatif yang dilakukan oleh Permana (2006), ditemukan bahwa adanya promosi susu formula dengan penyampaian iklan yang menarik dan promosi lewat tenaga kesehatan merupakan salah satu penyebab kegagalan pemberian ASI eksklusif.

### **2.2.11 Dukungan Petugas Kesehatan**

Penolong persalinan merupakan kunci utama keberhasilan pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah melahirkan (*immediate breastfeeding*) karena dalam waktu tersebut peran penolong persalinan masih sangat dominan. Apabila penolong persalinan memfasilitasi ibu untuk segera memeluk bayinya maka interaksi ibu dan bayi diharapkan segera terjadi (Rahardjo, 2006).

Menurut sejumlah ahli ternyata ada pengaruh yang kurang baik terhadap pemberian ASI pada ibu-ibu yang melahirkan di Rumah Sakit atau Klinik Bersalin. Petugas kesehatan yang bekerja di RS atau Klinik Bersalin lebih

menitikberatkan upaya mereka agar persalinan dapat berlangsung dengan baik, ibu dan anak berada dalam keadaan selamat dan sehat. Masalah pemberian ASI kurang mendapat perhatian. Bahkan tidak jarang makanan pertama yang diberikan kepada bayi justru susu buatan atau susu sapi. Hal ini memberikan kesan yang tidak mendidik pada ibu, dan ibu akan selalu beranggapan bahwa susu sapi lebih baik dari ASI. Pengaruh itu akan menjadi semakin buruk apabila di sekeliling kamar bersalin atau ruang pemeriksaan dipasang gambar-gambar atau poster yang memuji penggunaan susu buatan. Selain itu, ternyata belum semua petugas paramedis diberi pesan dan cukup informasi agar menganjurkan setiap ibu untuk menyusui bayi mereka. Praktek yang keliru dengan memberikan susu botol kepada bayi yang baru lahir di Klinik Bersalin atau Rumah Sakit masih sering dijumpai (Moehji, 1988).

Hasil wawancara mendalam pada studi kualitatif yang dilakukan oleh Putra (2008) di salah satu Puskesmas di Provinsi Sumatera Barat, pada wawancara mendalam ditemukan bahwa praktek bidan terhadap pemberian ASI cukup mengagetkan, yaitu bahwa sebagian bidan mengakui pernah memberikan susu bantu kepada bayi, dengan indikasi apabila dalam dua jam belum juga keluar ASI, dengan alasan takut terjadi *hypoglikemi*. Dalam menyusui segera, tidak ada kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi karena bayi diberikan ke ibu dalam keadaan sudah terbungkus. Hal ini berlawanan dengan pendapat bidan-bidan yang disampaikan pada penggalian informasi dengan cara Diskusi Kelompok Terarah (DKT), yaitu semua bidan membantu ibu menyusui bayinya sebelum satu jam, tanpa berusaha untuk memberikan susu bantu.

Beberapa penelitian membuktikan bahwa sikap petugas kesehatan sangat mempengaruhi pemilihan makanan bayi oleh ibunya. Pengaruh ini dapat berupa sikap negatif secara pasif, sikap yang “*indifferent*” yang dinyatakan dengan tidak menganjurkan dan tidak membantu bila ada kesulitan laktasi. Sikap ini dapat pula aktif, misalnya bila ada kesulitan laktasi, malah menasihatkan ibu untuk segera beralih saja ke susu botol. Kemudian adanya sikap ragu-ragu dan ketidakpastian mengenai indikasi dan kontraindikasi menyusui juga dapat mempengaruhi keberhasilan laktasi. Sikap ini sangat mudah mempengaruhi ibu-ibu menyusui, membuat para ibu menjadi cemas sehingga mengganggu refleksi prolaktin dan

refleks *let down* pada ibu (Anand (1981) dalam Soetjningsih (1997)). Bahkan sering terjadi sikap “*indifferent*” petugas kesehatan diartikan ibu-ibu bahwa mereka dianjurkan untuk tidak menyusui bayinya (Soetjningsih, 1997).

Sampai sekarang ketidaktahuan dan kurangnya pengetahuan petugas mengenai manajemen laktasi telah menjadi penyebab utama kegagalan laktasi. Dalam meningkatkan penggunaan ASI, masalah utama dan prinsipel ialah bahwa ibu-ibu membutuhkan bantuan dan informasi yang mendukung sehingga menambah keyakinan bahwa mereka akan dapat menyusui bayinya dengan sukses (Barbados (1979) dalam Soetjningsih (1997)). Hal ini dapat terlihat dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Nofriyentesni (2011) bahwa ibu yang kurang mendapat dukungan tenaga kesehatan memiliki kecenderungan untuk tidak memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya sebesar 2,8 kali jika dibandingkan dengan ibu yang mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan.

Ketersediaan konselor menyusui di fasilitas pelayanan kesehatan turut mempengaruhi peningkatan keberhasilan pemberian ASI, karena hal tersebut merupakan salah satu bentuk dukungan dari tenaga kesehatan yang terdapat di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karenanya, Kemenkes mengupayakan agar setiap pelayanan kesehatan terutama di Puskesmas dan RS tersedia konselor menyusui akan membantu para ibu yang memiliki kendala memberikan ASI. Menurut Menkes, selain ketersediaan konselor menyusui, aspek lain yang perlu mendapat perhatian adalah komunikasi. Dengan komunikasi yang baik, pesan tentang manfaat pemberian ASI akan makin cepat sampai ke masyarakat. Komunikasi dapat dilakukan melalui media massa atau memanfaatkan jaringan elektronik berupa *website* dan jaringan internet (Kemenkes RI, 2011).

### **2.2.12 Dukungan Keluarga**

Dari berbagai penelitian, peran keluarga dapat membantu ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif. Dukungan suami dan anggota keluarga lainnya sangat dibutuhkan (Depkes RI, 2006). Bukan cuma ayah saja tetapi tentunya semua *stakeholder* terutama aparat kesehatan harus mendukung pelaksanaan IMD dan pemberian ASI Eksklusif, karena permasalahan ASI eksklusif ini telah dituangkan dalam Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan yaitu

pasal 128 yang berbunyi ”*setiap bayi berhak mendapat ASI eksklusif kecuali atas indikasi medik*” (Ali, 2011). Pada dasarnya, siapapun yang berada dekat dan sering berinteraksi dengan ibu menyusui, sangat berpotensi untuk memberikan dukungan baik dukungan emosional maupun dukungan praktek (WHO, 2004).

Peran keluarga terhadap keberhasilan menyusui yang terdiri dari peran suami dan peran anggota keluarga lainnya (Ali, 2011). Para suami biasanya mempercayakan masalah perawatan bayi kepada istri (subjek) walaupun kadang mereka berdiskusi terlebih dahulu sebelum memutuskan sesuatu. Namun para suami umumnya hanya mengingatkan hal-hal yang mereka tahu dapat membahayakan bayinya. Ayah dapat berperan aktif dalam keberhasilan pemberian ASI dengan jalan memberikan dukungan secara emosional dan bantuan-bantuan praktis lainnya, seperti mengganti popok atau menyendawakan bayi. Hubungan yang unik antara seorang ayah dan bayinya merupakan faktor yang penting dalam pertumbuhan dan perkembangan seorang anak di kemudian hari. Ayah perlu mengerti dan memahami persoalan ASI dan menyusui agar ibu dapat menyusui dengan baik (Roesli (2005) dalam Afifah (2007)).

Suami diharapkan membantu tugas rutin sehari-hari agar ibu tidak lelah dan dapat memusatkan perhatian pada bayi dan dirinya sendiri sehingga ibu merasa percaya diri dan bangga dapat menyusui. Suami dapat membantu istrinya agar cukup makan makanan bergizi. Cara seorang ayah untuk dapat membantu keberhasilan menyusui dapat dilakukan dengan cara-cara berikut: ayah menggendong bayi ke ibu saat bayi ingin menyusui; mengganti popok; menyendawakan bayi; memandikan bayi; menggendong dan mendendangkan bayi; membantu pekerjaan rumah tangga; membantu ibu yang bekerja; dan memijat bayi (Depkes RI, 2006).

Dukungan emosional suami sangat berarti dalam menghadapi tekanan luar yang meragukan perlunya ASI. Dukungan emosi dari suami dan keluarganya membuat ibu merasa tenang, hal mana akan membuat produksi ASI lebih lancar (Depkes RI dan UNICEF, 2005). Menurut berbagai penelitian tentang keberhasilan menyusui, seorang ayah yang tidak mengerti tentang bayi yang diberi ASI, hanya 26,9% yang mendapat ASI eksklusif, sementara itu untuk ayah yang mengerti tentang menyusui ditemukan 98,1 % dapat mencapai ASI eksklusif

(*Clinical Pediatrics* 94 dalam Ali, 2011). Dalam berbagai penelitian lainnya peranan ayah dalam keberhasilan menyusui sangat besar jika dibandingkan dengan anggota keluarga lainnya (*Am J Perinatology* 92, *J Paed Child* 97, *J Am DietAssoc* 97 dalam Ali, 2011).

Begitu juga pada studi yang dilakukan oleh Pisacane, et al. (2005) dalam Februhartanty et al. (2007), diperoleh prevalens dari menyusui eksklusif selama 6 bulan sebanyak 25% pada kelompok intervensi sedangkan pada kelompok kontrol hanya 15%. Secara signifikan ibu yang berhasil menyusui bayinya pada kelompok intervensi melaporkan bahwa mereka menerima dukungan dan bantuan dari pasangan mereka dalam mengatur cara pemberian makan bayinya.

Hasil penelitian Astuti (2010) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dalam pemberian ASI antara ibu yang tidak mendapatkan dukungan suami, di mana ibu yang tidak mendapatkan dukungan suaminya mempunyai *Odds Ratio* (OR) sebesar 6,73 kali, artinya ibu yang tidak mendapatkan dukungan dari suaminya memiliki kecenderungan untuk tidak memberikan ASI sebanyak 6,73 kali jika dibandingkan responden yang mendapatkan dukungan dari suaminya.

Peranan anggota keluarga yang lainnya, seperti orangtua dan mertua terhadap berhasil tidaknya subjek memberikan ASI eksklusif sangat besar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa subjek yang tinggal serumah dengan ibu (nenek) mempunyai peluang sangat besar untuk memberikan MP-ASI dini pada bayi (Roesli (2005) dalam Afifah (2007)). Penelitian yang dilakukan oleh Huang et al. (2009) menemukan bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan persepsi ibu terhadap suplai ASI-nya.

Namun sebaliknya, selain hal tersebut di atas, kekerabatan dan dukungan yang dimiliki dan diterima oleh ibu justru bisa bertentangan dengan prinsip kesehatan sehingga mempengaruhi praktek ibu dalam merawat bayinya (Bobak (1998) dalam Haryanto dan Hadi (2009)). Teori tersebut terbukti pada studi kualitatif yang dilakukan di antara bidan dan ibu menyusui di daerah Jakarta Utara ditemukan bahwa ayah memiliki pengaruh yang kuat untuk pengenalan kepada susu formula secara dini sebagai akibat ketidakpercayaan diri ayah terhadap kecukupan ASI istrinya dan akibat dari persepsi yang salah ketika bayi menangis.

Istrinya yang takut pada perintah suaminya, pada akhirnya akan menuruti suaminya untuk memberikan minuman tambahan berupa susu formula sebagai pelengkap ASI (Septiari, et al. (2006) dalam Februhartanty et al., 2007)). Oleh karena itu, sasaran pemberian informasi dirasakan penting tidak hanya kepada ibu saja, melainkan kepada suami dan keluarga yang turut terlibat dalam merawat bayi baik langsung maupun secara tidak langsung, sehingga ibu dapat melakukan perawatan yang adekuat (Haryanto dan Hadi, 2009).

### 2.2.13 Rawat Gabung

Rawat gabung (*rooming-in*) adalah satu cara perawatan di mana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan ditempatkan dalam sebuah ruangan, kamar, atau tempat bersama-sama selama 24 jam penuh dalam seharinya (Afifah, 2007). Perawatan gabung berarti ibu dan bayi dirawat bersama dalam satu ruangan yang tidak terpisah. Manfaat perawatan gabung ialah: 1) pembatasan kejadian infeksi silang; 2) promosi penggunaan ASI; 3) ibu dapat segera dilatih keterampilannya mengurus bayi; 3) hubungan psikologik ibu dan bayi lebih baik; dan 5) membantu tenaga perawatan (Wiknjosastro, 1999).

Kerinduan ibu untuk menyusui bayinya timbul apabila terdapat ikatan jasmani yang intim dengan bayinya. Bayi yang dirawat di samping ibunya, menyusui lebih sering daripada apabila ia dirawat terpisah. Pendekatan yang menyenangkan dan meyakinkan dari pihak yang berhadapan dengan ibu dalam lingkungan yang simpatik dan bersahabat akan membawanya kepada pembinaan lingkungan emosi, yang di dalamnya proses laktasi dapat dimulai dan dikembangkan (Ebrahim, 1986).

Perawatan bayi oleh ibu sendiri dengan jalan meletakkan bayi bersama ibunya di satu tempat tidur atau paling tidak dalam satu ruangan, akan merupakan hal yang sangat baik dan penting bagi ibu dan anak. Adanya hubungan yang erat antara ibu dan bayinya dan adanya kesempatan untuk dapat menyusui bayinya akan menumbuhkan sikap positif pada diri ibu terhadap pemberian ASI. Sikap ibu yang positif itu akan mempengaruhi reflek pancaran ASI (*milk ejection reflex*) (Moehji, 1988).

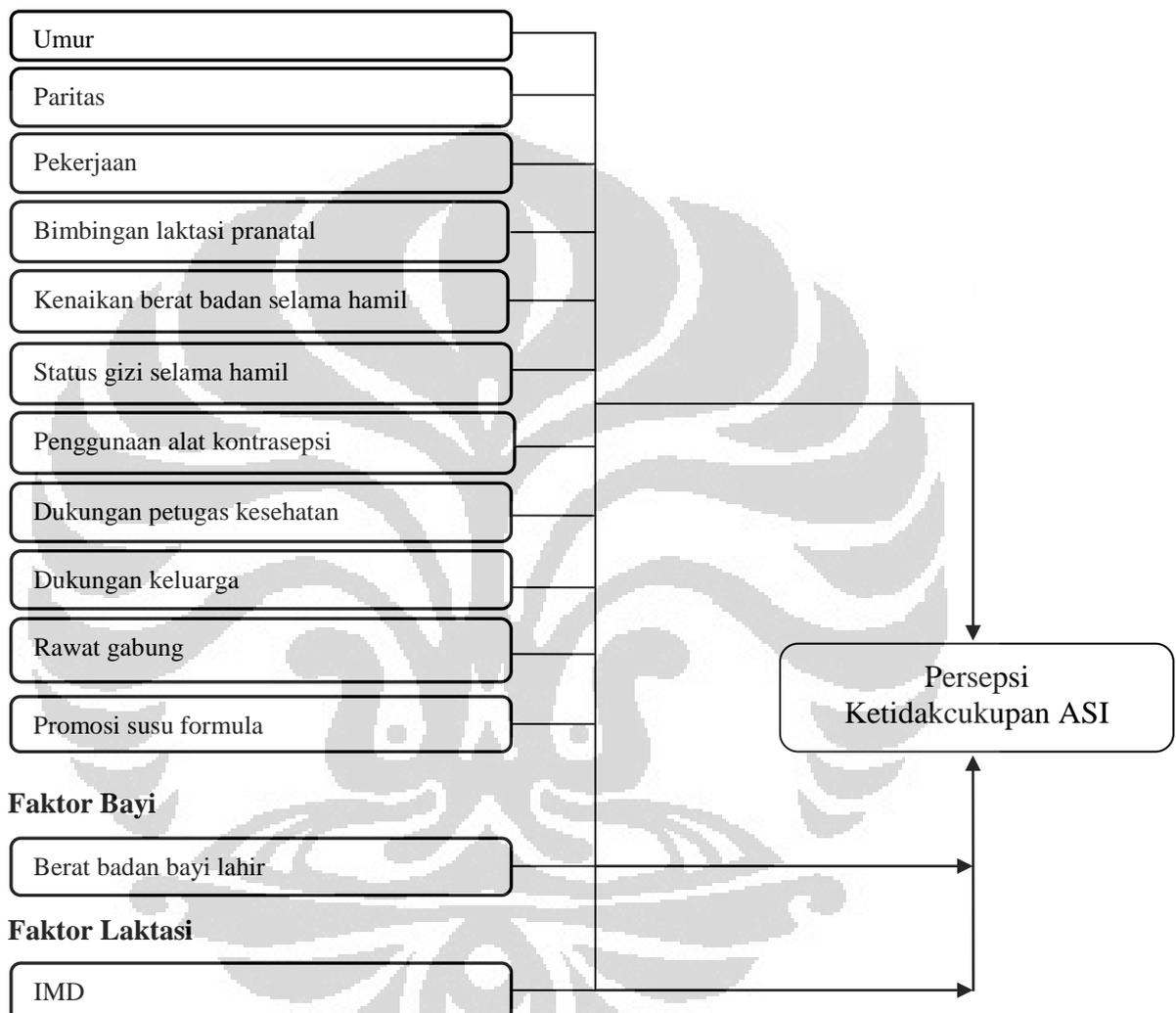
Kesiapan sarana pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kehamilan dan persalinan, termasuk kesiapan SDM-nya perlu diperhatikan juga apakah peraturan-peraturan tersebut sudah menyentuh peran dan mempertimbangkan situasinya. Namun, pada kenyataannya ditemukan rata-rata ibu-ibu di perkotaan melahirkan di RS dan RB yang tidak menganjurkan menyusui dan tidak menerapkan pelayanan rawat gabung serta tidak menyediakan fasilitas klinik laktasi, pojok laktasi atau sejenisnya. Jumlah rumah sakit sayang bayi diperkirakan hanya sekitar 50-70% pada rumah sakit pemerintah dan 10-20% pada rumah sakit swasta (Depkes (2002) dan Pusat Kesehatan Kerja Departemen Kesehatan RI dalam Fikawati dan Syafiq, 2010).

Soetjiningsih (1988) dalam Soetjiningsih (1997), pada penelitiannya di RS Sanglah Denpasar, menyimpulkan bahwa dengan adanya rawat gabung sangat menguntungkan, karena terdapat penurunan angka morbiditas dan mortalitas bayi, serta penghematan bagi keluarga dan rumah sakit akibat berkurangnya lama perawatan bayi baru lahir, pembelian susu formula dan pembelian cairan infus. Hal tersebut terbukti pada penelitian Huang et al. (2009) yang menemukan bahwa penerapan rawat gabung memiliki hubungan yang bermakna dengan persepsi ibu terhadap suplai ASI-nya (nilai-p=0,043).

## 2.3 Kerangka Teori

### Bagan 2 Kerangka Teori Faktor-faktor yang Dapat Mempengaruhi Persepsi Ketidacukupan ASI

#### Faktor Ibu



Sumber:

Diadaptasi dari "Conceptual framework of maternal perception of milk supply and related factor" (Huang, et al., 2009) dan Trisnawati (2010).

## **BAB 3**

### **KERANGKA KONSEP PENELITIAN, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS**

#### **3.1 Kerangka Konsep**

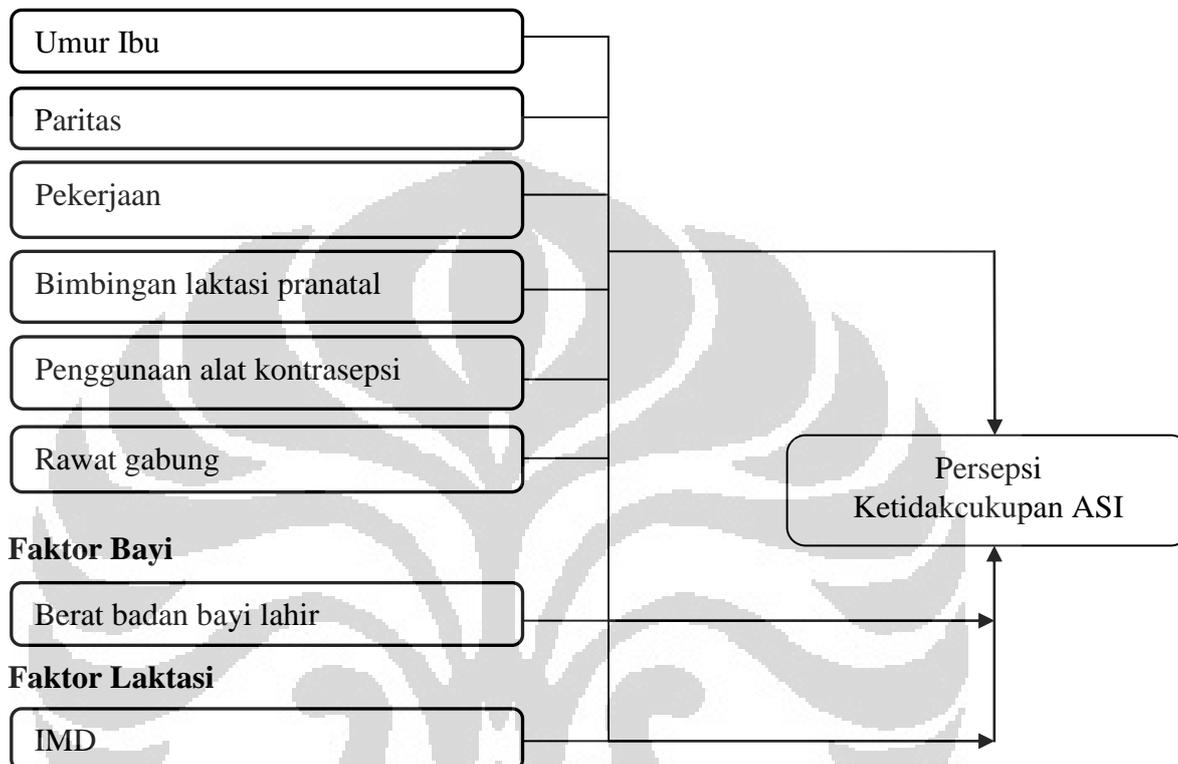
Berdasarkan kerangka teori yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa faktor-faktor yang berkaitan dengan persepsi ketidakcukupan ASI adalah Kenaikan berat badan dan status gizi selama hamil, Umur ibu, Pekerjaan, Paritas, Bimbingan laktasi pranatal, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), Penggunaan alat kontrasepsi, Promosi susu formula, Dukungan petugas kesehatan, Dukungan keluarga, Rawat gabung, dan Berat badan bayi lahir. Selanjutnya dari kerangka teori disusunlah kerangka konsep penelitian. Namun, karena keterbatasan penelitian, maka tidak semua faktor diteliti.

Kerangka konsep untuk penelitian ini adalah keterkaitan beberapa variabel yang dapat memberikan informasi secara rinci dan mendalam mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan seorang ibu menyusui sehingga memiliki persepsi ketidakcukupan ASI.

Berikut adalah kerangka konsep penelitian ini:

**Bagan 3**  
**Kerangka Konsep Persepsi Ketidacukupan ASI pada Ibu yang**  
**Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas**  
**Kota Depok**  
**Tahun 2011**

**Faktor Ibu**



Sumber:

Diadaptasi dari "Conceptual framework of maternal perception of milk supply and related factor" (Huang, et al., 2009) dan Trisnawati (2010).

### 3.2 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur	Sumber
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<b>Variabel Terikat</b>							
1.	Persepsi Ketidacukupan ASI	Persepsi ketidacukupan ASI adalah keadaan yang terjadi pada seorang ibu yang memiliki kesadaran atau perasaan bahwa ibu tidak memiliki kecukupan suplai ASI untuk memenuhi kebutuhan bayinya.	Kuesioner A pertanyaan nomor D.5, Kuesioner B pertanyaan nomor 1-10	Wawancara, Wawancara mendalam.	0. Ya, jika ibu memberikan alasan berhenti menyusui secara eksklusif terkait dengan kurangnya/ ketiadaan produksi ASI. 1. Tidak, jika ibu memberikan alasan berhenti menyusui secara eksklusif tidak terkait dengan kurangnya/ ketiadaan produksi ASI.	Nominal	Hill dan Humenick (1989) dalam Gatti (2008)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<b>Variabel Bebas</b>							
2.	Umur Ibu	Lamanya ibu hidup sejak dilahirkan sampai pada saat sekarang, dihitung dalam tahun.	Kuesioner A pertanyaan nomor A.1, Kuesioner B pertanyaan nomor 12.	Wawancara, Wawancara mendalam.	0. >30 tahun 1. ≤30 tahun	Ordinal	Depkes RI (1998)
3.	Paritas	Jumlah anak yang telah dilahirkan oleh seorang ibu, baik lahir hidup maupun lahir mati dengan usia kehamilan minimal 28 minggu.	Kuesioner A pertanyaan nomor A.2, Kuesioner B pertanyaan nomor 13.	Wawancara, Wawancara mendalam.	0. 1-2 (sedikit) 1. ≥3 kali (banyak)	Ordinal	Hartuti (2006)
4.	Pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan ibu untuk membantu penghasilan keluarga.	Kuesioner A pertanyaan nomor F.2, Kuesioner B pertanyaan nomor 14.	Wawancara, Wawancara mendalam.	0. Bekerja 1. Tidak bekerja/IRT	Nominal	Nofriyentesni (2011)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
5.	Bimbingan laktasi pranatal	Informasi yang didapat responden mengenai ASI dari bidan/petugas kesehatan selama kunjungan ANC.	Kuesioner A pertanyaan nomor B.1-B.5, Kuesioner B pertanyaan nomor 15-17	Wawancara, Wawancara mendalam.	0. Tidak, jika responden tidak mendapatkan nasehat mengenai ASI. 1. Ya, jika responden mendapatkan nasehat mengenai ASI.	Nominal	Trisnawati (2010)

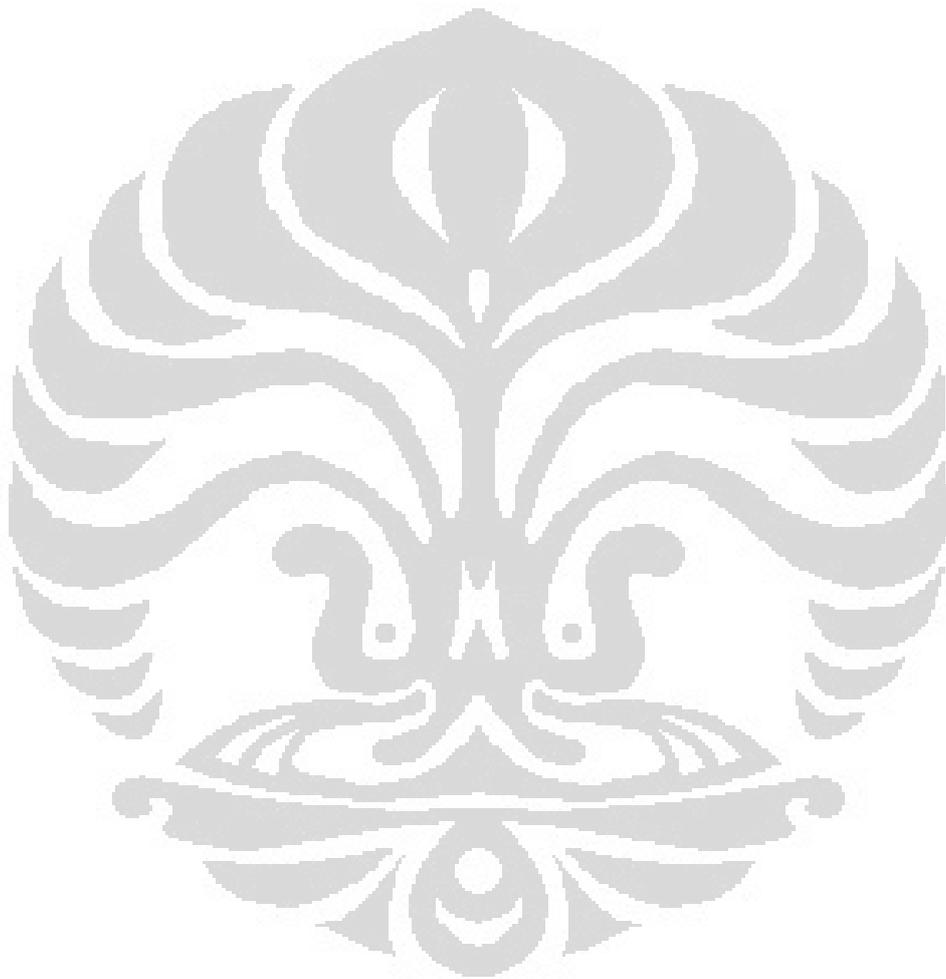
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
6.	Penggunaan kontrasepsi	Alat KB yang sedang digunakan responden yang digolongkan ke dalam tiga kategori, yaitu KB yang mengandung hormon estrogen; tidak mengandung hormon estrogen; dan tidak menggunakan alat/metode kontrasepsi.	Kuesioner A pertanyaan nomor E.1-E.2, Kuesioner B pertanyaan nomor 21-22	Wawancara, Wawancara mendalam.	<p>0. Mengandung estrogen, jika kontrasepsi yang digunakan mengandung hormon estrogen, seperti: pil kombinasi dan suntik kombinasi.</p> <p>1. Tidak mengandung estrogen, jika kontrasepsi yang digunakan tidak mengandung hormon estrogen atau non-hormonal, seperti: kontrasepsi progestin, IUD, tubektomi.</p> <p>2. Tidak menggunakan alat/metode kontrasepsi, jika setelah melahirkan anak terakhir hingga saat wawancara, ibu tidak menggunakan alat/metode kontrasepsi.</p>	Nominal	Trisnawati (2010)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
7.	Rawat gabung	Satu cara perawatan di mana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan ditempatkan dalam sebuah ruangan, kamar, atau tempat bersama-sama selama 24 jam penuh dalam seharinya.	Kuesioner A pertanyaan nomor C.6, Kuesioner B pertanyaan nomor 18-19	Wawancara, Wawancara mendalam.	0. Tidak 1. Ya	Nominal	Afifah (2007)
8.	Berat badan bayi lahir	Ukuran berat badan bayi ketika dilahirkan (dalam gram).	Kuesioner A pertanyaan nomor C.4-C.5, Kuesioner B pertanyaan nomor 11	Wawancara, Wawancara mendalam.	0. $\leq 2500$ gram 1. $> 2500$ gram	Ordinal	Trisnawati (2010)
9.	Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	Inisiasi Menyusu Dini (IMD) ( <i>early initiation</i> ) atau permulaan menyusui dini adalah bayi menyusui segera setelah lahir. Bayi diletakkan di atas perut ibu sehingga terjadi kontak kulit bayi langsung dengan kulit ibunya setidaknya dalam satu jam segera setelah lahir dengan cara bayi merangkak mencari payudara.	Kuesioner A pertanyaan nomor C.3, Kuesioner B pertanyaan nomor 23-24	Wawancara, Wawancara mendalam.	0. Tidak 1. Ya	Nominal	Roesli (2010)

### 3.3 Hipotesis

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

1. Ada hubungan antara umur ibu dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
2. Ada hubungan antara paritas dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
3. Ada hubungan antara pekerjaan dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
4. Ada hubungan antara bimbingan laktasi pranatal dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
5. Ada hubungan antara penggunaan alat kontrasepsi dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
6. Ada hubungan antara rawat gabung dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
7. Ada hubungan antara berat badan bayi lahir dengan persepsi ketidakcukupan ASI.
8. Ada hubungan antara IMD dengan persepsi ketidakcukupan ASI.



## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1 Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Pada penelitian kuantitatif digunakan desain deskriptif dengan metode *cross-sectional* yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan. Setelah itu, dari kelompok responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, diteliti lebih lanjut dengan cara studi kualitatif dengan desain studi kasus, di mana peneliti menggali secara *natural* tentang persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan, untuk mengkaji fenomena dari kasus/kejadian lebih terinci dan mendalam.

#### **4.2 Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas yang terdiri dari dua kelurahan, di mana masing-masing kelurahan memiliki Posyandu yang aktif melakukan kegiatan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. Wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas dipilih sebagai lokasi penelitian dengan pertimbangan bahwa wilayah kerja Puskesmas tersebut menempati urutan pertama di antara empat Puskesmas yang berada di kecamatan Pancoran Mas, di mana kecamatan tersebut merupakan kecamatan dengan cakupan ASI eksklusif terendah di Kota Depok. Selain itu dengan pertimbangan bahwa di wilayah kerja tersebut terdapat fasilitas kesehatan yang memadai seperti Bidan Praktek Swasta (BPS), Rumah Bersalin (RB), Rumah Sakit Umum (RSU), dan sebagainya.

#### **4.3 Populasi dan Sampel**

##### **4.3.1 Populasi**

Populasi adalah kumpulan individu di mana hasil suatu penelitian akan dilakukan generalisasi (Ariawan, 1998). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan dan telah berhenti menyusui secara eksklusif, artinya ibu tersebut berhenti menyusui secara eksklusif dengan

memberikan tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, maupun tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, dan tim, sebelum bayi mencapai umur 6 bulan dengan alasan apapun.

#### 4.3.2 Sampel

Kriteria sampel ini adalah ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan dan telah berhenti menyusui secara eksklusif yang berada di wilayah kerja dan datang ke Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok maupun ke Posyandu. Besarnya sampel dalam penelitian ini dihitung berdasarkan estimasi proporsi dengan presisi mutlak (Ariawan, 1998).

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

Keterangan:

N = Jumlah sampel minimal yang diperlukan

Z 1- $\alpha/2$  = 1,64 (Nilai untuk derajat kepercayaan 90%)

P = Proporsi fenomena ibu yang memiliki persepsi kemampuan laktasi tidak mampu di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok, yaitu sebesar 32% (0,32) (Panjaitan, 2011)

d = Presisi mutlak sebesar 10% (0,1)

Dengan demikian yang dibutuhkan sebanyak:

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

$$N = \frac{(1,64)^2(0,32)(0,68)}{(0,1)^2}$$

$$N = 58,5$$

Berdasarkan perhitungan di atas, diketahui bahwa jumlah sampel yang dibutuhkan adalah minimal 58 orang sebagai responden dalam penelitian ini, dan untuk mengantisipasi kelengkapan jawaban, maka jumlah sampel digenapkan menjadi 60 orang.

#### 4.4 Metode/Teknik Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan adalah data primer yang diambil dengan cara melakukan wawancara terhadap responden dengan menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang menggambarkan masing-masing variabel yang akan diteliti. Kemudian pada responden yang berhenti menyusui secara eksklusif dengan alasan ketiadaan/ketidakcukupan ASI, maka responden tersebut peneliti jadikan informan yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI (selanjutnya disebut informan PKA) untuk diteliti secara kualitatif. Penelitian kualitatif ini dilakukan untuk menggali informasi secara rinci dan mendalam mengenai persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan. Agar informasi yang diperoleh komprehensif dan terhindar dari bias, maka pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan cara, yaitu wawancara mendalam dan observasi.

Wawancara Mendalam/*In Depth Interview* dilakukan terhadap ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan, untuk mengetahui karakteristik, riwayat persalinan, bimbingan laktasi pranatal, status penggunaan kontrasepsi, serta peran petugas kesehatan. Sedangkan pengumpulan data dengan observasi pada Kartu Menuju Sehat (KMS) bayi untuk melihat tanda-tanda yang dapat dipercaya sebagai ketidakcukupan ASI.

#### 4.5 Instrumen

Pada penelitian kuantitatif, peneliti menggunakan kuesioner yang peneliti modifikasi dari kuesioner kuantitatif Trisnawati (2010) yang meneliti tentang Persepsi Ketidakmampuan Laktasi (PKL). Kuesioner kuantitatif, yang selanjutnya disebut sebagai Kuesioner A, berisi pertanyaan-pertanyaan yang dianggap mewakili/menggambarkan masing-masing variabel yang akan diteliti. Sedangkan pada penelitian kualitatif, peneliti menggunakan panduan wawancara mendalam, yang selanjutnya disebut sebagai Kuesioner B, yang disusun berdasarkan tujuan penelitian yang ingin menggali lebih rinci dan mendalam mengenai persepsi ketidakcukupan ASI serta faktor-faktor yang berhubungan. Pada penelitian kualitatif, peneliti berperan sebagai instrumen utama dalam pengumpulan data.

#### 4.6 Sumber Informasi

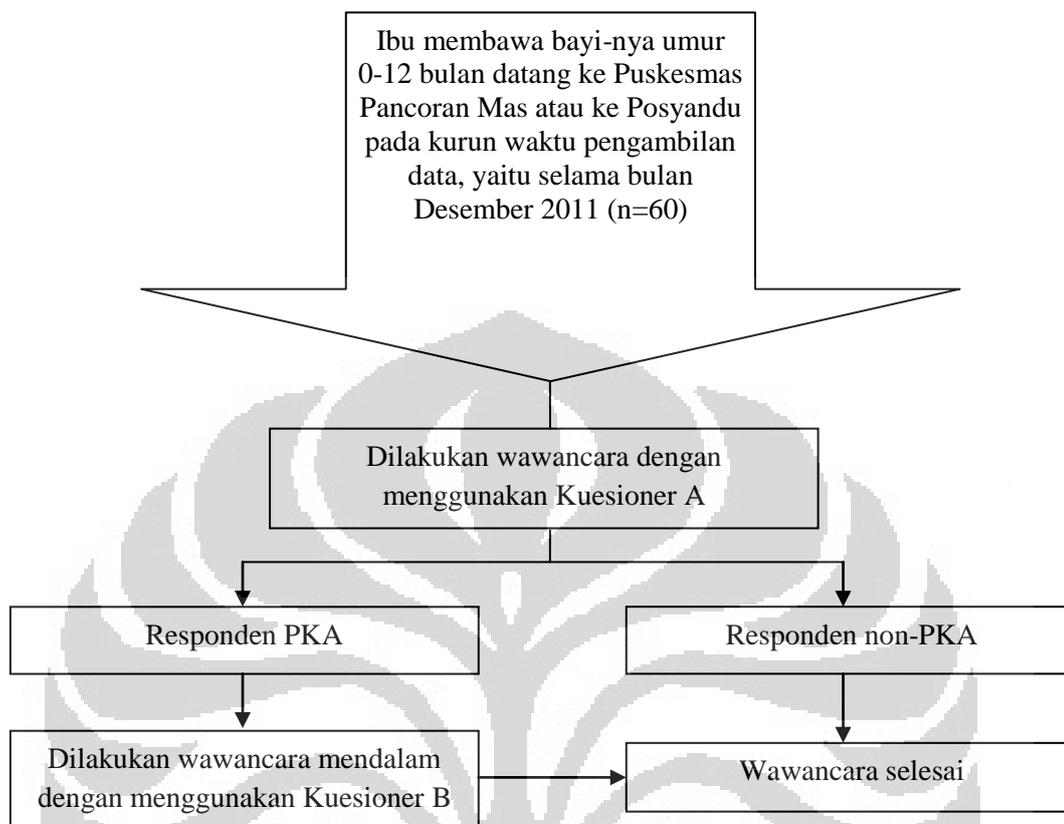
Sumber informasi diperoleh dari ibu-ibu membawa bayi-nya umur 0-12 yang datang ke Puskesmas Pancoran Mas untuk diberikan imunisasi di Poliklinik Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta dilakukan penimbangan/imunisasi di Posyandu di tiap-tiap RW pada masing-masing kelurahan atau dilakukan pemeriksaan kesehatannya di Poliklinik Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada kurun waktu pengambilan data, yaitu selama bulan Desember 2011 dan sebanyak 60 orang ibu (n=60). Sebelum bayinya diberikan imunisasi atau dilakukan pemeriksaan kesehatannya, bidan/perawat/dokter melakukan anamnesa, yaitu “Apakah saat ini bayi masih/pernah mendapat ASI saja?”. Ibu yang menjawab “*tidak, namun sebelumnya pernah diberi ASI saja dan kemudian berhenti pada usia sebelum 6 bulan dengan alasan apapun (termasuk karena jumlah ASI tidak cukup)*”, maka ibu tersebut akan dijadikan sebagai responden untuk penelitian kuantitatif.

Setelah itu, responden yang memiliki alasan berhenti memberikan ASI secara eksklusif tidak terkait dengan kurangnya/ketiadaan produksi ASI (selanjutnya disebut sebagai responden non-PKA), hanya diteliti menggunakan metode kuantitatif saja dan wawancara selesai.

Sedangkan, sebagian dari responden PKA pada penelitian kuantitatif tersebut selanjutnya dijadikan sebagai informan kualitatif, yaitu ibu yang menjawab “*tidak, namun sebelumnya pernah diberi ASI dan kemudian berhenti pada usia sebelum 6 bulan dengan alasan ASI yang diproduksi ibu tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi*”. Kemudian peneliti akan menggali lebih dalam mengenai persepsinya terkait dengan ketidakcukupan jumlah ASI-nya. Setelah wawancara mendalam dilakukan, maka proses wawancara seluruhnya selesai.

Proses pengumpulan data terangkum pada bagan berikut ini:

#### Bagan 4 Proses Pengumpulan Data



Sumber informasi atau informan dalam penelitian kualitatif ini diidentifikasi menggunakan cara purposif, yaitu melakukan wawancara mendalam terhadap informan yang tidak berhasil memberikan ASI-nya secara eksklusif dengan alasan ketidakcukupan/ketiadaan ASI.

Kriteria informan adalah sebagai berikut:

1. Ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan;
2. Bayi yang dilahirkan sehat dan tidak memiliki kelainan atau cacat bawaan;
3. Pada saat hamil, bersalin, dan nifas, ibu sehat dan tidak mengalami komplikasi;
4. Bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas, yaitu kelurahan Depok dan kelurahan Pancoranmas; dan
5. Bersedia diwawancarai dengan menandatangani *informed consent* penelitian.

Sumber informasi untuk penelitian kualitatif terdiri dari 9 orang ibu, yaitu responden yang pada kuesioner A menjawab “berhenti memberikan ASI saja dengan alasan tidak ada ASI atau ASI tidak mencukupi”.

Pemilihan informan dilakukan berdasarkan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*), yaitu informan dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki dan berkaitan dengan topik penelitian serta dianggap cukup jumlahnya jika data yang didapat telah menggambarkan seluruh fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian, sehingga jumlah sampel tidak menjadi faktor penentu utama, tetapi lebih mementingkan pada kelengkapan data. Hasil rekapitulasi informasi/data, informan, dan teknik pengumpulan data pada penelitian ini terangkum dalam tabel berikut:

**Tabel 4**  
**Rekapitulasi Jenis Informasi/Data, Informan, dan Teknik Pengumpulan Data**

<b>Tujuan Khusus</b>	<b>Informasi yang Dibutuhkan</b>	<b>Informan</b>	<b>Teknik</b>
Gambaran persepsi ketidakcukupan ASI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu berhenti memberikan ASI eksklusif karena alasan ASI sedikit/tidak cukup atau tidak.</li> <li>- Hubungan antara persepsi ketidakcukupan ASI (PKA) dengan ketidakcukupan produksi ASI.</li> </ul>	Ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan.	Wawancara mendalam.
Faktor ibu	Umur, Paritas, Pekerjaan, Bimbingan laktasi pranatal, Penggunaan kontrasepsi, dan Rawat gabung .	Ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan.	Wawancara mendalam.
Faktor bayi	Berat badan bayi lahir	Ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan.	Wawancara mendalam.
Faktor laktasi	IMD	Ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan.	Wawancara mendalam.

#### 4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Data akan dikumpulkan pada bulan Desember 2011. Sebelum pengumpulan data dilakukan, terlebih dahulu akan diurus perizinan kepada Dinas Kesehatan Kota Depok. Pengumpulan data akan dilakukan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner dan juga teknik wawancara mendalam menggunakan panduan wawancara. Pada saat melakukan wawancara mendalam dengan informan, seluruh pembicaraan akan direkam dan sebelum direkam, peneliti meminta izin terlebih dahulu kepada informan untuk merekam proses wawancara. Selain itu, peneliti akan mencatat hal-hal penting yang terjadi selama proses wawancara berlangsung agar tidak ada informasi yang luput atau terlewatkan.

#### 4.8 Manajemen Data

Pada metode kuantitatif, manajemen data dilakukan secara manual. Setelah manajemen data selesai dilakukan, selanjutnya data diolah dengan menggunakan *software* komputer yaitu menggunakan SPSS versi 13.0. Langkah-langkah manajemen data yang dilakukan adalah sebagai berikut: Mengklasifikasikan data dan memberi kode untuk masing-masing variabel. Hal ini dilakukan untuk memudahkan penafsiran dengan cara mengubah data dari bentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Langkah ini disebut sebagai langkah pengkode-an (*coding*); Kuesioner yang telah terisi kemudian dilakukan pengecekan agar data yang telah diperoleh merupakan data yang lebih akurat untuk pengolahan data selanjutnya; Jawaban dari responden atau data yang terkumpul yang sudah berbentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program atau *software* computer (*entry*); dan Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, data perlu diperiksa kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian jika terdapat data yang salah dibersihkan dalam proses *cleaning* ini. Data yang telah bersih selanjutnya dilakukan analisa data.

Pada metode kualitatif, pengolahan data penelitian juga dilakukan dengan cara manual, yaitu sebagai berikut: Mengumpulkan data dari informasi yang didapat baik dari catatan maupun rekaman hasil wawancara mendalam yang telah

dilaksanakan; Membuat transkrip dari catatan dan rekaman hasil pengumpulan data yaitu dengan cara memindahkan data dari hasil rekaman ke dalam bentuk tulisan; Mengklarifikasikan data yaitu mengkategorikan data yang mempunyai karakteristik atau pola yang sama dengan cara mengelompokkan, meringkas, untuk memudahkan interpretasi data; Membuat matriks yaitu untuk memudahkan klarifikasi data yang sesuai dengan data yang diinginkan; dan Menyajikan ringkasan data ke dalam bentuk matriks untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang variabel yang ada dalam penelitian.

#### 4.9 Analisis Data

Hasil manajemen data kemudian dianalisis melalui 2 tahap, yaitu analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik, distribusi frekuensi dan proporsi dari masing-masing variabel yang diteliti. Analisis data ini dilakukan dengan cara mentabulasi data, kemudian disusun dalam tabel sesuai dengan variabel yang diteliti.

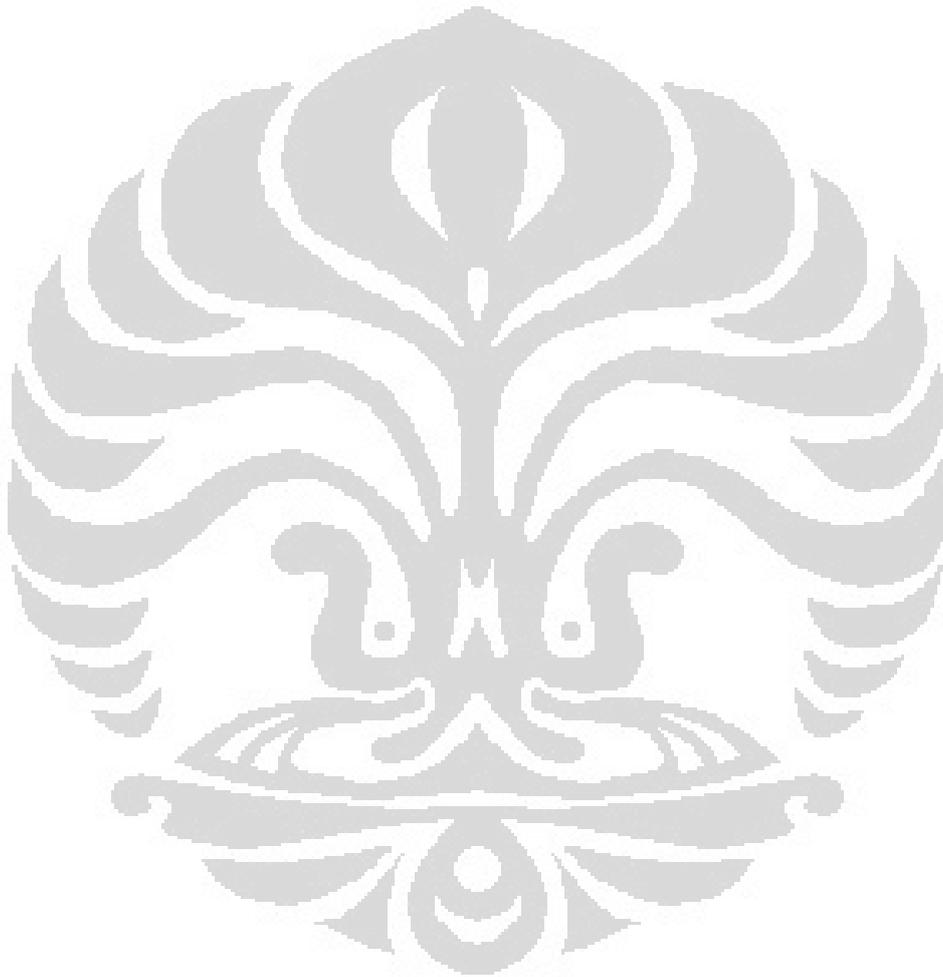
Pada hasil analisis univariat tersebut selanjutnya akan dilakukan analisis bivariat, di mana dilakukan terhadap dua variabel yang diduga memiliki hubungan atau berkorelasi. Hubungan variabel yang akan dilihat adalah antara variabel bebas (variabel independen) dengan variabel terikat (variabel dependen). Dalam analisis bivariat ini dilakukan beberapa tahap, antara lain: Analisis proporsi atau persentase, dengan membandingkan distribusi silang antara dua variabel yang bersangkutan; Analisis uji statistik, untuk melihat kesimpulan uji statistik ini, apakah hubungan dua variabel tersebut bermakna atau tidak bermakna, yaitu dengan menggunakan uji kai kuadrat (*chi-square*); serta analisis keeratan hubungan antara dua variabel tersebut dengan melihat nilai *Odds Ratio* (OR).

Uji statistik bivariat menggunakan tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ). Rumus uji *chi-square* adalah sebagai berikut:

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

Sementara itu, pada analisis data kualitatif, jawaban informan dianalisis dengan cara mengidentifikasi persamaan dan perbedaan jawaban dengan

menganalisa dan melalui kajian data (*analysis content*) untuk dapat membuat kesimpulan, melalui usaha menemukan karakteristik pesan yang dilakukan secara objektif dan sistematis. Pada tahap analisis data ini, juga dilakukan dengan cara mengelompokkan data uraian informan dan melakukan *cleaning data* terhadap data yang salah atau tidak sesuai.

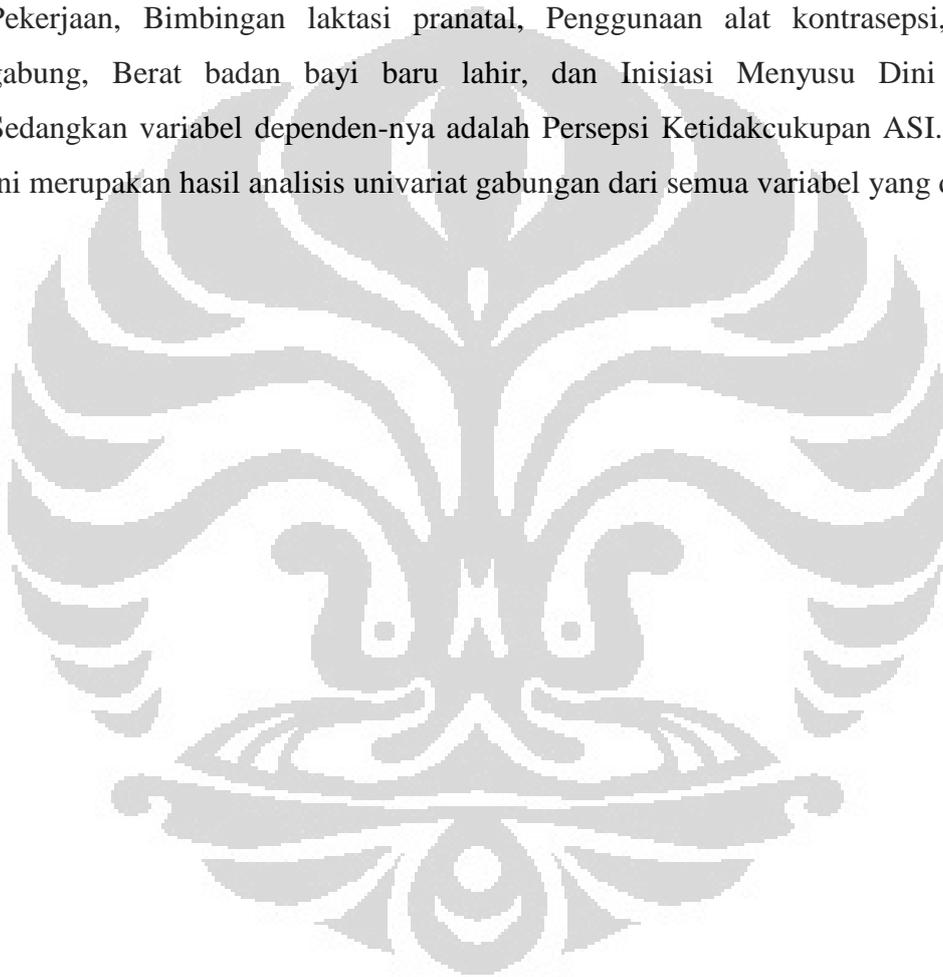


## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Analisis Univariat**

Hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti, baik variabel dependen maupun variabel independen. Variabel independen dalam penelitian ini meliputi Umur Ibu, Paritas, Pekerjaan, Bimbingan laktasi pranatal, Penggunaan alat kontrasepsi, Rawat gabung, Berat badan bayi baru lahir, dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Sedangkan variabel dependennya adalah Persepsi Ketidakcukupan ASI. Berikut ini merupakan hasil analisis univariat gabungan dari semua variabel yang diteliti.



**Tabel 5.1**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Ketidacukupan ASI,**  
**Faktor Ibu, Faktor Bayi, dan Faktor Laktasi**  
**pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan**  
**di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Tahun 2011**

No.	Variabel	Jumlah	Persentase
<b>Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA)</b>			
1.	Ya	34	56,7
2.	Tidak	26	43,3
Total		60	100
<b>Faktor Ibu</b>			
<b>Umur Ibu</b>			
1.	>30 tahun	22	36,7
2.	≤30 tahun	38	63,3
Total		60	100
<b>Paritas</b>			
1.	1-2	43	71,7
2.	≥3	17	28,3
Total		60	100
<b>Pekerjaan</b>			
1.	Bekerja	18	30,0
2.	Tidak bekerja	42	70,0
Total		60	100
<b>Bimbingan Laktasi Pranatal</b>			
1.	Tidak	9	15,0
2.	Ya	51	85,0
Total		60	100
<b>Penggunaan Alat Kontrasepsi</b>			
1.	Mengandung estrogen	12	20,0
2.	Tidak mengandung estrogen	31	51,7
3.	Tidak menggunakan kontrasepsi	17	28,3
Total		60	100
<b>Rawat Gabung</b>			
1.	Tidak	19	31,7
2.	Ya	41	68,3
Total		60	100
<b>Faktor Bayi</b>			
<b>Berat Badan Bayi Lahir</b>			
1.	≤2500 gram	9	15,0
2.	>2500 gram	51	85,0
Total		60	100
<b>Faktor Laktasi</b>			
<b>Inisiasi Menyusu Dini (IMD)</b>			
1.	Tidak	27	45,0
2.	Ya	33	55,0
Total		60	100

Tabel 5.1 menunjukkan distribusi frekuensi berdasarkan persepsi ketidakcukupan ASI, faktor ibu (umur ibu, pekerjaan, paritas, bimbingan laktasi pranatal, penggunaan alat kontrasepsi, dan rawat gabung), faktor bayi (berat badan bayi lahir), dan faktor laktasi (IMD). Persepsi ketidakcukupan ASI dibagi menjadi 2 kategori, yaitu ya, artinya ibu berhenti menyusui bayinya secara eksklusif terkait dengan kurangnya/ketiadaan produksi ASI; dan tidak, artinya ibu berhenti menyusui bayinya secara eksklusif tidak terkait dengan kurangnya/ketiadaan produksi ASI. Di antara 60 responden, terdapat 34 (56,7%) responden memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, kemudian sebanyak 26 (43,3%) responden tidak memiliki persepsi ketidakcukupan ASI atau alasan berhenti menyusui bayinya secara eksklusif tidak terkait dengan adanya ketiadaan/ketidakcukupan ASI.

Umur ibu dibagi menjadi 2 kategori, yaitu kelompok umur  $\leq 30$  tahun dan kelompok umur lebih dari 30 tahun. Di antara 60 responden terdapat 22 (36,7%) responden umurnya  $>30$  tahun dan sebanyak 38 (63,3%) responden berumur  $\leq 30$  tahun. Sedangkan paritas ibu atau jumlah anak yang telah dilahirkan oleh seorang ibu baik lahir hidup maupun lahir mati dengan usia kehamilan minimal 28 minggu, pada penelitian ini dibagi menjadi 2 kategori, yaitu ibu dengan paritas 1-2 dan ibu dengan paritas  $\geq 3$ . Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa di antara 60 responden, terdapat 43 (71,7%) responden pernah melahirkan anak sebanyak 1-2 kali, dan sebanyak 17 (28,3%) responden pernah melahirkan anak  $\geq 3$  kali.

Pekerjaan adalah kegiatan ibu di luar rumah yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan. Pada penelitian ini pekerjaan dibagi menjadi 2 kategori, yaitu bekerja dan ibu yang tidak bekerja. Di antara 60 responden, sebagian besar, yaitu sebanyak 42 (70%) responden tidak bekerja, dan sedangkan 18 (30%) responden adalah ibu yang bekerja.

Bimbingan laktasi pranatal adalah informasi yang didapat responden mengenai ASI dari bidan atau petugas kesehatan lainnya selama kunjungan *Ante Natal Care* (ANC). Pada penelitian ini, bimbingan laktasi pranatal dibedakan menjadi 2 kategori, yaitu ya, jika selama ANC ibu mendapatkan informasi mengenai ASI dari petugas kesehatan; dan tidak, artinya selama ANC, ibu tidak pernah memperoleh informasi mengenai ASI yang diberikan oleh bidan atau petugas kesehatan lainnya. Hasil penelitian pada tabel 5.1 menggambarkan bahwa

sebagian besar responden pernah mendapatkan bimbingan laktasi pranatal yaitu sebanyak 51 (85%) responden dan hanya sebagian kecil saja responden yang tidak pernah mendapatkan bimbingan laktasi selama kehamilannya yaitu sebanyak 9 (15%) responden.

Penggunaan alat kontrasepsi adalah alat kontrasepsi yang sedang digunakan oleh responden yang dalam penelitian ini digolongkan ke dalam 3 kategori, yaitu KB yang mengandung hormon estrogen; tidak mengandung hormon estrogen; dan tidak menggunakan alat/metode kontrasepsi apapun. Tabel 5.1 menunjukkan bahwa di antara 60 responden, terdapat 12 (20,0%) responden yang menggunakan alat/metode kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen, kemudian sebanyak 31 (51,7%) responden yang menggunakan alat/metode kontrasepsi yang tidak mengandung hormon estrogen, sedangkan sebanyak 17 (28,3%) responden tidak menggunakan alat/metode kontrasepsi apapun.

Rawat gabung (*rooming-in*) adalah satu cara perawatan di mana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan ditempatkan dalam sebuah ruangan, kamar, atau tempat bersama-sama selama 24 jam penuh dalam seharinya. Pada penelitian ini, penulis membaginya menjadi 2 kategori, yaitu ya, jika ibu dan bayi setelah proses persalinan dirawat dalam satu kamar/ruangan selama 24 jam penuh; dan tidak, jika ibu dan bayi setelah proses persalinan dirawat terpisah, tidak berada dalam satu kamar/ruangan selama 24 jam penuh. Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 60 responden, terdapat 19 (31,7%) responden yang tidak menjalani rawat gabung bersama bayinya setelah melahirkan, sedangkan sebanyak 41 (68,3%) responden yang rawat gabung setelah melahirkan.

Dilihat dari faktor bayi, maka berat badan bayi lahir merupakan faktor yang diduga memiliki hubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI. Berat badan bayi lahir adalah ukuran berat badan bayi ketika dilahirkan. Pada penelitian ini, berat badan bayi peneliti dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu bayi dengan berat lahir kurang dari atau sama dengan 2500 gram; dan bayi dengan berat lahir adalah lebih dari 2500 gram. Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 60 responden, terdapat 9 (15%) responden yang memiliki bayi dengan berat lahir kurang dari atau sama dengan 2500 gram, sedangkan sebanyak 51 (85%) responden yang memiliki bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram.

IMD (*early initiation*) atau permulaan menyusui dini adalah bayi menyusui segera setelah lahir. Pada penelitian ini, penulis mengelompokkan IMD menjadi 2 kategori, yaitu ya, jika pada saat proses persalinan ibu berinisiasi/segera menyusui bayinya setidaknya dalam satu jam segera setelah lahir; dan tidak, jika pada saat proses persalinan ibu tidak segera menyusui bayinya setidaknya dalam satu jam segera setelah lahir atau ibu baru memulai menyusui bayinya lebih dari satu jam setelah bayinya lahir. Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 60 responden, terdapat 33 (55%) responden yang berinisiasi menyusui dini atau segera menyusui bayi dalam satu jam pertama setelah melahirkan, sedangkan sebanyak 27 (45%) responden tidak berinisiasi menyusui dini pada saat proses melahirkan.

Selanjutnya untuk meng*cross-check* alasan ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, penulis juga memantau hasil penimbangan berat badan bayi sejak bayi lahir sampai umur bayi di mana ibu memberikan hanya ASI saja. Berikut ini merupakan tabel pemantauan berat badan bayi dari 34 ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI.

**Tabel 5.2**  
**Hasil Pemantauan Berat Badan Bayi Saat Lahir Sampai Umur Bayi**  
**Diberikan Hanya ASI Saja pada Ibu yang Memiliki Persepsi**  
**Ketidakcukupan ASI yang Dilihat dari Kartu Menuju Sehat (KMS) dan**  
**Rekam Medik Imunisasi di Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok**

No.	Umur Bayi Sekarang	Umur Bayi Diberi ASI Saja	Pemantauan Berat Badan	Keterangan
1.	17 minggu	16 minggu	2,9 kg/3,6 kg/4,4 kg/5,3 kg/6,2 kg	ASI cukup
2.	14 minggu	2 hari	3,9 kg/4 kg	ASI tidak cukup
3.	43 minggu	12 minggu	3,15 kg/3,7 kg/4,5 kg/5,2 kg	ASI cukup
4.	16 minggu	5 minggu	4 kg/4,4 kg	ASI tidak cukup
5.	22 minggu	4 hari	3,3 kg/3,7 kg	ASI tidak cukup
6.	24 minggu	2 hari	3,3 kg/4 kg	ASI cukup
7.	13 minggu	1 minggu	2,8 kg/5,1 kg	ASI cukup
8.	5 minggu	3 minggu	3,5 kg/5 kg	ASI cukup
9.	44 minggu	1 hari	3,8 kg/4,25 kg	ASI cukup
10.	8 minggu	6 minggu	3 kg/4,2 kg/5,8 kg	ASI cukup
11.	26 minggu	1 hari	4 kg/5,8 kg	ASI cukup
12.	2 minggu	5 hari	3,8 kg/3,5 kg	ASI tidak cukup
13.	32 minggu	20 minggu	3,2 kg/3,7 kg/4,4 kg/5,2 kg/6,5 kg/7,7 kg	ASI cukup
14.	11 minggu	2 minggu	3,1 kg/4,3 kg	ASI cukup
15.	32 minggu	1 minggu	2,8 kg/3 kg	ASI tidak cukup
16.	4 minggu	5 hari	2,95 kg/2,8 kg	ASI tidak cukup
17.	8 minggu	4 minggu	2,7 kg/3,1 kg	ASI tidak cukup
18.	20 minggu	4 minggu	2,8 kg/3,4 kg	ASI cukup
19.	12 minggu	1 minggu	3,2 kg/4,2 kg	ASI cukup
20.	28 minggu	2 hari	3,6 kg/4,7 kg	ASI cukup
21.	16 minggu	1 minggu	3,5 kg/4,3 kg	ASI cukup
22.	32 minggu	17 minggu	3 kg/4,9 kg/5,4 kg/6,5 kg/7 kg	ASI cukup
23.	20 minggu	12 minggu	3,7 kg/4,4 kg/5,4 kg/6,5 kg	ASI cukup
24.	25 minggu	22 minggu	3,4 kg/4,4 kg/5,5 kg/6,5 kg/7,5 kg/8,8 kg	ASI cukup
25.	8 minggu	4 hari	3,3 kg/4,1 kg	ASI cukup
26.	45 minggu	1 minggu	3,4 kg/ 3,5 kg	ASI tidak cukup
27.	8 minggu	1 minggu	2,5 kg/3,6 kg	ASI cukup
28.	16 minggu	4 minggu	3,2 kg/4 kg	ASI cukup
29.	24 minggu	12 minggu	2,5 kg/2,9 kg/4,1 kg/5,7 kg	ASI cukup
30.	12 minggu	4 minggu	3 kg/3,8 kg	ASI cukup
31.	48 minggu	4 minggu	2,7 kg/3,2 kg	ASI cukup
32.	11 minggu	4 minggu	3,4 kg/4,1 kg	ASI cukup
33.	16 minggu	3 hari	3,3 kg/3,8 kg	ASI cukup
34.	23 minggu	22 minggu	2,2 kg/2,6 kg/3,45 kg/3,8 kg/4,5 kg/5 kg	ASI tidak cukup

Tabel 5.2 menunjukkan hasil pemantauan berat badan bayi saat lahir sampai umur bayi diberikan hanya ASI saja pada ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI yang dilihat dari KMS dan rekam medik imunisasi di Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok. Menurut Depkes (2007), selama enam bulan pertama, bayi sebaiknya berat badannya bertambah minimal 500 gram setiap bulan atau 125 gram setiap minggu. Jika penambahan berat badan bayi cukup, maka dapat dikatakan bahwa bayi mendapat cukup ASI. Jika dilihat dari hasil pemantauan di atas, di antara 34 ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, terdapat 9 (26,5%) ibu yang benar-benar memiliki ketidakcukupan ASI, karena berat badan bayinya tidak sesuai dengan rekomendasi Depkes (2007). Sedangkan sebanyak 25 (73,5%) ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, sebenarnya memiliki kecukupan ASI atau dengan kata lain jumlah produksi ASInya masih mencukupi kebutuhan bayinya.

## 5.2 Analisis Hubungan Dua Variabel (Bivariat)

Analisis bivariat merupakan uji statistik untuk mengetahui adanya hubungan variabel independen (Umur, Paritas, Pekerjaan, Bimbingan laktasi pranatal, Penggunaan alat kontrasepsi, Rawat gabung, Berat badan bayi baru lahir, dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)) dengan variabel dependen (persepsi ketidakcukupan ASI). Uji statistik yang digunakan adalah kai kuadrat (*chi-square*) karena masing-masing variabel sudah dikategorikan. Jika nilai-p  $\leq 0,05$ , berarti hasil uji statistik signifikan, yang artinya ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, sedangkan bila nilai-p  $> 0,05$ , berarti tidak ada hubungan antara proporsi kedua variabel tersebut. Berikut ini merupakan tabel 5.3 yang menunjukkan analisis hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen.

**Tabel 5.3**  
**Hubungan antara Umur Ibu, Paritas, Pekerjaan, Bimbingan Laktasi**  
**Pranatal, Penggunaan Alat Kontrasepsi, Rawat Gabung, Berat Badan Bayi**  
**Lahir, dan Inisiasi Menyusu Dini dengan Persepsi Ketidacukupan ASI**  
**pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan**  
**di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Tahun 2011**

Variabel	Persepsi		Total n=60	OR (95% CI)	nilai-p
	Ketidacukupan ASI Ya n (%)	Tidak n (%)			
<b>Umur Ibu</b>					
>30 tahun	13 (59,1)	9 (40,9)	22 (100)	1,169	0,000
≤30 tahun	21 (55,3)	17 (44,7)	38 (100)	(0,404-3,387)	
<b>Paritas</b>					
1-2	25 (58,1)	18 (41,9)	43 (100)	1,235	0,006
≥3	9 (52,9)	8 (47,1)	17 (100)	(0,399-3,817)	
<b>Pekerjaan</b>					
Bekerja	11 (61,1)	7 (38,9)	18 (100)	1,298	0,029
Tidak bekerja	23 (52,9)	19 (47,1)	42 (100)	(0,421-4,001)	
<b>Bimbingan Laktasi Pranatal</b>					
Tidak	3 (33,3)	6 (66,7)	9 (100)	0,323	0,157
Ya	31 (60,8)	20 (39,2)	51 (100)	(0,072-1,439)	
<b>Penggunaan Alat Kontrasepsi</b>					
Mengandung estrogen	6 (50)	6 (50)	12 (100)	1,125	0,876
				(0,256-4,937)	
Tidak mengandung estrogen	19 (61,3)	12 (38,7)	31 (100)	0,711	0,575
				(0,215-2,349)	
Tidak menggunakan kontrasepsi	9 (52,9%)	8 (47,1%)	17 (100)		
<b>Rawat Gabung</b>					
Tidak	9 (47,4)	10 (52,6)	19 (100)	0,576	0,503
Ya	25 (61,0)	16 (39,0)	41 (100)	(0,192-1,726)	
<b>Berat Badan Bayi Lahir</b>					
≤2500 gram	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (100)	0,560	0,482
>2500 gram	30 (58,8)	21 (41,2)	51 (100)	(0,134-2,336)	
<b>Inisiasi Menyusu Dini (IMD)</b>					
Tidak	18 (66,7)	9 (33,3)	27 (100)	2,125	1,327
Ya	16 (48,5)	17 (51,5)	33 (100)	(0,742-6,084)	

Tabel 5.3 menunjukkan hasil analisis hubungan antara umur ibu dengan persepsi ketidakcukupan ASI. Sebanyak 59,1% responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI adalah dari kelompok ibu yang berumur >30 tahun. Sedangkan sebanyak 55,3% responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI adalah berumur  $\leq 30$  tahun. Secara statistik dengan uji *chi-square* diperoleh nilai-p=0,000, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan persepsi ketidakcukupan ASI. Nilai OR 1,169 (95% CI: 0,404-3,387) menunjukkan bahwa responden yang berumur >30 tahun memiliki peluang sebesar 1,17 kali untuk memiliki persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan dengan responden yang berumur  $\leq 30$  tahun.

Kemudian tabel 5.3 juga menunjukkan hasil analisis hubungan antara paritas dengan persepsi ketidakcukupan ASI. Pada kelompok responden yang pernah melahirkan sebanyak 1-2 kali, terdapat 25 (58,1%) responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, sedangkan sebanyak 9 (52,9%) responden dari kelompok responden yang pernah melahirkan lebih dari 2 kali memiliki persepsi ketidakcukupan ASI. Secara statistik dengan uji *chi-square* diperoleh nilai-p=0,006, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan persepsi ketidakcukupan ASI. Nilai OR 1,24 (95% CI: 0,399-3,817) menunjukkan bahwa responden yang pernah melahirkan sebanyak 1-2 kali memiliki peluang sebesar 1,2 kali untuk memiliki persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan dengan responden yang pernah melahirkan lebih dari 2 kali.

Tabel 5.3 juga menunjukkan hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan persepsi ketidakcukupan ASI. Pada kelompok responden yang bekerja, terdapat 11 (61,1%) responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, sedangkan sebanyak 23 (52,9%) responden dari kelompok responden yang tidak bekerja memiliki persepsi ketidakcukupan ASI. Secara statistik dengan uji *chi-square* diperoleh nilai-p=0,029, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan persepsi ketidakcukupan ASI. Nilai OR 1,3 (95% CI: 0,421-4,001) menunjukkan bahwa responden yang bekerja memiliki peluang sebesar 1,3 kali untuk memiliki persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja.

Pada kelompok responden yang sewaktu kehamilannya tidak mendapatkan bimbingan laktasi, terdapat 3 (33,3%) responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, sedangkan sebanyak 31 (60,8%) responden dari kelompok responden yang mendapatkan bimbingan laktasi prenatal memiliki persepsi ketidakcukupan ASI. Secara statistik dengan uji *chi-square* diperoleh nilai- $p=0,157$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara bimbingan laktasi prenatal dengan persepsi ketidakcukupan ASI.

Hasil analisis data pada tabel 5.3 ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI di antaranya adalah 6 (50%) responden menggunakan alat/metode kontrasepsi yang mengandung estrogen, sebanyak 19 (61,3%) responden menggunakan alat/metode kontrasepsi yang tidak mengandung estrogen, dan sebanyak 9 (52,9%) responden tidak menggunakan alat/metode kontrasepsi jenis apapun.

Hasil uji statistik hubungan antara penggunaan alat/metode kontrasepsi yang mengandung estrogen dan tidak menggunakan alat/metode kontrasepsi dengan persepsi ketidakcukupan ASI diperoleh nilai- $p=0,876$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara penggunaan alat kontrasepsi dengan persepsi ketidakcukupan ASI. Kemudian hasil uji statistik hubungan antara penggunaan alat/metode kontrasepsi yang tidak mengandung estrogen dan tidak menggunakan alat/metode kontrasepsi dengan persepsi ketidakcukupan ASI diperoleh nilai- $p=0,575$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara penggunaan alat kontrasepsi dengan persepsi ketidakcukupan ASI.

Pada kelompok responden yang perawatan setelah melahirkannya digabung dengan bayi, terdapat 9 (47,4%) responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, sedangkan sebanyak 25 (61,0%) responden dari kelompok responden yang setelah melahirkan perawatannya terpisah dengan bayi memiliki persepsi ketidakcukupan ASI. Secara statistik dengan uji *chi-square* diperoleh nilai- $p=0,503$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara rawat gabung dengan persepsi ketidakcukupan ASI.

Kelompok responden yang bayi-nya memiliki berat badan lahir  $\leq 2500$  gram, terdapat 4 (44,4%) responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, sedangkan sebanyak 30 (58,8%) responden dari kelompok responden yang bayi-nya memiliki berat badan lahir lebih dari 2500 gram memiliki persepsi ketidakcukupan ASI. Secara statistik dengan uji *chi-square* diperoleh nilai- $p=0,482$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara berat badan bayi lahir dengan persepsi ketidakcukupan ASI.

Di antara kelompok responden yang tidak melakukan inisiasi menyusui dini, terdapat 18 (66,7%) responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, sedangkan sebanyak 16 (48,5%) responden dari kelompok responden yang melakukan inisiasi menyusui dini memiliki persepsi ketidakcukupan ASI. Secara statistik dengan uji *chi-square* diperoleh nilai- $p=1,327$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara IMD dengan persepsi ketidakcukupan ASI.

### **5.3 Analisis Kualitatif**

Penelitian dengan metode kualitatif ini dilakukan pada sebagian responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI yang didapat pada saat penelitian dengan metode kuantitatif dilakukan. Selanjutnya, responden yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI ini disebut sebagai informan PKA.

#### **5.3.1 Karakteristik Informan PKA**

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang telah penulis lakukan pada informan PKA, yaitu ibu yang mempunyai bayi umur 0-12 bulan yang berhenti menyusui secara eksklusif dengan alasan terkait dengan ketiadaan/kurangnya jumlah produksi ASI, maka diperoleh gambaran karakteristik seperti yang ditampilkan pada tabel 5.4 berikut ini.

**Tabel 5.4**  
**Karakteristik Informan Wawancara Mendalam**

<b>Informan</b>	<b>Umur Ibu</b>	<b>Umur Bayi</b>	<b>Paritas</b>	<b>Berat Badan Bayi Lahir (gram)</b>	<b>Pendidikan</b>	<b>Pekerjaan</b>
<b>1</b>	23 tahun	14 minggu	1	3900	SMA	Tidak bekerja/IRT
<b>2</b>	33 tahun	13 minggu	2	3400	SMA	Bekerja/Pegawai swasta
<b>3</b>	32 tahun	45 minggu	3	3150	SMA	Tidak bekerja/IRT
<b>4</b>	26 tahun	17 minggu	3	4000	SD	Bekerja/Dagang
<b>5</b>	30 tahun	22 minggu	3	3000	SMA	Tidak bekerja/IRT
<b>6</b>	33 tahun	24 minggu	2	3300	Universitas	Bekerja/Pegawai swasta
<b>7</b>	28 tahun	2 minggu	2	3800	SMP	Tidak bekerja/IRT
<b>8</b>	25 tahun	26 minggu	1	3200	SMA	Tidak bekerja/IRT
<b>9</b>	31 tahun	46 minggu	2	3400	Universitas	Bekerja/Pegawai swasta

Informan PKA ini berjumlah 9 orang, secara umum dapat diketahui bahwa umur informan dalam penelitian ini berada di antara 23-33 tahun. Penulis tidak membatasi umur informan, melainkan berdasarkan umur anak terkecil dari informan, yaitu 0-12 bulan (0-48 minggu). Selain itu, secara umum dapat digambarkan pula umur bayi informan adalah antara 2-46 minggu. Jumlah anak yang dimiliki informan hampir merata sekitar 2-3 anak, jumlah anak paling sedikit 1 dan paling banyak adalah 3 anak. Pendidikan terakhir sebagian besar informan adalah SMA, pendidikan terakhir terendah dari informan adalah tamat SD dan pendidikan tertinggi yang ditamatkan informan adalah Universitas. Sebagian informan adalah ibu rumah tangga (IRT) atau tidak bekerja, sedangkan sebagian yang lain bekerja, antara lain sebagian besar sebagai pegawai swasta dan hanya sebagian kecil informan bekerja sebagai pedagang.

Selanjutnya, analisis ini akan dibedakan menurut pekerjaan informan (bekerja dan tidak bekerja) dengan pertimbangan bahwa perbandingan antara jumlah informan yang bekerja dan informan yang tidak bekerja cukup sebanding (informan yang bekerja sebanyak 4 orang dan informan yang tidak bekerja sebanyak 5 orang). Selain pertimbangan tersebut, bahwa variabel pekerjaan merupakan variabel yang secara statistik bermakna memiliki hubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI dan bahwa responden yang bekerja memiliki

peluang sebesar 1,3 kali untuk memiliki persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja.

### 5.3.2 Gambaran Persepsi Ketidakcukupan ASI

Pada umumnya sebagian informan merasa bahwa jumlah produksi ASI-nya berkurang atau bahkan tidak ada sama sekali pada saat bayi mereka berumur kurang dari seminggu, yaitu saat bayi mereka berumur 2-5 hari. Terdapat juga sebagian kecil informan yang merasa ASI-nya tidak ada atau tidak cukup saat bayi berumur lebih dari seminggu, yaitu saat bayi berumur 3 bulan (12 minggu). Kemudian setelah dianalisis berdasarkan pekerjaan informan, maka informan yang bekerja memiliki jawaban yang cukup variatif, yaitu berkisar antara 2 hari hingga umur bayi 12 minggu. Tidak jauh berbeda dengan informan yang bekerja, informan yang tidak bekerja mulai merasa jumlah produksi ASI-nya tidak cukup adalah paling cepat saat bayi berumur 2 hari dan paling lama bayi disusui ASI saja adalah sampai bayi berumur 12 minggu.

Sebagian informan, baik dari kelompok informan yang bekerja maupun tidak bekerja mengetahui tanda-tanda bayi yang kurang atau tidak cukup mendapatkan ASI adalah dari penampilan fisik bayi, seperti kulit bayi yang berwarna kuning, badannya kurus, susah buang air besar, diare, dan frekuensi buang air kecil-nya sedikit. Kemudian informan bekerja dan tidak bekerja lainnya menyatakan bahwa tanda bayi yang tidak cukup mendapatkan ASI adalah kalau bayi-nya masih menangis walaupun sudah disusui. Terdapat sebagian kecil informan tidak bekerja mengetahui kulit bayi berwarna kuning sebagai tanda bahwa bayi tidak cukup mendapatkan ASI setelah mendapatkan informasi dari bidan saat kunjungan neonatal.

Sedangkan hampir semua informan, baik dari kelompok informan yang bekerja maupun informan yang tidak bekerja, mengatakan mereka mengetahui bahwa bayi-nya tidak cukup mendapatkan ASI adalah jika bayi menangis, walaupun setelah disusui dan terlihat masih lapar karena masih mencari-cari puting payudara ibu. Hal ini seperti terlihat dalam kutipan informan-informan berikut ini:

*“Bayi nya-nangis, pengen nete terus. Tapi giliran udah ditetein bayinya masih nangis aja.”* (Informan 1)

*“Kalo bayinya nangis kan kayaknya gak kenyang, berarti ASI saya gak cukup buat dia.” (Informan 4)*

*“Dia nyari-nyari gitu kalo lagi nete. Padahal pentilnya udah di mulut gitu. Tetep aja dia nangis. Gitu jadinya kayak gak ada air susu-nya.” (Informan 7).*

Hanya sebagian kecil informan mengatakan pernah benar-benar mengukur jumlah produksi ASI-nya dengan cara memompa dan menaruhnya dalam wadah botol susu bayi dan jumlahnya berkisar antara 30-60 cc saja selama 24 jam. Informan-informan tersebut adalah informan yang bekerja. Sedangkan sebagian besar informan lainnya, terdiri dari seorang informan yang bekerja dan semua informan yang tidak bekerja, tidak pernah benar-benar mengukur/menakar produksi ASI mereka. Pengukuran ASI yang dilakukan oleh sebagian kecil informan dapat terlihat dari pernyataan berikut ini:

*“Mompa pernah. iya. Gak pernah nyampeee.... 60 juga gak pernah.” (Informan 9).*

Usaha yang paling banyak dilakukan informan untuk menambah jumlah produksi ASI-nya adalah dengan cukup makan sayuran, buah, kacang-kacangan, dan susu ibu menyusui karena informan meyakini dengan makan makanan dan minuman tersebut dapat memperlancar produksi ASI-nya. Di samping itu, konsumsi air putih yang cukup, rata-rata sebanyak 1-3 gelas, sebelum dan sesudah menyusui juga cenderung dilakukan oleh hampir semua informan, baik informan yang bekerja maupun yang tidak bekerja.

Selain kebiasaan mengkonsumsi air putih, sayuran, buah, kacang, dan susu untuk ibu menyusui untuk memperlancar produksi ASI, sebagian kecil informan mengatakan juga mengkonsumsi suplemen pelancar ASI seperti yang direkomendasikan oleh petugas kesehatan. Informan tersebut adalah informan yang bekerja. Kemudian pada wawancara mendalam, terungkap pula bahwa ada sebagian informan yang tidak bekerja lainnya memilih untuk melakukan perawatan payudara, seperti membersihkan dan melakukan pijat payudara sejak saat hamil sampai sebelum berhenti menyusui secara eksklusif dengan tujuan memperlancar produksi ASI.

Hasil yang didapatkan oleh semua informan yang telah berusaha agar jumlah produksi ASI-nya meningkat adalah penambahan jumlah ASI tidak sesuai dengan harapan informan-informan tersebut. Pada awalnya jumlah produksi ASI-

nya memang bertambah dan menjadi lebih encer dari biasanya, namun seiring berjalannya waktu, walaupun sudah dilakukan berbagai usaha tersebut, informan merasakan jumlah produksi ASI-nya tidak bertambah banyak, melainkan sama saja atau bahkan semakin berkurang.

Perbedaan jumlah produksi ASI dari waktu ke waktu yang dialami sebagian ibu dari kelompok informan yang bekerja adalah semakin lama semakin sedikit. Namun, sebagian informan bekerja lainnya mengatakan bahwa jumlah produksi ASI-nya sama saja dari waktu ke waktu, karena memang sudah sedikit sejak awal setelah persalinan. Sedangkan dari kelompok informan yang tidak bekerja, sebagian besar di antaranya mengatakan bahwa jumlah produksi ASI-nya sama saja, artinya sedikit sejak awal bayi dilahirkan. Sebagian informan tidak bekerja lainnya mengatakan ASI-nya pada awalnya cukup banyak kemudian semakin sedikit seiring dengan berjalannya waktu sehingga informan merasa jumlah produksi ASI-nya kurang memenuhi kebutuhan bayi.

Terdapat 2 tanda yang paling dapat dipercaya untuk mengetahui bayi mendapatkan cukup ASI atau tidak, yaitu dari penambahan berat badannya tiap bulan dan dari produksi urinnya. Selama enam bulan pertama, bayi sebaiknya berat badannya bertambah minimal 500 gram setiap bulan atau 125 gram setiap minggu. Hal tersebut dapat dilihat dari catatan hasil penimbangan pada Kartu Menuju Sehat (KMS) atau dari catatan lain tentang berat badan sebelumnya. Jika penambahan berat badan bayi cukup, maka dapat dikatakan bahwa bayi mendapat cukup ASI. Penambahan berat badan dan pengeluaran air seni bayi merupakan tanda yang paling dapat dipercaya untuk menilai bayi mendapatkan cukup ASI atau tidak (Depkes RI, 2007).

Jika dilihat dari hasil pemantauan berat badan bayi informan dalam 0-6 bulan pertama kehidupannya pada KMS, bayi dari kelompok informan yang bekerja mengalami peningkatan berat badan yang cukup baik, yaitu terjadi peningkatan sebesar 500 gram hingga 1 kilogram tiap bulannya. Namun, ada seorang informan yang peningkatan berat badan bayi-nya kurang baik pada awal bulan pertama kehidupannya, yaitu hanya naik 400 gram. Sedangkan di antara kelompok informan yang tidak bekerja, sebagian kecil informan peningkatan berat badan bayi-nya tidak baik, yaitu hanya sebesar 100 gram hingga 400 gram.

Kemudian seorang informan tidak bekerja, bayi-nya mengalami penurunan berat badan sebesar 300 gram, sedangkan seorang informan lainnya, peningkatan berat badan bayi-nya meningkat sangat baik, yaitu sebesar 1,2 kilogram hingga 1,8 kilogram tiap bulannya.

Setelah digali mengenai pengalaman ibu ketika masih memberikan ASI saja kepada bayinya, diperoleh informasi frekuensi buang air kecil bayi dari semua informan adalah sering, sekitar 8 hingga 10 kali dalam 24 jam. Warna air seni bening dan tidak berbau tajam, seperti disampaikan oleh informan berikut:

*“Sering dia mah. Hmm..kayaknya kurang lebih 10 kali mah ada deh. Orang celananya aja bolak-balik ganti. Hehehe (tertawa).”*

*“Ya biasa. Bening sih. Biasa.”*

*“Ya bau pipis biasa aja.” (Informan 2).*

Rata-rata ibu baru akan mulai menyusui ketika bayinya menangis karena ibu menganggap bayinya lapar. Pada umumnya informan, baik yang bekerja maupun yang tidak bekerja, merasakan payudaranya kencang/tegang sebelum menyusui. Namun ada seorang informan yang tidak bekerja merasa kedua payudaranya lembek sebelum menyusui, kecuali pada hari di awal setelah melahirkan. Kemudian semua informan mengatakan payudaranya terasa lembek setelah menyusui. Lama setiap menyusui sebagian besar dari masing-masing kelompok informan adalah 30 menit.

Hampir semua informan dari kelompok informan yang bekerja mengatakan menyusui tidak bergantian antara payudara yang kanan dan kiri. Alasannya bermacam-macam, yaitu karena ukuran baik puting maupun payudara-nya kecil, sehingga informan tidak percaya diri dengan jumlah produksi ASI-nya. Selanjutnya ada informan yang beralasan bahwa posisi menyusui pada payudara sebelah kiri dirasakan lebih nyaman jika dibandingkan dengan menyusui pada payudara sebelah kanan. Sedangkan hanya ada seorang informan bekerja mengatakan bahwa saat menyusui payudara yang digunakan adalah bergantian kanan dan kiri.

Sebagian besar informan yang tidak bekerja mengatakan menyusui bayinya bergantian dari payudara kanan dan kiri. Sebagian informan lainnya mengatakan hanya menggunakan payudara sebelah kiri saja karena puting payudara bagian kanan tidak menonjol, sebagaimana ungkapan informan berikut ini:

*“Saya mah cuma dikit. Kan yang ditetein cuma yang kiri aja.”*

*“Hmm... Itu mba. Kan yang kanan (payudara kanan) ke dalam.”*  
*“Iya. Putingnya gak nonjol. Jadi gak pernah saya tetein.”* (Informan 5).

### 5.3.3 Persepsi Ketidacukupan ASI Dilihat dari Faktor Ibu

Informasi lain yang digali pada wawancara mendalam ini adalah persepsi ketidacukupan ASI jika dilihat dari faktor ibu, yaitu umur ibu, paritas, dan pekerjaan ibu. Di antara kelompok informan yang bekerja, sebagian informan mengatakan bahwa semakin tambah umur, maka akan semakin sedikit jumlah produksi ASI-nya. Sedangkan sebagian informan lainnya mengatakan bukan umur yang mempengaruhi jumlah produksi ASI, melainkan ukuran payudara dan puting serta asupan gizi yang akan mempengaruhi jumlah produksi ASI. Pada kelompok informan yang tidak bekerja, pada umumnya informan mengatakan bahwa ASI tidak dipengaruhi oleh umur. Ada seorang informan yang membandingkannya dengan orang lain, seperti pernyataan informan berikut:

*“Soalnya eee...kakak ipar saya lebih tua dari saya tapi ASI-nya sama aja. Mungkin udah bawaan kali ya.”* (Informan 8).

Sebagian informan tidak bekerja lainnya mengatakan bahwa umur mempengaruhi jumlah produksi ASI. Seiring dengan penambahan umur, maka jumlah produksi ASI-nya semakin berkurang.

Selanjutnya jika dilihat dari faktor jumlah anak yang telah dilahirkan (paritas), pada kelompok informan yang bekerja, semua informan mengatakan bahwa pada bayi yang mereka miliki sekarang, di mana bukan merupakan anak pertama, jumlah ASI-nya sama saja seperti anak sebelumnya, yaitu tetap sedikit jumlahnya. Terdapat sebagian kecil informan yang bekerja mengatakan bahwa jumlah ASI tidak tergantung pada jumlah anak yang dilahirkan, melainkan dipengaruhi oleh hisapan bayi. Kelompok informan yang tidak bekerja pada umumnya menyatakan mungkin ada pengaruhnya jumlah anak yang dilahirkan dengan jumlah produksi ASI. Seorang informan tidak bekerja yang baru pertama kali memiliki anak mengatakan bahwa kemungkinan jumlah ASI yang masih sedikit karena informan baru pertama kali melahirkan, sehingga ASI-nya tidak sebanyak informan yang sudah pengalaman atau memiliki anak lebih dari 1.

Kemudian sebagian besar informan tidak bekerja dengan paritas lebih dari 1 mengatakan bahwa jumlah produksi ASI-nya sama sedikitnya seperti anak

sebelumnya. Sedangkan informan tidak bekerja lainnya mengatakan bahwa statusnya yang baru memiliki anak satu tidak mempengaruhi jumlah produksi ASI, karena riwayat keluarga-nya juga sama seperti informan, yaitu jumlah ASI-nya sedikit, sehingga informan percaya bahwa jumlah produksi ASI merupakan keturunan. Jadi semua informan pada kelompok tidak bekerja meyakini bahwa jumlah produksi ASI-nya tidak dipengaruhi oleh paritas.

Semua informan yang bekerja meyakini bahwa jumlah produksi ASI-nya memang dipengaruhi oleh status informan sebagai pekerja. Hal tersebut terjadi karena kurangnya hisapan bayi dan kemungkinan bahwa bayi lebih menyukai rasa susu formula yang informan berikan sebagai pengganti ASI selama informan bekerja. Sebaliknya, informan yang tidak bekerja mengatakan bahwa ketiadaan/kurangnya jumlah produksi ASI tidak dipengaruhi oleh status pekerjaan ibu. Ibu yang tidak bekerja seharusnya bisa lebih baik dalam memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya. Di bawah ini merupakan pernyataan yang diungkapkan oleh salah satu informan yang tidak bekerja:

*“Saya gak kerja sama aja kayaknya. Tapi harusnya lebih banyak kali ya, eee....apa tuh, kan ibu jadi lebih sering sama anak ya. Harusnya kayaknya sih bisa nyusuin. Eeee...kalo kerja kan malah sibuk, bayi-nya ditinggal-tinggal ya.”* (Informan 8).

Pada kelompok informan yang bekerja, hampir semua informan mendapatkan bimbingan laktasi pranatal. Hanya ada seorang informan yang tidak mendapatkan bimbingan laktasi pranatal dan mengatakan bahwa karena informan mencari informasi sendiri setelah bersalin, maka informan menganggap terlambat mendapatkan informasi, sehingga informan merasa praktek pemberian ASI sulit diterapkan terutama memberikan ASI secara eksklusif karena jumlah produksi ASI-nya sedikit. Sedangkan semua informan lainnya, baik yang bekerja maupun yang tidak bekerja, mengatakan bahwa informasi yang diberikan mengenai ASI oleh petugas kesehatan, misalnya cara perawatan payudara; makanan yang baik untuk ibu hamil agar kuantitas dan kualitas ASI-nya baik; serta informasi mengenai manfaat dan pentingnya ASI, menumbuhkan niat informan untuk memberikan ASI setelah melahirkan dan kenyataannya setelah melahirkan memang ASI di hari pertama lancar, namun seiring berjalannya waktu jumlah produksi ASI pun berkurang.

Pada kelompok informan yang bekerja sebagian besar informan menggunakan alat/metode kontrasepsi yang tidak mengandung hormon estrogen berupa suntik tiga bulanan dan semua informan merasakan ASI-nya semakin berkurang. Hanya ada seorang informan dari kelompok informan yang bekerja ini, tidak menggunakan alat/metode kontrasepsi jenis apapun. Hal yang sama juga terdapat pada kelompok informan yang tidak bekerja, yaitu pada umumnya informan menggunakan alat kontrasepsi yang tidak mengandung hormon estrogen dan terdapat hanya seorang informan yang menggunakan metode kontrasepsi yang mengandung estrogen, berupa suntik satu bulanan, dan ada seorang informan lainnya yang tidak menggunakan alat/metode kontrasepsi apapun setelah melahirkan.

Semua informan yang menggunakan alat/metode kontrasepsi yang tidak mengandung estrogen ini merasa jumlah produksi ASI-nya berkurang. Namun sebaliknya, informan justru tidak merasakan ASI-nya berkurang setelah penggunaan metode kontrasepsi yang mengandung estrogen. Kedua informan yang tidak menggunakan kontrasepsi apapun mengatakan tidak ada pengaruh terhadap jumlah produksi ASI.

Kemudian faktor selanjutnya yang ingin digali adalah mengenai rawat gabung setelah persalinan. Pada kelompok responden yang bekerja, terdapat sebagian informan yang rawat gabung dan sebagian informan lainnya tidak rawat gabung. Pada saat rawat gabung, informan jadi lebih sering menyusui tanpa dijadwal, yaitu saat bayi menangis karena lapar. Pada awalnya informan yakin bahwa jumlah ASI-nya dapat mencukupi kebutuhan bayi, namun seiring dengan berjalannya waktu informan merasa jumlah ASI-nya tidak mencukupi. Hal serupa juga ditemukan pada informan yang tidak bekerja, yaitu hampir semua informan rawat gabung dengan bayinya, namun ada seorang informan yang selama perawatan di tempat persalinan terpisah dengan bayinya. Semua informan yang rawat gabung dengan bayinya mengatakan bahwa bayi menjadi lebih sering disusui dan produksi ASI terasa lancar. Pada informan-informan yang dirawat terpisah dengan bayinya mengatakan kesulitan saat ingin menyusui, sehingga merasa jumlah produksi ASI-nya sedikit.

### 5.3.4 Persepsi Ketidacukupan ASI Dilihat dari Faktor Bayi

Semua berat badan bayi informan pada saat lahir adalah lebih dari 2500 gram dan semua informan mengatakan bahwa daya hisap bayinya kuat, namun informan merasa jumlah produksi ASI-nya sedikit dan tidak mencukupi kebutuhan bayinya, sehingga semua informan merasa tidak tega kepada bayinya yang terlihat masih kehausan karena menangis walaupun telah disusui.

### 5.3.5 Persepsi Ketidacukupan ASI Dilihat dari Faktor Laktasi

Hampir semua informan yang bekerja tidak segera menyusui bayinya setelah lahir, yaitu segera dalam satu jam setelah bayi lahir. Hanya ada seorang informan yang segera menyusui bayinya setelah lahir dan informan tersebut mengatakan bahwa yakin mampu menyusui dan yakin terhadap jumlah produksi ASI-nya akan mencukupi kebutuhan bayinya karena bayi langsung menghisap puting payudara ibu, walaupun ASI pada saat itu belum keluar. Informan yakin dengan adanya hisapan bayi apalagi dengan frekuensi yang sering akan melancarkan produksi ASI. Namun hal tersebut hanya berlangsung sampai bayi berumur 50 hari saja, karena menurut informan semakin hari jumlah produksi ASI menjadi berkurang dan tidak cukup lagi untuk memenuhi kebutuhan bayinya.

Pada kelompok yang tidak bekerja terdapat sebagian kecil informan yang tidak menyusui bayinya segera setelah lahir. Salah satu informan yang tidak IMD menyatakan bahwa jumlah ASI-nya sedikit karena bayi tidak langsung disusui, seperti yang diungkapkan berikut ini:

*“...kalo saya waktu itu kaget ya, karna saya belum pernah menyusui, begitu nyusuin rasanya mules. Jadi saya kaget, saya gak langsung menyusui.”*

*“Iya eee....keluarnya itu...jadi sedikit-sedikit ya.” (Informan 8).*

Sedangkan sebagian informan lainnya yang segera menyusui bayinya setelah lahir mengatakan bahwa jumlah ASI-nya tetap sedikit walaupun bayi segera disusui. Pada informan-informan yang tidak IMD, baik informan yang bekerja maupun yang tidak bekerja, mengatakan produksi ASI-nya memang tidak segera keluar atau sedikit karena bayi tidak segera disusui.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross-sectional* (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 ketidakcukupan ASI. Keterbatasan lainnya adalah bahwa penelitian ini hanya mencakup satu wilayah Puskesmas Kecamatan, maka hasilnya tidak dapat digeneralisir di tempat lain.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan 2 jenis kuesioner untuk pengumpulan datanya, yaitu kuesioner A yang berfungsi juga sebagai kuesioner penapisan untuk menjangkau proporsi responden yang memiliki Persepsi Ketidakcukupan ASI. Salah satu kekurangan menggunakan alat ukur penelitian menggunakan kuesioner adalah perbedaan penafsiran antarresponden terhadap pertanyaan yang diajukan, sehingga dapat menimbulkan terjadinya bias. Selanjutnya pada saat proses pembuatan kuesioner tipe B, yaitu berupa panduan wawancara mendalam yang dilakukan penulis untuk menggali informasi mengenai persepsi ketidakcukupan ASI lebih rinci dan mendalam, penulis menemukan kesulitan saat menyusun pertanyaan-pertanyaan secara tepat dengan bahasa yang jelas dan sederhana.

Bias informasi juga dapat terjadi karena kejujuran dan kemampuan responden untuk mengingat kembali dengan pasti hal-hal yang dilakukan saat masih memberikan ASI saja kepada bayinya, misalnya "*Pada usia berapa (nama bayi) mulai diberikan makanan/minuman selain ASI?*", "*Jenis makanan/minuman selain ASI apa yang pertama kali diberikan kepada (nama bayi)?*". Dengan demikian, hal tersebut turut menentukan kualitas dan keakurasian data pada penelitian ini. Responden dapat saja memberikan jawaban yang tidak sesuai karena harus mengingat kejadian yang mungkin berlangsung sudah lama karena ibu yang memiliki bayi berumur 6-12 bulan pun termasuk ke dalam kriteria sampel pada penelitian ini.

Untuk mengurangi *recall* bias tersebut, penulis mencoba untuk melakukan *cross-check* perbandingan terhadap salah satu variabel yang diteliti, yaitu variabel berat badan bayi yang dipantau sejak lahir sampai umur bayi berhenti diberikan ASI saja yang dilihat dari KMS bayi. Sedangkan untuk variabel lainnya, penulis tidak melakukan perbandingan dengan metode pengukuran lain untuk mengurangi bias. Idealnya, untuk penelitian ini responden harus diikuti dan dipantau minimal dengan metode pengumpulan data *recall* 24 jam atau dengan cara membatasi kriteria sampel yaitu bayi yang berumur 0-6 bulan saja.

Terdapat 34 (56,7%) ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI. Namun, tidak semua ibu tersebut diwawancarai secara mendalam oleh penulis dengan alasan sebagian besar ibu tidak bersedia diwawancarai lebih mendalam karena ibu masih ada kegiatan lain, sedang repot/sibuk, dan bayi rewel. Alasan lainnya adalah karena keterbatasan waktu dan biaya yang dimiliki oleh penulis.

Pada pelaksanaannya, baik saat pengumpulan data maupun saat analisis dan pembahasan, variabel rawat gabung juga menjadi kendala untuk penulis, karena penulis menerapkan definisi operasional yang kurang tepat. Waktu pelaksanaan rawat gabung itu sendiri yang dianggap ambigu oleh penulis. Dalam definisi operasionalnya, penerapan rawat gabung yang dikatakan selama 24 jam penuh, namun tidak jelas apakah hanya pada hari pertama setelah kelahiran bayi saja atau sejak kelahiran bayi sampai selesai perawatan.

Secara teori terdapat banyak variabel yang terkait dengan persepsi ketidakcukupan ASI yang seharusnya dapat diteliti, baik dari faktor ibu, faktor bayi, maupun faktor laktasi, namun karena keterbatasan waktu, kemampuan menulis, dan kesesuaian jumlah sampel dengan jumlah variabel yang diteliti sehingga hanya beberapa variabel saja yang dapat diteliti setelah dipilih berdasarkan tujuan umum penelitian. Variabel yang seharusnya terpilih untuk diteliti salah satunya adalah status gizi ibu dan kenaikan berat badan ibu selama hamil karena menurut WHO (2004), ketidakcukupan ASI hanya terjadi pada kasus yang ekstrim, seperti misalnya kesehatan atau status gizi ibu yang kurang baik. Kasus tersebut dapat mengubah kemampuan ibu untuk memproduksi ASI dalam jumlah cukup. Oleh karena itu diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk mencoba meneliti faktor yang tidak diikutsertakan pada penelitian ini serta

mengembangkan variabel lain yang mungkin berperan dalam mempengaruhi persepsi seseorang.

## **6.2 Pembahasan Penelitian**

Berdasarkan hasil pengolahan data secara kuantitatif (univariat dan bivariat) serta kualitatif dan tujuan umum dalam penelitian ini, yaitu untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI serta gambaran rinci dan mendalam mengenai persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok tahun 2011, maka selanjutnya akan dilakukan pembahasan sebagai berikut ini:

### **6.2.1 Gambaran Persepsi Ketidakcukupan ASI**

Hasil pengumpulan data yang dilakukan di 2 wilayah kerja puskesmas Pancoran Mas Kota Depok tahun 2011, yaitu kelurahan Depok dan kelurahan Pancoranmas, menunjukkan bahwa terdapat 34 orang (56,7%) ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI. Sedangkan ibu yang berhenti menyusui bayinya secara eksklusif dengan alasan tidak terkait dengan ketiadaan/kurangnya produksi ASI ada sebanyak 26 orang (43,3%) ibu. Persentase ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI ini cukup tinggi jika dibandingkan dengan persepsi ketidakcukupan ASI seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Panjaitan (2011) di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Priok yaitu sebesar 32%.

Hal tersebut dapat terjadi karena cakupan ASI eksklusif di Puskesmas Tanjung Priok Jakarta lebih tinggi, yaitu sebesar 60%, dibandingkan dengan cakupan ASI eksklusif di Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok pada tahun 2010, yaitu sebesar 19,83%. Dengan demikian, proporsi ibu yang tidak lagi memberikan ASI-nya secara eksklusif lebih banyak terjadi di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, sehingga kemungkinan proporsi ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI-nya pun lebih besar.

Pada ibu-ibu yang memiliki persepsi tidak cukup ASI tersebut, rata-rata waktu ibu berhenti memberikan ASI saja dan mulai memberikan makanan/minuman selain ASI yaitu pada saat umur bayi 37 hari atau kurang lebih

5 minggu setelah melahirkan (postpartum). Sama halnya seperti penelitian yang dilakukan di Taiwan yaitu ditemukannya penurunan yang drastis untuk cakupan pemberian ASI yaitu dari 92% ibu pada saat masih perawatan di Rumah Sakit menjadi 54,17% ibu pada masa di minggu ke-4 postpartum (Bureau of Health Promotion, Department of Health (2004); Gau (2004) dalam Huang, et al., 2009). Alasan berhenti menyusui adalah mereka menganggap bahwa suplai ASI-nya tidak cukup sehingga mereka kemudian beralih ke susu formula (Iewallen et al. (2006) dalam Huang et al., 2009). Pada penelitian ini juga ditemukan jenis makanan/minuman selain ASI yang pertama kali diberikan kepada bayi adalah susu formula, yaitu sebanyak 51 orang (85%) ibu.

Berdasarkan pengalaman sebagian besar informan PKA baik yang bekerja maupun yang tidak bekerja saat masih memberikan ASI saja, menyebutkan bahwa terjadi perbedaan jumlah produksi ASI dari waktu ke waktu, walaupun ibu tersebut sudah melakukan usaha-usaha untuk menambah jumlah produksi ASI-nya. Jika dilihat dari waktu ibu berhenti menyusui, yaitu rata-rata saat bayi berumur 5 minggu, maka masih terlalu sulit rasanya jika harus mencapai rekomendasi yang telah dikemukakan WHO/UNICEF mengenai pemberian makanan bayi dan anak untuk mencapai tumbuh kembang optimal, yaitu: memberikan ASI segera setelah bayi lahir; meneruskan pemberian ASI saja atau pemberian ASI eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan; kemudian mulai memberikan makanan pendamping ASI dengan tetap memberikan ASI bila bayi telah berusia 6 bulan; dan meneruskan pemberian ASI sampai bayi berusia 2 tahun atau 24 bulan (Kemenneg PPPA, 2010).

Ibu yang berhenti menyusui ini mengatakan mengetahui bayinya tidak cukup mendapatkan ASI karena bayinya masih menangis walaupun sudah disusui. Selain itu juga bayi yang kurus merupakan tanda bahwa bayi tidak cukup mendapatkan ASI. Namun, hal ini berseberangan dengan informasi yang ibu ketahui mengenai tanda-tanda bayi yang kurang/tidak mendapatkan cukup ASI, di antaranya adalah kulit bayinya kuning, diare atau bahkan sulit buang air besar, dan kulitnya kusam, karena pada kenyataannya hanya dengan bayi yang menangis walaupun telah disusui, ibu dengan cepat menyimpulkan bahwa bayinya tidak mendapatkan cukup ASI.

Tanda bayi tidak mendapatkan cukup ASI hanya karena bayinya masih menangis walaupun telah disusui merupakan tanda adanya kemungkinan, sehingga belum bisa dipastikan bahwa bayi tidak mendapat cukup ASI. Tanda-tanda lainnya yang masih merupakan kemungkinan menurut Depkes (2007) adalah bayi tampak tidak puas setelah menyusui; sangat sering menyusui; menyusui sangat lama atau bahkan menolak disusui; bayi jarang dan sedikit mengeluarkan kotoran; kotoran yang dikeluarkan keras, kering atau berwarna hijau; ASI tidak keluar saat ibu mencoba memerahnya, payudara tidak membesar selama kehamilan; dan ASI tidak ‘keluar’ setelah persalinan.

Banyaknya ibu mulai memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tidak perlu dengan alasan bayinya “sering menangis”, sehingga ibu pikir bayinya lapar dan ibu tidak punya cukup ASI. Akan tetapi MP-ASI seringkali ternyata tidak selalu membuat tangis bayi berkurang. Kadang bayi lebih sering menangis. Perlu diketahui oleh ibu bahwa banyak alasan bayi menangis, di antaranya adalah adanya ketidaknyamanan (karena kotor, panas, dingin), kelelahan (terlalu banyak pengunjung), penyakit atau nyeri, kelaparan (tidak mendapat cukup ASI, percepatan pertumbuhan, makanan ibu (makanan apa saja, kadang susu sapi), obat yang dikonsumsi ibu (kafein, rokok, obat-obatan lain), terlalu banyak ASI, kolik, bayi yang “banyak kebutuhan” (Depkes, 2007). Jadi, jika bayi menangis alasannya belum tentu karena lapar saja.

Menurut Depkes (2007), selama enam bulan pertama, bayi sebaiknya berat badannya bertambah minimal 500 gram setiap bulan atau 125 gram setiap minggu. Hal tersebut dapat dilihat dari catatan hasil penimbangan pada Kartu Menuju Sehat (KMS) atau dari catatan lain tentang berat badan sebelumnya. Jika penambahan berat badan bayi cukup, maka dapat dikatakan bahwa bayi mendapat cukup ASI. Jika dilihat dari hasil penimbangan berat badan pada KMS tiap bulannya sejak bayi lahir sampai pada umur bayi mendapatkan hanya ASI saja, dapat disimpulkan bahwa memang ada ibu yang benar-benar berat badan bayinya tidak sesuai dengan rekomendasi, yaitu mengalami penurunan sebesar 300 gram dan juga ada beberapa ibu yang peningkatan berat badan bayinya kurang sesuai dengan umurnya. Namun sebagian besar bayi ibu lainnya memiliki penambahan berat badan yang sudah sesuai dengan rekomendasi Depkes.

Selain itu, pengeluaran urin bayi juga dapat menjadi indikator apakah bayi mendapatkan cukup ASI atau tidak. Hasil wawancara mendalam juga menunjukkan bahwa urin bayi pada saat masih mendapatkan ASI dapat dikatakan normal karena berwarna bening, tidak berbau tajam, dan frekuensinya sering. Dengan demikian dari kedua tanda yang dapat dipercaya untuk melihat kecukupan ASI tersebut, maka dapat dikatakan bahwa sebenarnya sebagian besar bayi ibu telah mendapatkan cukup ASI atau dengan kata lain jumlah produksi ASI ibu mampu memenuhi kebutuhan bayinya.

Banyak ibu yang merasa ASI-nya tidak mencukupi kebutuhan bayinya. Perasaan ibu tersebut biasanya muncul setelah setelah beberapa hari payudaranya tidak terasa tegang lagi dan bayinya sering minta disusui. Sebenarnya produksi ASI mereka tetap banyak walaupun payudara terasa tidak tegang lagi. Bayi juga sering minta disusui karena ASI cepat tercerna dan pencernaan menjadi cepat kosong (Yuliarti, 2010). Hasil wawancara mendalam pada ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI menunjukkan bahwa pada saat masih memberikan ASI saja, ibu merasakan payudaranya kencang/tegang sebelum disusui dan ibu juga meyakini bahwa jumlah ASI-nya banyak, namun perasaan ‘jumlah ASI kurang’ memang muncul saat bayinya sering minta disusui.

Bayi yang sering minta disusui merupakan penilaian ibu terhadap jumlah produksi ASI-nya dan hal tersebut sebagian besar terjadi saat bayi berumur 5 minggu. Pada masa pertumbuhannya, bayi mengalami periode percepatan atau loncatan pertumbuhan, sehingga bayi akan tampak lapar sekali selama beberapa hari, mungkin karena bayi sedang tumbuh lebih cepat sebelumnya. Hal seperti ini biasanya terjadi di sekitar umur bayi 2 minggu, 6 minggu, dan 3 bulan, namun dapat terjadi di waktu-waktu lainnya (Depkes, 2007). Selain itu menurut penjelasan Yuliarti (2010) bayi juga sering minta disusui karena ASI cepat tercerna dan pencernaan menjadi cepat kosong. Oleh karena itu ibu perlu mendapat pemahaman mengenai hal ini agar ibu bisa percaya diri untuk tetap menyusui bayinya.

Proses menyusui tidak terlepas dari faktor kejiwaan ibu. Oleh karena itu ibu yang selalu dalam keadaan gelisah, kurang percaya diri, rasa tertekan dan berbagai bentuk ketegangan emosional, mungkin akan gagal dalam menyusui bayinya

(Moehji, 1988). Bayi yang menangis terlalu lama akan cepat lelah sehingga kemampuan menghisapnya juga berkurang dan ibu mungkin juga bisa kesal sehingga mengganggu proses laktasi (Yuliarti, 2010). Ibu yang kesal dan khawatir ketika bayinya menangis sehingga ibu berpikir bahwa bayinya kurang mendapat ASI akan sangat mengganggu refleks pengeluaran ASI (*let down reflex*). Padahal refleks ini mudah sekali dipengaruhi oleh emosi ibu, rasa sakit, rasa percaya diri, dan khawatir.

### **6.2.2 Umur Ibu dengan Persepsi Ketidacukupan ASI**

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa proporsi umur responden yang memiliki persepsi ketidacukupan ASI antara umur  $\leq 30$  tahun dan  $>30$  tahun tidak berbeda jauh, yaitu 55,3% dan 59,1%. Hasil uji statistik diperoleh nilai-p=0,000 yang artinya ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan persepsi ketidacukupan ASI dan nilai OR 1,17 (95% CI: 0,404-3,387) menunjukkan bahwa responden yang berumur  $>30$  tahun memiliki peluang sebesar 1,17 kali untuk memiliki persepsi ketidacukupan ASI dibandingkan dengan responden yang berumur  $\leq 30$  tahun. Hasil wawancara mendalam juga menunjukkan beberapa ibu yang memiliki anak lebih dari 1 dan telah berumur  $>30$  tahun merasa jumlah produksi ASI-nya semakin sedikit seiring dengan bertambahnya umur, berbeda dengan jumlah produksi ASI pada saat umur ibu masih lebih muda daripada umurnya saat wawancara.

Adanya hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan persepsi ketidacukupan ASI sesuai dengan penjelasan yang dikemukakan oleh Ebrahim (1978) yaitu 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 dan penjelasan Pujiadi (2000) dalam Trisnawati (2010) yang menyatakan bahwa dari segi produksi ASI, ibu-ibu yang berusia 19-23 tahun lebih baik dalam menghasilkan ASI dibanding dengan ibu yang berusia lebih tua.

### 6.2.3 Paritas dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Hasil penelitian mengenai paritas, sebagian besar pada penelitian ini proporsi ibu yang memiliki persepsi ketidacukupan ASI lebih banyak pada ibu dengan jumlah paritas yang sedikit (1-2 kali melahirkan) (58,1%) jika dibandingkan dengan ibu dengan paritas banyak ( $\geq 3$  kali melahirkan) (52,9%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai- $p=0,006$ , yang artinya ada hubungan antara paritas dengan persepsi ketidacukupan ASI. Selain itu diperoleh pula nilai OR 1,24 (95% CI: 0,399-3,817) yang menunjukkan bahwa responden dengan paritas 1-2 memiliki peluang sebesar 1,24 kali untuk memiliki persepsi ketidacukupan ASI dibandingkan dengan responden dengan paritas lebih dari 2. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang juga dilakukan oleh Nofriyentesni (2011) juga menemukan bahwa ibu yang paritasnya banyak ( $\geq 3$  kali melahirkan) memiliki kecenderungan untuk memberikan ASI eksklusif sebesar 2,7 kali dibandingkan dengan ibu dengan paritas yang sedikit (1-2 kali melahirkan).

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan Irawati (2010) dalam penelitiannya menemukan bahwa ibu dengan paritas lebih dari 3 anak secara fisiologi dan psikologis lebih baik dalam memberikan ASI kepada bayinya termasuk inisiasi menyusui. Ibu yang sudah berpengalaman, lebih percaya diri 'meminta kepada petugas kesehatan' agar bayinya langsung diberi ASI dan tidak diberi susu botol.

Sedangkan dari wawancara mendalam ditemukan bahwa beberapa ibu merasa ASI-nya tidak sebanyak anak sebelumnya. Bahkan seorang ibu dengan paritas 2 mengatakan jumlah ASI tidak dipengaruhi oleh jumlah anak, tetapi asupan gizi dan hisapan bayi. Ada juga seorang ibu dengan paritas 1 juga merasa ASI-nya tidak dipengaruhi oleh jumlah anak yang dilahirkan. Ibu yang merasa jumlah ASI-nya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi, berpikir bahwa jumlah produksi ASI tidak berhubungan dengan paritas. Hal ini dapat terjadi mungkin karena produksi ASI dipengaruhi oleh banyak faktor, di antaranya adalah faktor kejiwaan yang bisa timbul karena adanya pihak-pihak yang mendukung proses menyusui dan faktor hisapan bayi serta status gizi.

Penjelasannya seperti yang dikemukakan oleh Gatti (2008) dalam penelitiannya mengenai persepsi ibu tentang kekurangan/ketidacukupan suplai ASI menyebutkan bahwa paritas dan pengalaman menyusui berpengaruh secara

signifikan terhadap kesuksesan menyusui, di mana wanita yang baru pertama kali menyusui biasanya selalu berfikir akan resiko dan masalah menyusui atau penghentian menyusui di awal dibanding dengan wanita yang sudah pernah menyusui sebelumnya. Kemudian apabila dilihat dari segi psikologisnya, Worthington-Roberts (2000) menyatakan bahwa ibu yang baru pertama kali menyusui bayinya memiliki kekhawatiran terhadap suplai ASI yang rendah secara kualitas dan kuantitas dalam memenuhi kebutuhan pertumbuhan bayinya.

Pengalaman menyusui yang dimiliki oleh ibu yang telah memiliki anak lebih dari 2 (multipara) menimbulkan kepercayaan diri bahwa dirinya akan mampu menyusui. Namun hal tersebut masih perlu diteliti kembali apakah keberhasilan menyusui tersebut dimiliki oleh semua ibu multipara tanpa membedakan ibu multipara yang berhasil menyusui bayinya secara eksklusif atau tidak.

#### **6.2.4 Pekerjaan dengan Persepsi Ketidacukupan ASI**

Hasil analisis didapatkan bahwa ibu yang bekerja lebih banyak memiliki persepsi ketidacukupan ASI yaitu sebanyak 61,1% jika dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja (52,9%). Hasil uji statistik didapatkan nilai-p=0,029, yang artinya ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan persepsi ketidacukupan ASI. Pada hasil uji juga diperoleh nilai *Odds Ratio* 1,3 (95% CI: 0,421-4,001) menunjukkan bahwa responden yang bekerja memiliki peluang sebesar 1,3 kali untuk memiliki persepsi ketidacukupan ASI dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Huang, et al. (2009) yang menemukan hasil bahwa pekerjaan ibu berhubungan secara signifikan dengan persepsi ibu terhadap suplai ASI (nilai-p=0,022). Namun penelitian tersebut tidak sejalan dengan pernyataan penelitian yang dilakukan oleh Unika Atmajaya (1995) bahwa ibu yang bekerja akan semakin baik pengetahuan dan pola pemberian ASI-nya karena dengan bekerja, karena ibu dapat berinteraksi dengan orang-orang lain di sekitarnya di dalam lingkungan tempat kerjanya, sehingga memungkinkan ibu untuk meningkatkan pengetahuan dan akhirnya

dapat mempraktekkan pengetahuan yang telah diperolehnya tersebut (Haryanto dan Hadi, 2009).

Ibu yang bekerja cenderung memiliki persepsi ketidakcukupan ASI karena ibu-ibu yang bekerja ini menganggap lebih praktis dan lebih 'mampu' karena telah memiliki penghasilan yang lebih dalam keluarganya untuk bisa membeli dan memberikan susu botol daripada menyusui. Ditambah lagi dengan keterbatasan dari segi waktu. Peraturan cuti untuk ibu hamil dan melahirkan pada ibu yang bekerja berlangsung hanya selama 3 bulan. Sebenarnya ibu yang bekerja pun bisa memberikan ASI eksklusif, namun pada pelaksanaannya ternyata sulit diaplikasikan karena terhambat oleh berbagai pihak sehingga kondisinya tidak memungkinkan untuk benar-benar memberikan ASI eksklusif.

Pernyataan ini ditegaskan pada analisis kajian implementasi dan kebijakan ASI eksklusif dan IMD di Indonesia yang dilakukan oleh Fikawati dan Syafiq (2010), yaitu dari segi peraturan ketenagakerjaan (Undang-Undang Ketenagakerjaan No.13/2003 Pasal 81), lama cuti hamil dan melahirkan hanya 3 bulan. Lama cuti hamil dan melahirkan yang tercantum dalam peraturan tersebut tentu tidak cukup bagi pelaksanaan ASI eksklusif 6 bulan kecuali jika difasilitasi dengan instrumen penyimpanan ASI baik di rumah maupun di tempat kerja.

Namun ada sebagian ibu yang mengungkapkan pada wawancara mendalam bahwa sebenarnya ibu yang bekerja pun masih bisa memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya. Kembali lagi ditekankan bahwa mungkin pemberian ASI pada ibu yang bekerja sedikit terganggu karena bayi harus cukup sering dan dalam jangka waktu yang lama berpisah dengan ibu. Sedangkan jika ibu memberikan ASI, maka ASI yang diberikan adalah ASI perahan, di mana tidak terjadi kontak langsung antara hisapan bayi pada puting payudara ibu. Berbeda dengan bayi yang menghisap langsung payudara ibu, maka kemungkinan jumlah produksi ASI-nya akan lebih banyak dan lancar, karena produksi ASI juga bergantung pada hisapan bayi.

### 6.2.5 Bimbingan Laktasi Pranatal dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Informasi yang didapat responden mengenai ASI dari bidan/petugas kesehatan selama kunjungan ANC merupakan salah satu persiapan menyusui pada masa kehamilan dan merupakan hal yang penting, sebab dengan persiapan yang baik maka ibu lebih siap untuk menyusui bayinya. Ibu yang mendapatkan bimbingan laktasi pranatal lebih banyak memiliki persepsi ketidacukupan ASI (60,8%) jika dibandingkan dengan ibu yang selama kehamilannya tidak mendapatkan informasi mengenai ASI (33,3%). Hasil analisis terhadap variabel bimbingan laktasi pranatal pada penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara bimbingan laktasi pranatal dengan persepsi ketidacukupan ASI dengan nilai- $p=0,157$ .

Hasil ini tidak sesuai dengan pendapat Soetjiningsih (1997) yang menjelaskan bahwa bimbingan laktasi pranatal merupakan dasar bagi keberhasilan menyusui. Sebaliknya, pada wawancara mendalam ditemukan bahwa ternyata ada ibu yang tidak mendapatkan bimbingan laktasi pranatal selama kehamilannya dan berusaha mencari informasi sendiri, namun waktunya terlambat karena mendekati masa persalinan dan ibu merasa kurang persiapan sehingga praktek menyusunya kurang optimal. Sebagaimana kutipan pernyataan ibu berikut ini:

*“...kita cari info sendiri itu, saya telat yah, harusnya cari info itu walaupun saya udah anak kedua itungannya, ya harusnya dari pas hamil udah baca-baca, jadi pas ngelahirin tinggal prakteknya aja. Kalo kayak sekarang kan eee...telat ya...”* (Informan 9).

Hal ini dapat terjadi mungkin karena pemberian informasi saat ANC kurang lengkap yang bisa disebabkan oleh faktor waktu kunjungan yang terbatas dikarenakan banyaknya jumlah pasien pada satu waktu kunjungan. Seperti halnya pada studi kualitatif yang dilakukan oleh Fikawati dan Syafiq (2009), terlihat bahwa saat ANC tidak banyak dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan untuk memberi informasi tentang ASI eksklusif kepada ibu, sehingga ibu tidak memberikan ASI-nya secara eksklusif.

Selain itu, ibu yang diberikan penjelasan oleh petugas kesehatan juga memiliki persepsi masing-masing dalam menerima informasi tersebut. Kemungkinannya adalah ibu dengan tingkat pendidikan yang berbeda-beda akan memiliki persepsi informasi yang berbeda pula. Namun pada penelitian ini penulis

tidak mengikutsertakan faktor pendidikan yang menurut teori memiliki hubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI.

#### **6.2.6 Penggunaan Alat Kontrasepsi dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI**

Penggunaan alat kontrasepsi modern yang dapat mencegah kehamilan secara efektif sangat penting artinya dalam memperpanjang pemberian ASI. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi pil yang mengandung hormon estrogen dapat mengurangi jumlah produksi ASI bahkan dapat menghentikan produksi ASI secara keseluruhan (Moehji, 1988).

Hasil penelitian didapatkan hanya sebagian kecil ibu menggunakan kontrasepsi hormonal (kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen), seperti pil dan suntikan kombinasi dan sebagian besar ibu menggunakan kontrasepsi yang tidak mengandung hormon estrogen, seperti kontrasepsi progestin (mengandung hormon progesteron saja, baik pil maupun suntik), AKDR/IUD, dan metode kontrasepsi mantap (tubektomi/steril), serta terdapat juga ibu yang tidak menggunakan kontrasepsi apapun setelah melahirkan. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa proporsi penggunaan alat kontrasepsi pada ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI antara kontrasepsi yang mengandung estrogen dengan kontrasepsi yang tidak mengandung estrogen serta ibu yang tidak menggunakan kontrasepsi apapun cukup jauh berbeda, yaitu 50%, 61,3%, dan 52,9%. Setelah dianalisis dinyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara penggunaan alat kontrasepsi dengan persepsi ketidakcukupan ASI, yaitu antara kelompok penggunaan kontrasepsi yang mengandung estrogen dan tidak menggunakan kontrasepsi apapun dengan nilai-p=0,876; antara kelompok penggunaan alat kontrasepsi yang tidak mengandung estrogen dan tidak menggunakan kontrasepsi apapun dengan nilai-p=0,575.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Moehji (1988) seperti yang telah dijelaskan sebelumnya. Tidak juga sesuai dengan penjelasan Soetjiningsih (1997) yaitu penurunan produksi ASI dapat disebabkan oleh obat-obatan yang dikonsumsi misalnya pil kontrasepsi yang mengandung estrogen tinggi. Hasil wawancara mendalam juga diperoleh pernyataan bahwa semua informan yang menggunakan alat/metode kontrasepsi yang tidak mengandung

estrogen, yaitu berupa suntikan tiga bulanan justru merasa bahwa jumlah produksi ASI-nya berkurang setelah penggunaan. Hal sebaliknya terjadi pada informan yang mendapat suntikan satu bulanan yang mengandung estrogen justru tidak merasa jumlah produksi ASI-nya berkurang. Padahal menurut Whitehead (1981), Depo-Provera, yang merupakan kontrasepsi suntikan tiga bulanan non-estrogen, walaupun terbukti aman, efisien, ternyata tidak memiliki efek yang merugikan atau meningkatkan produksi ASI dan Cameron (1983) juga menjelaskan bahwa, beberapa jenis kontrasepsi oral maupun suntikan yang mengandung estrogen yang tinggi dapat mempengaruhi produksi ASI.

Ketidaksesuaian teori Moehji (1988), Soetjiningsih (1997), Whitehead (1981), dan Cameron (1983) dengan hasil penelitian dapat terjadi karena lama pemakaian serta dosis estrogen dalam alat/metode kontrasepsi mungkin turut mempengaruhi persepsi ibu. Namun, pada penelitian ini penulis tidak meneliti secara lebih rinci mengenai hubungan lama pemakaian dan dosis estrogen dalam alat/metode kontrasepsi dengan persepsi ibu. Selain itu, faktor yang berkaitan dengan persepsi ibu terhadap ketidakcukupan ASI bukan hanya dari penggunaan alat kontrasepsi saja, melainkan dapat juga berhubungan dengan faktor lainnya, seperti faktor status gizi ibu, dukungan dari suami, keluarga, petugas kesehatan, tingkat kepercayaan diri ibu, dan sebagainya.

### **6.2.7 Rawat Gabung dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI**

Sebagian besar (68,3%) ibu selama perawatan setelah bersalin dirawat gabung dalam satu ruangan/kamar dengan bayinya dan sebagian lainnya (31,7%) dirawat terpisah dengan bayinya. Ibu yang dirawat dalam satu ruangan bersama bayinya selama 24 jam ternyata lebih banyak yang memiliki persepsi tidak cukup ASI (61%) dibandingkan dengan ibu yang tidak rawat gabung. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara rawat gabung dengan persepsi ketidakcukupan ASI (nilai- $p=0,503$ ).

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Huang et al. (2009) yang menemukan bahwa penerapan rawat gabung memiliki hubungan yang bermakna dengan persepsi ibu terhadap suplai ASI-nya (nilai- $p=0,043$ ). Hal ini dapat terjadi apabila penerapan rawat gabung namun tidak didukung oleh petugas kesehatan

seperti petugas kesehatan tidak membantu ibu jika ibu memiliki masalah dalam hal praktek menyusui.

Selain itu, ibu yang masih merasakan rasa sakit pascamelahirkan, seperti merasakan luka jahitan perineum, luka jahitan operasi, kontraksi rahim, kelelahan pascamelahirkan, dan sebagainya dapat membuat ibu merasa tidak nyaman dan mengganggu kondisi psikologis ibu sehingga produksi ASI-nya terganggu. Kemungkinan lain yang dapat terjadi adalah ibu malu dan risih karena mungkin dalam satu ruangan tersebut ada ibu menyusui lainnya. Pada penelitian ini tidak diteliti apakah pada saat perawatan, hanya ada ibu dan bayi dalam satu ruangan atau ada ibu lainnya, yang biasanya berbeda antarkelas perawatan. Sedangkan dari hasil wawancara mendalam hanya diperoleh keterangan kondisi rawat gabung yang ibu lakukan adalah ibu dan bayi berada dalam satu kamar/ruangan, sehingga ibu bisa melakukan belajar perawatan bayi sendiri dan jika mengalami kesulitan maka petugas kesehatan datang untuk membantu ibu. Namun, penulis tidak menggali informasi lainnya, seperti waktu pelaksanaan rawat gabung.

#### **6.2.8 Berat Badan Bayi Lahir dengan Persepsi Ketidacukupan ASI**

Sebagian besar dari responden (58,8%) ibu yang melahirkan bayi dengan berat badan >2500 gram memiliki persepsi ketidacukupan ASI. Hasil uji statistik menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara berat bayi lahir dengan persepsi ketidacukupan ASI. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Trisnawati (2010) hasilnya didapatkan nilai-p=0,030 untuk variabel berat badan bayi lahir, yang artinya ada hubungan bermakna antara berat badan bayi lahir dengan persepsi kemampuan laktasi.

Tidak pula sesuai dengan penjelasan yang dikemukakan oleh Siregar (2004) bahwa bayi lahir dengan berat badan yang sangat rendah mungkin masih terlalu lemah apabila mengisap ASI dari payudara ibunya. Kemudian diperkuat oleh pernyataan Nugroho (2011) dan Yulianti (2010) yaitu bayi berat lahir rendah (BBLR) mempunyai masalah dalam hal menyusui karena kemampuan mengisap ASI yang lebih rendah dibanding bayi yang berat lahir normal (>2500 gr). Kemampuan mengisap ASI yang lebih rendah ini meliputi frekuensi dan lama penyusuan yang lebih rendah dibanding bayi berat lahir normal yang akan

mempengaruhi stimulasi hormon prolaktin dan oksitosin dalam memproduksi ASI.

Ketidaksesuaian hasil penelitian dengan penelitian lain dan beberapa teori dapat disebabkan oleh lama menyusui ibu setiap kali menyusui dapat dikatakan tidak lama, hanya sekitar 10 menit. Kemudian hampir semua informan dari kelompok informan yang bekerja mengatakan menyusui tidak bergantian antara payudara yang kanan dan kiri. Alasannya bermacam-macam, yaitu karena ukuran baik puting maupun payudara-nya kecil, sehingga informan tidak percaya diri dengan jumlah produksi ASI-nya. Kemudian ada informan yang beralasan bahwa posisi menyusui pada payudara sebelah kiri dirasakan informan lebih nyaman jika dibandingkan dengan menyusui pada payudara sebelah kanan.

Tidak memaksimalkan kedua payudara (kanan dan kiri) saat menyusui dengan waktu menyusui yang cenderung tidak lama dapat dikatakan bahwa ASI yang diproduksi belum secara optimal diperoleh bayi, sehingga tidak menutup kemungkinan bayi masih merasa lapar walaupun ibu telah menyusui. Padahal menurut Roesli (2007), susu yang keluar kemudian di 5 menit kedua saat menyusui (*hindmilk*) diduga mengenyangkan bayi karena mengandung lemak 4-5 kali lebih banyak dibandingkan dengan *foremilk* atau susu yang keluar di 5 menit pertama saat menyusui.

Selain karena fungsi fisiologisnya tidak dimanfaatkan dengan baik, yaitu menyusui tidak bergantian antara payudara kanan dan kiri, ibu juga tidak percaya diri karena kondisi puting dan payudara-nya serta tidak mendapatkan posisi yang nyaman saat menyusui dengan menggunakan kedua payudara dan hanya mengandalkan satu bagian payudara saja. Hal tersebut mungkin saja mengganggu refleksi *let down* ibu sehingga proses pengaliran ASI pun terhambat.

### **6.2.9 IMD dengan Persepsi Ketidacukupan ASI**

Hasil penelitian mengenai IMD menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang tidak melakukan IMD lebih banyak memiliki persepsi ketidacukupan ASI (66,7%) dibanding yang ibu yang segera menyusui bayinya setelah lahir (48,5%). Namun hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=1,327$  yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara IMD dengan persepsi ketidacukupan ASI.

Hasil penelitian tersebut tidak sesuai dengan penelitian Huang et al. (2009) yang mengungkapkan bahwa IMD memiliki hubungan yang bermakna dengan persepsi ibu terhadap suplai ASI-nya (nilai- $p=0,002$ ). Kemudian penelitian Aisyah (2009) juga menunjukkan bahwa salah satu faktor kegagalan praktik pemberian ASI eksklusif disebabkan karena belum adanya praktik pemberian ASI pada satu jam pertama setelah melahirkan.

Ketidaksesuaian antara hasil penelitian ini dengan beberapa hasil penelitian lain kemungkinan disebabkan oleh masih adanya faktor lain yang juga dapat mempengaruhi persepsi ketidakcukupan ASI, sehingga IMD bukan merupakan satu-satunya faktor yang berkaitan dengan persepsi ketidakcukupan ASI, walaupun ibu tersebut tidak segera menyusui bayinya dalam 1 jam pertama setelah lahir, namun apabila mempunyai kepercayaan bahwa dirinya memiliki jumlah produksi ASI yang cukup jika didukung oleh faktor lainnya seperti kondisi gizi yang baik, pola menyusui yang tanpa dijadwal/semau bayi (*on demand*), serta mendapat dukungan penuh dari keluarga, maka ibu akan yakin bahwa jumlah produksi ASI-nya dapat mencukupi kebutuhan bayinya.

Pada wawancara mendalam terungkap beberapa informasi bahwa ibu yang tidak segera menyusui bayinya dalam satu jam setelah lahir merasa bahwa ASI-nya keluar tidak lancar. Hal tersebut terjadi karena ibu tidak nyaman dengan kontraksi rahim yang dirasakan. Padahal sebenarnya kondisi demikian adalah normal dan seharusnya dapat dijelaskan oleh petugas kesehatan mengapa bisa terjadi. Selain itu tidak melakukan IMD juga dapat menimbulkan persepsi ketidakcukupan ASI mungkin karena ibu terpisah dengan bayi dalam waktu yang cukup lama karena petugas kesehatan harus melakukan pemeriksaan atau memberikan tindakan seperti penimbangan berat badan bayi, pemberian vitamin K atau salep mata, pembersihan jalan nafas bayi, dan sebagainya, sehingga ibu kehilangan kesempatan kontak langsung untuk segera memperkenalkan payudaranya kepada bayinya.

Padahal menurut penjelasan Moehji (1988), telah disebutkan bahwa umumnya bayi mempunyai kemampuan yang tinggi untuk mengisap ASI dari buah dada ibunya. Akan tetapi beberapa jam berikutnya setelah lahir, kemampuan mengisap itu mulai menurun. Karena itu, sebaiknya bayi disusui segera setelah

lahir. Mengingat begitu besar manfaat IMD untuk ibu dan bayi, maka sangat disayangkan jika petugas kesehatan tidak bersedia menunda melakukan pemeriksaan atau memberikan tindakan kepada bayi untuk memberikan kesempatan kepada ibu dan bayi untuk sama-sama ‘belajar’ menyusui dan menyusui.



## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan penelitian, penulis mengetahui dan memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI serta gambaran rinci dan mendalam mengenai persepsi tersebut pada ibu yang memiliki bayi umur 0-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas tahun 2011 sesuai dengan tujuan umum penelitian terhadap beberapa variabel yang diteliti. Berikut ini merupakan kesimpulan penelitian:

1. Analisis bivariat menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI adalah faktor ibu yang terdiri dari umur ibu, paritas, dan pekerjaan.
2. Gambaran persepsi ketidakcukupan ASI yang ditemukan penulis adalah:
  - Rata-rata ibu berhenti ASI saat umur bayi 5 minggu. Umur berhenti tercepat adalah saat bayi berumur 1 hari dan waktu paling lama bayi mendapatkan ASI saja yaitu saat bayi umur 23 minggu. Ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok tahun 2011 cukup tinggi yaitu sebesar 56,7%, dan sebanyak 43,3% ibu tidak memiliki persepsi ketidakcukupan ASI.
  - Hasil yang diperoleh dari wawancara mendalam yaitu mengenai gambaran persepsi ketidakcukupan ASI adalah hampir semua ibu merasa bahwa jumlah produksi ASI-nya tidak cukup karena bayinya masih menangis walaupun telah disusui. Padahal menurut pengetahuan yang dimiliki oleh ibu, tanda-tanda bayi yang tidak cukup mendapatkan ASI adalah penilaian dari kondisi fisik bayi.
  - Setelah *dicross-check* dengan memantau hasil penimbangan berat badan bayi ternyata hanya ada sebagian kecil ibu saja yang benar-benar berat badan bayinya tidak mengalami peningkatan sesuai dengan rekomendasi Depkes. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa di antara ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI tersebut, terdapat sebagian besar

ibu yang sebenarnya masih memiliki jumlah produksi ASI yang cukup dalam memenuhi kebutuhan bayinya.

3. Hasil wawancara mendalam dalam menggali faktor ibu, maka variabel umur ibu, paritas, pekerjaan, bimbingan laktasi pranatal, dan rawat gabung, hampir semua informan mengatakan kecukupan ASI-nya dipengaruhi oleh faktor-faktor tersebut. Sedangkan untuk variabel penggunaan alat kontrasepsi, pada ibu yang menggunakan alat/metode kontrasepsi tidak mengandung estrogen justru merasa jumlah produksi ASI-nya berkurang.
4. Dilihat dari faktor bayi, yaitu variabel berat badan bayi lahir, semua informan memiliki bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram dan merasakan daya hisap bayi kuat, sehingga ibu lebih cenderung merasa bayi tidak mendapatkan cukup ASI untuk memenuhi kebutuhan bayinya.
5. Ibu yang melakukan IMD, produksi ASI-nya cenderung lancar di waktu-waktu awal setelah melahirkan, namun ibu merasa jumlah ASI-nya berkurang seiring dengan berjalannya waktu.

## **7.2 Saran**

### **7.2.1 Bidan/Petugas Kesehatan**

Agar ibu memiliki persepsi kecukupan ASI, maka bidan atau tenaga kesehatan dapat melakukan hal-hal di bawah ini:

1. Menerapkan konseling kepada ibu hamil setiap kali kunjungan ANC, kegiatan di Posyandu, maupun saat kunjungan nifas atau neonatal mengenai ASI dan hal-hal yang berhubungan dengannya, termasuk menekankan pentingnya IMD.
2. Mengoptimalkan promosi mengenai pemberian ASI tidak hanya kepada ibu saja, tetapi kepada siapapun yang berada dekat dan sering berinteraksi dengan ibu menyusui, seperti suami, orangtua, dan anggota keluarganya serta kepada masyarakat setempat, sehingga memungkinkan ibu untuk mendapatkan dukungan dari orang lain di sekitar ibu.
3. Melatih ibu untuk melakukan pemantauan pertumbuhan bayi dengan memperhatikan tanda-tanda mungkin dan tanda-tanda yang dapat dipercaya

bayi yang mendapatkan ASI, yaitu dari penambahan berat badan bayi dan pengeluaran urin bayi.

### 7.2.2 Dinas Kesehatan Kota Depok

Kepada Dinas Kesehatan Kota Depok diharapkan dapat melakukan hal-hal berikut:

1. Mengoptimalkan keberadaan konselor laktasi. Untuk lebih dapat menjangkau ibu-ibu baik yang sedang hamil maupun yang sedang menyusui, bahkan kepada calon ibu, maka konselor dapat menjemput bola, misalnya dengan mengadakan kegiatan ke luar gedung seperti kegiatan Posyandu agar masyarakat juga dapat mengetahui bahwa petugas kesehatan sangat menaruh perhatian terhadap pentingnya pemberian ASI eksklusif.
2. Memberikan pelatihan keterampilan dan pengetahuan kepada petugas kesehatan sebagai pihak '*provider*' yang akan berhubungan langsung dengan ibu baik sejak saat sebelum hamil maupun saat menyusui.
3. Mengevaluasi kinerja bidan/petugas kesehatan/kader yang telah diberi keterampilan dan pengetahuan secara rutin.
4. Memberikan *reward* kepada bidan/petugas kesehatan/konselor laktasi, bahkan kader/keompok pendukung pemberian ASI (KPPASI) yang telah berhasil membantu peningkatan cakupan ASI eksklusif.
5. Mengikutsertakan peran sektor swasta dalam peningkatan cakupan pemberian ASI eksklusif.

### 7.2.3 Peneliti Lain

Kepada peneliti lain diharapkan dapat melakukan hal-hal berikut:

1. Mencoba meneliti faktor yang tidak diikutsertakan pada penelitian ini serta mengembangkan variabel lain yang mungkin berperan dalam mempengaruhi persepsi seseorang.
2. Menerapkan definisi operasional yang tepat untuk variabel rawat gabung.
3. Mengembangkan penelitian dengan metode penelitian yang lebih tepat sehingga dapat memperkecil kemungkinan bias.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, Dewi. (2009). *Abstrak: Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kegagalan Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif pada Ibu Bekerja (Studi Kualitatif di Tempat Penitipan Anak (TPA) Dian Dharma Putra Provinsi Jawa Tengah Tahun 2009*. Tesis. Semarang: FKM Undip. <http://eprints.undip.ac.id/6266/>. [Diunduh tanggal 25 Agustus 2011].
- Afifah, Diana Nur. (2007). *Faktor yang Berperan dalam Kegagalan Praktik Pemberian ASI Eksklusif (Studi Kualitatif di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang Tahun 2007)*. Tesis. Semarang: Program Pascasarjana Undip. [http://eprints.undip.ac.id/17024/1/Diana\\_Nur\\_Afifah.pdf](http://eprints.undip.ac.id/17024/1/Diana_Nur_Afifah.pdf). [Diunduh tanggal 11 Oktober 2011].
- Ali, Arsalan Rahim. (2011). *Inisiasi Menyusui Dini dan ASI Eksklusif di Polewali Mandar*. Polewali Mandar: <http://arali2008.wordpress.com/2011/03/20/inisiasi-menyusui-dini-dan-asi-eksklusif-di-polewali-mandar/>. [Diunduh tanggal 11 Oktober 2011].
- Amiruddin R. dan Rostia. (2006). *Promosi Susu Formula Menghambat Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi 6-11 Bulan di Kelurahan Pa'Baeng-Baeng Makassar Tahun 2006*. <http://ridwanamiruddin.wordpress.com/2007/04/26/susu-formula-menghambat-pemberian-asi-eksklusif/>. [Diunduh tanggal 25 Agustus 2011].
- Ariawan, Iwan. (1998). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Astuti, M. T. (2010). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI pada Ibu-ibu yang Berkunjung ke Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2010*. Skripsi. Depok: FKM UI.
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan Macro International. (2007). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro International.

- Baker. E. J., Linda C. S., Nadra F. (2006). *Early Initiation of and Exclusive Breastfeeding in Large-scale Community-based Programmes in Bolivia and Madagascar. J Health Popul Nutr 2006 Dec; 24 (4)*. Bangladesh: International Centre for Diarrhoeal Disease Research.
- Beasley. (2011). U.S. Hospital Poor at Breast-feeding Support: Study. Atlanta: <http://www.torontosun.com/2011/08/02/us-hospitals-poor-at-breast-feeding-support-study>. [Diunduh tanggal 10 September 2011].
- Cameron, Margaret. (1983). *Manual on Feeding Infants and Young Children*. New York: Oxford University Press.
- Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. (2002). *Manajemen Laktasi, Buku Panduan bagi Bidan dan Petugas Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Depkes RI.
- \_\_\_\_\_. Departemen Dalam Negeri, Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi, et al. (2002). *Strategi Nasional Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu Sampai Tahun 2005*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2003). *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Jakarta.
- \_\_\_\_\_. (2006). *Petunjuk Praktis bagi Kader dalam Mendampingi Ibu Menyusui*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Pelatihan dan Konseling Menyusui Panduan Peserta*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Dinas Kesehatan Kota Depok. (2008). *Profil Kesehatan Kota Depok Tahun 2008*. Depok.
- \_\_\_\_\_. (2009). *Profil Kesehatan Kota Depok Tahun 2009*. Depok.
- Ebrahim, G.J. (1986). *Air Susu Ibu*. [Jon E. R. dan Hari P., ed.] Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica.
- Februhartanty J, Muslimatun S., dan Septiari A. M. (2007). Peran Ayah untuk Meningkatkan Praktek Pemberian ASI: Dapatkah Ayah di Indonesia Melakukannya?. *Universa Medicina, Vol. 26 No. 2*. Jakarta.

- Fikawati, S. dan Syafiq, A. (2003). Hubungan Antara Menyusui Segera (Immediate Breastfeeding) dan Pemberian ASI Eksklusif Sampai dengan Empat Bulan. *Jurnal Kedokteran Trisakti*, Vol. 22 No. 2, Mei-Agustus 2003. Jakarta:
- \_\_\_\_\_. (2009). Penyebab Keberhasilan dan Kegagalan Praktik Pemberian ASI Eksklusif. *KESMAS, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 4 No. 3, Desember 2009. Depok: FKM UI.
- \_\_\_\_\_. (2010). Kajian Implementasi dan Kebijakan Air Susu Ibu Eksklusif dan Inisiasi Menyusui Dini di Indonesia. *Makara, Kesehatan*, Vol. 14, No. 1, Juni 2010. Depok.
- Gatti, Lisa. (2008). Maternal Perceptions of Insufficient Milk Supply in Breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*, 2008; 40:4. Sigma Theta Tau International.
- Hartuti. (2006). *Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor-faktor yang Berhubungan di Puskesmas Tarusan Kabupaten Pesisir Selatan Propinsi Sumatera Barat Tahun 2006*. Tesis. Depok: FKM UI.
- Haryanto A. dan Hadi E. N. (2009). Praktek Ibu dalam Perawatan Neonatus di Kabupaten Garut, Jawa Barat. *KESMAS, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 3 No. 6, Juni 2009. Depok: FKM UI.
- Helda. (2009). Kebijakan Peningkatan Pemberian ASI Eksklusif. *KESMAS, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 3 No. 5, April 2009. Depok: FKM UI.
- Hermina dan Afriansyah, N. (2010). Hubungan Praktik Pemberian ASI Eksklusif dengan Karakteristik Sosial, Demografi, dan Faktor Informasi tentang ASI dan MP-ASI (Studi di Kota Padang dan Kabupaten Solok Provinsi Sumatera Barat). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan-Vol. 13 No. 4 Oktober 2010*. Surabaya: Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
- HKI Indonesia Crisis Bulletin. (2002). Indonesia Crisis Bulletin, Indonesia in Transition, Breastfeeding and Complementary Feeding Practices in Rural West Java. *HKI Indonesia Crisis Bulletin Yr.4, Iss. 22, December 2002*.

- Huang, Ya-Yi, et al. (2009). Factors Related to Maternal Perception of Milk Supply While in the Hospital. *Journal of Nursing Research Vol. 17, No. 3, September, 2009.*
- Irawati, Anies. (2009). Pola Menyusui dan Status Gizi Ibu Menyusui di Indonesia (*Breastfeeding Pattern and Nutritional Status of Lactating Mother in Indonesia*). *Penelitian Gizi dan Makanan (The Journal of Nutrition and Food Research) Volume 32 (Suplemen) 2009.* Bogor: Departemen Kesehatan RI, Balitbangkes Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan.
- \_\_\_\_\_. (2010). Inisiasi Menyusui Dini dan Faktor Determinannya pada Anak Balita di Indonesia: Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007 (*Early Breastfeeding Initiation and Its Determinant Factors for Children Underfive Years Old in Indonesia: Secondary Analysis of the Indonesia Demographic and Health Survey 2007*). *Penelitian Gizi dan Makanan (The Journal of Nutrition and Food Research) Volume 33, No.1 Juni 2010.* Bogor: Departemen Kesehatan RI, Balitbangkes Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial.* Jakarta: Kemenkes RI.
- \_\_\_\_\_. (2010). *Riset Kesehatan Dasar Riskesdas 2010.* Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- \_\_\_\_\_. (2011). *Konselor Menyusui Bantu Tingkatkan Keberhasilan Pemberian ASI.* Jakarta: Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. <http://www.depkes.go.id>. [Diunduh tanggal 25 Agustus 2011].
- Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2010). *Pemberdayaan Perempuan dalam Peningkatan Pemberian ASI.* Jakarta: Kemenneg PPPA.
- Manuaba. (1998). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana.* Jakarta: EGC.

- McKenzie, James F., Pinger R.R., Kotecki J.E. (2007). *Kesehatan Masyarakat Suatu Pengantar Edisi 4 (An Introduction to Community Health)*. [Utami A., Hippy N. S. I., Nurlinawati I., alih bahasa]. Jakarta: EGC.
- Nofriyentesni. (2011). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Ibu dalam Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Umur 6-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011*. Skripsi. Depok: FKM UI.
- Nugroho, Taufan. (2011). *ASI dan Tumor Payudara*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurmiati dan Besral. (2008). Pengaruh Durasi Pemberian ASI Terhadap Ketahanan Hidup Bayi di Indonesia. *Makara, Kesehatan, Vol. 12, No. 2, Desember 2008*. Depok:
- Panjaitan, Marisi. (2011). *Status Gizi Selama Hamil dengan Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA) di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok Jakarta Utara Tahun 2011*. Skripsi. Depok: FKM UI.
- Permana, Feryani Dwi. (2006). Faktor-faktor Penyebab Kegagalan Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu yang Tidak Bekerja (Studi Kualitatif di Desa Batur Sari Kecamatan Mranggen Kabupaten Demak Tahun 2006). Skripsi. Semarang: FKM Undip. <http://www.fkm.undip.ac.id>. [Diunduh tanggal 10 September 2011].
- Puskesmas Pancoran Mas. (2010). *Profil Kesehatan Puskesmas Pancoran Mas Depok 2010*. Depok.
- Putra, Alhafiza. (2008). Analisis Praktek Bidan pada Pelayanan Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir. *KESMAS, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 3 No. 1, Agustus 2008*. Depok: FKM UI.
- Rahardjo. (2006). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Satu Jam Pertama Setelah Melahirkan. *KESMAS, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 1 No. 1, Agustus 2006*. Depok: FKM UI.
- Roesli, Utami. (2007). *Seri I: Mengenal ASI Eksklusif*. Jakarta: Trubus Agriwidya.
- \_\_\_\_\_. (2010). *Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Rohmah, Nikmatur. (2010). *Pendidikan Prenatal: Upaya Promosi Kesehatan bagi Ibu Hamil*. Jakarta: Gramata Publishing.

- Saifuddin, Abdul Bari. (2003). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, JNPKKR/POGI, BKKBN, DEPKES, dan JHPIEGO/STARH Program.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Upaya Safe Motherhood dan Making Pregnancy Safer dalam Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial*. [Martaadisoebrata D., et al., ed.]. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sarwono, S. W. (2010). *Pengantar Psikologi Umum*. [Eko A.M., ed.]. Jakarta: Rajawali Pers.
- Siregar, M. A. (2004). *Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya*. FKM USU.
- Soetjningsih. (1997). *Seri Gizi Klinik ASI Petunjuk untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Suharyono, Suradi R., dan Firmansyah A. (1992). *Air Susu Ibu Tinjauan dari Beberapa Aspek Edisi Kedua*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Suparmi, Tjandrarini, D. H., Herdayanti, M. (2010). *Exclusive Breastfeeding but Not Selected Contraceptives Use Delayed Resumption of Menstruation*. *Health Science Journal of Indonesia Vol. 1 No. 1, December 2010*. Jakarta: Badan Litbangkes.
- Suradi, Rulina, et al. (1989). *Bunga Rampai Menyusui dan Rawat Gabung*. Jakarta: Perinasia.
- Tim Penyusunan Laporan Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) Indonesia. (2007). *Laporan Perkembangan Pencapaian Millenium Development Goals Indonesia 2007*. Jakarta: Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Trisnawati, Irna. (2010). *Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil dengan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) di Wilayah Puskesmas PONED Karawang Tahun 2010*. Tesis. Depok: FKM UI.
- Verralls, Sylvia. (1997). *Anatomi dan Fisiologi Terapan dalam Kebidanan*. [Hartono, alih bahasa]. Jakarta: EGC.
- Whitehead, R.G. (1981). *Maternal Diet, Breast-feeding Capacity, and Lactational Infertility*. Japan: The United Nations University.

- \_\_\_\_\_. (1986). *Pola Makanan Bagi Ibu, Kesanggupan Menyusui dan Ketidaksuburan Selama Menyusui*. [Diindonesiakan oleh Ny. D. Soepini Aswandi]. Jakarta: Pradnya Paramita.
- WHO Geneva. (1989). *Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services*. Switzerland: WHO.
- WHO. (2004). *Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies*. Switzerland: WHO.
- Wiknjosastro H., Abdul B. S., dan Trijatmo R. (1999). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Worthington-Roberts, B. S. dan Williams S. R. (2000). *Nutrition Throughout the Life Cycle Fourth Edition*. Singapore: McGraw-Hill Book Co.
- Yuliarti, Nurheti. (2010). *Keajaiban ASI Makanan Terbaik untuk Kesehatan, Kecerdasan, dan Kelincahan si Kecil*. Yogyakarta: ANDI.





**KUESIONER PENELITIAN MENGENAI  
“ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
PERSEPSI KETIDAKCUKUPAN ASI PADA IBU YANG MEMILIKI BAYI UMUR 0-12  
BULAN DI WILAYAH PUSKESMAS KECAMATAN PANCORAN MAS KOTA DEPOK  
TAHUN 2011”**

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

<b>II. IDENTITAS PEWAWANCARA &amp; PENGECEKAN</b>		TANGGAL
TANGGAL WAWANCARA		PENGECEKAN:
NAMA PEWAWANCARA		PARAF:
PARAF		

<b>INFORMED CONSENT</b>
<p>Assalamu'alaikum Wr.Wb.</p> <p>Nama saya Komalasari, Mahasiswa Universitas Indonesia sedang melakukan penelitian untuk melihat <b>Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Persepsi Ketidacukupan ASI pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 Bulan di Wilayah Puskesmas Kecamatan Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011</b>. 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 kerahasiannya.</p> <p>Saat ini, apakah ibu bersedia berpartisipasi dalam pengumpulan data ini? Apakah saya dapat memulai wawancara ini?</p> <p><b>BILA RESPONDEN SETUJU UNTUK DIWAWANCARAI, WAWANCARA DIMULAI.</b></p> <p><b>BILA RESPONDEN TIDAK SETUJU DIWAWANCARA → AKHIRI DAN CARI RESPONDEN LAIN SESUAI CARA SAMPLING.</b></p>

**Pewawancara tidak membacakan pilihan jawaban, kecuali bila ada petunjuk.**

**A. Identitas Responden**

- A.1 Berapa umur ibu sekarang? \_\_\_\_\_ tahun  
1.  $\leq$  30 tahun      2.  $>$  30 tahun  
98. tidak tahu/lupa  
99. tidak ada jawaban
- A.2 Berapa jumlah anak ibu seluruhnya (baik yang hidup ataupun meninggal)? \_\_\_\_\_ orang  
1.  $\geq$  3      2. 1-2
- A.3 Siapa nama bayi ibu? \_\_\_\_\_
- A.4 Apa jenis kelamin (nama bayi)?  
1. Laki-laki      2. Perempuan
- A.5 Tanggal berapa (nama bayi) lahir? Tanggal/Bulan/Tahun \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [ ][ ]  
**JIKA IBU LUPA TANGGAL ATAU BULAN, TULISKAN KODE 99**  
Umur bayi \_\_\_\_\_ minggu/bulan
- A.6 Anak yang ke berapa (nama bayi)? \_\_\_\_\_
- A.7 Selain ibu, siapa yang paling sering mengasuh (nama bayi)?  
1. tidak ada (ibu sendiri yang paling sering mengasuh)  
2. nenek/kakek dari (nama bayi)  
3. paman/bibi dari (nama bayi)  
4. kakak dari (nama bayi)  
5. ayah (nama bayi)  
6. anggota keluarga yang lain  
7. orang lain  
8. lain-lain, sebutkan: \_\_\_\_\_  
98. tidak tahu/lupa  
99. tidak ada jawaban

**B. Pemeriksaan Kehamilan dan Bimbingan Laktasi Pranatal**

- B.1 Ketika ibu hamil (nama bayi), apakah ibu pernah memeriksa kehamilan?  
1. ya      8. tidak tahu/lupa → ke B.7  
2. tidak → ke B.7      9. tidak ada jawaban → ke B.7
- B.2 Siapa saja yang memeriksa kehamilan ibu?  
**JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN, TUNGGU JAWABAN SPONTAN. JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN “KE SIAPA LAGI, BU?”**

a.	Dukun bayi
b.	Perawat
c.	Bidan di Desa
d.	Bidan lain (di Puskesmas/BPS/RB)
e.	Dokter
f.	Lain-lain, sebutkan:

- B.3 Pada waktu periksa kehamilan, apakah ibu pernah mendapatkan nasehat tentang pemberian ASI dari tenaga kesehatan?  
1. ya      8. tidak tahu/lupa → ke C.1  
2. tidak → ke C.1      9. tidak ada jawaban → ke C.1

- B.4 Apa saja nasehat tentang ASI yang diberikan tenaga kesehatan?

a.	agar menyusui sesegera mungkin
b.	agar ibu memberikan kolostrum/susu jolong
c.	agar tidak memberikan susu formula
d.	lain-lain, sebutkan:
e.	tidak tahu/lupa

B.5 Apakah ibu diberikan media cetak (leaflet, buklet, pamflet, dsb) mengenai nasehat tersebut?

- 1. ya
- 2. tidak → ke C.1
- 8. tidak tahu/lupa → ke C.1
- 9. tidak ada jawaban → ke C.1

**C. Persalinan**

C.1 Di mana ibu melahirkan (nama bayi)?

1. di rumah sendiri/keluarga	8. di Klinik swasta
2. di rumah dukun bayi	9. di Rumah Bersalin
3. di rumah Bidan di desa	10. di RSU/RS Swasta
4. di Polindes	11. lain-lain, sebutkan:
5. di Puskesmas	98. tidak tahu/lupa
6. praktek Bidan swasta	99. tidak ada jawaban
7. praktek Dokter swasta	

C.2 Siapa yang menolong ibu melahirkan (nama bayi)?

**JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU. JIKA IBU SUDAH DIAM TANYAKAN “SIAPA LAGI, BU?”**

a. anggota keluarga
b. dukun bayi
c. Bidan di desa
d. Bidan lain (di Puskesmas/BPS/RB)
e. Dokter
f. lain-lain, sebutkan:

C.3 Setelah melahirkan (nama bayi), kapan pertama kali (nama bayi) diletakkan di payudara ibu untuk menghisap puting (walaupun ASI belum keluar)?

- 1. >1 jam setelah melahirkan
- 2. ≤1 jam setelah melahirkan

C.4 Apakah (nama bayi) ditimbang pada saat lahir dalam 24 jam pertama?

- 1. ya
- 2. tidak → ke C.6
- 8. tidak tahu/lupa → ke C.6
- 9. tidak ada jawaban → ke C.6

C.5 Berapa berat (nama bayi) ketika lahir?     Gram

- 1. <2500 gram
- 2. >2500 gram
- 8. tidak tahu/lupa
- 9. tidak ada jawaban

C.6 Pada saat perawatan setelah ibu melahirkan, apakah selama 24 jam ibu dan bayi berada dalam 1 ruangan/kamar?

- 1. ya
- 2. tidak
- 8. tidak tahu/lupa
- 9. tidak ada jawaban

C.7 Dalam waktu 7 hari setelah (nama bayi) lahir, apakah ibu dan bayi melakukan kunjungan ulang ke petugas kesehatan?

- 1. ya
- 2. tidak → ke D.1
- 8. tidak tahu/lupa → ke D.1
- 9. tidak ada jawaban → ke D.1

C.8 Pada kunjungan ulang tersebut, apa saja yang dibicarakan dengan ibu?

**JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU. JIKA IBU SUDAH DIAM TANYAKAN “APA LAGI, BU?”**

a. pemberian ASI/cara menyusui
b. perawatan payudara
c. makanan bergizi
d. perawatan tali pusat
e. memandikan bayi
f. metode kanguru untuk menghangatkan bayi
g. tanda penyakit bayi baru lahir
h. tanda dan gejala masalah kesehatan ibu setelah melahirkan
i. imunisasi
j. KB
k. Lain-lain, sebutkan:

#### D. Pemberian ASI

D.1 Dalam masa setelah melahirkan, apakah ibu memberikan (nama bayi) cairan putih kekuning-kuningan (kolostrum) yang keluar dari payudara ibu?

1. ya
2. tidak
8. tidak tahu/lupa
9. tidak ada jawaban

D.2 Apa saja yang diberikan pada (nama bayi) selama tiga hari pertama setelah lahir?

**JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU. JIKA IBU SUDAH DIAM TANYAKAN “APA LAGI, BU?”**

a. ASI
b. Kolostrum
c. susu formula
d. susu (selain ASI dan susu formula)
e. madu
f. air putih
g. air teh
h. air gula
i. air tajin
j. jus buah/sayur
k. pisang dan buah lainnya
l. lain-lain, sebutkan:

**JIKA JAWABAN RESPONDEN HANYA ASI DAN ATAU KOLOSTRUM SAJA MAKA PEWAWANCARA LANGSUNG KE PERTANYAAN D.4**

D.3 Siapa saja yang menganjurkan makanan/minuman selain ASI?

**JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU. JIKA IBU SUDAH DIAM TANYAKAN “SIAPA LAGI, BU?”**

a. suami
b. orangtua/mertua
c. anggota keluarga lain
d. tetangga
e. dukun
f. perawat
g. bidan di desa
h. bidan lainnya
i. dokter
j. lain-lain, sebutkan:

D.4 Sampai umur berapa (nama bayi) hanya diberi ASI saja? \_\_\_\_\_ hari/minggu/bulan

D.5 Mengapa ibu berhenti memberikan (nama bayi) ASI saja?

**JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU. JIKA IBU DIAM BARU DIBACAKAN.**

a. tidak ada ASI
b. ASI tidak mencukupi
c. ibu sakit
d. bayi sakit
e. ada masalah payudara
f. ibu bekerja
g. bayi tidak mau
h. agar payudara tidak berubah bentuk
i. saatnya menyapih
j. bayi sudah cukup besar
k. ibu hamil lagi
l. menggunakan alat KB
m. nasihat suami
n. nasihat dokter/perawat
o. nasihat orangtua
p. nasihat anggota keluarga lain
q. lain-lain, sebutkan:

D.6 Pada usia berapa (nama bayi) mulai diberikan makanan/minuman selain ASI? \_\_\_\_\_ hari/ minggu/bulan

D.7 Jenis makanan/minuman selain ASI apa yang pertama kali diberikan kepada (nama bayi)?

**JAWABAN RESPONDEN CHECK DENGAN PERTANYAAN D.2**

a. susu formula
b. susu lain (selain susu formula)
c. jus buah/sayur
d. air tajin
e. buah (pisang, jeruk, pepaya, dll)
f. biskuit
g. madu
h. jamu
i. air putih
j. bubur instan
k. bubur buatan sendiri
l. bubur kacang ijo/ketan hitam
m. nasi tim
n. lain-lain, sebutkan:
98. tidak tahu/lupa
99. tidak ada jawaban

**E. Keluarga Berencana**

E.1 Apakah setelah melahirkan hingga saat ini (saat wawancara) ibu melakukan cara-cara untuk mencegah kehamilan?

1. ya

2. tidak karena sudah hamil → ke F.1

3. tidak → ke F.1

8. tidak tahu/lupa → ke F.1

9. tidak ada jawaban → ke F.1

E.2 Dengan cara apa ibu melakukannya?

<b>Mengandung estrogen (hormonal)</b>
a. pil estrogen dan progesteron
b. suntik estrogen dan progesteron
<b>Tidak mengandung estrogen/Non-hormonal</b>
c. pil progesteron
d. suntik progesteron
e. implant/Norplant/Susuk
f. IUD/Spiral/AKDR
g. kondom
h. tubektomi
i. vasektomi
j. ASI eksklusif
k. kalender
l. obat tradisional
m. lain-lain, sebutkan:
n. tidak tahu/lupa
o. tidak ada jawaban

**F. Karakteristik Demografi Keluarga**

F.1 Apa pendidikan (formal) tertinggi ibu yang telah ditamatkan?

- |                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 01. tidak sekolah                | 07. akademi dan sederajat      |
| 02. pesantren                    | 08. universitas                |
| 03. tidak tamat SD dan sederajat | 09. lain-lain, sebutkan: _____ |
| 04. tamat SD                     | 98. tidak tahu/lupa            |
| 05. tamat SMP                    | 99. tidak ada jawaban          |
| 06. tamat SMA                    |                                |

F.2 Apa pekerjaan utama ibu sekarang?

- |                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| 01. tidak bekerja/IRT     | 10. buruh bangunan             |
| 02. petani/nelayan        | 11. buruh musiman              |
| 03. perajin               | 12. buruh jasa                 |
| 04. dagang                | 13. wiraswasta                 |
| 05. industri rumah tangga | 14. mandor/tukang              |
| 06. Pegawai negeri        | 15. lain-lain, sebutkan: _____ |
| 07. TNI/POLRI             | 98. tidak tahu/lupa            |
| 08. pegawai swasta        | 99. tidak ada jawaban          |
| 09. buruh pabrik          |                                |

F.3 Apa pendidikan (formal) tertinggi suami ibu yang telah ditamatkan?

- |                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 01. tidak sekolah                | 07. akademi dan sederajat      |
| 02. pesantren                    | 08. universitas                |
| 03. tidak tamat SD dan sederajat | 09. lain-lain, sebutkan: _____ |
| 04. tamat SD                     | 98. tidak tahu/lupa            |
| 05. tamat SMP                    | 99. tidak ada jawaban          |
| 06. tamat SMA                    |                                |

F.4 Apa pekerjaan utama suami ibu sekarang?

- |                           |                               |
|---------------------------|-------------------------------|
| 01. tidak bekerja/IRT     | 10. buruh bangunan            |
| 02. petani/nelayan        | 11. buruh musiman             |
| 03. perajin               | 12. buruh jasa                |
| 04. dagang                | 13. wiraswasta                |
| 05. industri rumah tangga | 14. mandor/tukang             |
| 06. Pegawai negeri        | 15. lain-lain,sebutkan: _____ |
| 07. TNI/POLRI             | 98. tidak tahu/lupa           |
| 08. pegawai swasta        | 99. tidak ada jawaban         |
| 09. buruh pabrik          |                               |



## **PANDUAN WAWANCARA MENDALAM**

### **“ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERSEPSI KETIDAKCUKUPAN ASI PADA IBU YANG MEMILIKI BAYI UMUR 0-12 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANCORAN MAS KOTA DEPOK TAHUN 2011”**

#### **I. Perkenalan**

Assalamu'alaikum Wr. Wb (nama informan). Nama saya Komalasari, mahasiswa Universitas Indonesia sedang melakukan penelitian untuk melihat “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0-12 bulan di Wilayah Puskesmas Kecamatan Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011.”

#### **II. Penjelasan Tujuan Diskusi**

Tujuan saya mendatangi (nama informan) adalah untuk memperoleh informasi dan pengalaman dari (nama informan) mengenai ASI eksklusif. Pertanyaan yang saya ajukan hampir sama seperti ketika saya mewawancarai (nama informan) sebelumnya, namun kali ini lebih terinci dan mendalam mengenai perasaan, pengalaman, dan pandangan ibu, dan masih mengenai hal menyusui. Saya tidak akan menilai jawaban (nama informan) karena tidak ada jawaban yang salah. (Nama informan) bebas mengungkapkan pengalaman-pengalaman yang pernah dirasakan atau dialami. Oleh karena itu, saya memohon kesediaan (nama informan) untuk memberikan informasi dan berbagi pengalaman dengan saya sesuai dengan pertanyaan yang saya ajukan.

#### **III. Prosedur**

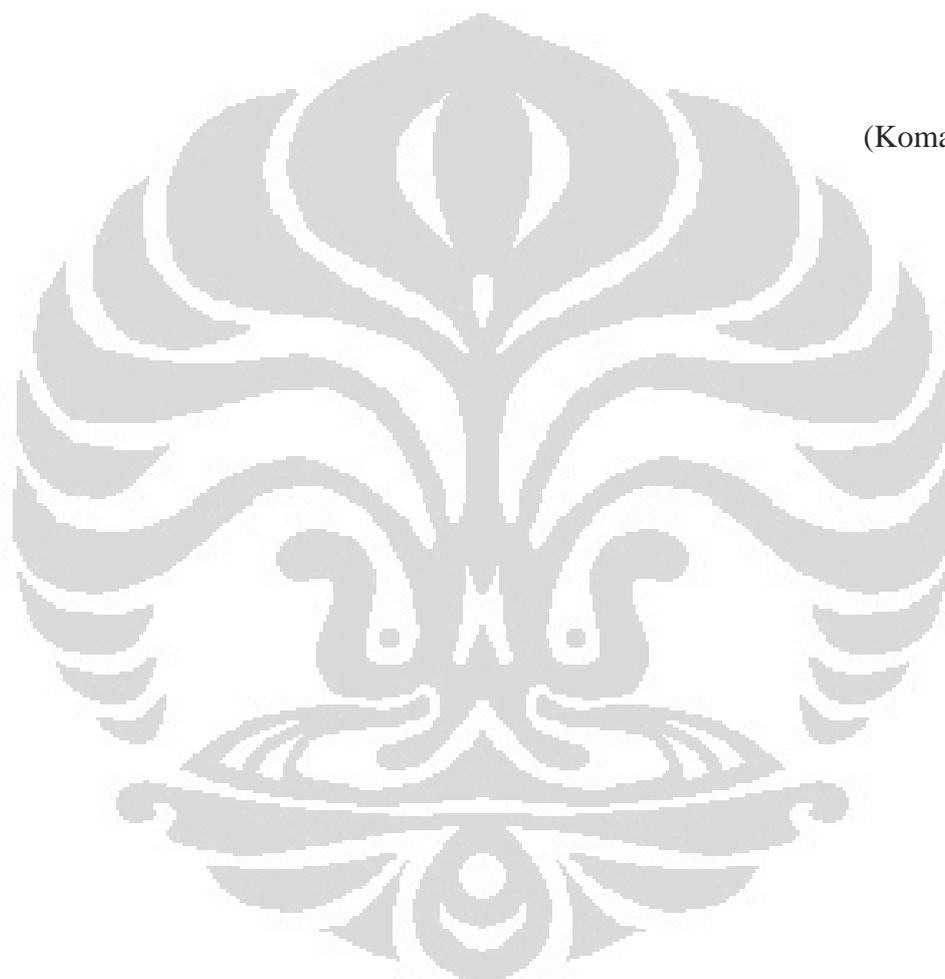
Sebelumnya saya mohon izin untuk menggunakan alat bantu penelitian berupa alat perekam supaya saya bisa mencatat semua yang (nama informan) katakan. Kegiatan wawancara ini akan berlangsung selama kurang lebih 1 jam. (Nama informan) berhak mengajukan keberatan pada pewawancara, apabila terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi (nama informan) dan selanjutnya akan dicari penyelesaian masalahnya secara obyektif berdasarkan persetujuan peneliti (pewawancara) dan (nama ibu) sebagai informan.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap ibu. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi dan menghargai hak-hak informan dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan informasi yang diperoleh, baik dalam pengumpulan data maupun penyajian laporan. Melalui penjelasan singkat ini, peneliti sangat mengharapkan partisipasi (nama informan) sebagai informan dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan kerjasama dalam penelitian, saya ucapkan terima kasih.

Depok, ..... Desember 2011

Penulis,

(Komalasari)



Kode Informan: \_\_\_\_\_

(diisi oleh peneliti/pewawancara, harus sama dengan kode responden pada kuesioner kuantitatif)

## LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah diberi penjelasan tentang penelitian ini, saya mengerti dan memahami bahwa penelitian ini akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai informan. Saya menyadari bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini akan sangat bermanfaat untuk peningkatan promosi kesehatan mengenai pemberian ASI/ASI eksklusif.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan bersedia menjadi informan dalam penelitian ini. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, penuh kesadaran, dan tanpa paksaan dari siapapun.

Depok, ..... Desember 2011

(Informan)

## PEDOMAN PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM

### Informan Ibu

#### Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI

1. Apakah Ibu mengetahui tanda-tanda bayi yang tidak cukup mendapatkan ASI?  
*Probing:* Jelaskan!
2. Menurut Ibu, pada saat masih memberikan ASI, bagaimana kecukupan jumlah produksi ASI Ibu?  
*Probing:*  
**Jika sedikit**, sejak umur bayi berapa bulan jumlah produksi ASI Ibu sedikit?
3. Bagaimana cara Ibu menilai/mengukur jumlah produksi ASI-nya?  
**(Jika memungkinkan, pewawancara juga melakukan observasi penambahan berat badan pada Kartu Menuju Sehat (KMS) (nama bayi). Lihat penambahan berat badannya!)**
4. Selama 24 jam, seberapa sering bayi buang air kecil (BAK/pipis)?
5. Adakah usaha untuk meningkatkan jumlah produksi ASI Ibu?  
*Probing:*  
Apa saja yang sudah Ibu lakukan untuk meningkatkan produksi ASI tersebut?
6. Menurut Ibu, pada saat masih memberikan ASI, adakah perbedaan jumlah produksi ASI dari waktu ke waktu (misalnya dari jam ke jam, dari hari ke hari, bulan ke bulan, dst)?  
Jelaskan!
7. Pada saat Ibu masih memberikan ASI, berapa menit setiap kali menyusui?
8. Pada saat Ibu masih memberikan ASI, apakah setiap menyusui bergantian payudara kanan dan kiri?
9. Pada saat masih memberikan ASI, bagaimana kekenyalan payudara Ibu sebelum dan saat menyusui (keras/lembek)?
10. Pada saat masih memberikan ASI, bagaimana konsumsi Ibu selama menyusui (sebelum dan sesudah menyusui)?

#### Persepsi Ketidacukupan ASI Dilihat dari Faktor Bayi

11. Pada saat Ibu masih memberikan ASI, bagaimana daya hisap (nama bayi) saat disusui?  
(kuat/lemah)?

## **Persepsi Ketidacukupan ASI Dilihat dari Faktor Ibu**

12. Menurut pengalaman Ibu, apakah ada pengaruhnya antara umur Ibu dengan jumlah produksi ASI?
13. Menurut pengalaman Ibu, apakah ada pengaruhnya antara jumlah anak yang dilahirkan Ibu dengan produksi ASI?
14. Menurut pengalaman Ibu, apakah ada pengaruhnya antara pekerjaan Ibu dengan produksi ASI?
15. **Pertanyaan ini khusus untuk Ibu yang pada pertanyaan B.3 menjawab “iya, selama kehamilan pernah mendapatkan penjelasan/nasihat mengenai ASI.”**

Bagaimana menurut Ibu, penjelasan yang diberikan oleh (pemeriksa kehamilan)?

*Probing:*

Kejelasan, kecukupan penjelasan, dan keterbukaan (pemeriksa kehamilan) terhadap pertanyaan yang diajukan oleh Ibu.

16. Setelah Ibu menerima informasi mengenai ASI dari (pemeriksa kehamilan) selama periksa kehamilan, bagaimana jumlah produksi ASI-nya setelah melahirkan?

*Probing:*

Lancar/tidak, bertambah/berkurang, sedikit/banyak.

17. **Pertanyaan ini khusus untuk Ibu yang pada pertanyaan B.3 menjawab “tidak, selama kehamilan tidak pernah mendapatkan penjelasan/nasihat mengenai ASI.”**

Bagaimana jumlah produksi ASI-nya setelah melahirkan?

*Probing:*

Lancar/tidak, bertambah/berkurang, sedikit/banyak.

18. **Lihat kembali pertanyaan C.6 kuesioner A. Pertanyaan ini diajukan untuk Ibu yang tidak rawat gabung.**

Bagaimana jumlah produksi ASI selama bayi tidak dirawat sekamar dengan Ibu?

*Probing:*

Lancar/tidak, bertambah/berkurang, sedikit/banyak.

19. **Lihat kembali pertanyaan C.6 kuesioner A. Pertanyaan ini diajukan untuk Ibu yang rawat gabung.**

Bagaimana jumlah produksi ASI selama bayi dirawat sekamar dengan ibu?

*Probing:*

Lancar/tidak, bertambah/berkurang, sedikit/banyak.

20. Sepulangnya dari tempat perawatan setelah melahirkan (RS/RB/BPS), apakah (petugas kesehatan) memberikan “paket kepulangan”?

*Probing: Jika ya, apa saja isi paket tersebut?*

21. **Lihat kembali pertanyaan E.1 kuesioner A. Pertanyaan ini diajukan untuk Ibu yang menggunakan/melakukan cara-cara untuk mencegah kehamilan.**

Bagaimana jumlah produksi ASI setelah Ibu menggunakan/melakukan cara-cara untuk mencegah kehamilan?

*Probing:*

Lancar/tidak, bertambah/berkurang, sedikit/banyak.

22. **Lihat kembali pertanyaan E.1 kuesioner A. Pertanyaan ini diajukan untuk Ibu yang tidak menggunakan/melakukan cara-cara untuk mencegah kehamilan.**

Bagaimana jumlah produksi ASI setelah Ibu tidak menggunakan/melakukan cara-cara untuk mencegah kehamilan?

*Probing:*

Lancar/tidak, bertambah/berkurang, sedikit/banyak.

#### **Persepsi Ketidakcukupan ASI Dilihat dari Faktor Laktasi**

23. **Lihat kembali pertanyaan C.3 kuesioner A. Pertanyaan ini diajukan untuk Ibu yang menyusui bayi  $\leq 1$  jam setelah melahirkan.**

Bagaimana jumlah produksi ASI setelah bayi disusui dengan segera ( $\leq 1$  jam)?

*Probing:*

Lancar/tidak, bertambah/berkurang, sedikit/banyak.

24. **Lihat kembali pertanyaan C.3 kuesioner A. Pertanyaan ini diajukan untuk Ibu yang menyusui bayi  $>1$  jam setelah melahirkan.**

Bagaimana jumlah produksi ASI setelah bayi tidak disusui dengan segera ( $> 1$  jam)?

*Probing:*

Lancar/tidak, bertambah/berkurang, sedikit/banyak.

Lampiran 3. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Menggunakan SPSS 13.0

1. Analisis Univariat

**PKA**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid YA	34	56,7	56,7	56,7
TIDAK	26	43,3	43,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

**UMUR\_IBU**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid >30 TAHUN	22	36,7	36,7	36,7
<=30 TAHUN	38	63,3	63,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

**PARITAS**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid 1-2	43	71,7	71,7	71,7
>=3	17	28,3	28,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

**KERJA\_IBU**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid BEKERJA	18	30,0	30,0	30,0
TIDAK BEKERJA	42	70,0	70,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

**BIMBINGAN\_LAKTASI\_PRANATAL**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid TIDAK	9	15,0	15,0	15,0
YA	51	85,0	85,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Lampiran 3. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Menggunakan SPSS 13.0 (lanjutan)

**PENGGUNAAN\_ALAT\_KONTRASEPSI**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	MENGANDUNG ESTROGEN	12	20,0	20,0	20,0
	TIDAK MENGANDUNG ESTROGEN	31	51,7	51,7	71,7
	TIDAK MENGGUNAKAN	17	28,3	28,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

**RAWAT\_GABUNG**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	TIDAK	19	31,7	31,7	31,7
	YA	41	68,3	68,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

**BBL\_BAYI**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	<=2500	9	15,0	15,0	15,0
	>2500	51	85,0	85,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

**IMD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	TIDAK	27	45,0	45,0	45,0
	YA	33	55,0	55,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Lampiran 3. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Menggunakan SPSS 13.0 (lanjutan)

2. Analisis Bivariat

**UMUR\_IBU \* PKA Crosstabulation**

			PKA		Total
			YA	TIDAK	
UMUR_IBU >30 TAHUN	Count	13	9	22	
	% within UMUR_IBU	59,1%	40,9%	100,0%	
UMUR_IBU <=30 TAHUN	Count	21	17	38	
	% within UMUR_IBU	55,3%	44,7%	100,0%	
Total	Count	34	26	60	
	% within UMUR_IBU	56,7%	43,3%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,083 <sup>b</sup>	1	,773		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,000	1	,986		
Likelihood Ratio	,083	1	,773		
Fisher's Exact Test				,794	,494
Linear-by-Linear Association	,082	1	,775		
N of Valid Cases	60				

a. Computed only for a 2x2 table

b.

0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,53.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for UMUR_IBU (>30 TAHUN / <=30 TAHUN)	1,169	,404	3,387
For cohort PKA = YA	1,069	,682	1,677
For cohort PKA = TIDAK	,914	,495	1,690
N of Valid Cases	60		

Lampiran 3. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Menggunakan SPSS 13.0 (lanjutan)

**PARITAS \* PKA Crosstabulation**

			PKA		Total
			YA	TIDAK	
PARITAS 1-2	Count	25	18	43	
	% within PARITAS	58,1%	41,9%	100,0%	
>=3	Count	9	8	17	
	% within PARITAS	52,9%	47,1%	100,0%	
Total	Count	34	26	60	
	% within PARITAS	56,7%	43,3%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,134 <sup>b</sup>	1	,714		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,006	1	,939		
Likelihood Ratio	,134	1	,715		
Fisher's Exact Test				,777	,467
Linear-by-Linear Association	,132	1	,717		
N of Valid Cases	60				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,37.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PARITAS (1-2 / >=3)	1,235	,399	3,817
For cohort PKA = YA	1,098	,656	1,838
For cohort PKA = TIDAK	,890	,481	1,645
N of Valid Cases	60		

Lampiran 3. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Menggunakan SPSS 13.0 (lanjutan)

**KERJA\_IBU \* PKA Crosstabulation**

			PKA		Total
			YA	TIDAK	
KERJA_IBU	BEKERJA	Count	11	7	18
		% within KERJA_IBU	61,1%	38,9%	100,0%
	TIDAK BEKERJA	Count	23	19	42
		% within KERJA_IBU	54,8%	45,2%	100,0%
Total		Count	34	26	60
		% within KERJA_IBU	56,7%	43,3%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,207 <sup>b</sup>	1	,649		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,029	1	,865		
Likelihood Ratio	,208	1	,648		
Fisher's Exact Test				,779	,434
Linear-by-Linear Association	,203	1	,652		
N of Valid Cases	60				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,80.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KERJA_IBU (BEKERJA / TIDAK BEKERJA)	1,298	,421	4,001
For cohort PKA = YA	1,116	,705	1,767
For cohort PKA = TIDAK	,860	,441	1,676
N of Valid Cases	60		

Lampiran 3. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Menggunakan SPSS 13.0 (lanjutan)

**BIMBINGAN\_LAKTASI\_PRANATAL \* PKA Crosstabulation**

			PKA		Total
			YA	TIDAK	
BIMBINGAN_LAKTASI_PRANATAL	TIDAK	Count % within BIMBINGAN_LAKTASI_PRANATAL	3 33,3%	6 66,7%	9 100,0%
	YA	Count % within BIMBINGAN_LAKTASI_PRANATAL	31 60,8%	20 39,2%	51 100,0%
Total		Count % within BIMBINGAN_LAKTASI_PRANATAL	34 56,7%	26 43,3%	60 100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,348 <sup>b</sup>	1	,125		
Continuity Correction <sup>a</sup>	1,363	1	,243		
Likelihood Ratio	2,341	1	,126		
Fisher's Exact Test				,157	,122
Linear-by-Linear Association	2,308	1	,129		
N of Valid Cases	60				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,90.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for BIMBINGAN_LAKTASI_PRANATAL (TIDAK / YA)	,323	,072	1,439
For cohort PKA = YA	,548	,212	1,418
For cohort PKA = TIDAK	1,700	,957	3,020
N of Valid Cases	60		

Lampiran 3. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Menggunakan SPSS 13.0 (lanjutan)

PENGGUNAAN\_ALAT\_KONTRASEPSI \* PKA Crosstabulation

			PKA		Total
			YA	TIDAK	
PENGGUNAAN_ALAT_KONTRASEPSI	MENGANDUNG ESTROGEN	Count % within PENGGUNAAN_ALAT_KONTRASEPSI	6 50,0%	6 50,0%	12 100,0%
	TIDAK MENGANDUNG ESTROGEN	Count % within PENGGUNAAN_ALAT_KONTRASEPSI	19 61,3%	12 38,7%	31 100,0%
	TIDAK MENGGUNAKAN	Count % within PENGGUNAAN_ALAT_KONTRASEPSI	9 52,9%	8 47,1%	17 100,0%
Total		Count % within PENGGUNAAN_ALAT_KONTRASEPSI	34 56,7%	26 43,3%	60 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,583 <sup>a</sup>	2	,747
Likelihood Ratio	,583	2	,747
Linear-by-Linear Association	,004	1	,950
N of Valid Cases	60		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,20.

Variables in the Equation

Step	Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	PENGGUNAAN_ALAT_KONTRASEPSI			,581	2	,748			
	PENGGUNAAN_ALAT_KONTRASEPSI(1)	,118	,755	,024	1	,876	1,125	,256	4,937
	PENGGUNAAN_ALAT_KONTRASEPSI(2)	-,342	,610	,314	1	,575	,711	,215	2,349
	Constant	-,118	,486	,059	1	,808	,889		

a. Variable(s) entered on step 1: PENGGUNAAN\_ALAT\_KONTRASEPSI.

Lampiran 3. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Menggunakan SPSS 13.0 (lanjutan)

**RAWAT\_GABUNG \* PKA Crosstabulation**

			PKA		Total
			YA	TIDAK	
RAWAT_ GABUNG	TIDAK	Count	9	10	19
		% within RAWAT_ GABUNG	47,4%	52,6%	100,0%
	YA	Count	25	16	41
		% within RAWAT_ GABUNG	61,0%	39,0%	100,0%
Total		Count	34	26	60
		% within RAWAT_ GABUNG	56,7%	43,3%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,979 <sup>b</sup>	1	,322		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,503	1	,478		
Likelihood Ratio	,975	1	,324		
Fisher's Exact Test				,405	,239
Linear-by-Linear Association	,963	1	,327		
N of Valid Cases	60				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,23.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for RAWAT_ GABUNG (TIDAK / YA)	,576	,192	1,726
For cohort PKA = YA	,777	,456	1,324
For cohort PKA = TIDAK	1,349	,760	2,392
N of Valid Cases	60		

Lampiran 3. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Menggunakan SPSS 13.0 (lanjutan)

**BBL\_BAYI \* PKA Crosstabulation**

		PKA		Total
		YA	TIDAK	
BBL_BAYI <=2500	Count	4	5	9
	% within BBL_BAYI	44,4%	55,6%	100,0%
>2500	Count	30	21	51
	% within BBL_BAYI	58,8%	41,2%	100,0%
Total	Count	34	26	60
	% within BBL_BAYI	56,7%	43,3%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,644 <sup>b</sup>	1	,422		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,192	1	,662		
Likelihood Ratio	,638	1	,424		
Fisher's Exact Test				,482	,328
Linear-by-Linear Association	,633	1	,426		
N of Valid Cases	60				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,90.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for BBL_BAYI (<=2500 / >2500)	,560	,134	2,336
For cohort PKA = YA	,756	,351	1,625
For cohort PKA = TIDAK	1,349	,690	2,637
N of Valid Cases	60		

Lampiran 3. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat Menggunakan SPSS 13.0 (lanjutan)

**IMD \* PKA Crosstabulation**

			PKA		Total
			YA	TIDAK	
IMD	TIDAK	Count	18	9	27
		% within IMD	66,7%	33,3%	100,0%
	YA	Count	16	17	33
		% within IMD	48,5%	51,5%	100,0%
Total		Count	34	26	60
		% within IMD	56,7%	43,3%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,999 <sup>b</sup>	1	,157		
Continuity Correction <sup>a</sup>	1,327	1	,249		
Likelihood Ratio	2,019	1	,155		
Fisher's Exact Test				,196	,124
Linear-by-Linear Association	1,966	1	,161		
N of Valid Cases	60				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,70.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for IMD (TIDAK / YA)	2,125	,742	6,084
For cohort PKA = YA	1,375	,884	2,138
For cohort PKA = TIDAK	,647	,345	1,212
N of Valid Cases	60		

**MATRIKS HASIL WAWANCARA MENDALAM INFORMAN PKA**

No.	Variabel	Bekerja (n=4)	Tidak Bekerja (n=5)
<b>A. Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI</b>			
1.	Tanda-tanda bayi yang tidak cukup mendapatkan ASI.	Sebagian informan mengatakan kulit bayi berwarna kuning, badan bayi kurus, frekuensi dan jumlah BAK tidak sering dan sedikit, sembelit, dan kulit kusam. Sedangkan sebagian informan lainnya mengatakan bayi menangis walaupun sudah disusui.	Sebagian besar mengatakan kulit bayi kuning, bayi kurus, diare bahkan sembelit, dan kulit kusam. Sedangkan sebagian informan lainnya mengatakan bayi menangis walaupun sudah disusui.
2.	Kecukupan jumlah ASI.	Sebagian informan merasakan jumlah produksi ASI-nya banyak tetapi tidak dapat memenuhi kebutuhan bayinya, sedangkan sebagian informan lainnya mengatakan jumlah produksi ASI-nya sedikit dan tidak memenuhi kebutuhan bayi.	Semua informan mengatakan jumlah produksi ASI-nya sedikit dan tidak memenuhi kebutuhan bayi.
3.	Sejak kapan jumlah produksi ASI sedikit.	Masing-masing ibu berbeda-beda dalam merasakan jumlah produksi ASI-nya sedikit, yaitu pada saat umur bayi 12 minggu, 52 hari (7 minggu), 2 hari, dan 1 minggu.	Masing-masing ibu berbeda-beda dalam merasakan jumlah produksi ASI-nya sedikit, yaitu sejak umur bayi 2 hari, 12 minggu, 4 hari, 5 hari, dan 1 minggu.
4.	Cara menilai/mengukur jumlah produksi ASI.	Hampir semua informan mengatakan selain dari tangisan bayi yang dinilai masih lapar, juga benar-benar melakukan pengukuran terhadap produksi ASI dan jumlahnya sekitar 30-60 cc perhari dari kedua bagian payudara. Beberapa informan di antaranya mengatakan kondisi puting dan payudaranya kecil sehingga informan berasumsi jumlah ASI-nya memang sedikit. Satu informan lainnya menilai jumlah ASI-nya dilihat dari tangisan bayi.	Semua informan mengetahui jumlah produksi ASI-nya sedikit jika bayinya menangis walaupun telah disusui.

5.	Berat badan sejak bayi lahir sampai umur bayi di mana ibu memberikan hanya ASI saja.	Hasil pemantauan berat badan bayi masing-masing informan sebagai berikut: Informan (2): 2,9 kg/3,6 kg/4,4 kg/5,3 kg/6,2 kg (Stop ASI bulan ke-4). <b>Informan (4): 4 kg/4,4 kg (Stop ASI minggu ke-5).</b> Informan (6): 3,3 kg/4 kg (Stop ASI hari ke-2). Informan (9): 3,4 kg/4 kg (Stop ASI minggu ke-1).	Hasil pemantauan berat badan bayi masing-masing informan sebagai berikut: <b>Informan (1): 3,9 kg/4 kg (Stop ASI hari ke-2)</b> Informan (3): 3,15 kg/3,7 kg/4,5 kg/5,2 kg (Stop ASI bulan ke-3) <b>Informan (5): 3,3 kg/3,7 kg (Stop ASI hari ke-4)</b> <b>Informan (7): 3,8 kg/3,5 kg (Stop ASI hari ke-5)</b> Informan (8): 4 kg/5,8 kg (Stop ASI hari ke-1)
6.	Frekuensi pengeluaran urin (BAK) selama 24 jam pada saat ibu masih memberikan ASI saja kepada bayinya.	Semua informan mengatakan bayinya sering BAK dengan frekuensi 8-10 kali selama 24 jam.	Semua informan mengatakan bayinya sering BAK dengan frekuensi 8-10 kali selama 24 jam.
7.	Usaha untuk meningkatkan jumlah produksi ASI.	Seorang informan mengatakan makan sayur, buah, jus buah, minum air putih, dan makan dengan porsi yang lebih besar dibandingkan dengan porsi sebelum melahirkan. Seorang informan melakukan hal yg sama dengan informan sebelumnya, ditambah lagi dengan melakukan pijat payudara dan meminum suplemen pelancar ASI. Seorang informan lainnya mengkonsumsi kacang-kacangan dan meminum suplemen pelancar ASI juga sesuai dengan anjuran dokter serta minum susu untuk ibu menyusui. Seorang informan hanya mengkonsumsi suplemen pelancar ASI saja.	Sebagian kecil informan mengatakan melakukan perawatan payudara seperti membersihkan dan memijat payudaranya sejak saat hamil sampai sebelum berhenti memberikan ASI saja. Sedangkan pada umumnya informan mengatakan makan sayuran dan buah serta tidak membatasi makan termasuk ngemil lauk-pauk.
8.	Perbedaan jumlah produksi ASI dari waktu ke waktu pada saat ibu masih memberikan ASI saja kepada bayinya.	Seorang informan merasa ASI-nya setiap bulan semakin berubah jumlahnya. Seorang informan merasa jumlah ASI antara siang dan malam berbeda, mungkin karena malam porsi makan informan tidak sebanyak seperti di pagi dan siang hari. Sebagian informan mengatakan tidak ada perbedaan jumlah ASI dari waktu ke waktu karena memang sudah sedikit sejak setelah melahirkan.	Sebagian besar informan mengatakan tidak ada perbedaan jumlah ASI dari waktu ke waktu karena memang sudah sedikit dari sejak setelah melahirkan. Seorang informan merasa ada perbedaan jumlah ASI dari bulan ke bulan. Seorang informan lainnya mengatakan jumlah ASI berbeda tergantung pada makanan yang dikonsumsi.

9.	Lama menyusui pada saat ibu masih memberikan ASI saja kepada bayinya.	Sebagian informan menyusui selama 30 menit. Seorang informan menyusui selama 10 menit. Seorang informan lainnya menyusui selama 5-10 menit.	Pada umumnya informan lama menyusui setiap kali menyusui selama 30 menit. Seorang informan menyusui selama 30-60 menit. Seorang informan lainnya menyusui selama 10 menit.
10.	Payudara yang digunakan saat menyusui pada saat ibu masih memberikan ASI saja kepada bayinya.	Seorang informan menyusui menggunakan payudara kanan dan kiri secara bergantian. Sebagian informan menyusui hanya menggunakan payudara kiri saja karena payudara yang kanan ukurannya lebih kecil. Seorang informan lebih sering menggunakan payudara yang sebelah kiri dibandingkan dengan payudara kanan karena posisi menyusui lebih nyaman menggunakan payudara kiri.	Sebagian besar informan menyusui menggunakan payudara kanan dan kiri secara bergantian. Sebagian informan lainnya menyusui hanya menggunakan payudara kiri saja karena puting payudara kanan kurang menonjol.
11.	Kekenyalan payudara sebelum menyusui pada saat ibu masih memberikan ASI saja kepada bayinya.	Pada umumnya informan merasa kedua bagian payudaranya keras/tegang sebelum menyusui. Seorang informan merasa hanya 1 bagian payudaranya yang keras sebelum menyusui, sedangkan bagian payudara yang lain selalu lembek.	Pada umumnya informan merasa payudaranya keras sebelum menyusui. Seorang informan merasa hanya 1 bagian payudaranya yang keras sebelum menyusui, sedangkan bagian payudara yang lain selalu lembek. Seorang informan merasa kedua payudara lembek setiap saat menyusui, kecuali pada hari-hari di awal setelah melahirkan, yaitu selalu keras setiap saat menyusui.
12.	Kekenyalan payudara setelah menyusui pada saat ibu masih memberikan ASI saja kepada bayinya.	Semua informan mengatakan payudaranya terasa lembek setelah menyusui.	Semua informan mengatakan payudaranya terasa lembek setelah menyusui.
13.	Konsumsi makan/minum sebelum menyusui pada saat ibu masih memberikan ASI saja kepada bayinya.	Beberapa informan makan dan minum 2 gelas air putih terlebih dahulu sebelum menyusui. Sebagian informan minum 1-2 gelas air putih.	Seorang informan makan terlebih dulu sebelum menyusui, terutama makan sayuran, seperti bayam dan katuk. Hampir semua informan minum 1-2 gelas air putih.
14.	Konsumsi makan/minum setelah menyusui pada saat ibu masih memberikan ASI saja kepada bayinya.	Semua informan minum 2-3 gelas setelah menyusui.	Semua informan minum 1 gelas setelah menyusui.

<b>B. Persepsi Ketidakcukupan ASI Dilihat dari Faktor Ibu</b>			
15.	Umur ibu	Semakin bertambah umurnya, beberapa informan mengatakan jumlah ASI-nya berkurang. Sedangkan sebagian informan lainnya mengatakan umur tidak berpengaruh terhadap jumlah produksi ASI, melainkan ukuran puting dan payudara serta asupan gizi yang ibu konsumsi.	Sebagian besar informan merasa jumlah produksi ASI-nya tidak dipengaruhi oleh umur. Di antara informan tersebut, terdapat seorang informan yang tidak merasa jumlah ASI-nya dipengaruhi oleh umur karena membandingkan dengan saudara-nya yang berumur lebih tua daripada informan, tetapi jumlah ASI-nya juga sedikit. Beberapa informan lainnya meyakini bahwa jumlah ASI dipengaruhi oleh umur.
16.	Paritas	Sebagian besar informan meyakini bahwa jumlah ASI dipengaruhi oleh paritas, sedangkan seorang informan lainnya mengatakan bahwa ASI bukan dipengaruhi oleh paritas, melainkan tergantung pada hisapan bayi.	Semua informan meyakini bahwa jumlah produksi ASI tidak dipengaruhi oleh paritas.
17.	Pekerjaan	Semua informan mengatakan jumlah ASI-nya dipengaruhi oleh pekerjaannya, karena dengan ibu bekerja maka secara langsung akan mengurangi frekuensi hisapan bayi.	Semua informan mengatakan bahwa jumlah produksi ASI-nya tidak dipengaruhi oleh pekerjaannya, karena menurut informan, informan seharusnya bisa memberikan ASI karena ibu tidak bekerja dan bayi bisa lebih sering bersama dengan ibu.
18.	Bimbingan laktasi pranatal	Seorang informan tidak mendapatkan bimbingan laktasi prenatal mengatakan terlambat dan kesulitan saat mempraktekkan menyusui, terutama memberikan ASI secara eksklusif. Sedangkan sebagian besar informan lainnya mendapatkan bimbingan laktasi prenatal dan mengatakan dampak dari bimbingan tersebut menumbuhkan niat informan untuk menyusui dan terbukti bahwa segera setelah lahir informan merasakan produksi ASI-nya lancar.	Semua informan mendapatkan bimbingan laktasi prenatal dan mengatakan dampak dari bimbingan tersebut menumbuhkan niat informan untuk menyusui dan terbukti bahwa segera setelah lahir informan merasakan produksi ASI-nya lancar.

19.	Penggunaan alat kontrasepsi	Sebagian besar informan menggunakan kontrasepsi yang tidak mengandung estrogen, namun merasa jumlah produksi ASI-nya berkurang. Hanya 1 informan yang tidak menggunakan kontrasepsi apapun setelah melahirkan dan mengatakan bahwa tidak ada pengaruh yang dirasakan terhadap jumlah produksi ASI karena informan tidak menggunakan kontrasepsi apapun.	Sebagian besar informan menggunakan kontrasepsi yang tidak mengandung estrogen dan merasa jumlah produksi ASI-nya berkurang. Terdapat 1 informan yang menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen, namun merasa jumlah produksi ASI-nya yang sedikit itu tidak dipengaruhi oleh penggunaan kontrasepsi tersebut. Hanya 1 informan yang tidak menggunakan kontrasepsi apapun setelah melahirkan dan mengatakan bahwa tidak ada pengaruh yang dirasakan terhadap jumlah produksi ASI.
20.	Rawat gabung	Beberapa informan melakukan rawat gabung setelah melahirkan dan merasa produksi ASI-nya lancar karena sering disusui. Sebagian informan lainnya dirawat terpisah dengan bayinya dan merasa kesulitan saat ingin menyusui, sehingga merasa jumlah produksi ASI-nya sedikit.	Pada umumnya informan melakukan rawat gabung setelah melahirkan dan merasa produksi ASI-nya lancar karena sering disusui. Kemudian hanya ada seorang informan lainnya dirawat terpisah dengan bayinya dan merasa kesulitan saat ingin menyusui, sehingga merasa jumlah produksi ASI-nya sedikit.
<b>C. Persepsi Ketidacukupan ASI Dilihat dari Faktor Bayi</b>			
21.	Berat badan bayi lahir	Semua informan merasa dengan berat lahir yang normal, daya hisap bayi kuat bahkan sangat kuat, sehingga informan merasa jumlah ASI-nya tidak mampu memenuhi kebutuhan bayinya.	Semua informan merasa dengan berat lahir yang normal, daya hisap bayi kuat bahkan sangat kuat, sehingga informan merasa jumlah ASI-nya tidak mampu memenuhi kebutuhan bayinya.
<b>D. Persepsi Ketidacukupan ASI Dilihat dari Faktor Laktasi</b>			
22.	IMD	Sebagian besar informan tidak melakukan IMD saat persalinan dan merasa produksi ASI-nya memang tidak segera keluar. Hanya ada seorang informan yang melakukan IMD dan merasa yakin mampu menyusui dan yakin terhadap jumlah ASI-nya akan mencukupi kebutuhan bayinya.	Beberapa informan yang tidak IMD mengatakan jumlah ASI-nya sedikit karena bayi tidak segera disusui. Di antara informan yang tidak IMD tersebut, seorang informan tidak melakukan IMD dengan alasan informan kaget merasa perutnya kontraksi saat menyusui. Sedangkan beberapa informan lainnya yang melakukan IMD mengatakan jumlah ASI-nya sedikit.

**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 9945 /H2.F10/PPM.00.00/2011  
Lamp. : ---  
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

9 November 2011

Kepada Yth.  
**Kepala Dinas Kesehatan**  
**Kota Depok**  
Jl. Margonda Raya, No.42  
Ruko Depok Mas, Blok. A-7-8-9  
Depok 16431

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Komalasari  
NPM : 0906616193  
Thn. Angkatan : 2009/2010  
Peminatan : Kesehatan Reproduksi

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Studi Kualitatif Persepsi Ketidakmampuan Laktasi pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0 – 6 Bulan di Wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Kelompok Studi Kesehatan Reproduksi dinomor telp. (021) 7874265.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n Dekan FKM UI

Wakil Dekan,

  
**Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH**  
**NIP. 19720825 199702 1 002**

**Tembusan:**

- Pembimbing skripsi
- Arsip



PEMERINTAH KOTA DEPOK  
DINAS KESEHATAN

Jl. Margonda Raya No. 42, Ruko Depok Mas Blok A-7-8-9  
Telp. : (021) 77203904, 77203724 Fax. : (021) 77212909 - DEPOK 16431

Depok, 23 November 2011

Nomor : 070/6926 /Umum  
Lamp : -  
Hal : Ijin Penelitian dan  
Menggunakan Data

Kepada  
Yth. Ka. ....  
di -  
Tempat

Sehubungan dengan surat dari Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas – Kota Depok Nomor : 70 / 895 /\_Kesbang Pol & Linmas, tanggal 22 November 2011 tentang Surat Pemberitahuan Rekomendasi dan surat dari Wakil Dekan FKM UI, Nomor : 9945/H2.F10/PPM.00.00/2011 tanggal : 9 November 2011 dengan perihal : Ijin Penelitian dan Menggunakan Data.

Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya Penelitian dan Menggunakan Data oleh :

Nama/NPM : Komalasari  
Jurusan : Kesehatan Reproduksi  
Judul : Studi Kualitatif Persepsi Ketidakmampuan Laktasi Pada Ibu yang Memiliki Bayi Umur 0 – 6 Bulan di Wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011  
Lama : 24 November 2011 s.d 20 Januari 2012  
Tempat : UPT PKM Kec Pancoran Mas Kota Depok

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan judul penelitian /topik masalah/tujuan akademik.
2. Apabila masa berlaku surat pengantar ini berakhir sedangkan kegiatan yang dimaksud belum selesai, perpanjang izin kegiatan harus diajukan oleh institusi pemohon dan disertai Surat Pemberitahuan Penelitian dari Kantor Kesbang Pol dan Linmas Kota Depok.
3. Sesudah selesai melakukan kegiatan, yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok melalui Ka Sub Bag Umum, Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan.
4. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian surat pengantar ini dibuat untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK

  
**Drg. H. Hardiono, Sp.BM**  
NIP. 196101271985031001

Tembusan :

- Ka Badan Kepegawaian Daerah Kota Depok ( sebagai laporan )
- Wakil Dekan FKM UI
- Ybs
- Arsip

