



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN PERSEPSI KETIDAKCUKUPAN ASI (PKA)
PADA IBU BAYI 0-6 BULAN
DI PUSKESMAS PANDANARAN KOTA SEMARANG
PERIODE MARET-MEI 2012**

SKRIPSI

DWI SARTIKA WIJAYANTI

NPM: 1006819352

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN PERSEPSI KETIDAKCUKUPAN ASI (PKA)
PADA IBU BAYI 0-6 BULAN
DI PUSKESMAS PANDANARAN KOTA SEMARANG
PERIODE MARET-MEI 2012**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana

DWI SARTIKA WIJAYANTI

NPM: 1006819352

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JUNI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : **Dwi Sartika Wijayanti**
NPM : **1006819352**
Tanda Tangan :
Tanggal : **Juni 2012**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Dwi Sartika Wijayanti
NPM : 1006819352
Mahasiswa Program : S1 Ekstensi
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Tahun Akademik : 2011/ 2012

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

“ Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA) Pada Ibu Bayi 0-6 Bulan Di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012”.

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juni 2012



(Dwi Sartika Wijayanti)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Dwi Sartika Wijayanti

NPM : 1006819352

Program Studi : S1 Ekstensi

Peminatan : Kebidanan Komunitas

Judul Skripsi : Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA) Pada Ibu Bayi 0-6 Bulan Di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi S1 Ekstensi Peminatan Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : drg. Sandra Fikawati, MPH

(*Sandra Fikawati*)

Penguji : Ir. Ahmad Syafiq, MSc., PhD

(*Ahmad Syafiq*)

Penguji : dr. Dewi Damayanti

(*Dewi Damayanti*)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juni 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Alloh SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini yang berjudul “Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA) Pada Ibu Bayi 0-6 Bulan Di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012”, dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) Ibu drg. Sandra Fikawati, MPH, selaku dosen pembimbing akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga dan untuk mengarahkan, memberi saran dan membimbing saya selama proses penyusunan skripsi ini.
- 2) Bapak Ir. Ahmad Syafiq, Msc., PhD, selaku penguji, yang telah menyediakan waktu untuk menguji saat sidang dan memberikan masukan untuk kesempurnaan skripsi saya.
- 3) Ibu dr. Dewi Damayanti, 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 Semarang dan Kepala Puskesmas Pandanaran Kota Semarang yang telah memberikan ijin kepada saya untuk melaksanakan penelitian di puskesmas.
- 6) Seluruh staf Puskesmas Pandanaran Kota Semarang yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu.
- 7) Suami, Adi Widiyanto dan anak-anak tercinta, Azkiya dan Nafia yang tak henti-hentinya berdoa serta memberikan semangat dan dukungan dalam bentuk apapun kepada saya selama ini.

- 8) Ibu mertua dan orangtua beserta keluarga besar yang tidak bisa saya sebut satu per satu yang selama ini membantu merawat anak kami, tak henti-hentinya berdoa serta memberikan semangat dan dukungan dalam bentuk apapun kepada saya.
- 9) Mbak Komalasari yang telah meluangkan waktu untuk berdiskusi mengenai skripsi saya dan memberikan semangat serta dukungan kepada saya selama ini.
- 10) Teman-teman se-daerah, Dewi dan Rubinem atas semangat dan persahabatan yang terjalin.
- 11) Teman-teman peminatan Kebidanan Komunitas angkatan 2010/2011 khususnya kelas A dan anggota 'geng ijo' khususnya kak Ida atas bantuan, semangat, dukungan, persahabatan dan doa kalian semua.
- 12) Teman-teman di Pondok Denai dan Mbak Ijah, serta semua pihak yang telah membantu serta mendoakan saya selama penyusunan skripsi ini yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu.

Akhir kata, semoga amal baik dan segala bantuan yang telah diberikan kepada saya dibalas oleh Alloh 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. Penulis berharap semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, Juni 2012

Penulis

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

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

Nama : Dwi Sartika Wijayanti

NPM : 1006819352

Program Studi : Kebidanan Komunitas

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis karya : Skripsi

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 :

Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA) Pada Ibu Bayi 0-6 Bulan Di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012.

beserta 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 memublikasikan 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 : Juni 2012

Yang menyatakan


(Dwi Sartika Wijayanti)

ABSTRAK

Nama : Dwi Sartika Wijayanti
Program Studi : S1 Ekstensi
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Judul : Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA) Pada Ibu Bayi 0-6 Bulan Di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012

Persepsi ketidacukupan ASI (PKA) merupakan alasan terbanyak ibu menghentikan menyusui secara eksklusif dan mulai memberikan makanan/minuman tambahan selain ASI kepada bayinya. Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* terhadap 65 ibu bayi 0-6 bulan yang berkunjung ke Puskesmas Pandanaran Kota Semarang pada bulan Maret-Mei 2012. Sebanyak 49,2% ibu memiliki PKA. Masih terdapat angka yang cukup besar, dimana ibu memiliki PKA yang benar (42,86%), yaitu persepsi ibu benar mengenai jumlah ASInya yang tidak mencukupi kebutuhan bayinya. Dari hasil analisis bivariat ditemukan hubungan yang bermakna antara kebiasaan menyusui dengan PKA. Disarankan bidan/ tenaga kesehatan untuk menerapkan konseling laktasi dan mengoptimalkan kegiatan promosi kesehatan mengenai pemberian ASI eksklusif, serta melatih ibu untuk dapat mengenali tanda-tanda yang dapat dipercaya kecukupan ASI. Dinas Kesehatan Kota Semarang disarankan dapat meningkatkan jumlah tenaga kesehatan yang diletih sebagai konselor ASI dan mengoptimalkan keberadaan konselor ASI, baik dari tenaga kesehatan maupun dari AIMI Kota Semarang.

Kata kunci:
Persepsi ketidacukupan ASI, ASI Eksklusif

ABSTRACT

Name : Dwi Sartika Wijayanti
Study Program: S1 Ekstensi
Specialization : Community Midwifery
Judul : Description of Perception of Insufficient Milk (PIM) in Mothers who have babies aged 0-6 months at Pandanaran Health Centre of Semarang City in March-May 2012

Perception insufficient milk (PIM) is the most reason for mother to stop exclusive breastfeeding and start to give extra food and drink to their babies. A *cross-sectional* study was carried out to 65 mothers of 0-6 months babies whom visited Puskesmas Pandanaran in March-May 2012. 49,2% mothers have PIM. The big part of number is mother has the true PIM (42,86%) which means mother's PIM is true, that mother's perception is true about milk produce not enough what their babies need. Result of *bivariate analysis* met significantly related between breastfeeding habit with PIM. Midwife/ nurse should have to give counseling lactation and optimalize medical promotion about exclusive breastfeeding and give exercise to mothers for knowing about reliable signs that the babies get enough breast milk. Department of Health Semarang City should increase amount nurse whom exercised as breast milk counselor and optimalize breast milk counselors which are midwives/ nurses and breast milk counselors of AIMI of Semarang City as well as.

Key word :
Perception of insufficient milk, Exclusive Breasfeeding

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	7
1.4 Tujuan Penelitian	7
1.2.1 Tujuan Umum	7
1.2.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	8
2. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 ASI Eksklusif	10
2.1.1 Pengertian ASI Eksklusif	10
2.1.2 Pemberian ASI Eksklusif	11
2.1.3 Stadium Laktasi	11
2.1.4 Komposisi ASI	11
2.1.5 Manfaat Menyusui	14
2.2 Manajemen Laktasi.....	15
2.2.1 Fisiologi Laktasi	17
2.2.2 Mekanisme Menyusui.....	20
2.2.3 Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui.....	23
2.3 Tanda Bayi Mendapatkan Cukup ASI.....	23
2.4 ASI Tidak Cukup	24
2.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persepsi Ketidacukupan ASI	26
2.5.1 Persepsi Ketidacukupan ASI.....	26
2.5.2 Umur Ibu	30
2.5.3 Dukungan Keluarga.....	31
2.5.4 Pengalaman Menyusui	32
2.5.5 Status Gizi Ibu	33
2.5.6 Jenis Kelamin Bayi.....	34
2.5.7 Umur Bayi.....	35
2.5.8 Frekuensi Menyusui.....	35
2.5.9 Kebiasaan Menyusui.....	36
2.5.10 Lama Menyusui	37

2.6 Kerangka Teori	38
3. KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS	39
3.1 Kerangka Konsep	39
3.2 Definisi Operasional	40
3.3 Hipotesis.....	43
4. METODOLOGI PENELITIAN	45
4.1 Desain Penelitian	45
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	45
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	45
4.4 Pengumpulan Data.....	47
4.4.1 Prosedur Pengumpulan Data	47
4.4.2 Teknik Pengumpulan Data	47
4.4.3 Alat Pengumpulan Data.....	47
4.5 Pengolahan Data	47
4.6 Analisis Data	48
4.6.1 Analisis Univariat	48
4.6.2 Analisis Bivariat.....	48
5. HASIL PENELITIAN	49
5.1 Analisis Univariat	49
5.1.1 Persepsi Ketidacukupan ASI	49
5.1.2 Distribusi Variabel Independen	53
5.2 Analisis Bivariat	55
6. PEMBAHASAN	59
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	59
6.2 Pembahasan Penelitian.....	61
6.2.1 Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI	61
6.2.2 Umur Ibu Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	63
6.2.3 Dukungan Keluarga Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI ..	64
6.2.4 Pengalaman Menyusui Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	65
6.2.5 Status Gizi Ibu Saat Ini Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	66
6.2.6 Jenis Kelamin Bayi Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI ..	67
6.2.7 Umur Bayi Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	68
6.2.8 Frekuensi Menyusui Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI.	68
6.2.9 Kebiasaan Menyusui Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	69
6.2.10 Lama Menyusui Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI	70
7. KESIMPULAN DAN SARAN	71
7.1 Kesimpulan.....	71
7.2 Saran	71
7.2.1 Dinas Kesehatan Kota Semarang.....	71
7.2.2 Bidan/ Tenaga Kesehatan di Wilayah Puskesmas Pandanaran	72
7.2.3 Peneliti Lain.....	73
7.2.4 Ibu Menyusui	73
DAFTAR REFERENSI	74
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi frekuensi responden berdasarkan persepsi ketidakcukupan ASI di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012	49
Tabel 5.2	Hasil Analisis Univariat Sebagai Penjelasan Responden PKA Berdasarkan Tanda-tanda Yang Dapat Dipercaya ASI Tidak Cukup Pada Bayi Umur 0-6 Bulan di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012.....	50
Tabel 5.3	Hasil Analisis Univariat Sebagai Penjelasan Responden PKA Berdasarkan Status Gizi Ibu Saat Ini Pada Ibu Bayi Umur 0-6 Bulan di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012.....	52
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Ibu, Dukungan Keluarga, Pengalaman Menyusui, Status Gizi Ibu Saat Ini, Jenis Kelamin Bayi, Umur Bayi Berhenti Diberi ASI, Frekuensi Menyusui, Kebiasaan Menyusui, dan Lama Menyusui di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012	53
Tabel 5.5	Hubungan Antara Umur Ibu, Dukungan Keluarga, Pengalaman Menyusui, Status Gizi Ibu Saat Ini, Jenis Kelamin Bayi, Umur Bayi Berhenti Diberi ASI, Frekuensi Menyusui, Kebiasaan Menyusui, dan Lama Menyusui Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI (PKA) di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012.....	56

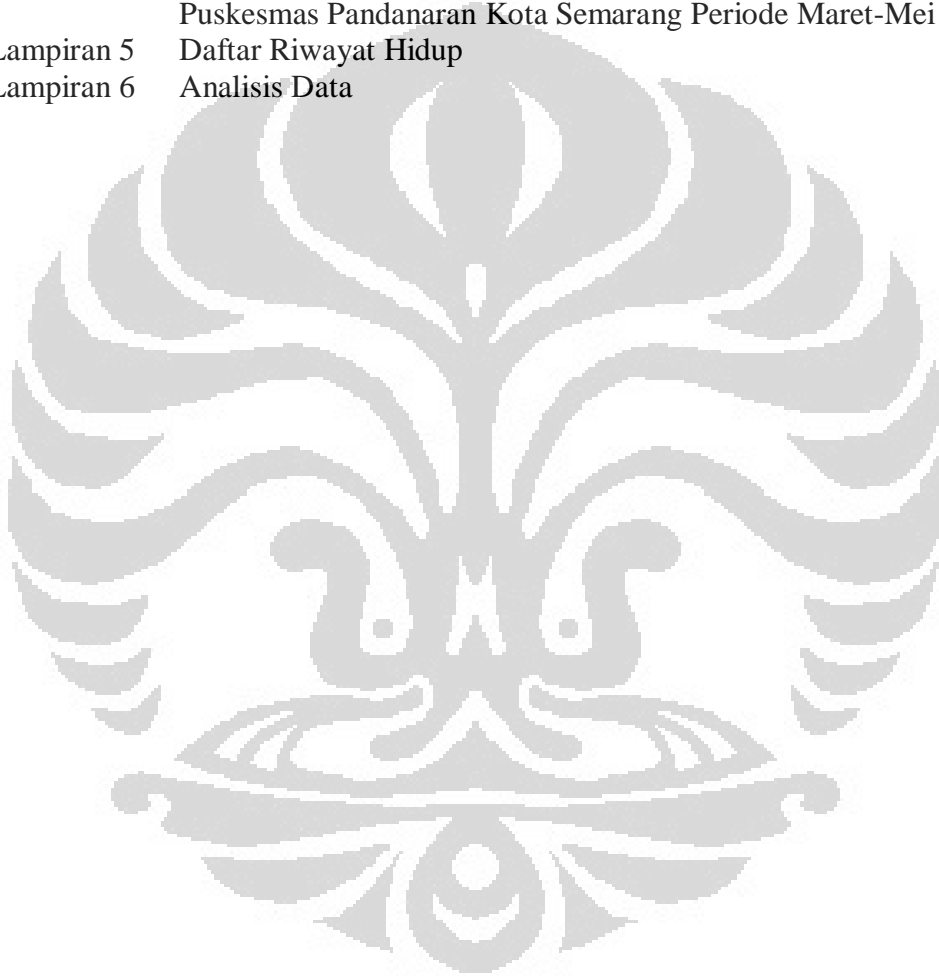
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Refleks Oksitosin.....	19
Gambar 2.2	Macam-macam Posisi Menyusui.....	22
Bagan 2.3	Proses Terjadinya Persepsi.....	28



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Rekomendasi Survey/ Riset Badan Kesbangpol dan Linmas Provinsi Jawa Tengah
- Lampiran 2 Surat Rekomendasi Survey/ Riset Badan Kesbangpol dan Linmas Pemerintah Kota Semarang
- Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kota Semarang
- Lampiran 4 Kuesioner Penelitian Mengenai “Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA) Pada Ibu Bayi 0-6 Bulan di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012”
- Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 6 Analisis Data



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap orang berhak untuk hidup sehat, tidak memandang status sosial ekonomi, maupun latar belakang budaya, tua, muda, besar, kecil termasuk seorang bayi yang baru saja terlahir dari rahim ibunya. Hal ini seperti yang tertuang pada pasal 4 Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 yang berbunyi “Setiap orang berhak atas kesehatan”.

Pada saat usia kandungan 6 bulan sampai dengan balita berumur 2 tahun terjadi perkembangan otak yang sangat pesat. Hal ini harus ditunjang gizi ibu hamil dan ibu menyusui yang baik agar dapat menghasilkan Air Susu Ibu (ASI) yang berkualitas tinggi yang dapat menunjang pertumbuhan dan perkembangan si bayi, termasuk perkembangan otak. Selain itu ASI juga memberikan zat kekebalan pada bayi melalui kolustrum yang dihasilkan pada kira-kira seminggu pertama setelah melahirkan (Suhardjo, 2003), sehingga bayi tidak mudah terserang penyakit dan mencegah kematian pada bayi.

Menurut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 Angka Kematian Neonatal (AKN) di Indonesia sebesar 19 kematian/ 1000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 34 kematian/ 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita (AKBAL) sebesar 44 kematian/ 1000 kelahiran hidup. Sementara target Millenium Development Goals (MDGs) tahun 2015 adalah 32/ 1000 kelahiran hidup untuk AKBAL dan untuk AKB sebesar 23/ 1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2009). Poin pertama dalam sasaran strategis pembangunan kesehatan tahun 2010-2014 adalah meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat dengan jalan diantaranya menurunnya AKB dari 34 menjadi 24 kematian/ 1000 kelahiran hidup dan AKN dari 19 menjadi 15 kematian/ 1000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2010).

Sepsis merupakan penyebab tertinggi kematian bayi baru lahir usia 7-28 hari, yaitu sebesar 20,5 %, selanjutnya Pnemonia sebesar 17 % dan peringkat ketiga 14 % disebabkan oleh Respirasi Syndrom , 14 % kematian disebabkan oleh prematuritas, sisanya 34,5 % penyebab lain-lain (Riskesdas, 2007). Penyebab

kematian bayi 0-11 bulan menurut Riskesdas tahun 2007 adalah 42 % disebabkan oleh diare, 24 % kematian disebabkan pneumonia, dan meningitis/ ensefalitis sebesar 9 %, penyebab lainnya sebesar 25% (www.infodokterku.com.AKN-AKB-AKBAL).

Penyebab kematian bayi dapat dicegah dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi, karena di dalam ASI terkandung zat antibodi yang memberikan proteksi pasif bagi tubuh bayi untuk menghadapi pathogen yang masuk ke dalam tubuhnya. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Victoria (1999) dalam Machmud (2006), bahwa pemberian ASI saja terutama pada bulan pertama dapat mengurangi insiden dan keparahan penyakit infeksi.

ASI merupakan satu-satunya makanan yang sempurna dan terbaik bagi bayi karena mengandung unsur-unsur gizi yang dibutuhkan oleh bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal. ASI adalah hadiah yang sangat berharga yang dapat diberikan kepada bayi, dalam keadaan miskin mungkin merupakan hadiah satu-satunya, dalam keadaan sakit mungkin merupakan hadiah yang menyelamatkan jiwanya (UNICEF dalam Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2011). Oleh sebab itu pemberian ASI perlu diberikan secara eksklusif sampai umur 6 bulan dan tetap mempertahankan pemberian ASI dilanjutkan bersama makanan pendamping sampai usia 2 tahun (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2011), seperti dalam SK Menkes nomor 450/Menkes/SK/2004 tentang Pemberian ASI Eksklusif pada bayi di Indonesia.

Definisi ASI Eksklusif menurut WHO (2001) dalam Fikawati dan Syafiq (2010) adalah, pemberian hanya ASI saja tanpa cairan atau makanan padat apapun kecuali vitamin, mineral atau obat dalam bentuk tetes atau sirup sampai usia enam bulan. Seperti yang tertuang di dalam PP nomor 33 tahun 2012 tentang pemberian ASI Eksklusif, pengertian ASI Eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan/ atau mengganti dengan makanan atau minuman lain.

Setiap bayi berhak memperoleh ASI selama enam bulan dan pihak keluarga, masyarakat dan pemerintah harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan cara menyediakan waktu dan fasilitas (pasal 128 ayat 1 dan 2 Undang-

Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009). Dengan memberikan ASI eksklusif didapatkan manfaat yang berdampak positif pada bayi tetapi juga pada ibu, yaitu dapat memperpanjang jarak kehamilan. Manfaat untuk bayi adalah menurunkan mortalitas bayi, menurunkan morbiditas bayi, mengoptimalkan pertumbuhan bayi dan membantu perkembangan kecerdasan bayi (Fikawati dan Syafiq, 2010).

Seiring bertambahnya usia bayi diiringi menurunnya kemampuan laktasi ibu. Kemampuan laktasi dapat dipengaruhi oleh keadaan status gizi ibu, baik sebelum hamil, selama hamil dan setelah melahirkan. Faktor-faktor yang mempengaruhi jumlah ASI adalah status gizi ibu, faktor psikologi dan faktor sosial, frekuensi dan lamanya serta kekuatan menghisap bayi (WHO, 1985). Untuk dapat mengetahui dampak dari faktor psikologi membutuhkan waktu yang lama, misalnya seorang ibu yang mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan, dia akan mengalami syok, sehingga berdampak pada pengeluaran ASI. Ibu yang mengalami syok, jumlah ASInya akan sangat berkurang. Gangguan emosional dan kecemasan bertentangan dengan *let down reflex*, hal inilah yang dapat menyebabkan berkurangnya pengeluaran ASI (WHO, 1985). Pengaruh dari faktor psikologi terhadap ASI adalah kemampuan ibu dalam memproduksi ASI, kemampuan untuk mengeluarkan ASI, dan kemampuan bayi dalam mengkonsumsi ASI seperti halnya merangsang puting susu agar ASI keluar lebih banyak.

Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) akan mempunyai kemampuan menghisap yang lemah bila dibandingkan dengan bayi dengan berat lahir normal. Kemampuan menghisap bayi yang kuat akan menyebabkan produksi dan pengeluaran ASI dalam jumlah yang banyak. Ini menunjukkan bahwa kuantitas/banyaknya ASI sangat dipengaruhi oleh permintaan bayi.

Pengeluaran ASI dapat dipengaruhi secara tidak langsung oleh status gizi ibu, karena status gizi ibu yang kurang mungkin dampak dari masalah psikologis (WHO, 1985). Karena adanya gangguan psikologis, maka berat badan ibu menurun drastis atau ibu tidak makan secara adekuat, ini bisa menghambat *let down reflex* sehingga pengeluaran ASI berkurang. Di sisi lain status gizi ibu juga dipengaruhi oleh faktor norma sosial yang ada di masyarakat, seperti misalnya jumlah dan jenis makanan ibu ditentukan atau ada pantangan terhadap makanan

tertentu, kemampuan ibu memperoleh makanan bergantung pada suami atau keluarga dan berat badan ideal yang diinginkan ibu.

Dalam mempersepsikan sesuatu, kita harus mempunyai perhatian terhadap stimulus yang diterima oleh otak kita terlebih dahulu. Seperti misalnya ketika seorang ibu melihat iklan susu formula yang mengutarakan kelebihan-kelebihannya secara berulang-ulang, maka ibu tersebut akan mempunyai interpretasi bahwa susu formula baik dan aman diberikan pada bayinya. Interpretasi tersebut dapat mempengaruhi persepsi ibu, bahwa susu formula itu baik, bahkan lebih baik dari ASI. Walaupun produk susu sendiri sudah menuliskan bahwa ASI adalah makanan terbaik bagi bayi. Jika seorang ibu menyusui mempunyai persepsi tersebut maka hal ini juga dapat mempengaruhi produksi ASI, karena refleks oksitosin sangat dipengaruhi oleh emosional ibu (Depkes RI, 2002). Produksi ASInya jadi menurun karena ibu merasa ASInya tidak lebih baik dari susu formula atau ASInya tidak mencukupi kebutuhan bayi. Bisa juga terjadi sebaliknya, ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI sebenarnya jumlah ASInya dapat memenuhi kebutuhan bayinya, sehingga persepsi yang dimiliki ibu salah.

Pemberian susu formula dengan menggunakan botol atau dot akan mengurangi kemampuan menghisap bayi sehingga produksi ASI akan menurun karena permintaan bayi berkurang. Pemberian susu formula dengan menggunakan botol atau dot juga menyebabkan bayi bingung puting sehingga menyebabkan lecet pada puting susu. Ibu yang mengalami lecet pada puting susu akan merasa enggan menyusui bayinya karena akan merasa kesakitan sewaktu menyusui, hingga frekuensi menyusui berkurang dan produksi ASI menurun (Depkes, 2002).

Menyusui merupakan proses alamiah, berjuta-juta ibu di dunia berhasil menyusui bayinya tanpa pernah membaca buku tentang ASI. Dalam lingkungan kebudayaan kita saat ini melakukan hal yang alamiah tidak selalu mudah. Pada prakteknya untuk memberikan ASI eksklusif selama enam bulan tidaklah mudah, banyak faktor yang menghambat pemberian ASI, yaitu pengetahuan ibu, sikap ibu, persepsi ibu mengenai kecukupan ASI, faktor psikologis ibu, faktor sosial budaya, dukungan dari teman, keluarga serta tenaga kesehatan, juga kondisi ibu bekerja. Seiring dengan perkembangan zaman, terjadi pula peningkatan ilmu

pengetahuan dan teknologi yang demikian pesatnya, pengetahuan lama yang mendasar seperti menyusui justru kadang terlupakan (Roesli, 2000).

Berdasarkan SDKI, tren angka ASI eksklusif terus menurun yaitu 40,2% pada tahun 1997 menjadi 39,5% pada tahun 2003 dan 32% pada tahun 2007. Dan data Riskesdas 2010 menunjukkan bayi yang mendapatkan ASI eksklusif hanya sebesar 15,3%. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2010 menyebutkan cakupan pemberian ASI eksklusif di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2010 adalah sebesar 37,18%, menurun bila dibandingkan dengan tahun 2009 yaitu sebesar 40,21%. Angka ini masih sangat rendah bila dibandingkan dengan target tahun 2010 yaitu 80%. Kota Semarang merupakan ibu kota Provinsi Jawa Tengah yang seharusnya menjadi pelopor maupun contoh bagi daerah-daerah lain di Jawa Tengah justru pencapaian ASI eksklusif di Kota Semarang jauh dari target nasional sebesar 80 %, dari tahun 2006 sampai dengan 2008 terus menurun, yaitu 40,07 %, 38,44 % dan 15,33 %. Dari data Program Gizi Kota Semarang 2010, terlihat penurunan cakupan ASI eksklusif dari tahun 2009 sebesar 24,53 % menjadi 20,06 % pada tahun 2010. Pada tahun 2011 terjadi kenaikan, namun tidak cukup signifikan dan masih dibawah target Renstra tahun 2011 yaitu menjadi sebesar 24,17%.

Kota Semarang terdiri dari 16 kecamatan, yaitu Kecamatan Banyumanik, Candisari, Gajahmungkur, Gayamsari, Genuk, Gunungpati, Mijen, Ngaliyan, Pedurungan, Semarang Barat, Semarang Selatan, Semarang Tengah, Semarang Timur, Semarang Utara, Tembalang, dan Tugu. Target cakupan ASI eksklusif berdasarkan Renstra tahun 2011 Kota Semarang adalah sebesar 40 %. Baru ada 3 kecamatan yang mampu mencapai target tersebut, yaitu Kecamatan Semarang Tengah, Kecamatan Mijen dan Kecamatan Tugu, sedangkan kecamatan lain belum. Kecamatan Semarang Selatan merupakan kecamatan yang belum bisa mencapai target cakupan ASI eksklusif dengan cakupan terendah ketiga, yaitu sebesar 13,16 % pada tahun 2010. Di Kecamatan Semarang Selatan terdapat 2 (dua) puskesmas, yaitu Puskesmas Pandanaran dan Puskesmas Lamper Tengah dengan cakupan ASI eksklusif masing-masing adalah 11,36% dan 15,68% pada tahun 2010. Cakupan ASI eksklusif di Puskesmas Pandanaran pada tahun 2010 dan 2011 berturut-turut mengalami peningkatan, namun masih jauh dari target

Renstra Kota Semarang tahun 2011 (40%) dan target nasional (80%) yaitu sebesar 11,36% dan 18,14% (Dinkes Kota Semarang, 2012). Beberapa dari ibu yang berhenti menyusui secara eksklusif di Puskesmas Pandanaran dirujuk pada konselor ASI di puskesmas dan diantaranya PKA merupakan penyebab dari kegagalan menyusui secara eksklusif.

Kendala dalam pemberian ASI Eksklusif salah satu diantaranya adalah ibu tidak percaya diri bahwa dirinya mampu menyusui bayinya dengan baik sehingga dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi dengan baik (PP No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif). Menurut Huang et al (2009) persepsi ketidakcukupan ASI (PKA) dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor ibu, faktor bayi dan faktor laktasi. Faktor ibu terdiri dari umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, merokok, bimbingan laktasi prenatal, bimbingan laktasi post natal, rencana menyusui, dukungan keluarga, paritas, tinggal di rumah sakit, rawat gabung, tipe puting susu, sakit pada puting susu, pengalaman menyusui, status gizi, kenaikan berat badan selama hamil, penghasilan, dan penggunaan kontrasepsi. Faktor bayi terdiri dari kebiasaan menyusui, penurunan/ kehilangan berat lahir, umur kehamilan, berat badan lahir, dan pola menyusui. Sedangkan faktor laktasi terdiri dari metoda makanan tambahan, volume pemberian makanan tambahan, frekuensi pemberian makanan tambahan, frekuensi menyusui, durasi menyusui, dan inisiasi menyusu dini (IMD). Beberapa dari ibu yang berhenti menyusui secara eksklusif di Puskesmas Pandanaran dirujuk pada konselor laktasi dan diantaranya PKA merupakan penyebab dari kegagalan menyusui secara eksklusif.

1.2 Rumusan Masalah

Pencapaian ASI eksklusif di Kota Semarang jauh dari target nasional sebesar 80% terlihat dari data Dinas Kesehatan Kota Semarang dari tahun 2006 sampai dengan 2008 terus menurun, yaitu 40,07%, 38,44% dan 15,33%. Dari data Program Gizi Kota Semarang 2010, terlihat penurunan cakupan ASI eksklusif dari tahun 2009 sebesar 24,53% menjadi 20,06% pada tahun 2010. Terjadi peningkatan di tahun 2011 menjadi 24,17%.

Target cakupan ASI eksklusif berdasarkan Rencana Strategis Kota Semarang Tahun 2011 adalah sebesar 40%. Kecamatan Semarang Selatan

merupakan kecamatan yang belum bisa mencapai target cakupan ASI Eksklusif dengan cakupan terendah ketiga dari seluruh kecamatan di Kota Semarang, yaitu sebesar 13,16% (tahun 2009). Puskesmas pandanaran merupakan salah satu puskesmas yang berada di Kecamatan Semarang Selatan dengan cakupan ASI eksklusif yang terendah, yaitu 11,36% di tahun 2010 dan menjadi 18,14% di tahun 2011. Dari tahun 2010-2011 memang terjadi kenaikan cakupan ASI eksklusif, namun masih jauh dari target renstra Kota Semarang tahun 2011 dan jauh dari target nasional. Beberapa dari ibu yang berhenti menyusui secara eksklusif di Puskesmas Pandanaran dirujuk pada konselor laktasi dan diantaranya PKA merupakan penyebab dari kegagalan menyusui secara eksklusif, namun tidak diketahui seberapa besar masalah tersebut.

Hal tersebut di atas yang menyebabkan penulis tertarik untuk meneliti gambaran persepsi ketidakcukupan ASI di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Bagaimana gambaran persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu bayi 0-6 bulan di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang periode Maret-Mei 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuinya gambaran persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu bayi 0-6 bulan di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang periode Maret-Mei 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuinya gambaran persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu bayi 0-6 bulan di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang periode Maret-Mei 2012.
2. Diketuinya hubungan antara faktor ibu (umur, dukungan keluarga, pengalaman menyusui dan status gizi ibu saat ini) dengan persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu bayi 0-6 bulan di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang.

3. Diketuinya hubungan antara faktor bayi (jenis kelamin bayi dan umur bayi) dengan persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu bayi 0-6 bulan di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang.
4. Diketuinya hubungan antara faktor laktasi, yaitu (frekuensi menyusui, kebiasaan menyusui, dan lama menyusui) dengan persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu bayi 0-6 bulan di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang.

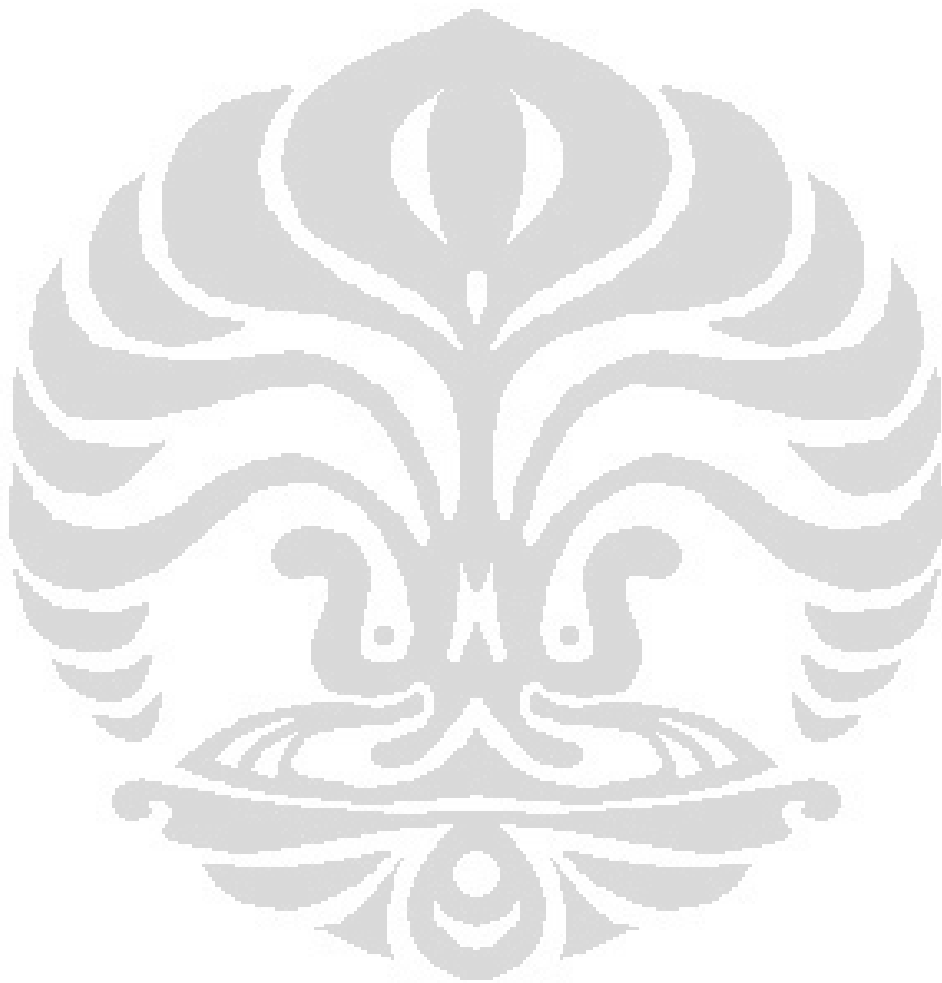
1.5 Manfaat Penelitian

1. Dinas Kesehatan Kota Semarang
Dinas Kesehatan Kota Semarang dapat mengevaluasi program gizi yang telah dilaksanakan, sehingga dapat memperbaiki dan meningkatkan program upaya perbaikan gizi, khususnya ASI eksklusif.
2. Puskesmas Pandanaran
Dapat meningkatkan strategi dalam upaya program perbaikan gizi masyarakat, khususnya ASI eksklusif.
3. Peneliti
Peneliti bisa tergerak untuk melanjutkan melakukan penelitian yang lebih mendalam lagi tentang persepsi ketidakcukupan ASI.
4. Ibu menyusui
Dapat meningkatkan pengetahuan ibu menyusui mengenai ASI eksklusif, khususnya tentang persepsi kecukupan ASI. Sehingga ibu mau dan mampu memberikan ASI eksklusif pada bayinya.
5. Masyarakat
Dapat mengaktifkan kembali keberadaan kelompok pendukung ASI di tengah-tengah masyarakat sehingga ibu memperoleh pengetahuan dan dukungan dari kelompok tersebut.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran persepsi ketidakcukupan ASI di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang. Penelitian

dilakukan pada ibu-ibu bayi 0-6 bulan yang telah berhenti menyusui secara eksklusif yang berkunjung ke Puskesmas Pandanaran Kota Semarang pada bulan Maret sampai dengan bulan Mei 2012.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 ASI Eksklusif

2.1.1 Pengertian ASI Eksklusif

ASI merupakan makanan yang paling cocok bagi bayi serta mempunyai nilai yang paling tinggi dibandingkan dengan makanan bayi yang dibuat manusia ataupun susu hewan seperti susu sapi, susu kerbau dan lain-lainnya (Suhardjo, 2003). ASI adalah yang terbaik untuk bayi, karena selalu segar, aman, bebas infeksi, mudah dicerna, suhunya tepat untuk bayi, mengandung beberapa antibodi, dan dapat menolong bayi menerima kasih sayang dari ibu (Stace dan Biddulph, 1999). Selain itu ASI dibuat secara alamiah untuk bayi, karena susu dari setiap mahluk dibentuk menurut kebutuhan anak dari mahluk tersebut, sehingga air susu manusia diperuntukkan anak manusia (bayi).

Definisi ASI Eksklusif menurut WHO adalah, “pemberian hanya ASI saja tanpa cairan atau makanan padat apapun kecuali vitamin, mineral atau obat dalam bentuk tetes atau sirup sampai usia enam bulan” (WHO, 2001 dalam Fikawati dan Syafiq 2010). Sedangkan dalam Riskesdas 2010 mengungkapkan bahwa menyusui eksklusif adalah tidak memberi bayi makanan atau minuman lain, termasuk air putih, selain menyusui (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes; ASI perah juga diperbolehkan). Pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi dan tim (Roesli, 2000).

Menyusui predominan adalah menyusui bayi tapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air, misalnya teh, sebagai makanan atau minuman prelakteal sebelum ASI keluar. Menyusui parsial adalah menyusui bayi serta diberikan makanan buatan selain ASI, baik susu formula, bubur atau makanan lainnya sebelum bayi berumur enam bulan, baik diberikan secara kontinyu maupun diberikan sebagai makanan prelakteal.

2.1.2 Pemberian ASI Eksklusif

Bayi mempunyai kemampuan yang tinggi untuk menghisap ASI pada saat segera setelah lahir. Beberapa jam berikutnya kemampuan menghisap itu akan menurun, oleh karena itu sebaiknya ASI diberikan segera setelah lahir. Ada beberapa alasan mengapa dianjurkan ibu menyusui bayinya segera setelah lahir, yaitu:

- Menyusui bayi akan memberikan kepuasan dan ketenangan pada ibu.
- Hisapan air susu akan mempercepat proses *subinvolusi*, yaitu kembalinya uterus pada ukuran semula, sehingga mencegah perdarahan post partum.
- Penelitian menunjukkan bahwa bayi yang disusui segera lahir, lebih jarang menderita infeksi dan keadaan gizinya dalam tahun pertama usianya jauh lebih baik dibanding bayi yang terlambat diberi ASI

2.1.3 Stadium Laktasi

Komposisi ASI tidak sama dari hari ke hari, sesuai dengan stadium laktasi. Berdasarkan stadium laktasi, komposisi ASI dapat dibedakan menjadi tiga macam, yaitu:

1. *Kolustrum*, atau biasa disebut *susu jolong* yaitu ASI yang dihasilkan pada hari pertama sampai hari ketujuh setelah bayi lahir.
2. Air susu masa *transisi*/ peralihan yaitu ASI yang keluar mulai hari ke-4 sampai hari ke-10 atau hari ke-7 sampai hari ke-14.
3. Air susu *mature* atau matang yang dihasilkan pada hari ke-14 dan seterusnya. (*dikutip dari Roesli, 2000*)

2.1.4 Komposisi ASI

Komposisi ASI berbeda dengan komposisi susu sapi. Susu sapi disesuaikan untuk tumbuh kembang anak sapi dan ASI disesuaikan untuk laju pertumbuhan anak manusia. Komposisi ASI sedemikian spesifiknya, sehingga komposisi ASI satu ibu dengan ibu lainnya berbeda. Misalnya komposisi ASI ibu yang melahirkan bayi prematur dengan ibu yang melahirkan bayi cukup bulan berbeda walaupun mereka melahirkan pada saat yang bersamaan. Perlu diketahui

bahwa komposisi ASI dari hari ke hari (stadium laktasi) ternyata tidak sama, disesuaikan dengan kebutuhan bayi saat itu.

a. Kolustrum

Kolustrum adalah cairan emas, cairan pelindung yang kaya akan protein dan zat antibodi. Kolustrum berwarna kekuning-kuningan, kental dan agak lengket, diproduksi kira-kira seminggu pertama setelah melahirkan. Menurut Suhardjo (2002), kolustrum berbeda dengan air susu ibu yang berwarna putih itu dalam hal kandungan:

- Lebih banyak protein
- Lebih banyak immunoglobulin A dan laktoferrin dan juga sel-sel darah putih yang berperan penting dalam mencegah timbulnya infeksi penyakit
- Kurang dalam hal lemak dan laktose
- Lebih banyak vitamin A
- Lebih banyak natrium dan seng

b. Kalori

Kalori sebagai sumber tenaga bagi bayi. ASI mengandung kurang lebih 0,65 kal/ml energi. Energi tersebut variasi antara protein dan karbohidrat (Brown, 2002). Komposisi kalori dalam ASI lebih sedikit bila dibandingkan dengan susu formula, namun ini sudah mencukupi kebutuhan bayi.

c. Protein

ASI mengandung total protein yang lebih rendah dibandingkan dengan susu sapi, tetapi mengandung lebih banyak "*soluble whey protein*". Komposisi inilah yang menyebabkan ASI lebih mudah diserap dan dicerna. Kualitas dan kuantitas protein sama-sama penting, karena protein juga menyediakan sumber energi. Kegagalan pemenuhan kebutuhan protein dapat menurunkan fungsi protein dalam pembentukan jaringan dan fungsi metabolisme yang lainnya (Butte, 2002). Kekurangan protein dalam jangka waktu yang lama akan berdampak buruk pada pertumbuhan dan perkembangan anak.

d. Lemak

Terdapat 3-5% konsentrasi lemak di dalam susu matur, sekitar separuh dari energi ASI berasal dari lemak (Brown, 2002). Lemak yang terkandung di

dalam ASI lebih mudah diserap bila dibandingkan dengan lemak dalam susu formula, karena adanya enzim lipase dalam ASI. Lemak yang dikeluarkan ASI pada menit-menit pertama dalam susu *foremilk* pada awalnya mempunyai konsentrasi yang rendah, namun selanjutnya pada susu *hindmilk* menjadi lebih tinggi.

e. Asam lemak ikatan panjang (DHA, AA, Omega-3, Omega-6)

Merupakan asam lemak tak jenuh rantai panjang (*polyunsaturated fatty-acid*) utama dari ASI yang hanya sedikit dalam susu sapi. Asam lemak ikatan panjang ini diperlukan untuk pembentukan sel-sel otak yang optimal sehingga dapat meningkatkan kecerdasan bayi.

f. Laktose

Merupakan komponen utama karbohidrat dalam ASI bila dibandingkan dengan susu sapi, kandungannya lebih banyak. Laktose merupakan sumber energi yang mudah dicerna, selain itu beberapa dari laktose diubah menjadi asam laktat yang mencegah timbulnya bakteri yang tidak diinginkan dan mungkin membantu penyerapan kalsium dan mineral-mineral lainnya.

g. Mineral

Kalsium yang terkandung dalam ASI lebih mudah diserap oleh bayi. Di dalam ASI terdapat 250-300 mg/l, dan tidak ada perubahan selama proses laktasi berlangsung (Butte, 2002). Konsentrasi zinc dalam ASI untuk setiap waktu berbeda, ada penurunan secara signifikan, yaitu 4-5 mg/l saat awal post partum, menjadi 1-2 mg/l pada 3 bulan post partum, dan $\pm 0,5$ mg/l pada 6 bulan post partum. Ini bervariasi untuk setiap ibu berbeda, namun hal tersebut sesuai dengan kebutuhan bayinya. ASI mengandung besi, natrium, kalium, fosfor dan khlor yang lebih sedikit dari susu formula, tetapi dengan jumlah tersebut sudah dapat mencukupi kebutuhan bayi.

h. Vitamin

Vitamin A dalam kolustrum dua kali lebih banyak dari susu matur, hal ini ditandai dengan warna kuning pada kolustrum (Brown, 2002). Warna kuning pada kolustrum merupakan warna dari karotin. Vitamin C dalam ASI lebih banyak jika dibandingkan dengan susu sapi. Ini untuk menunjang daya tahan tubuh bayi terhadap penyakit. Sedangkan vitamin B1, B6 dan B12 lebih

sedikit dibandingkan dengan susu sapi, tetapi ini sudah mencukupi kebutuhan bayi. Kandungan vitamin E/ tokoperol sangat tergantung dengan kandungan lemak di dalam ASI, karena tiap gram lemak mengandung 40 mcg vitamin E (Keefe, et al, 1995 dalam Brown, 2002).

2.1.5 Manfaat Menyusui

Dengan memberikan ASI pada bayi dapat diperoleh banyak manfaat baik untuk ibu, maupun bayi, diantaranya yaitu (Roesli, 2000):

- Resiko alergi pada bayi sangat kecil.
- ASI meningkatkan daya tahan tubuh bayi.
- ASI dapat meningkatkan kecerdasan bayi.
- ASI dapat meningkatkan daya penglihatan dan kepandaian bicara.
- Membantu pembentukan rahang yang bagus.
- Menunjang perkembangan kepribadian, kecerdasan emosional, kematangan spiritual, dan hubungan sosial yang baik.
- Dapat memperkuat jalinan kasih sayang antara ibu dan bayi
- Lebih ekonomis, tidak perlu mengeluarkan biaya untuk membeli susu formula
- Higienis, karena ASI diberikan secara langsung, maka kemungkinan tercemar zat yang berbahaya lebih kecil.
- Lebih menghemat waktu dan tidak merepotkan dibanding dengan harus membuat susu sapi/ susu formula.
- Dapat memperpanjang jarak kehamilan
- Membantu memulihkan kondisi ibu setelah melahirkan lebih cepat, karena saat menyusui segera setelah melahirkan akan mempengaruhi kontraksi uterus sehingga dapat mengurangi perdarahan setelah melahirkan.
- Mencegah kanker payudara pada ibu.
- Dengan memberikan ASI pada bayi, ibu memiliki rasa kepuasan bagi ibu.

Selain itu manfaat tersebut diatas Ernstoff, et al (1999) dalam Brown (2002) mengatakan bahwa menyusui dapat menurunkan resiko terkena kanker payudara dan kanker ovarium. Salah satu manfaat pemberian ASI pada ibu adalah berat badan ibu lebih cepat kembali ke keadaan semula sebelum hamil (Brown, 2002).

Manfaat ASI bagi bayi secara spesifik berdasarkan zat kekebalan (*immunological benefits*) adalah melindungi bayi dari serangan infeksi, karena di dalam kolustrum terdapat sel T-limfosit, sel B-limfosit, neutrofil, sel makrofag dan sel-sel epitel yang sangat tinggi dan masih terdapat pada susu matur walaupun dengan konsentrasi yang rendah (Lawrence, 1999). Adanya immunoglobulin A di dalam ASI dapat melindungi sistem pencernaan bayi (Brown, 2002). Salah satu hormon yang terdapat di dalam ASI adalah hormon insulin yang dapat membantu kematangan sistem pencernaan bayi dan dapat melawan virus dan bakteri yang merugikan (Brown, 2002). Scariati, et al (1997) dalam penelitiannya “*A Longitudinal Analysis of Infant Morbidity and The Extent of Breastfeeding in The United States*” menunjukkan bahwa bayi yang disusui secara predominan mempunyai resiko 60 % lebih tinggi untuk terkena infeksi telinga daripada bayi yang disusui secara eksklusif (Brown, 2002).

2.2 Manajemen Laktasi

Manajemen laktasi adalah tatalaksana yang diperlukan untuk menunjang keberhasilan menyusui. Dalam pelaksanaannya terutama dimulai pada masa kehamilan, segera setelah persalinan, dan pada masa menyusui selanjutnya. (Depkes RI, 2002). Upaya-upaya yang dilakukan dalam manajemen laktasi adalah sebagai berikut;

1. Pada masa kehamilan (*antenatal*)

- Memberikan komunikasi, informasi dan edukasi tentang manfaat dan keunggulan ASI. Manfaat pemberian ASI baik bagi ibu maupun bayinya. Diberikan pula pengetahuan mengenai bahaya pemberian susu botol.
- Meyakinkan ibu hamil agar mau dan mampu menyusui bayinya.

- Pemeriksaan kesehatan, kehamilan dan payudara atau keadaan puting susu, apakah ada kelainan atau tidak. Disamping itu perlu dipantau kenaikan berat badan ibu selama hamil.
 - Perawatan payudara (*breast care*) mulai kehamilan umur 6 bulan agar ibu mampu memproduksi dan memberikan ASI yang cukup.
 - Memperhatikan gizi atau makanan ditambah mulai dari kehamilan trimester ke-2 sebanyak $1\frac{1}{3}$ kali dari makanan pada saat sebelum hamil.
 - Menciptakan suasana keluarga yang menyenangkan. Hal ini perlu diperhatikan keluarga, terutama suami memberikan perhatian dan dukungan bagi istrinya yang sedang hamil.
2. Pada masa segera setelah persalinan (*prenatal*)
- Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) atau *Early Initiation*, yaitu proses bayi menyusui sendiri segera setelah dilahirkan, dimana bayi dibiarkan mencari puting susu ibunya sendiri, bukan disodorkan ke puting susu ibu dengan cara kontak langsung kulit bayi dengan kulit ibunya (*skin-to-skin*) sampai masa menyusui pertama selesai (Kementrian Negara Pemberdayaan Perempuan RI, 2008).
 - Membantu kontak langsung ibu-bayi sedini mungkin untuk memberikan rasa aman dan kehangatan.
 - Melakukan rawat gabung ibu dan bayi setelah proses persalinan untuk meningkatkan ikatan batin antara ibu dan bayinya.
3. Pada masa *neonatus*
- Bayi hanya diberi ASI saja tanpa diberi minum apapun.
 - Ibu selalu dekat dengan bayi atau rawat gabung.
 - Menyusui tanpa dijadwal atau setiap bayi meminta (*on demand*).
 - Melaksanakan cara menyusui yang baik dan benar, yaitu meletakkan dan melekatkan bayi dengan benar.
 - Bila terpaksa bayi terpisah dengan ibu karena indikasi medis, bayi harus tetap mendapatkan ASI dengan cara pemerah ASI untuk mempertahankan agar produksi ASI tetap lancar.
 - Ibu nifas diberi kapsul vitamin A dosis tinggi 200.000 SI dalam waktu kurang dari 30 hari setelah melahirkan.

4. Pada masa menyusui selanjutnya

- Menyusui dilanjutkan secara eksklusif, yaitu memberikan ASI saja pada bayi sampai bayi berusia 6 bulan.
- Memperhatikan gizi/ makanan ibu menyusui yaitu perlu makanan 1½ kali lebih banyak dari biasanya dan minum minimal 10 gelas sehari.
- Ibu menyusui harus cukup istirahat dan menjaga ketenangan pikiran serta menghindari kelelahan yang berlebihan agar produksi ASI tidak terhambat.
- Pengertian dan dukungan keluarga terutama suami penting untuk menunjang keberhasilan menyusui.
- Rujuk ke Posyandu atau Puskesmas atau petugas kesehatan apabila ada permasalahan dalam menyusui, seperti payudara bengkak disertai demam.
- Menghubungi kelompok pendukung ASI terdekat untuk meminta pengalaman dari ibu-ibu lain yang sukses menyusui bayi mereka.

2.2.1 Fisiologi Laktasi

Saat remaja payudara tumbuh dan berkembang ke arah ukuran dewasa yang dipengaruhi oleh hormon-hormon kelamin (Ebrahim, 1978). Semasa hamil ukuran payudara bertambah besar, ini disebabkan oleh proliferasi sel duktus laktiferus dan sel kelenjar pembuat ASI, pengaruh hormon yang diproduksi oleh *placenta* yaitu hormon laktogen, prolaktin koriogonadotropin, estrogen dan progesteron, serta disebabkan oleh bertambahnya pembuluh darah pada payudara.

Pada kehamilan 5 bulan atau lebih, kadang-kadang dari ujung puting keluar cairan yang disebut kolustrum. Hal tersebut dapat terjadi karena pengaruh dari hormon laktogen dari *placenta* dan hormon prolaktin dari kelenjar hipofise. Namun pengeluaran kolustrum tidak berlebihan karena pengaruh dari hormon prolaktin dihambat oleh hormon estrogen.

Setelah persalinan *placenta* terlepas, sehingga kadar progesteron dan estrogen menurun, sedangkan prolaktin tetap tinggi. Karena tidak ada hambatan dari estrogen, maka terjadi sekresi ASI. Pada saat ibu mulai menyusui, maka dengan segera rangsangan isapan bayi memacu lepasnya prolaktin dari hipofise yang memperlancar ASI. Jadi bisa dikatakan jumlah ASI tergantung dari

permintaan bayi, semakin sering payudara disusukan maka semakin banyak produksinya.

Dalam kondisi normal ASI diproduksi sebanyak 10- ±100 cc pada hari-hari pertama. Produksi ASI menjadi stabil setelah hari ke-10 sampai hari ke-14. Bayi yang sehat akan mengkonsumsi ASI sebanyak 700-800 cc ASI per hari. Namun, kadang-kadang ada yang mengkonsumsi kurang dari 600 cc per hari atau bahkan ada yang hampir 1 liter per hari dan tetap menunjukkan tingkat pertumbuhan yang sama. Produksi ASI menjadi lebih sedikit yaitu hanya sebesar 500-700 cc pada 6 bulan pertama usia bayi, 400-600 cc pada 6 bulan kedua, dan 300-500 cc pada tahun kedua usia anak.

Ada tiga refleks pada proses laktasi yaitu refleks prolaktin dan refleks oksitosin (*let down reflex*) terjadi pada ibu dan refleks mencari puting (*rooting reflex*), refleks menghisap, dan refleks menelan pada bayi (Depkes RI, 2002).

1) Refleks prolaktin (pembentukan ASI)

Hormon prolaktin diproduksi oleh hipofise anterior, dimana pengeluarannya dirangsang oleh isapan bayi. Prolaktin akan memacu sel kelenjar untuk memproduksi ASI. Makin sering bayi menghisap, makin banyak prolaktin yang dilepaskan oleh hipofise sehingga makin banyak pula ASI yang dikeluarkan oleh sel kelenjar. Sebaliknya berkurangnya isapan bayi menyebabkan produksi ASI berkurang. Mekanisme ini disebut "*supply and demand*".

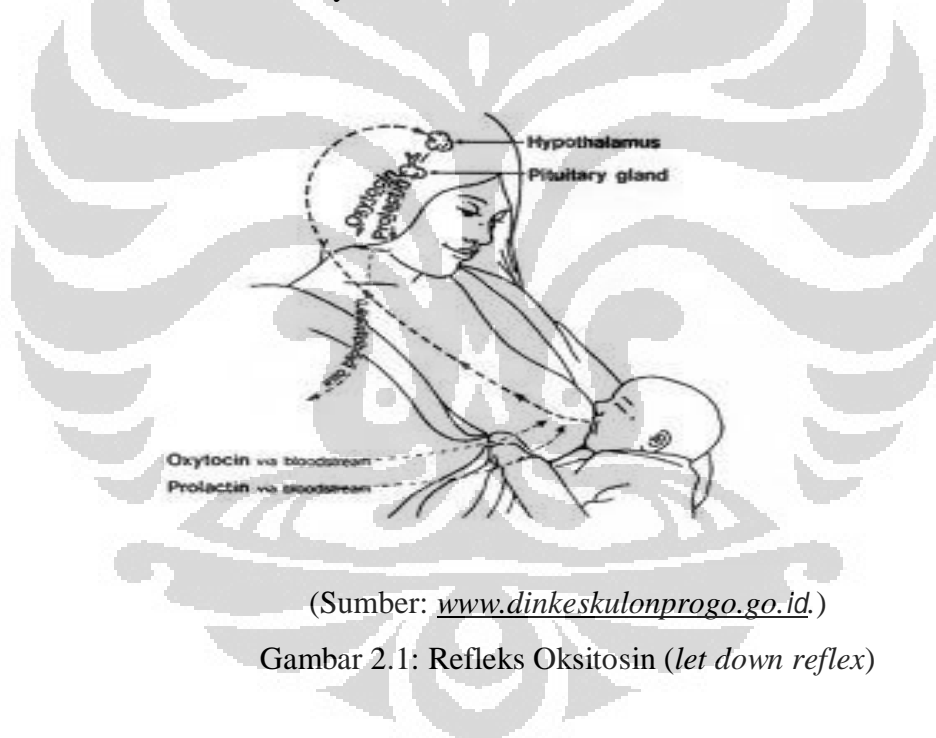
Menurut Roesli (2000) fungsi lain dari hormon prolaktin adalah memperpanjang kembalinya masa subur ibu, dengan kata lain dapat menjarangkan kehamilan.

2) Refleks oksitosin (*let down reflex*)

Rangsangan isapan bayi memacu hipofise posterior untuk melepaskan hormon oksitosin dalam darah. Oksitosin akan memacu sel-sel myoepithel yang mengelilingi alveoli duktuli untuk berkontraksi sehingga mengalirkan ASI menuju sinus dan puting. Sering menyusui penting untuk pengosongan payudara agar tidak terjadi *engorgement* atau payudara bengkak dan akan memperlancar pengaliran ASI.

Let down reflex adalah mekanisme fisiologik yang paling menentukan keberhasilan laktasi (Ebrahim, 1978). *Let down reflex* dipengaruhi oleh emosi ibu, rasa khawatir, rasa sakit dan kurang percaya diri. Beberapa tanda adanya refleks oksitosin adalah (Depkes RI, 2002):

- Rasa diperas atau “*tingling*” pada payudara sebelum dan selama menyusui.
- ASI keluar bila ibu memikirkan bayinya atau mendengar tangisannya.
- ASI akan menetes pada payudara yang lain bila bayi sedang menyusui.
- Rasa sakit karena kontraksi rahim, kadang-kadang disertai dengan pengeluaran darah sewaktu menyusui.
- Isapan pelan dan dalam serta menelan menunjukkan ASI mengalir ke dalam mulut bayi.



(Sumber: www.dinkeskulonprogo.go.id.)

Gambar 2.1: Refleks Oksitosin (*let down reflex*)

3) Refleks mencari puting (*rooting reflex*)

Bila pipi bayi disentuh ia akan menoleh ke arah sentuhan. Bila bibir bayi disentuh ia akan membuka mulut dan berusaha untuk mencari puting untuk menetek, lidah akan keluar dan melengkung menangkap puting dan areola.

4) Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Refleks menghisap terjadi karena rangsangan puting pada palatum durum bayi. Areola dan puting tertekan gusi, lidah dan langit-langit sehingga menekan sinus laktiferus yang berada dibawah areola, selanjutnya terjadi gerakan peristaltik yang mengalirkan ASI ke dalam mulut bayi.

5) Refleks menelan pada bayi (*swallowing reflex*)

Dengan masuknya ASI ke dalam mulut bayi menyebabkan gerakan otot menelan.

2.2.2 Mekanisme Menyusui

Cara menyusui yang benar adalah salah satu faktor yang menentukan keberhasilan menyusui. Oleh karena itu perlu diperhatikan cara atau mekanisme menyusui yang benar, yaitu meliputi cara meletakkan (posisi menyusui) dan melekatkan bayi dengan benar.

1) Cara meletakkan bayi (posisi menyusui)

Pada intinya bayi didekatkan pada tubuh ibu dan menghadap ke ibu, perut bayi menempel ke perut ibu, dan telinga bayi satu garis dengan lengan. Ada beberapa posisi menyusui, yaitu:

a) *The cradle*

Posisi ini sangat baik untuk bayi yang baru lahir. Pastikan punggung ibu benar-benar mendukung untuk posisi ini. Jaga bayi di perut Anda, sampai kulitnya dan kulit ibu saling bersentuhan. Biarkan tubuh bayi menghadap ke arah ibu, dan letakkan kepala bayi pada siku ibu.

b) *The cross cradle hold*

Satu lengan mendukung tubuh bayi dan yang lain mendukung kepala, mirip dengan posisi dudukan tetapi ibu memiliki kontrol lebih besar atas kepala bayi. Posisi menyusui ini bagus untuk bayi prematur atau ibu dengan puting payudara kecil.

c) *The football hold*

Caranya, pegang bayi di samping ibu dengan kaki di belakang ibu, dan bayi terselip di bawah lengan ibu, seolah-olah ibu sedang

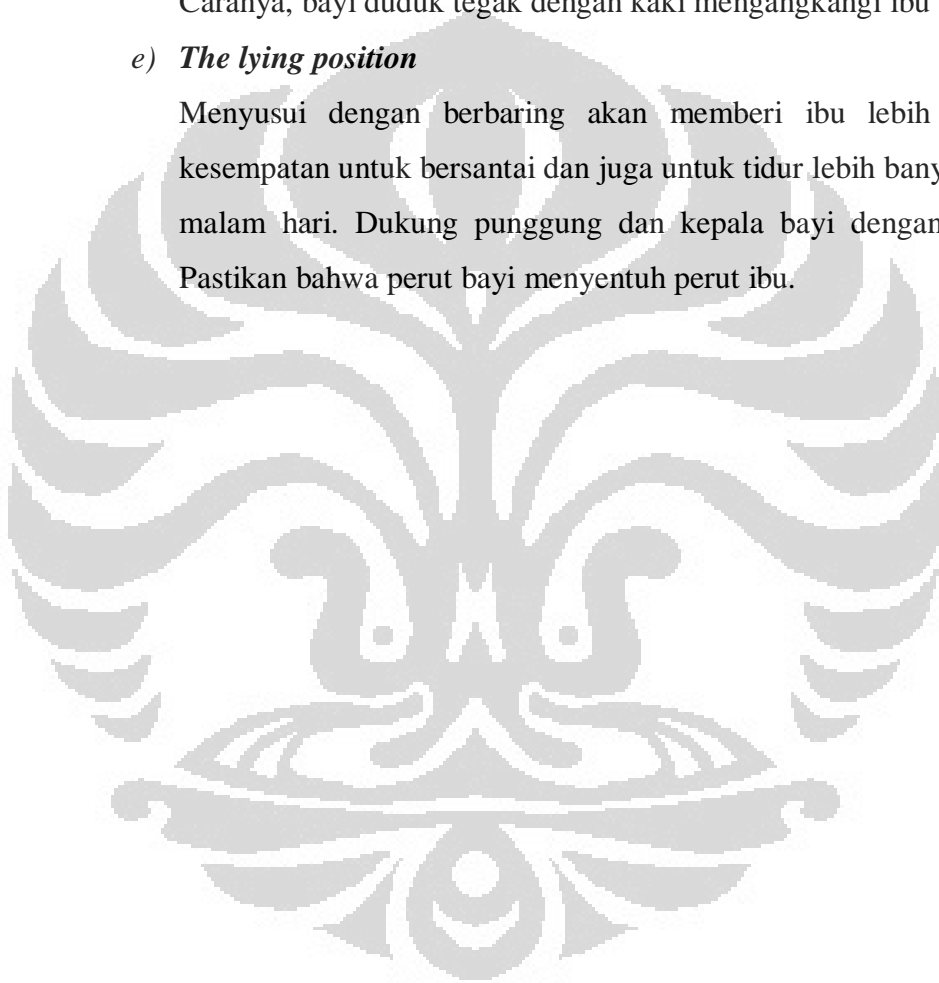
memegang bola kaki. Ini adalah posisi terbaik untuk ibu yang melahirkan dengan operasi *caesar* atau untuk ibu-ibu dengan payudara besar. Posisi ini membutuhkan bantal untuk menopang tubuh bayi.

d) *Saddle hold*

Merupakan cara yang menyenangkan untuk menyusui dengan posisi duduk dan akan baik jika bayi sedang flu atau sakit telinga. Caranya, bayi duduk tegak dengan kaki mengangkangi ibu sendiri.

e) *The lying position*

Menyusui dengan berbaring akan memberi ibu lebih banyak kesempatan untuk bersantai dan juga untuk tidur lebih banyak pada malam hari. Dukung punggung dan kepala bayi dengan bantal. Pastikan bahwa perut bayi menyentuh perut ibu.



Breast-Feeding Positions



(Sumber: www.rumahbunda.com.posisi-menyusui-yang-benar, 2011)

Gambar 2.2. Macam-macam Posisi Menyusui

2) Cara melekatkan bayi

Mulut bayi terbuka lebar, bibir melengkung keluar, dagu menempel pada payudara. Sebagian areola tak terlihat, pipi bayi tidak cekung dan irama hisap menelan dalam.

2.2.3 Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui

Dikutip dari Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2010 Keluarga Sehat Investasi Bangsa.

1. Sarana Pelayanan Kesehatan (SPK) mempunyai kebijakan Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (PP-ASI) tertulis yang secara rutin dikomunikasikan kepada semua petugas.
2. Melakukan pelatihan bagi petugas dalam hal pengetahuan dan ketrampilan untuk menerapkan kebijakan tersebut.
3. Menjelaskan kepada semua ibu hamil tentang manfaat menyusui dan penatalaksanaannya dimulai sejak masa kehamilan, masa bayi lahir sampai umur 2 tahun, termasuk cara mengatasi kesulitan menyusui.
4. Membantu ibu mulai menyusui bayinya dalam 30 menit setelah melahirkan, yang dilakukan diruang bersalin. Apabila ibu mendapat operasi *caesar*, bayi disusui setelah 30 menit ibu sadar.
5. Membantu ibu bagaimana cara menyusui yang benar, dan cara mempertahankan menyusui meski ibu dipisah dari bayi atas indikasi medis.
6. Tidak memberikan makanan atau minuman apapun selain ASI kepada bayi baru lahir.
7. Melaksanakan rawat gabung dengan mengupayakan ibu bersama bayi 24 jam sehari.
8. Membantu ibu menyusui semua bayi semau bayi, tanpa pembatasan terhadap lama dan frekuensi menyusui.
9. Tidak memberikan dot atau kempeng kepada bayi yang diberi ASI.
10. Mengupayakan terbentuknya Kelompok Pendukung ASI (KP-ASI) dan rujuk ibu kepada kelompok tersebut ketika pulang dari Rumah Sakit/ Rumah Bersalin/ Sarana Pelayanan Kesehatan.

2.3 Tanda Bayi Mendapatkan Cukup ASI

Tanda bayi mendapatkan cukup ASI adalah sebagai berikut (Siregar, 2004, halaman 7):

1. Bayi menyusu 8-12 kali sehari, dengan perlekatan yang benar pada setiap payudara dan menghisap secara teratur selama minimal 10 menit pada setiap payudara.
2. Frekuensi buang air besar (BAB) bayi > 4 kali sehari dengan volume paling tidak 1 sendok makan, tidak hanya berupa noda membekas pada popok bayi, pada bayi berusia 4 hari sampai 4 minggu. Sering ditemukan bayi yang BAB setiap kali setelah menyusu, hal ini merupakan hal yang normal.
3. Feses berwarna kekuningan dengan butiran-butiran berwarna putih susu diantaranya atau disebut *seedy milk* setelah bayi berumur 4-5 hari. Apabila setelah bayi berumur 5 hari feses bayi masih berupa mekonium atau transisi antara hijau kecoklatan, mungkin ini tanda bayi kurang mendapatkan ASI.
4. Terdapat kenaikan berat badan rata-rata 500 gram perbulan.
5. Puting payudara akan terasa sakit pada hari-hari pertama menyusui. Apabila sakit ini bertambah dan menetap setelah 5-7 hari, lebih-lebih apabila disertai dengan lecet hal ini merupakan tanda bahwa bayi tidak melekat dengan baik saat menyusu. Apabila tidak segera ditangani dengan membetulkan posisi dan perlekatan bayi maka hal ini akan menurunkan produksi ASI.
6. Bayi tampak sehat, warna kulit dan turgor baik, anak cukup aktif.

2.4 ASI Tidak Cukup

Kemampuan laktasi setiap wanita berbeda-beda, sebagian mempunyai kemampuan yang besar dari lainnya (Ebrahim, 1978). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Panjaitan (2011) sebagian besar responden tidak mempunyai PKA sebesar 68% dibandingkan dengan responden yang mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI sebesar 32 %. Berbeda dengan hasil penelitian di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas yang dilakukan oleh Komalasari pada tahun 2011 menunjukkan bahwa ibu yang berhenti menyusui bayinya secara eksklusif karena memiliki PKA (56,7 %) lebih besar daripada ibu yang berhenti menyusui bayinya secara eksklusif tidak terkait dengan PKA (43,3 %).

Pada umumnya ibu dapat memproduksi ASI yang cukup untuk bayinya walaupun ibu memiliki PKA, sangat jarang ditemukan ibu yang tidak memproduksi ASI secara cukup. Biasanya, sekalipun ibu menganggap dirinya tidak punya cukup ASI, ternyata bayi mendapatkan semua yang dibutuhkan. Hampir semua ibu dapat menghasilkan ASI yang cukup untuk satu bahkan untuk dua bayi (Departemen Kesehatan RI, 2007). Oleh karena itu perlu dibedakan antara ibu yang berhenti memberikan ASI eksklusif pada bayinya karena memang produksi ASInya tidak cukup atau kurang atau hanya karena persepsi ibu saja yang merasa produksi ASInya tidak cukup. Untuk mengetahui hal tersebut dapat diketahui dari tanda-tanda bayi mungkin tidak cukup mendapat ASI.

Sangat jarang bayi yang tidak mendapatkan cukup ASI karena produksi ASI yang kurang, jika hal ini terjadi kemungkinan karena bayi tidak menyusu secara efektif. Bayi yang tidak mendapatkan cukup ASI dapat dilihat dari tanda-tanda yang tampak pada bayi, yaitu bayi menangis terus pada waktu tidak menyusu, bayi tidak mencapai berat yang seharusnya, BAB bayi keras dan sedikit, bayi tidak gembira, dan bayi menghisap jarinya (Stace dan Biddulph, 1999). Tanda-tanda bayi tidak cukup mendapat ASI digolongkan menjadi dua, yaitu tanda yang dapat dipercaya bayi tidak mendapat cukup ASI dan tanda yang mungkin bayi tidak mendapat cukup ASI. Tanda yang mungkin bayi tidak mendapat cukup ASI adalah sebagai berikut (Departemen Kesehatan RI, 2007):

- Bayi tidak puas setelah menyusu
- Bayi sering menangis
- Sangat sering menyusu
- Menyusu sangat lama
- Bayi menolak disusui
- Bayi BAB keras, kering atau hijau
- Bayi BAB sedikit dan jarang
- ASI tidak keluar ketika ibu mencoba memerah
- Payudara tidak membesar (selama kehamilan)
- ASI tidak "keluar" (setelah persalinan)

Terdapat dua tanda yang dapat dipercaya bayi tidak mendapat cukup ASI, yaitu penambahan berat badan bayi kurang (kurang dari 500 gram per bulan, atau

kurang dari berat lahir setelah dua minggu, atau pada bayi <2 minggu penurunan BBnya >10% berat lahir) dan bayi mengeluarkan air seni pekat dalam jumlah sedikit (BAK kurang dari 6 kali sehari, warnanya kuning dan baunya tajam). Selama enam bulan pertama, bayi sebaiknya bertambah berat paling sedikit 500 gram setiap bulan, atau 125 gram setiap minggu. Bila bayi bertambah berat kurang dari 500 gram sebulan, berarti penambahan beratnya tidak cukup (Departemen Kesehatan RI, 2007). Bayi baru lahir mungkin kehilangan berat badan pada beberapa hari pertama dan akan kembali ke berat lahir pada usia 2 minggu. Bila bayi disusui sejak hari pertama, maka penambahan beratnya akan lebih cepat dari bayi yang terlambat menyusu. Seorang bayi yang pada usia 2 minggu beratnya kurang dari berat lahir berarti tidak cukup pertambahan beratnya. Pada bayi usia kurang dari 2 minggu mengalami penurunan berat badan lebih dari 10 % berat lahir, ini menandakan bahwa bayi tidak mendapatkan cukup ASI (UNICEF, 2011). Tanda-tanda pertambahan berat badan dan pengeluaran air seni adalah pedoman, bukan aturan (Departemen Kesehatan RI, 2007).

2.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persepsi Ketidacukupan ASI

2.5.1 Persepsi Ketidacukupan ASI

Kemampuan jiwa dibedakan atas tiga golongan besar yaitu kognisi, emosi, dan konasi (Walgito, 2004). Kognisi berhubungan dengan pengenalan, emosi berhubungan dengan perasaan, sedangkan konasi berhubungan dengan motif. Walaupun kemampuan jiwa digolongkan menjadi tiga bagian bukan berarti satu sama lainnya tidak berhubungan, karena manusia merupakan satu kesatuan. Aktivitas adalah berkaitan dengan persepsi, ingatan, belajar, berpikir, dan problem solving (Morgan, dkk., 1984; Woodworth dan Marquis, 1957 dalam Walgito, 2004). Persepsi adalah suatu proses otomatis yang terjadi dengan sangat cepat dan kadang tidak kita sadari, dimana kita dapat mengenali stimulus yang kita terima (Damayanti dalam Notoatmodjo, 2005). Persepsi yang kita miliki dapat mempengaruhi perilaku kita.

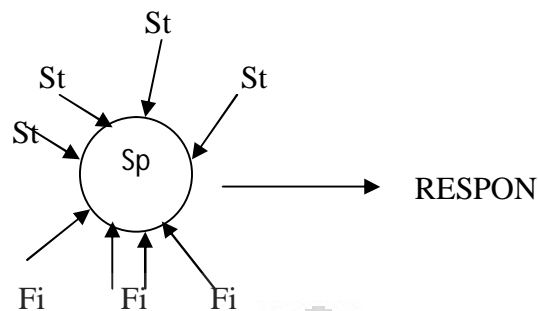
Persepsi adalah proses yang digunakan individu mengelola dan menafsirkan kesan indera mereka dalam rangka memberikan makna kepada lingkungan mereka. Meski demikian apa yang dipersepsikan seseorang dapat

berbeda dari kenyataan yang obyektif (Robbins, 2006 dalam “Kawasan Tanpa Rokok FKM USU”, n.d., halaman 1). Stimulus yang diterima seseorang sangat kompleks, stimulus masuk ke dalam otak, kemudian diartikan, ditafsirkan serta diberi makna melalui proses yang rumit baru kemudian dihasilkan persepsi (Anonim, 2009). Menurut Walgito (2004), proses terjadinya persepsi tergantung dari pengalaman masa lalu dan pendidikan yang diperoleh individu.

Untuk mempelajari persepsi dibagi menjadi dua bagian besar, yaitu proses sensasi dan proses persepsi. Proses sensasi atau merasakan (*sensation*) yang menyangkut proses sensoris, apa yang kita terima dari luar. Sedang proses persepsi menyangkut interpretasi kita terhadap obyek yang kita lihat atau dengar atau rasakan.

Sebelum mempersepsikan suatu objek indra kita menerima stimulus dari luar, baik itu indra penglihatan, indra pendengaran, indra perasa, dan indra lainnya. Sebuah objek berupa stimulus fisik diterima oleh pancaindra kita melalui elemen sensitif yang disebut reseptor. Reseptor ini berhubungan dengan syaraf otak. Yang dimaksud dengan stimulus adalah segala sesuatu yang mengenai reseptor dan menyebabkan aktifnya organisme (Walgito, 2004). Stimulus dapat datang dari dalam dan datang dari luar organisme yang bersangkutan (Chaplin, 1972 dalam Walgito, 2004). Namun demikian sebagian besar stimulus datang dari luar organisme.

Pada intinya ada tiga komponen utama dalam proses terjadinya persepsi, yaitu seleksi, interpretasi serta interpretasi dan persepsi. Seleksi merupakan proses penyaringan indra terhadap rangsangan atau stimulus yang diterima, tentunya kita harus melalui proses perhatian. Tanpa memusatkan perhatian pada suatu objek, kita tidak akan dapat mempersepsikannya. Pemusatan perhatian adalah suatu usaha manusia untuk menyeleksi atau membatasi segala stimulus yang ada untuk masuk dalam pengalamannya dalam rentang waktu tertentu. Interpretasi merupakan pengorganisasian informasi terhadap stimulus tersebut. Interpretasi adalah apa yang keluar dari kepala kita. Setelah diinterpretasikan, persepsi diterjemahkan dalam bentuk tingkah laku sebagai reaksi atau biasa disebut sebagai interpretasi dan persepsi. Secara skematis hal tersebut dapat dikemukakan sebagai berikut:



St = Stimulus (faktor luar)

Fi = Faktor intern (faktor dalam, termasuk perhatian)

Sp = Struktur pribadi individu

(Sumber: *Walgito, 2004 halaman 91*)

Bagan 2.3: Proses Terjadinya Persepsi

Dalam skema tersebut diberikan gambaran bahwa seseorang menerima berbagai macam stimulus, namun tidak semuanya masuk dalam rentang perhatiannya. Seseorang akan melakukan seleksi atau penyaringan terhadap stimulus tersebut selanjutnya akan diinterpretasikan dan dipersepsikan hingga seseorang tersebut akan memberikan respon.

Damayanti (2005) mengungkapkan bahwa persepsi dipengaruhi oleh banyak faktor, pada hakekatnya faktor tersebut dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal berkaitan dengan objek perhatian seseorang dan faktor internal adalah faktor yang terdapat pada orang yang mempersepsikan stimulus tersebut. Faktor internal meliputi pengalaman atau pengetahuan, harapan (*expectation*), kebutuhan, motivasi, emosi, dan budaya.

Manusia memiliki keunikan tersendiri dalam mempersepsikan objek di sekitarnya. Setiap manusia memiliki gaya yang berbeda dalam mempersepsikan stimulus yang diterimanya. Ada dua jenis gaya yang berbeda dalam proses persepsi ini, yaitu derajat fleksibilitas dari persepsinya dan sejauh mana ketergantungan seseorang terhadap lingkungannya (Morgan, 1986 dalam Damayanti dalam Notoatmodjo, 2005).

1. Kelenturan versus kekakuan.

Seseorang dengan fleksibilitas yang tinggi akan mempunyai perhatian yang luas dibandingkan dengan orang yang kaku. Selain itu mereka juga tidak terlalu terpengaruh dengan gangguan-gangguan lingkungan sekitarnya serta tidak didominasi oleh kebutuhan internal dan motivasi yang dimilikinya.

2. Ketergantungan versus ketidaktergantungan.

Hal ini terkait dengan persepsi terhadap keseluruhan atau bagian-bagiannya. Orang yang memiliki ketergantungan yang tinggi terhadap lingkungannya akan lebih sulit memecahkan persepsi dalam bagian-bagiannya. Dengan demikian akan lebih mudah bagi orang tersebut untuk melihat stimulus secara keseluruhan dan bukan pada detilnya. Sebaliknya orang yang memiliki ketergantungan yang rendah terhadap lingkungannya tidak akan mengalami kesulitan dalam menyusun suatu bentuk keseluruhan dari bagian-bagian yang dilihatnya.

Untuk dapat menyusui dengan baik ibu harus percaya diri, yakin bahwa ibu bisa melakukannya. Jika ibu merasa cemas, tidak sanggup menyusui dengan baik, maka ibu tidak dapat memproduksi cukup ASI (Stace dan Biddulph, 1999). Persepsi kemampuan laktasi adalah pendapat atau pandangan ibu dimana ibu memahami bahwa dia memiliki kemampuan untuk memproduksi dan mensuplai ASI yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Sedangkan pengertian PKA atau PIM (*Perceptions of Insufficient Milk Supply in Breastfeeding*) adalah pendapat dimana ibu meyakini bahwa dia memiliki suplai ASI yang kurang atau tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya. PIM juga dikaitkan dengan rendahnya usaha ibu untuk menyusui bayinya akibat dari rasa kurang percaya diri terhadap kemampuannya memproduksi ASI yang cukup (Hill & Humenik (1989) dalam Trisnawati (2010)).

Diungkapkan oleh Huang, Lee dan Gaou (2009) dalam Trisnawati (2010) dan Panjaitan (2011) bahwa persepsi ketidakcukupan ASI dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor ibu, faktor bayi dan faktor laktasi. Faktor ibu terdiri dari umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, merokok, bimbingan laktasi prenatal, bimbingan laktasi post natal, rencana menyusui, dukungan keluarga, paritas,

tinggal di rumah sakit, rawat gabung, tipe puting susu, sakit pada puting susu, pengalaman menyusui, status gizi, kenaikan berat badan selama hamil, penghasilan, dan penggunaan kontrasepsi. Faktor bayi terdiri dari kebiasaan menyusui, penurunan/ kehilangan berat lahir, umur kehamilan, berat badan lahir, dan pola menyusui. Sedangkan faktor laktasi terdiri dari metoda makanan tambahan, volume pemberian makanan tambahan, frekuensi pemberian makanan tambahan, frekuensi menyusui, durasi menyusui, dan IMD.

2.5.2 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, 1978).

Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Roesli (2000) bahwa, 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. Didukung dengan penelitian Komalasari (2012) menunjukkan bahwa responden yang berumur > 30 tahun memiliki peluang sebesar 1,17 kali untuk memiliki PKA dibandingkan dengan responden yang berumur ≤ 30 tahun (95% CI: 0,404-3,387).

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, kehamilannya penuh dengan ketegangan, serta tuntutan-tuntutan dan tekanan-tekanan sosial setelah melahirkan semuanya mendukung hal ini (Whitehead (1986) dalam Komalasari (2012)). Usia 17-20 tahun merupakan usia remaja akhir, dimana dalam masa ini seseorang mempersiapkan untuk berperan sebagai seorang dewasa (Cahyaningsih, 2011). Dalam masa remaja mengalami krisis identitas, karena dalam perkembangan dirinya terjadi kegoncangan perubahan dirinya maupun dari luar (Rumini dan Sundari, 2004). Dalam keadaan tersebut, bila seorang remaja putri mengalami kehamilan, persalinan, dan harus merawat anaknya, maka dirinya belum sepenuhnya siap dalam menghadapi hal tersebut.

Tentunya hal ini akan menimbulkan permasalahan, baik dalam dirinya maupun keluarga dan akan berdampak pada kondisi psikologisnya. Gangguan psikologis tersebut akan menimbulkan perasaan negatif, seperti rasa khawatir, cemas, marah, bahkan stress akut, dan hal ini jika berlangsung pada saat proses menyusui akan menghambat *let down reflex* dan akan menghentikan ASI mengalir (UNICEF, 2011). Padahal, ASI tetap diproduksi namun tidak mengalir keluar, karena adanya hambatan pada refleksi oksitosin, sehingga seolah-olah tidak ada produksi ASI. Ibu-ibu muda yang belum siap menghadapi peran barunya sebagai ibu cenderung akan mengalami gangguan psikologis yang akan berpengaruh pada proses pengeluaran ASI, sehingga mereka lebih rentan untuk memiliki persepsi ketidakcukupan ASI.

2.5.3 Dukungan Keluarga

Keberhasilan laktasi seorang ibu membutuhkan dukungan selama kehamilan hingga persalinan yang didapat dari sarana dan prasarana pelayanan kesehatan, tidak terkecuali keluarga dan komunitasnya (UNICEF, 1989). *Let down reflex* sangat dipengaruhi oleh kondisi psikologis ibu baik itu emosi ibu, rasa khawatir, rasa sakit dan kurang percaya diri atau sebaliknya rasa percaya diri yang tinggi, ikatan batin yang kuat antar ibu dan bayi sehingga menimbulkan rasa aman. Untuk menimbulkan rasa aman dan rasa percaya diri yang tinggi bahwa ibu mau dan mampu menyusui bayinya maka diperlukan dukungan dari berbagai pihak khususnya keluarga, baik suami, orang tua, mertua, dan anggota keluarga yang lainnya.

Seperti yang telah dijelaskan pada manajemen laktasi pada masa menyusui selanjutnya bahwa pengertian dan dukungan keluarga terutama suami penting untuk menunjang keberhasilan menyusui (Depkes, 2002) . Dalam keluarga peran suami sangat penting termasuk dalam perawatan bayi, khususnya pemberian ASI eksklusif. Tanpa dukungan dari suami seorang ibu mungkin tidak akan berhasil sepenuhnya dalam memberikan ASI eksklusif. Suami tidak bisa menyerahkan sepenuhnya tanggung jawab perawatan bayi kepada ibu melainkan melalui kerjasama yang baik antara keduanya. Selain suami dukungan bisa diperoleh dari

anggota keluarga yang lain khususnya yang menemani ibu dalam merawat bayi, baik itu ibu atau mertua.

Terdapat budaya di Afrika, Asia Selatan dan Amerika Latin, dimana keluarga (baik keluarga inti maupun keluarga besar) memberikan waktu istirahat selama 30-40 hari *postpartum* untuk ibu dan mereka membantu ibu meringankan tugas rumah tangganya supaya ibu dapat fokus untuk menyusui dan merawat bayinya (Small, 1998 dalam *attachmentcrosscultures.org*. 2008 dalam Sari, 2011). Hal ini dapat mendukung rasa percaya diri ibu untuk menyusui bayinya, sehingga ibu akan mempunyai persepsi bahwa ASInya mencukupi kebutuhan bayi. Seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Sari (2011) dimana responden yang tidak mendapat dukungan keluarga mempunyai peluang 2,7 kali untuk mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI bila dibandingkan responden yang mendapatkan dukungan keluarga (nilai OR = 2,720, p value = 0,039).

2.5.4 Pengalaman Menyusui

Pengalaman merupakan serangkaian peristiwa yang pernah dialami oleh seseorang, dalam hal ini khususnya yang dialami oleh ibu dalam proses menyusui bayinya. Damayanti (2005) dalam Notoatmodjo (2005) mengutarakan bahwa pengalaman atau pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan faktor yang sangat berperan dalam menginterpretasikan stimulus yang diperolehnya. Pengalaman masa lalu atau apa yang telah dipelajari akan menyebabkan terjadinya perbedaan interpretasi pada organisme.

Misal seorang ibu karena baru pertama kali mempunyai bayi sehingga belum mengetahui bagaimana cara menyusui yang baik dan benar, sehingga menyebabkan puting ibu lecet. Dari pengalaman tersebut seorang ibu jadi enggan menyusui bayinya karena merasa kesakitan ketika bayi menghisap ASI. Hal ini bila tidak ditangani maka akan mempengaruhi produksi ASI. Atau seorang ibu yang saat memiliki bayi pertama tidak menyusui, maka ibu tersebut akan cenderung tidak menyusui lagi ketika mempunyai bayi berikutnya (UNICEF, 1989).

2.5.5 Status Gizi Ibu

Achadi (2009) mengungkapkan bahwa status gizi ibu hamil dan ibu menyusui merupakan bagian dari periode “The Window of Opportunity” untuk menjamin pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Rata-rata kebutuhan kalori yang dibutuhkan ibu selama 6 bulan pertama masa laktasi adalah sebesar 2090 kkal/ hari (UNICEF, 1989). Seiring dengan bertambahnya usia bayi, kemampuan laktasi ibu semakin menurun, apalagi bila tidak ditunjang dengan gizi yang baik. Makanan yang dimakan ibu selama masa menyusui tidaklah langsung mempengaruhi mutu ataupun jumlah ASI yang dihasilkan. Dalam tubuh ibu terdapat cadangan zat gizi yang dapat digunakan bila sewaktu-waktu diperlukan.

Pada kondisi tertentu misalnya pada ibu kurang gizi, makanan ibu terus menerus tidak mengandung cukup zat gizi yang diperlukan, maka akan mempengaruhi produksi ASI. Keadaan kurang gizi pada ibu pada tingkat berat baik pada waktu hamil maupun menyusui dapat mempengaruhi volume ASI (Depkes, 2002). WHO merekomendasikan untuk memberikan hanya ASI saja sampai 6 bulan untuk keuntungan yang optimal bagi ibu dan bayi. Namun demikian ada beberapa rekomendasi dan catatan penting yang diungkapkan dalam kajian tim pakar tersebut. Rekomendasi ini bisa dicapai bila masalah-masalah potensial seperti status gizi ibu hamil dan laktasi, status mikronutrien (zat besi, seng dan vitamin A) bayi dan pelayanan kesehatan dasar rutin bagi bayi (pengukuran pertumbuhan dan tanda klinis defisiensi mikronutrien) sudah berhasil diatasi. Bila hal ini belum tercapai maka mungkin akan timbul masalah seperti terjadinya *growth faltering* pada bayi ibu laktasi yang memaksakan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya (Fikawati dan Syafiq, 2010). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian “Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil Dengan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) di Wilayah Puskesmas Poned Karawang” dimana diperoleh nilai OR= 3,654, artinya ibu dengan status gizi sesuai rekomendasi mempunyai peluang 3,65 kali untuk memiliki PKL mampu laktasi dibandingkan dengan ibu yang status gizi selama hamilnya kurang dari rekomendasi (Trisnawati, 2010).

Penilaian status gizi (*nutritional assessment*) merupakan pengukuran berdasarkan data antropometrik, biokimia dan riwayat diet (Beck, 2011). Indeks

Massa Tubuh (IMT) merupakan alat yang sederhana untuk menilai status gizi orang dewasa berdasarkan antropometri, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan, maka mempertahankan berat badan normal memungkinkan seseorang untuk mencapai usia harapan hidup lebih panjang (Supriasa, 2002). Penggunaan IMT hanya untuk orang dewasa berumur diatas 18 tahun. IMT tidak dapat diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil dan olahragawan dan penderita penyakit tertentu, misal edema, asites. Rumus IMT adalah sebagai berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{berat badan (Kg)}}{\text{Kuadrat tinggi badan (m)}}$$

Kriteria status gizi berdasarkan IMT adalah sebagai berikut (Almatsier, 2002):

< 17,0	= kurus tingkat berat (sangat kurus)
17,0-18,4	= kurus tingkat ringan (kurus)
18,5-25	= normal
25,1-27,0	= gemuk tingkat ringan (gemuk)
> 27,0	= gemuk tingkat berat (sangat gemuk)

2.5.6 Jenis Kelamin Bayi

Ada kaitan antara jenis kelamin dengan status gizi, dimana jenis kelamin merupakan faktor internal yang menentukan kebutuhan akan zat gizi sehingga pada akhirnya akan berkaitan dengan keadaan gizi, namun tidak disebutkan apakah berpengaruh pada pola pemberian ASI (Apriadji, 1986 dalam Yasmine, 2005). Diungkapkan oleh Roesli (2000) bahwa pengaruh budaya setempat dapat mempengaruhi pemberian ASI, dimana bayi laki-laki dianggap lebih berharga daripada bayi perempuan sehingga menyusui eksklusif lebih tinggi pada bayi laki-laki bila dibandingkan dengan bayi perempuan.

Terdapat asumsi di masyarakat dimana bayi laki-laki akan menghisap lebih kuat bila dibandingkan dengan bayi perempuan sehingga bayi laki-laki membutuhkan ASI lebih banyak dibanding bayi perempuan, namun hal tersebut perlu dibuktikan. Dengan adanya asumsi tersebut kemungkinan ibu yang memiliki bayi laki-laki akan mempunyai persepsi bahwa ASInya tidak mencukupi kebutuhan bayinya, atau sebaliknya dengan hisapan bayi laki-laki yang kuat dan

sering akan mempengaruhi *let down reflex* sehingga produksi ASI meningkat dan ibu mempunyai rasa percaya diri yang tinggi untuk menyusui bayinya.

2.5.7 Umur Bayi

ASI perlu diberikan secara eksklusif sampai umur 6 bulan dan tetap mempertahankan pemberian ASI dilanjutkan bersama makanan pendamping sampai anak berusia 2 tahun (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2011). Definisi ASI eksklusif menurut WHO adalah, pemberian hanya ASI saja tanpa cairan atau makanan padat apapun kecuali vitamin, mineral atau obat dalam bentuk tetes atau sirup sampai usia enam bulan.

Seiring bertambahnya usia bayi diiringi menurunnya kemampuan laktasi ibu. Pada prakteknya untuk memberikan ASI eksklusif selama enam bulan tidaklah mudah, banyak faktor yang menghambat pemberian ASI, yaitu pengetahuan ibu, sikap ibu, persepsi ibu mengenai kecukupan ASI, faktor psikologis ibu, faktor sosial budaya, dukungan dari teman, keluarga serta tenaga kesehatan, juga kondisi ibu bekerja (Roesli, 2000). Dengan bertambah usia bayi persentase pemberian ASI eksklusif juga menurun, di Kota Semarang untuk pemberian ASI eksklusif umur 0-2 bulan sebesar 14,98%, pada umur 3-6 bulan sebesar 9,20% dan yang diberikan ASI eksklusif sampai umur 6 bulan hanya sebesar 6,84% pada tahun 2011 (Dinkes Kota Semarang, 2012).

2.5.8 Frekuensi Menyusui

Telah diungkapkan sebelumnya pada refleks prolaktin dan refleks oksitosin (*let down refleks*), dimana pada refleks prolaktin terdapat mekanisme *supply and demand*, yaitu makin sering bayi menghisap, makin banyak prolaktin yang dilepaskan oleh hipofise sehingga makin banyak pula ASI yang dikeluarkan oleh sel kelenjar. Sebaliknya berkurangnya isapan bayi menyebabkan produksi ASI berkurang. Pada refleks oksitosin, rangsangan isapan bayi memacu hipofise posterior untuk melepaskan hormon oksitosin dalam darah. Oksitosin akan memacu sel-sel myoepithel yang mengelilingi alveoli duktuli untuk berkontraksi sehingga mengalirkan ASI menuju sinus dan puting. Semakin sering payudara disusukan pada bayi maka akan memperlancar pengaliran ASI.

Sehingga semakin sering bayi menyusui ASI dan semakin lama waktunya maka akan semakin banyak produksi ASI dan pengeluaran ASI berjalan dengan lancar. Jika seorang ibu memiliki kepercayaan diri yang tinggi, dia akan berusaha untuk menyusukan payudaranya sedini mungkin, sesering mungkin dan selama mungkin pada bayinya sehingga produksi ASInya berlimpah dan pengeluarannya lancar. Sebaliknya jika ibu memiliki persepsi bahwa ASInya tidak banyak atau tidak cukup, maka ASI yang keluar juga sedikit.

Sebaiknya menyusui bayi dilakukan sesuai dengan keinginan bayi (*demand feeding*), tetapi kadangkala ditemukan bayi yang lebih banyak tidur. Pada bayi yang sering tidur sebaiknya pemberian ASI dijadwal, sehingga bayi akan belajar sendiri (Siregar, 2004 halaman 6). Paling tidak bayi yang menyusui 8-12 kali dalam sehari dan dengan perlekatan yang benar pada setiap payudara untuk memastikan bayi mendapatkan cukup ASI.

2.5.9 Kebiasaan Menyusui

Semakin sering bayi menyusui ASI dan semakin panjang durasinya maka akan semakin banyak produksi ASI dan pengeluarannya akan berjalan dengan lancar. Beberapa ibu mencoba menidurkan bayi mereka sepanjang malam tanpa disusui. Sebenarnya, akan lebih baik bila ibu menyusui bayinya pada waktu malam hari, karena sekresi ASI akan bertambah lebih banyak bila ibu menyusui bayi di waktu malam hari. Menyusui di malam hari sangat penting, karena akan membantu menjaga pasokan ASI karena bayi mengisap lebih sering dan akan sangat bermanfaat bagi ibu bekerja (Siregar, 2004, halaman 7). Menurut UNICEF (2011) menyusui di malam hari bermanfaat untuk menjaga pasokan ASI, karena hormon prolaktin lebih banyak diproduksi di malam hari. Hormon prolaktin yang membuat sel-sel alveoli memproduksi ASI. Meskipun ibu menyusui di malam hari, namun ibu akan tetap dapat beristirahat dengan baik, karena efek dari hormon prolaktin adalah rasa nyaman pada ibu dan kadang mengantuk (UNICEF, 2011). Jadi, tidak mau menyusui di malam hari karena istirahat berkurang itu tidak tepat.

Bagi ibu bekerja perlu menjaga agar pasokan ASI tetap ada, yaitu dengan cara mengosongkan payudara setiap 3 jam sekali (Depkes RI, 2007).

Mengosongkan payudara bisa dilakukan dengan cara memerah payudara dengan menggunakan tangan ataupun alat pemompa payudara (*breastpump*).

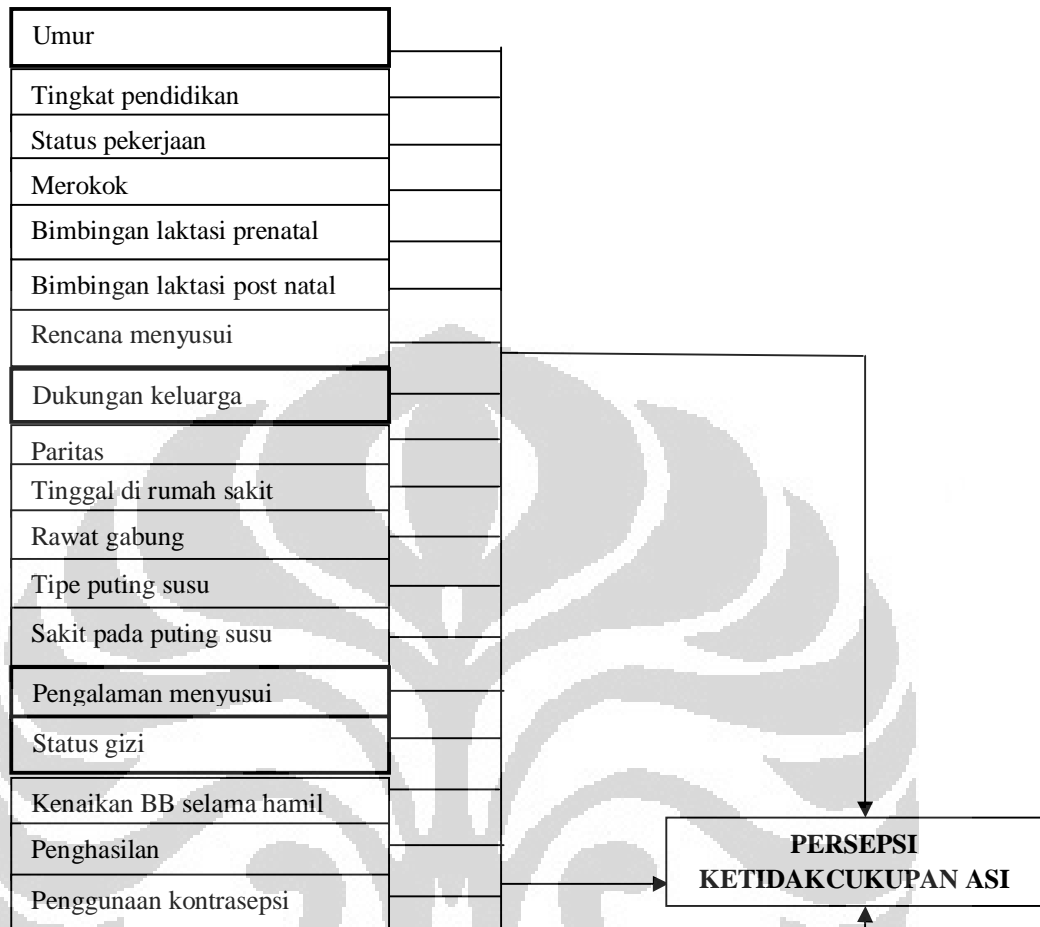
2.5.10 Lama Menyusui

Komposisi ASI berubah-ubah dalam satu sesi menyusui, pada menit pertama menyusui yang keluar adalah ASI yang encer (susu depan/ *foremilk*) untuk menghilangkan rasa haus bayi. Menit berikutnya, persisnya setelah refleksi oksitosin, ASI berubah menjadi lebih kental (susu belakang /*hindmilk*), yang mengandung lebih banyak lemak dan gizi, untuk mengenyangkan bayi (Roesli, 2000).

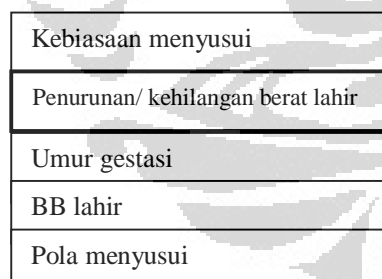
Menyusui pada waktu pertama kali mungkin hanya sebentar, hanya 4 menit, tetapi bisa juga lama. Ada bayi yang sejak awal menyusunya lama, karena setiap bayi itu berbeda, dan pola menyusuinya juga mungkin berubah-ubah seiring dengan pertumbuhannya. Bayi yang menyusui selama 20 menit di minggu-minggu pertama mungkin hanya akan perlu 5 menit di usia 4 bulan. Pola menyusui di awal biasanya lebih pendek karena ASI belum keluar dan yang ada hanya kolostrum yang berjumlah kecil. Bayi yang menyusu 8-12 kali sehari, dengan perlekatan yang benar pada setiap payudara dan menghisap secara teratur selama minimal 10 menit pada setiap payudara merupakan tanda bahwa bayi mendapatkan cukup ASI (Siregar, 2004).

2.6 Kerangka Teori

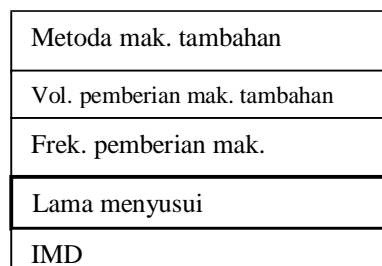
Faktor ibu



Faktor bayi



Faktor laktasi



**PERSEPSI
KETIDAKCUKUPAN ASI**

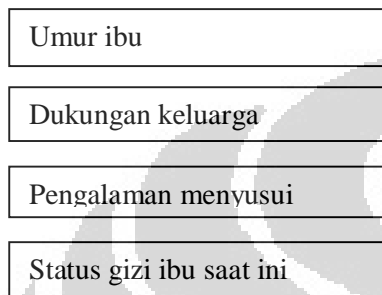
Sumber: Huang Lee, Mieh dan Gaou (2009), Irawati dkk. (2003), Brown et al (2002), Hill dkk (1994) dalam Trisnawati (2010)

BAB 3

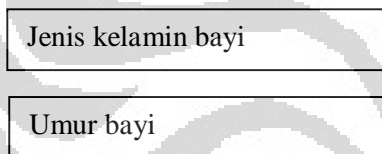
KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep

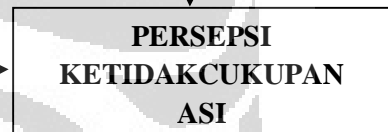
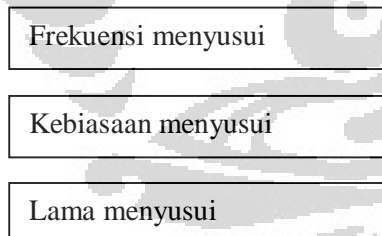
Faktor ibu



Faktor bayi



Faktor laktasi



Sumber: diadaptasi dari “*Conceptual framework of maternal perception of milk supply and related factor*” (Huang Lee, Mieh dan Gaou, 2009) dalam Trisnawati (2010).

Mengacu pada kerangka teori yang diadaptasi dari “*Conceptual framework of maternal perception of milk supply and related factor*” (Huang Lee, Mieh dan Gaou, 2009) dalam Trisnawati (2010), yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi ketidacukupan ASI adalah faktor ibu, faktor bayi dan faktor laktasi. Mengingat banyaknya variabel pada setiap faktor, penulis tidak meneliti semua variabel yang ada di dalamnya, disesuaikan dengan kemampuan penulis. Faktor

ibu yang diteliti oleh penulis meliputi umur, dukungan keluarga, pengalaman menyusui dan status gizi ibu saat ini. Pada faktor bayi variabel yang diteliti adalah penurunan/ kehilangan berat badan bayi. Dan pada faktor laktasi adalah metoda pemberian makanan tambahan, volume pemberian makanan tambahan, frekuensi pemberian makanan tambahan dan lama menyusui.

3.2 Definisi Operasional

Variabel Dependen

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Persepsi ketidacukupan ASI	Keadaan yang terjadi pada seorang ibu yang memiliki kesadaran atau perasaan bahwa ibu tidak memiliki kecukupan suplai ASI untuk memenuhi kebutuhan bayinya (Hill dan Humenik, 1989 dalam Komalasari, 2012).	Kuesioner C3, C13	Wawancara	0. (Ya) bila ibu memberikan alasan berhenti menyusui eksklusif terkait dengan kurangnya/ ketiadaan produksi ASI 1. (Tidak) bila ibu memberikan alasan berhenti menyusui eksklusif tidak terkait dengan kurangnya/ ketiadaan produksi ASI	Ordinal

Variabel Independen

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Umur Ibu	Lama waktu hidup atau ada sejak dilahirkan. (KBBI, 1995)	Kuesioner A.1	Wawancara	0. Bila ibu berumur <20 tahun 1. Bila ibu berumur \geq 20 tahun	Ordinal
Dukungan keluarga	Dukungan yang diberikan pada ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif bisa diperoleh dari suami, ibu, ibu mertua, saudara perempuan, dan anggota keluarga lainnya (Depkes RI, 2002).	Kuesioner C.14	Wawancara	0. (Tidak) bila ibu tidak memperoleh dukungan untuk menyusui secara eksklusif yang diperoleh dari suami, orang tua, mertua, dan anggota keluarga lainnya. 1. (Ya) bila ibu memperoleh dukungan untuk menyusui secara eksklusif yang diperoleh dari suami, orang tua, mertua, dan anggota keluarga lainnya.	Ordinal

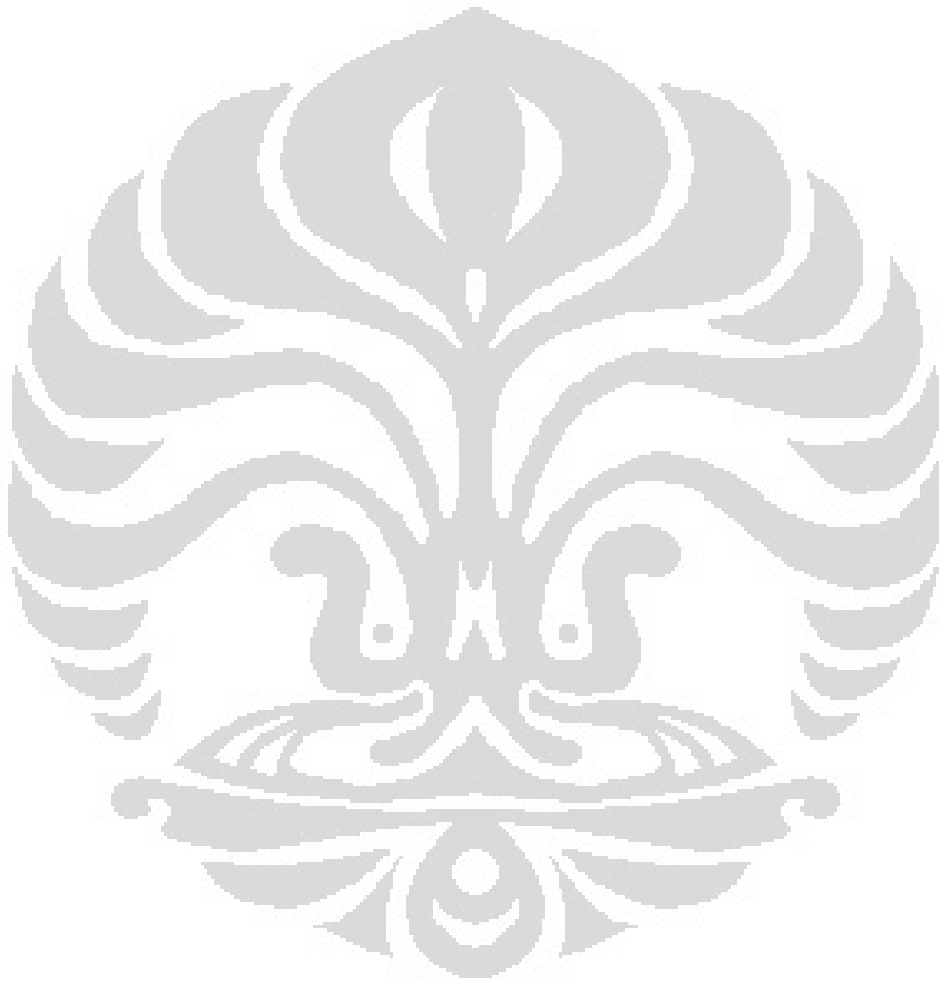
Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Pengalaman menyusui	Peristiwa yang dialami oleh ibu dalam menyusui anak sebelumnya baik secara eksklusif maupun tidak.	Kuesioner C15	Wawancara	0. (Tidak punya), bila ibu belum mempunyai anak sebelumnya dan atau ibu yang tidak pernah memberikan ASI sama sekali pada anak-anaknya sebelumnya. 1. (Punya), bila ibu mempunyai pengalaman menyusui bayi sebelumnya.	Ordinal
Status gizi ibu saat ini	Keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi serta dibedakan antara status gizi kurang, baik dan lebih (Almatsier, 2002)	Timbangan digital <i>Camry</i> , <i>microtois</i> , kalkulator Kuesioner D	Antropometri	0. (Kurang), bila nilai IMT <18,5 1. (Normal), bila nilai IMT ≥18,5	Ordinal
Jenis kelamin bayi	Jenis kelamin bayi yang dikategorikan menjadi laki-laki dan perempuan	Kuesioner A4	Wawancara	0. Laki-laki 1. Perempuan	Ordinal
Umur bayi diberi ASI Eksklusif	Umur bayi pada saat diberikan ASI saja.	Kuesioner C2	Wawancara	0. ≤2bulan 1. >2 bulan-≤6 bulan	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Frekuensi menyusui	Banyaknya ibu menyusui bayinya dalam 24 jam selama masih memberikan hanya ASI saja.	Kuesioner C5	Wawancara	0. (Kurang), bila <8 kali dalam 24 jam 1. (Cukup), bila ≥ 8 kali dalam 24 jam (Beck, 2011)	Ordinal
Kebiasaan menyusui	Kebiasaan ibu dalam menyusui bayinya di malam hari dan bagi ibu yang bekerja ditambah dengan kebiasaan memerah payudaranya/ ASInya (Depkes, 2007).	Kuesioner C6, C7	Wawancara	0. (Tidak), bila ibu tidak menyusui bayinya di malam hari dan ibu yang bekerja tidak pernah memerah ASInya. 1. (Ya), bila ibu menyusui bayinya di malam hari dan ibu yang bekerja ditambah dengan memerah ASInya.	Ordinal
Lama menyusui	Lamanya waktu yang dibutuhkan setiap kali menyusui bayi.	Kuesioner C4	Wawancara	0. (Kurang), bila <20 menit 1. (Cukup), bila ≥ 20 menit (Siregar, 2004)	Ordinal

3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara umur ibu dengan PKA.
2. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan PKA.
3. Ada hubungan antara pengalaman menyusui dengan PKA.

4. Ada hubungan antara status gizi ibu saat ini dengan PKA.
5. Ada hubungan antara jenis kelamin bayi dengan PKA.
6. Ada hubungan antara umur bayi dengan PKA.
7. Ada hubungan antara frekuensi menyusui dengan PKA.
8. Ada hubungan antara kebiasaan menyusui dengan PKA.
9. Ada hubungan antara lama menyusui dengan PKA.



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif, dengan desain studi *cross sectional* atau potong lintang. Pada desain potong lintang, peneliti hanya melakukan observasi dan pengukuran variabel pada satu saat tertentu saja, tidak terbatas harus tepat pada satu waktu bersamaan, namun mempunyai makna bahwa setiap subyek hanya dikenai satu kali pengukuran tanpa dilakukan tindak lanjut atau pengulangan pengukuran (Saryono, 2011).

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini berupa kuesioner berisi pertanyaan tertutup (*close ended*). Data yang digunakan adalah data primer dengan teknik pengambilan data dilakukan dengan wawancara langsung pada ibu bayi 0-6 bulan yang telah berhenti menyusui secara eksklusif.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Puskesmas Pandanaran tepatnya saat kunjungan imunisasi pada bulan Maret sampai dengan Mei 2012. Peneliti memilih Puskesmas Pandanaran sebagai lokasi penelitian karena cakupan ASI eksklusif di puskesmas tersebut terbilang rendah bila dibandingkan dengan puskesmas lainnya yang berada dalam satu kecamatan. Pencapaian ASI eksklusif di Puskesmas Pandanaran pada tahun 2010 adalah sebesar 11,36 % lebih rendah dari Puskesmas Lamper Tengah dengan selisih 4,32 %.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi adalah kumpulan individu dimana hasil suatu penelitian akan dilakukan generalisasi (Ariawan, 1998). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bayi 0-6 bulan yang berada di wilayah Puskesmas Pandanaran dan sekitarnya, baik dalam wilayah maupun luar wilayah kerja Puskesmas Pandanaran.

Sampel merupakan bagian dari populasi yang mewakili suatu populasi (Saryono, 2011). Kriteria inklusi pada sampel penelitian ini adalah ibu bayi 0-6

bulan yang telah berhenti menyusui secara eksklusif dan mau dijadikan sebagai sampel penelitian. Berhenti menyusui secara eksklusif berarti telah memberikan cairan (termasuk air putih) atau makanan padat apapun kecuali vitamin, mineral atau obat dalam bentuk tetes atau sirup pada bayi sebelum berusia 6 bulan. Kriteria eksklusinya adalah ibu yang menolak atau tidak bersedia dijadikan sebagai responden.

Sampel dalam penelitian ini diambil secara *non probability sampling* dengan metode *consecutive sampling*, yaitu sampel diambil dari semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan sampai jumlah subyek terpenuhi (Saryono, 2011). Peneliti mengambil responden ibu bayi 0-6 bulan yang sudah berhenti menyusui secara eksklusif pada bayi yang melakukan kunjungan imunisasi di Puskesmas Pandanaran pada bulan Maret sampai dengan bulan Mei 2012. Besarnya sampel pada penelitian ini dihitung berdasarkan pada estimasi proporsi dengan presisi mutlak (Ariawan, 1998) dengan rumus:

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

Keterangan:

n = jumlah sampel minimal yang dibutuhkan

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

P = Proporsi kejadian ibu yang memiliki persepsi kemampuan laktasi tidak mampu di Puskesmas Tanjung Priok sebesar 32% (panjaitan, 2011)

d = presisi mutlak sebesar 10%

dari rumus tersebut diperoleh hasil sebagai berikut:

$$n = \frac{(1,64)^2 \cdot 0,32 \cdot (1-0,32)}{(0,1)^2} = 58,5$$

Jadi dibutuhkan sampel minimal sebanyak 58 responden dalam penelitian ini. Untuk mengantisipasi kurangnya atau hilangnya data maka jumlah sampel ditambah 10%, sehingga menjadi 65 responden.

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1 Prosedur Pengumpulan Data

Data akan dikumpulkan pada bulan Maret sampai dengan bulan Mei 2012 di Puskesmas Pandanaran. Sebelum peneliti mengumpulkan data dilakukan pengurusan surat ijin penelitian pada Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat (Kesbangpolinmas) Jawa Barat, lalu dilanjutkan ke Kesbangpolinmas Jawa Tengah yang akan diteruskan kepada Kesbangpolinmas Kota Semarang dan dibuat surat tembusan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Puskesmas Pandanaran Kota Semarang.

4.4.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung kepada responden. Dalam mengumpulkan data peneliti akan dibantu oleh ahli gizi Puskesmas Pandanaran.

4.4.3 Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan dalam mengumpulkan data adalah kuesioner, alat tulis, timbangan berat badan digital *Camry*, *microtoise*, dan kalkulator. Kuesioner yang digunakan peneliti adalah kuesioner modifikasi dari *Healthy Start Questionnaire* (2007).

4.5 Pengolahan Data

Pengolahan data adalah suatu proses dalam memperoleh data ringkasan atau angka ringkasan dengan menggunakan cara-cara atau rumus-rumus tertentu (Hasan, 2006). Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan *software* SPSS versi 17.0. pengolahan data meliputi kegiatan; *editing*, *coding*, dan tabulasi. Pada langkah *editing* dilakukan pengecekan atau koreksi terhadap data yang telah dikumpulkan, tujuannya untuk menghilangkan kesalahan-kesalahan yang terdapat pada pencatatan di lapangan dan bersifat koreksi. Kekurangan data misalnya tidak lengkapnya jawaban atau jawaban tidak relevan bias dilengkapi dengan pengumpulan data ulang.

Pada langkah *coding* memberikan kode dalam bentuk angka maupun kata-kata yang memberikan identitas atau petunjuk pada setiap *item* data. Setelah dilakukan pengkodean data dimasukkan ke dalam *software* computer dan perlu dilakukan pemeriksaan ulang kemungkinan adanya kesalahan atau ketidaklengkapan kode. Langkah berikutnya adalah membuat tabel (tabulasi) sesuai dengan analisis yang dibutuhkan.

4.6 Analisis Data

4.6.1 Analisis Univariat

Analisis data dilakukan secara bertahap, yang pertama yaitu analisis univariat yang bertujuan untuk mendeskripsikan setiap variabel pada penelitian ini baik karakteristik, distribusi frekuensi dan proporsinya.

4.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan atau korelasi antar dua variabel, yaitu variabel dependen dengan variabel independen. Penelitian ini menggunakan rumus uji *chi square* dengan derajat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) sebagai berikut:

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

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 (terikat) maupun variabel independen (bebas). Variabel independen yang diteliti dalam penelitian ini terdiri dari faktor ibu (umur ibu, dukungan keluarga, pengalaman menyusui, dan status gizi ibu saat ini), faktor bayi (jenis kelamin bayi, umur bayi, dan penurunan berat badan bayi), serta faktor laktasi (frekuensi menyusui, kebiasaan menyusui, dan lama menyusui). Sedangkan variabel dependennya adalah persepsi ketidakcukupan ASI.

5.1.1 Persepsi Ketidakcukupan ASI

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Ketidakcukupan ASI di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012

No.	Variabel	Jumlah	Persentase
PKA			
1.	Ya	32	49,2
2.	Tidak	33	50,8
Total		65	100

Tabel 5.1 adalah hasil analisis univariat yang menunjukkan distribusi frekuensi responden berdasarkan persepsi ketidakcukupan ASI (PKA). Pada penelitian ini, PKA dibagi menjadi 2 kategori yaitu ya, artinya memiliki PKA, dan tidak, artinya responden tersebut tidak memiliki persepsi ketidakcukupan ASI sebagai alasan berhenti menyusui. Hasil analisis menunjukkan bahwa di antara 65 responden, terdapat 32 (49,2%) responden yang memiliki PKA, sedangkan sebanyak 33 (50,8%) responden tidak memiliki PKA.

Dari 32 responden yang memiliki PKA dapat ditelusuri lebih lanjut, apakah PKA yang dimiliki responden tersebut benar, yaitu responden tidak dapat mencukupi kebutuhan bayinya atau sebaliknya PKA yang dimiliki ibu salah, yaitu ibu sebenarnya mampu memproduksi ASI dengan baik. Hal tersebut dapat dilihat

dari tanda-tanda yang dapat dipercaya bahwa ASI tidak cukup, yaitu penurunan berat badan yang dialami oleh bayi responden, jumlah dan warna BAK bayi. Bayi yang tidak mendapatkan cukup ASI kenaikan berat badan setiap bulannya <500 gram, atau pada bayi yang berusia 2 minggu berat badannya kurang dari berat lahir, atau pada bayi yang berusia <2 minggu mengalami penurunan berat badan >10% berat lahir. Sedangkan pada pengeluaran urine, yaitu jumlah BAK bayi dalam sehari <6 kali dan berbau tajam.

Tabel 5.2 Hasil Analisis Univariat Sebagai Penjelasan Responden PKA Berdasarkan Tanda-Tanda Yang Dapat Dipercaya ASI Tidak Cukup Pada Bayi Umur 0-6 Bulan di di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012

No.	Umur Bayi Sekarang	Umur Bayi Diberi ASI Saja	Hasil Pemantauan BB Bayi (Kg)	Frekuensi BAK/ hari	Warna BAK	Keterangan
1	24 mgg	1 mgg	3.2 ; 3.4 (umur 1 mgg)	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
2	12 mgg	4 hari	3.3 ; 3.4 (umur 4 minggu)	≥6 kali	Kuning jernih	TT
3	4 hari	1 hari	2.45 ;	<6 kali	Kuning pekat	PKA
4	18 mgg	4 mgg	2.1 ; 3.2	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
5	24 mgg	12 mgg	1.8 ; 2.2 ; 2.5 ; 3.0	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
6	24 mgg	1 hari	3.3 ;	<6 kali	Kuning jernih	PKA
7	24 mgg	4 mgg	3.2 ; 3.6	<6 kali	Kuning jernih	PKA
8	24 mgg	20 mgg	3.26 ; 4.6 ; 5.7 ; missing; 5.7 ; 6.5	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
9	24 mgg	1 hari	3.4 ;	≥6 kali	Kuning jernih	TT
10	7 mgg	0 hari	3.3 ;	≥6 kali	Kuning jernih	TT
11	12 mgg	6 mgg	3.5 ; 4.3	<6 kali	Kuning jernih	PKA salah
12	24 mgg	8 mgg	2.6 ; 3.4 ; 3.6	≥6 kali	Kuning jernih	PKA
13	8 mgg	2 hari	2.8 ;	≥6 kali	Kuning jernih	TT
14	20 mgg	12 mgg	3.1 ; 4.3 ; 5.0 ; 6.3	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
15	16 mgg	4 mgg	3.2 ; 4.2	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
16	8 mgg	1 mgg	2.5 ; 2.25 (umur 1 mgg)	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
17	2 mgg	1 hari	2.6 ;	<6 kali	Kuning jernih	PKA
18	18 mgg	4 mgg	3.1 ; 4	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
19	3 hari	2 hari	3.95 ; 4 (umur 3 hari)	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
20	20 mgg	8 mgg	4.5 ; 5 ; 5.6	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
21	24 mgg	3 hari	2.45 ; 2.3 (umur 3 hari)	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
22	24 mgg	12 mgg	2.95 ; 4.7 ; 5.5 ; 7	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
23	5 mgg	0 hari	2.6 ;	<6 kali	Kuning pekat	PKA
24	24 mgg	0 hari	3.5 ;	<6 kali	Kuning pekat	PKA

No.	Umur Bayi Sekarang	Umur Bayi Diberi ASI Saja	Hasil Pemantauan BB Bayi (Kg)	Frekuensi BAK/ hari	Warna BAK	Keterangan
25	16 mgg	8 mgg	2.9 ; 3.0 ; 3.3	<6 kali	Kuning jernih	PKA
26	16 mgg	12 mgg	3.55 ; 4.07 ; 4.47 ; 5.03	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
27	16 mgg	1 mgg	2.75 ;	<6 kali	Kuning jernih	PKA
28	1 mgg	0 hari	2.9 ;	<6 kali	Kuning pekat	PKA
29	24 mgg	4 mgg	3.0 ; 4	≥6 kali	Kuning jernih	PKA salah
30	4 mgg	0 hari	3.5 ;	<6 kali	Kuning pekat	PKA
31	12 mgg	8 mgg	2.2 ; 3.5 ; 4.5	<6 kali	Kuning pekat	PKA salah
32	2 mgg	10 hari	3.35 ; 2.9 (umur 8 hari)	<6 kali	Kuning pekat	PKA

Keterangan:

mgg = minggu

TT = Tidak Terpantau, artinya tidak dapat dipantau hasil penimbangan BB-nya dan pengeluaran urinenya

Dari 32 bayi responden yang memiliki PKA, 4 diantaranya tidak dapat dipantau atau dinilai baik dari berat badan maupun pengeluaran urinnya, karena tidak ada data berat badan bayi saat ibu berhenti menyusui, sehingga hanya ada 28 responden yang dapat dipantau atau dinilai mengenai PKA-nya. Beberapa dari bayi responden tersebut tidak ada data mengenai berat badan bayi saat ibu berhenti menyusui, namun dari pengeluaran urinnya dapat dinilai bahwa bayi tersebut tidak mendapatkan cukup ASI atau dengan kata lain PKA yang dimiliki ibu benar. Terdapat 12 (42,86%) responden yang memiliki PKA yang benar, yaitu benar bahwa ASInya tidak mencukupi kebutuhan bayi, sedangkan 16 (57,14%) responden mempunyai ASI yang cukup namun memiliki PKA, sehingga PKA yang dimiliki ibu salah. Berarti, sebagian besar dari responden memiliki persepsi ketidakcukupan ASI yang salah, karena pada kenyataannya ibu mampu memproduksi cukup ASI walaupun dirinya memiliki PKA.

Setelah melihat tanda-tanda yang dapat dipercaya ASI tidak cukup dapat diketahui bahwa, dari 65 responden terdapat 4 responden yang tidak dapat dipantau apakah responden tersebut memiliki PKA atau tidak, 12 (19,7%) responden memiliki PKA, dimana PKA yang dimilikinya adalah benar dan 49 (80,3%) responden tidak memiliki PKA. Untuk mengetahui status gizi responden yang memiliki PKA dapat dilihat dari tabel dibawah ini;

Tabel 5.3 Hasil Analisis Univariat Sebagai Penjelasan Responden PKA Berdasarkan Status Gizi Ibu Saat Ini Pada Ibu Bayi Umur 0-6 Bulan di di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012

STATUS GIZI	PKA		TIDAK PKA		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%
IMT 16,0-16,9	0	0	2	100	2	100
IMT 17,0-17,9	0	0	1	100	1	100
IMT 18,0-18,9	1	14,3	6	85,7	7	100
IMT 19,0-19,9	3	42,9	4	57,1	7	100
IMT 20,0-20,9	0	0	4	100	4	100
IMT 21,0-21,9	0	0	6	100	6	100
IMT 22,0-22,9	0	0	6	100	6	100
IMT 23,0-23,9	0	0	4	100	4	100
IMT 24,0-24,9	1	20	4	80	5	100
IMT 25,0-25,9	1	25	3	75	4	100
IMT 26,0-26,9	2	66,7	1	33,3	3	100
IMT 27,0-27,9	1	50	1	50	2	100
IMT 28,0-28,9	1	33,3	2	66,7	3	100
IMT 29,0-29,9	0	0	0	0	0	0
IMT 30,0-30,9	0	0	3	100	3	100
IMT 31,0-31,9	1	100	0	0	1	100
IMT 32,0-32,9	0	0	0	0	0	0
IMT 33,0-33,9	0	0	1	100	1	100
IMT 34,0-34,9	0	0	0	0	0	0
IMT 35,0-35,9	0	0	1	100	1	100
IMT 36,0-43,9	0	0	0	0	0	0
IMT 44,0-44,9	1	100	0	0	1	100
TOTAL	12	19,7	49	80,3	61	100

Dari tabel 5.3 dapat diketahui bahwa ibu yang memiliki PKA benar yang mempunyai status gizi kurang (IMT <18,5) hanya 1 ibu (14,3%), sedangkan 11 ibu yang mempunyai PKA berada pada status gizi normal, dimana IMT \geq 18,5.

5.1.2 Distribusi Variabel Independen

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Ibu, Dukungan Keluarga, Pengalaman Menyusui, Status Gizi Ibu Saat Ini, Jenis Kelamin Bayi, Umur Bayi Berhenti Diberi ASI, Frekuensi Menyusui, Kebiasaan Menyusui, dan Lama Menyusui di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012

No.	Variabel	Jumlah	Persentase
Umur Ibu			
1.	<20 tahun	19	29,2
2.	≥20 tahun	46	70,8
Total		65	100
Dukungan Keluarga			
1.	Tidak	31	47,7
2.	Ya	34	52,3
Total		65	100
Pengalaman Menyusui			
1.	Tidak punya	39	60,0
2.	Punya	26	40,0
Total		65	100
Status Gizi Ibu Saat ini			
1.	Kurang	8	12,3
2.	Normal	57	87,7
Total		65	100
Jenis Kelamin Bayi			
1.	Laki-laki	35	53,8
2.	Perempuan	30	46,2
Total		65	100
Umur Bayi Berhenti Diberikan ASI			
1.	≤2 bulan	52	80,0
2.	>2 bulan-≤6 bulan	13	20,0
Total		65	100
Frekuensi Menyusui			
1.	Kurang	14	21,5
2.	Cukup	51	78,5
Total		65	100
Kebiasaan Menyusui			
1.	Tidak	24	36,9
2.	Ya	41	63,1
Total		65	100
Lama Menyusui			
1.	Kurang	37	56,9
2.	Cukup	28	43,1
Total		65	100

Tabel 5.4 adalah hasil analisis univariat yang menunjukkan distribusi faktor ibu (umur ibu, dukungan keluarga, pengalaman menyusui, dan status gizi ibu saat ini), faktor bayi (jenis kelamin bayi, umur bayi, dan penurunan/kehilangan berat badan bayi), serta faktor laktasi (frekuensi menyusui dan durasi menyusui). Variabel umur ibu yang peneliti kelompokkan menjadi 2

kategori, yaitu umur <20 tahun dan ≥ 20 tahun. Hasil analisis menunjukkan bahwa di antara 65 responden yang diteliti, terdapat 19 (29,2%) responden yang berumur <20 tahun, kemudian sebanyak 46 (70,8%) responden merupakan ibu-ibu yang berada dalam kelompok umur ≥ 20 tahun.

Variabel selanjutnya yang merupakan faktor ibu adalah dukungan keluarga yang diperoleh oleh responden, artinya dukungan yang diberikan pada ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif bisa diperoleh dari suami, ibu, ibu mertua, saudara perempuan, dan lain-lain (Depkes, 2002). Hasil analisis menunjukkan sebanyak 31 (47,7%) responden tidak mendapatkan dukungan untuk memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya, sedangkan sebanyak 34 (52,3%) responden mendapatkan dukungan dari keluarganya untuk memberikan ASI eksklusif.

Pengalaman menyusui dikategorikan juga menjadi 2 kelompok, yaitu tidak punya pengalaman menyusui dan punya pengalaman menyusui. Hasil analisis untuk variabel ini menunjukkan bahwa sebanyak 39 (60%) responden tidak memiliki pengalaman menyusui, sedangkan terdapat 26 (40%) responden yang mempunyai pengalaman menyusui.

Status gizi ibu saat ini, yaitu saat responden diwawancarai juga merupakan variabel yang diteliti di mana penilaian status gizi ibu adalah dengan cara penghitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) ibu saat wawancara. Variabel ini dibagi menjadi 2 kategori, yaitu kurang (IMT $<18,5$) dan normal (IMT $\geq 18,5$). Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa hanya 8 (12,3%) responden yang IMT-nya kurang yaitu berada di bawah angka 18,5. Kemudian sebanyak 57 (87,7%) responden hasil pengukuran IMT-nya normal seperti yang dikelompokkan oleh Almatsier (2002), yaitu berada pada angka $\geq 18,5$.

Variabel dari faktor bayi yang diteliti salah satunya adalah jenis kelamin bayi, yaitu laki-laki dan perempuan. Di antara 65 responden yang diteliti, terdapat 35 (53,8%) responden memiliki bayi dengan jenis kelamin laki-laki, sedangkan terdapat 30 (46,2%) responden yang memiliki bayi berjenis kelamin perempuan.

Diantara 65 responden yang memiliki bayi, maka bayi yang berumur ≤ 2 bulan berhenti diberikan ASI ada sebanyak 52 (80,0%) responden dan bayi yang berumur >2 bulan- ≤ 6 bulan berhenti diberikan ASI terdapat 13 (20,0%) responden.

Faktor laktasi yang diteliti terdiri dari frekuensi menyusui, kebiasaan menyusui, dan durasi menyusui. Frekuensi menyusui merupakan banyaknya ibu menyusui bayinya dalam 24 jam selama masih memberikan hanya ASI saja. Setelah dianalisis, diperoleh hasil yaitu di antara 65 responden, terdapat 14 (21,5%) responden yang frekuensi menyusunya kurang, yaitu <8 kali selama 24 jam, kemudian sebanyak 51 (78,5%) responden memiliki frekuensi menyusui yang cukup dalam menyusui bayinya, yaitu sebanyak ≥ 8 kali selama 24 jam.

Variabel kebiasaan menyusui merupakan faktor laktasi lainnya yang juga diteliti. Kebiasaan menyusui yang dimaksud adalah kebiasaan ibu dalam menyusui bayinya di waktu malam hari dan ditambah dengan kebiasaan memerah ASI bagi ibu yang bekerja. Hasil analisis menunjukkan distribusi frekuensi di antara 65 responden, terdapat 24 (36,9%) responden tidak memiliki kebiasaan menyusui bayinya di malam hari dan memerah ASI bagi ibu bekerja. Sedangkan sebanyak 41 (63,1%) responden memiliki kebiasaan menyusui bayinya di malam hari dan memerah ASI bagi ibu yang bekerja.

Lama menyusui atau waktu yang dibutuhkan responden setiap kali menyusui bayi pada kedua payudara, setelah dianalisis hasilnya menunjukkan bahwa di antara 65 responden, terdapat 37 (56,9%) responden yang lamanya waktu setiap kali menyusui kurang dari 20 menit, sedangkan sebanyak 28 (43,1%) responden sudah memiliki lama menyusui yang cukup, yaitu ≥ 20 menit setiap kali menyusui.

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan atau korelasi antar dua variabel, yaitu variabel dependen dan variabel independen. Uji statistik yang digunakan adalah *chi square* dengan derajat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$). Jika nilai-p $\leq 0,05$, berarti hasil uji statistik bermakna/signifikan, yang artinya ada hubungan antara variabel dependen dan variabel independen. Sedangkan jika nilai-p $> 0,05$, berarti tidak ada hubungan antara variabel dependen dan variabel independen. Berikut ini merupakan hasil analisis bivariat menggunakan SPSS versi 13.0 yang disajikan dalam tabel 5.4.

Tabel 5.5 Hubungan antara Umur Ibu, Dukungan Keluarga, Pengalaman Menyusui, Status Gizi Saat Ini, Jenis Kelamin Bayi, Umur Bayi, Frekuensi Menyusui, Kebiasaan Menyusui, dan Lama Menyusui dengan Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA) pada Ibu Bayi 0-6 Bulan di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang Periode Maret-Mei 2012

Variabel	PKA		Total n=65	OR (95% CI)	nilai-p
	Ya n (%)	Tidak n (%)			
Umur Ibu					
<20 tahun	12 (63,2)	7 (36,8)	19 (100)	2,229 (0,742-6,691)	0,242
≥20 tahun	20 (43,5)	26 (56,5)	46 (100)		
Dukungan Keluarga					
Tidak mendapat dukungan	17 (54,8)	14 (45,2)	31 (100)	1,538 (0,578-4,095)	0,538
Dapat dukungan	15 (44,1)	19 (55,9)	34 (100)		
Pengalaman Menyusui					
Tidak punya	23 (59,0)	16 (41,0)	39 (100)	2,715 (0,970-7,602)	0,095
Punya	9 (34,6)	17 (65,4)	26 (100)		
Status Gizi Ibu Saat Ini					
Kurang	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (100)	1,852 (0,404-8,491)	0,475
Normal	27 (47,4)	30 (52,6)	57 (100)		
Jenis Kelamin Bayi					
Laki-laki	18 (51,4)	17 (48,6)	35 (100)	0,826 (0,311-2,195)	0,893
Perempuan	14 (46,7)	16 (53,3)	30 (100)		
Umur Bayi Berhenti ASI					
≤2 bulan	27 (51,9)	25 (48,1)	52 (100)	1,728 (0,499-5,988)	0,577
>2 bulan-≤6 bulan	5 (38,5)	8 (61,5)	13 (100)		
Frekuensi Menyusui					
Kurang	8 (57,1)	6 (42,9)	14 (100)	1,500 (0,455-4,944)	0,714
Cukup	24 (47,1)	27 (52,9)	51 (100)		
Kebiasaan Menyusui					
Tidak	18 (75,0)	6 (25,0)	24 (100)	5,786 (1,874-17,858)	0,003*
Ya	14 (34,1)	27 (65,9)	41 (100)		
Lama Menyusui					
Kurang	22 (59,5)	15 (40,5)	37 (100)	2,640 (0,958-7,278)	0,100
Cukup	10 (35,7)	18 (64,3)	28 (100)		

Tabel 5.5 menunjukkan hasil analisis bivariat antara variabel dependen dengan variabel independen. Hasil analisis antara variabel umur ibu dengan PKA, yaitu sebanyak 63,2% responden yang memiliki PKA adalah responden yang berumur <20 tahun, sedangkan sebanyak 43,5% responden yang memiliki PKA adalah responden yang berumur ≥20 tahun. Secara statistik dengan uji *chi square* diperoleh nilai-p=0,242, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan PKA.

Hasil analisis bivariat antara variabel dukungan keluarga dengan PKA, yaitu pada kelompok responden yang memiliki PKA, sebanyak 54,8% adalah responden yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarganya untuk memberikan ASI kepada bayinya secara eksklusif. Sedangkan responden PKA lainnya, sebanyak 44,1% responden merupakan responden yang mendapatkan dukungan dari keluarganya untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Secara statistik dengan uji *chi square* diperoleh nilai-p=0,538, di mana artinya adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan yang diperoleh ibu dari keluarganya dengan PKA.

Selanjutnya hasil analisis juga menunjukkan hubungan antara pengalaman menyusui dengan PKA. Pada kelompok responden yang memiliki PKA, sebanyak 59% respondennya adalah responden yang tidak memiliki pengalaman menyusui sebelumnya, sedangkan sebanyak 34,6% responden yang memiliki PKA merupakan responden yang telah mempunyai pengalaman menyusui sebelumnya baik secara eksklusif maupun tidak. Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai-p=0,095, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengalaman menyusui yang dimiliki ibu dengan PKA.

Selain itu, pada kelompok responden yang memiliki PKA, sebanyak 62,5% respondennya adalah responden dengan status gizi yang kurang (<18,5), sedangkan 47,4% responden status gizinya dalam kategori normal atau memiliki IMT $\geq 18,5$. Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai-p=0,475, yang artinya adalah tidak terdapat hubungan antara status gizi ibu saat ini dengan PKA.

Di antara kelompok responden yang memiliki PKA, 51,4% respondennya memiliki bayi dengan jenis kelamin laki-laki, sedangkan sebanyak 46,7% respondennya memiliki bayi dengan jenis kelamin perempuan. Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai-p=0,893, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel jenis kelamin bayi dengan PKA.

Bayi yang dimiliki oleh responden yang PKA, sebanyak 27 (51,9%) responden umur bayinya berhenti ASI adalah pada saat umur ≤ 2 bulan, sedangkan terdapat 5 (38,5%) responden yang bayinya berumur >2 bulan- ≤ 6 bulan saat berhenti diberikan ASI. Hasil analisis bivariat menggunakan uji *chi square*

diperoleh nilai- $p=0,577$, yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara umur bayi berhenti ASI dengan PKA.

Di antara responden yang memiliki PKA, sebanyak 57,1% responden frekuensi menyusui bayinya kurang, yaitu sebanyak <8 kali selama 24 jam, sedangkan sebanyak 47,1% responden lainnya frekuensi menyusui bayinya sudah cukup, yaitu sebanyak ≥ 8 kali selama 24 jam. Dengan uji statistik *chi square*, diperoleh nilai- $p=0,714$, di mana artinya adalah tidak ada hubungan yang signifikan antara frekuensi menyusui dengan PKA.

Kemudian di antara responden yang memiliki PKA, sebanyak 75,0% responden tidak memiliki kebiasaan menyusui di malam hari dan ditambah dengan kebiasaan memerah ASI bagi ibu yang bekerja, sedangkan sebanyak 34,1% responden PKA lainnya, memiliki kebiasaan menyusui di malam hari dan ditambah dengan memerah ASI bagi ibu bekerja. Hasil uji statistik *chi square* diperoleh nilai- $p=0,003$ dan 95% CI (1,874-17,858). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan menyusui dengan PKA. Nilai OR adalah 5,786 yang berarti bahwa ibu yang tidak memiliki kebiasaan menyusui di malam hari dan memerah ASI bagi ibu bekerja mempunyai peluang sebesar 5,786 kali untuk memiliki persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan dengan ibu yang memiliki kebiasaan menyusui di malam hari dan memerah ASInya bagi ibu bekerja.

Analisis bivariat untuk variabel lama menyusui dengan PKA, di mana di antara responden yang memiliki PKA, sebanyak 59,5% responden lama menyusunya kurang, artinya menyusui bayi pada kedua payudara selama <20 menit. Sedangkan sebanyak 35,7% responden yang memiliki PKA tersebut, sudah memiliki waktu menyusui yang cukup, di mana responden menyusui bayinya selama ≥ 20 menit. Uji statistik *chi square* diperoleh nilai- $p=0,100$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lama menyusui dengan persepsi ketidakcukupan ASI.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif, dengan desain studi *cross sectional* atau potong lintang. Pada desain potong lintang, peneliti hanya melakukan observasi dan pengukuran variabel baik dependen maupun independen dalam satu waktu yang bersamaan, sehingga tidak dapat diketahui hubungan sebab akibat antara kedua variabel tersebut. Penelitian ini hanya mampu menggambarkan besaran masalah dan gambaran sesaat mengenai faktor-faktor yang diteliti.

Hasil penelitian tidak dapat menggambarkan satu wilayah tertentu, sekalipun pada tempat penelitian. Oleh karena respondennya adalah ibu bayi 0-6 bulan yang telah berhenti menyusui secara eksklusif yang berkunjung ke Puskesmas Pandanaran, padahal ibu bayi 0-6 bulan yang berkunjung ke Puskesmas Pandanaran belum tentu berasal dari wilayah kerja puskesmas. Letak puskesmas yang strategis dan mudah dijangkau oleh transportasi baik pribadi maupun umum menyebabkan banyak pasien/ pengunjung puskesmas berasal dari luar wilayah kerja puskesmas.

Penghitungan besar sampel dalam penelitian ini, penulis menggunakan rumus berdasarkan uji estimasi proporsi menurut Ariawan (1998). Rumus tersebut sebenarnya tidak bisa digunakan dalam penentuan besar sampel untuk uji hipotesis yang seharusnya menggunakan rumus estimasi beda dua proporsi, sehingga sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini kurang. Tujuan utama dari penelitian ini adalah memberikan gambaran persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu bayi 0-6 bulan di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang, sedangkan uji hipotesis hanya sebagai tambahan.

Terdapat beberapa pertanyaan yang menimbulkan bias terhadap data yang diperoleh, karena berkaitan dengan kondisi bayi ataupun kebiasaan ibu pada saat ibu mengalami persepsi ketidakcukupan ASI. Jawaban dari pertanyaan hanya berdasarkan *recall*, sehingga menimbulkan bias karena berkaitan dengan kemampuan ibu mengingat kembali dengan pasti kejadian saat ibu masih memberikan hanya ASI saja kepada bayinya, meskipun responden merupakan ibu

bayi 0-6 bulan. Hal ini dikarenakan, pada umumnya ibu kurang begitu memperhatikan waktu (menit) yang dibutuhkan untuk menyusui bayinya, frekuensi menyusui dalam 24 jam, frekuensi BAK bayi dalam 24 jam dan bagaimana warna urine bayi jika, bayi tersebut normal. Bila ada hal yang tidak biasa atau tidak lazim, maka ibu baru perhatian. Misalnya, frekuensi BAK bayi berkurang dan warna urinenya menjadi lebih pekat, maka ibu akan mengingatnya. Untuk mengurangi *recall* bias tersebut penulis mengumpulkan data berat badan bayi saat lahir sampai umur diberikan ASI saja yang dilihat dari KMS, karena dengan memantau berat badan bayi dapat diketahui apakah bayi mendapatkan cukup ASI atau tidak.

Pada faktor ibu seharusnya yang diteliti adalah variabel status gizi ibu saat mengalami PKA (Huang Lee, Mieh dan Gaou, 2009), namun yang diteliti oleh penulis adalah variabel status gizi ibu saat ini, dimana ibu telah berhenti menyusui secara eksklusif. Jadi, status gizi ibu saat merasa ASInya tidak cukup tidak dapat tergambarkan pada penelitian ini. Penelitian ini hanya menggambarkan status gizi ibu pada saat wawancara, apakah ibu termasuk ke dalam kategori kurang (IMT <18,5) atau kategori sesuai rekomendasi (IMT \geq 18,5). Seharusnya responden diikuti dan dipantau minimal dengan metode *recall* 24 jam saat merasa ASInya tidak cukup dan masih memberikan hanya ASI saja pada bayi.

Berdasarkan teori masih banyak faktor-faktor yang harus diteliti yang berkaitan dengan persepsi ketidakcukupan ASI baik faktor ibu, faktor bayi dan faktor laktasi, namun mengingat keterbatasan waktu, kemampuan penulis, dan kesesuaian jumlah sampel dengan jumlah variabel yang diteliti sehingga hanya beberapa variabel saja yang diteliti. Variabel yang diteliti disesuaikan dengan tujuan umum dan tujuan khusus penelitian, yaitu variabel dependen (persepsi ketidakcukupan ASI) dan variabel independen (umur ibu, dukungan keluarga, pengalaman menyusui, status gizi ibu saat ini, jenis kelamin bayi, umur bayi, frekuensi menyusui, kebiasaan menyusui dan durasi menyusui). Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan variabel yang lainnya termasuk masalah psikologis yang dialami ibu saat menyusui, karena dapat menghambat *let down reflex*. Gangguan emosional dan kecemasan bertentangan dengan *let down reflex* (WHO, 1985).

6.2 Pembahasan Penelitian

6.2.1 Gambaran Persepsi Ketidacukupan ASI

Data penelitian dikumpulkan di Puskesmas Pandanaran pada ibu bayi 0-6 bulan yang telah berhenti memberikan ASI eksklusif pada bayinya yang berkunjung ke puskesmas. Dari hasil analisis didapatkan 49,2% ibu mempunyai PKA, dimana ibu berhenti menyusui eksklusif dengan alasan yang berkaitan dengan ketiadaan/ kurangnya produksi ASI. Sedangkan ibu yang tidak memiliki PKA sebanyak 50,8%. Hal ini sejalan dengan penelitian Nasir (2002) di Kecamatan Pasar Rebo Kotamadya Jakarta Timur yang menyatakan bahwa alasan terbanyak ibu tidak memberikan kolustrum disebabkan karena ASI tidak keluar. Demikian juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati (2010) di wilayah kerja Puskesmas Poned Karawang mengungkap bahwa ibu yang memiliki persepsi tidak mampu laktasi sebesar 41,4%.

Ibu yang berhenti menyusui eksklusif dengan alasan yang tidak berkaitan dengan ketiadaan/ kurangnya produksi ASI pada umumnya dikarenakan ibu bekerja sehingga tidak bisa memberikan ASI eksklusif pada bayinya. Karena cuti yang diperoleh ibu hanya selama 2-3 bulan. Padahal menurut Roesli (2000) pekerjaan bukan merupakan halangan untuk memberikan ASI Eksklusif. Ibu bisa mempersiapkan stok ASI jauh-jauh hari sebelum ibu kembali masuk kerja dengan cara memerah payudara dan menyimpan ASI di dalam lemari pembeku/ freezer (Siregar, 2004). Setelah masuk bekerja kebiasaan memerah ASI dan menyimpan stok ASI tetap dilanjutkan, karena untuk menjaga pasokan ASI (Depkes, 2007).

Ada beberapa dari responden PKA yang mengeluh ada masalah payudara, seperti puting lecet, sehingga ibu enggan menyusui bayinya. Adapula responden yang menjawab berhenti menyusui eksklusif dengan alasan putingnya tenggelam atau putingnya datar, sehingga bayi mengalami kesulitan dalam menghisap dan bayi menangis terus-menerus.

Rata-rata ibu yang memiliki persepsi ketidacukupan ASI berhenti menyusui dan memberikan makanan/ minuman tambahan selain ASI pada saat bayinya berusia 28 hari atau 4 minggu *post partum*. Hal ini sama dengan yang diungkapkan oleh Gau (2004) dan *Bureau of Health Promotion, Department of Health* (2006) dalam Huang et al (2009), di Taiwan persentase ibu menyusui saat

masih dalam perawatan di rumah sakit sangat tinggi, yaitu 92%, namun angka tersebut menurun hingga 54,17% pada minggu ke-4 *post partum*. Alasan utama yang diutarakan ibu menghentikan pemberian ASI eksklusif adalah karena kurangnya produksi ASI (Iewallen et al, 2006 dalam Huang et al, 2009).

Susu formula merupakan jawaban yang paling banyak dari responden PKA mengenai pertanyaan jenis makanan/ minuman selain ASI yang diberikan pertama kali pada bayi. Alasan pemberian susu formula diantaranya adalah bayi menangis terus, sebagai tanda bahwa bayi masih lapar. Hal ini seperti pada artikel "*Why Mother Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reason for Stopping During the First Year*" dimana ibu memutuskan untuk berhenti memberikan ASI eksklusif dengan alasan utama, yaitu ibu merasa bahwa bayinya tidak cukup kenyang bila hanya diberi ASI (3,5%-55,6%), sehingga ibu memberikan susu formula sebagai minuman tambahan selain ASI (Li et al, 2008).

Bayi yang menangis tidak selalu menandakan bahwa dia lapar, mungkin popoknya basah, kepanasan, digigit nyamuk, atau hanya bosan (Stace dan Bidulph, 1999). Bayi yang sering menangis merupakan salah satu tanda mungkin bayi tidak mendapatkan cukup ASI, tanda yang lainnya adalah bayi tampak tidak puas setelah menyusu, bayi sering menyusu, bayi menyusu sangat lama, bayi menolak untuk disusui, feses keras, kering dan berwarna hijau, BAB sedikit dan jarang, tidak ada ASI yang keluar ketika ibu memerah payudara, selama hamil payudara tidak membesar, ASI tidak "keluar" setelah melahirkan (UNICEF, 2011). Sedangkan tanda yang dapat dipercaya bahwa bayi tidak mendapatkan cukup ASI adalah penambahan berat badan bayi kurang (kurang dari 500 gram per bulan, atau kurang dari berat lahir setelah dua minggu) (Depkes, 2007) dan pada bayi usia kurang dari 2 minggu mengalami penurunan berat badan lebih dari 10% berat lahir, serta bayi mengeluarkan air seni pekat dalam jumlah sedikit (BAK kurang dari 6 kali sehari, warnanya kuning dan baunya tajam) (UNICEF, 2011).

Kepuasan bayi setelah menyusu akan menimbulkan persepsi yang positif pada ibu, dimana ibu merasa bahwa ASInya dapat memuaskan bayinya yang lapar dan bayi menyenangkan proses menyusui (Hill dan Humenick, 1996 dalam Huang et al, 2009). Padahal ASI lebih mudah dicerna oleh bayi dibandingkan susu formula,

sehingga lambung bayi akan lebih cepat kosong bila meminum ASI daripada yang minum susu formula. Kekenyangan susu formula sekitar 3 jam sedangkan ASI hanya 1,5-2 jam (Susanto, 2010). Sehingga bayi yang minum ASI eksklusif akan lebih cepat lapar dibandingkan dengan bayi yang minum susu formula. Jadi, pada ibu yang memiliki PKA merasa ASInya tidak cukup, karena bayinya sering lapar/ sering menyusu.

Pada umumnya setiap ibu mampu memproduksi ASI dengan baik, bahkan dapat melebihi dari yang dibutuhkan bayinya. Seperti pada hasil yang diperoleh penulis dengan cara melihat tanda-tanda yang dapat dipercaya mengenai kecukupan ASI, dimana 57,14% ibu mempunyai ASI yang cukup namun memiliki PKA. Terdapat 42,86% responden yang memiliki PKA yang benar-benar ASInya tidak mencukupi. Sehingga PKA yang dimiliki sebagian besar ibu adalah salah, karena ternyata dirinya mampu mencukupi kebutuhan bayinya. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan Komalasari di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas Depok pada tahun 2011, dimana hanya ada 26,5% ibu yang memiliki PKA benar, dengan kata lain ibu tidak mampu memenuhi kebutuhan bayinya. Sedangkan 73,5% ibu yang memiliki PKA salah, dimana sebenarnya jumlah ASInya mampu mencukupi kebutuhan bayinya. Persepsi ketidakcukupan ASI dapat menyebabkan ibu merasa gagal dalam menyusui bayinya, sehingga memutuskan untuk berhenti menyusui eksklusif secara dini (King, 2001 dalam Huang, 2009).

6.2.2 Umur Ibu Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa ibu yang berumur <20 tahun lebih banyak memiliki persepsi ketidakcukupan ASI, yaitu sebanyak 63,2% dibanding ibu yang berumur ≥ 20 tahun yaitu sebanyak 43,5%. Namun hasil uji statistik diperoleh nilai-p=0,242 yang artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan persepsi ketidakcukupan ASI.

Namun, penelitian yang dilakukan oleh Komalasari (2012) yang memperoleh hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan persepsi ketidakcukupan ASI (nilai-p=0,000). Roesli (2000) menyatakan bahwa,

umur 20-30 tahun memiliki kemampuan laktasi yang lebih baik daripada yang berumur lebih dari 30 tahun.

Perbedaan tersebut mungkin disebabkan oleh adanya faktor lain yang juga berpengaruh pada persepsi ketidakcukupan ASI, sehingga umur bukan satu-satunya faktor yang berkaitan dengan persepsi ketidakcukupan ASI. Selain itu kemungkinan perbedaan ini disebabkan penulis mengkategorikan umur menjadi <20 tahun dan ≥ 20 tahun, sedangkan pada penelitian lain menjadi ≤ 30 tahun dan >30 tahun. Penulis mengkategorikan umur menjadi <20 tahun dan ≥ 20 tahun, karena ingin membuktikan teori yang diungkapkan oleh Whitehead (1986) dalam Komalasari (2012), bahwa ibu-ibu muda memiliki kecenderungan yang kurang baik dalam menghasilkan ASI karena berbagai alasan. Status gizi mereka sendiri sebelum hamil seringkali tidak memadai, kehamilannya penuh dengan ketegangan, serta tuntutan-tuntutan dan tekanan-tekanan sosial setelah melahirkan, dan usia reproduksi sehat dimulai umur 20 tahun.

Hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Palmatak Kabupaten Kepulauan Anambas Provinsi Riau menunjukkan hasil yang sejalan dengan hasil yang didapat penulis, dimana dari hasil uji statistik diperoleh nilai- $p=0,152$, yang berarti tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan perilaku pemberian ASI eksklusif (Handayani, 2011).

6.2.3 Dukungan Keluarga Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa ibu yang tidak mendapat dukungan dari keluarga lebih banyak mengalami persepsi ketidakcukupan ASI (54,8%) daripada ibu yang mendapatkan dukungan keluarga (44,1%), namun dari hasil analisa didapatkan nilai- $p=0,538$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan persepsi ketidakcukupan ASI. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Huang et al (2009) di Taiwan Utara yang mendapatkan hasil, bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan persepsi ibu terhadap pasokan ASInya, dimana diperoleh nilai- $p=0,005$.

Teori menyebutkan bahwa keberhasilan laktasi seorang ibu membutuhkan dukungan selama kehamilan hingga persalinan yang didapat dari sarana dan

prasarana pelayanan kesehatan, tidak terkecuali keluarga dan komunitasnya (UNICEF, 1989). Seorang ibu yang memiliki keinginan yang sangat kuat untuk menyusui bayinya secara eksklusif bisa gagal, karena tidak memperoleh dukungan dari keluarganya, terutama dari suaminya. Hal ini akan menyebabkan gangguan pada psikologis ibu yang tentunya akan berpengaruh pada *let down reflex*, dimana *let down reflex* merupakan mekanisme fisiologik yang paling menentukan keberhasilan laktasi (Ebrahim, 1978).

Ibu memberikan makanan/ minuman pendamping selain ASI paling banyak disarankan oleh orangtua/ mertua, yaitu sebanyak 25% dari ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI. Sedangkan yang disarankan oleh suami hanya sebesar 6,25%. Pengertian dan dukungan keluarga terutama suami penting untuk menunjang keberhasilan menyusui (Depkes, 2002).

6.2.4 Pengalaman Menyusui Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI

Proporsi ibu yang tidak mempunyai pengalaman menyusui sebelumnya lebih banyak (59,0%) yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI dibandingkan dengan ibu yang telah mempunyai pengalaman menyusui sebelumnya (34,6%). Tetapi dari hasil analisa diperoleh nilai-p=0,095 yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara pengalaman menyusui dengan persepsi ketidakcukupan ASI. Hal ini sama dengan hasil penelitian Huang et al (2009) yang mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengalaman menyusui sebelumnya dengan persepsi ibu terhadap pasokan ASI (nilai-p=0,102).

Dari hasil analisa diperoleh bahwa, pengalaman menyusui eksklusif anak sebelumnya pada ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI rata-rata sampai dengan bayi berumur 4 bulan atau 16 minggu setelah melahirkan (*post partum*). Kemungkinan ibu merasa bahwa bayinya sudah cukup besar sehingga ASInya tidak mencukupi kebutuhan bayi, oleh karena itu bayi memerlukan makanan/ minuman tambahan selain ASI. Hal ini sama dengan yang terjadi di Amerika, mulai dari bayi berumur 3 bulan bayi menolak menyusu sendiri merupakan alasan ibu untuk berhenti menyusui bayinya (Li et al, 2008).

6.2.5 Status Gizi Ibu Saat Ini Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Pengukuran status gizi ibu dilakukan pada saat wawancara, jadi tidak bisa menggambarkan status gizi ibu saat memiliki persepsi ketidacukupan ASI. Namun, cukup menggambarkan kondisi ibu apakah ibu mampu memproduksi cukup ASI atau tidak dengan kriteria status gizinya tersebut saat ini.

Dari pengumpulan data yang dilakukan penulis diperoleh hasil bahwa proporsi ibu dengan status gizi kurang (IMT $<18,5$) yang memiliki persepsi ketidacukupan ASI sebanyak 62,5%, lebih banyak bila dibandingkan dengan ibu dengan status gizi normal (IMT $\geq 18,5$) sebanyak 47,4%. Namun setelah dianalisa, diperoleh nilai-p=0,475 yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status gizi ibu saat ini dengan persepsi ketidacukupan ASI.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis tidak sejalan dengan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Poned Karawang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara status gizi ibu selama hamil dengan persepsi kemampuan laktasi, yaitu nilai-p sebesar 0,009 dengan OR=3,654 (95% CI: 1,470-9,081), berarti ibu dengan status gizi selama hamil sesuai dengan rekomendasi mempunyai peluang sebesar 3,654 kali untuk memiliki persepsi kemampuan laktasi (Trisnawati, 2010). Status gizi ibu hamil dan ibu menyusui merupakan bagian dari periode "*The Window of Opportunity*" untuk menjamin pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal (Achadi, 2009). Keadaan kurang gizi pada ibu pada tingkat berat baik pada waktu hamil maupun menyusui dapat mempengaruhi volume ASI (Depkes, 2002).

Perbedaan hasil penelitian tersebut kemungkinan disebabkan karena penulis mengukur IMT saat wawancara, sedangkan Trisnawati (2010) melihat status gizi selama ibu hamil dengan cara melihat buku KIA. Dari hasil penelitian penulis dapat diasumsikan ibu dengan status gizi kurang IMT ($<18,5$) cenderung memiliki persepsi ketidacukupan ASI bila dibandingkan dengan ibu dengan status gizi normal (IMT $\geq 18,5$), karena dilihat dari persentase ibu yang memiliki persepsi ketidacukupan ASI dengan status gizi kurang lebih banyak, yaitu 62,5% dibanding ibu dengan status gizi normal IMT $\geq 18,5$ hanya sebanyak 47,4%.

Penulis memperoleh fakta bahwa ibu yang memiliki PKA benar yang mempunyai IMT $<18,5$ hanya sebesar 14,3%, sisanya ibu-ibu yang memiliki PKA

benar mempunyai status gizi yang normal, yaitu $IMT \geq 18,5$. Dengan kata lain bahwa, masih banyak responden yang memiliki status gizi normal namun memiliki PKA yang benar, dimana produksi ASI tidak mencukupi kebutuhan bayi. Dari fakta tersebut dapat diketahui bahwa PKA benar belum tentu disebabkan oleh status gizi ibu kurang, namun memang karena produksi ASInya memang kurang. Produksi ASI yang kurang dapat disebabkan karena bayi tidak menyusu secara efektif, karena mungkin bayi dikenalkan dengan botol terlalu dini, bayi terlambat menyusu, puting dan areola kaku, payudara bengkak, BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), ibu tidak berpengalaman, ibu kurang memperoleh bantuan profesional maupun tradisional (UNICEF, 2011). Jika bayi tidak menyusu secara efektif, maka ASI pun tidak dikeluarkan secara efektif yang akan menyebabkan payudara penuh ASI, sehingga inhibitor dikeluarkan untuk menghentikan produksi ASI. Bila hal tersebut berlangsung terus menerus dan payudara tidak dikosongkan, maka produksi ASI dapat menurun yang akan menyebabkan bayi stress karena setiap kali bayi menyusu ASI yang keluar hanya sedikit, sehingga bayi pada akhirnya dapat menolak menyusu dan akan menyebabkan berat badan bayi tidak tercapai atau pertumbuhan bayi tidak optimal (UNICEF, 2011).

6.2.6 Jenis Kelamin Bayi Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa proporsi jenis kelamin bayi responden yang memiliki persepsi ketidacukupan ASI antara laki-laki dan perempuan tidak berbeda jauh, yaitu 51,4% dan 46,7%. Hasil uji statistik diperoleh nilai- $p=0,893$ yang artinya tidak ada hubungan antara jenis kelamin bayi dengan persepsi ketidacukupan ASI. Hasil ini sejalan dengan penelitian di Taiwan Utara yang mengungkap bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin bayi dengan persepsi ibu terhadap pasokan ASI yang dimilikinya (nilai- $p=0,920$) (Huang et al, 2009), juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningtyas (2011), diperoleh nilai- $p=0,93$ yang berarti tidak ada hubungan antara jenis kelamin bayi dengan pemberian ASI Eksklusif.

Roesli (2000) mengungkapkan bahwa pengaruh budaya setempat dapat mempengaruhi pemberian ASI, dimana bayi laki-laki dianggap lebih berharga

daripada bayi perempuan sehingga menyusui eksklusif lebih tinggi pada bayi laki-laki bila dibandingkan dengan bayi perempuan. Perbedaan hasil penelitian ini dengan hal tersebut mungkin disebabkan adanya perbedaan waktu dan tempat penelitian, sehingga terdapat perbedaan sosial budaya.

6.2.7 Umur Bayi Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Umur bayi yang dimaksudkan adalah umur bayi saat diberi ASI saja. Dari hasil analisis diperoleh perbedaan yang signifikan antara proporsi umur bayi ≤ 2 bulan dengan umur bayi > 2 bulan- ≤ 6 bulan pada responden yang memiliki persepsi ketidacukupan ASI, yaitu antara 51,9% dengan 38,5%. Namun diperoleh nilai- $p=0,577$ melalui penghitungan statistik yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara umur bayi berhenti ASI eksklusif dengan persepsi ketidacukupan ASI.

Penelitian Huang (2009) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna (nilai- $p<0,001$) antara rencana durasi menyusui secara eksklusif dengan persepsi ibu terhadap pasokan ASInya. Namun penulis mengungkap bahwa, ibu yang memiliki persepsi ketidacukupan ASI berhenti menyusui dan memberikan makanan/minuman tambahan selain ASI rata-rata pada saat bayinya berusia 1 bulan atau 4 minggu setelah melahirkan (*post partum*). Sama dengan penelitian di Chicago pada tahun 1983 mengungkap bahwa ibu berhenti menyusui pada saat bayi berumur 0-4 minggu dengan alasan terbanyak (45%) yaitu ketidacukupan ASI (Feinsten et al, 1986). Seperti yang diungkapkan oleh Li (2008), bahwa ibu berhenti menyusui bayinya pada 2 bulan pertama kehidupannya dengan alasan bahwa bayinya tidak cukup puas hanya dengan menyusu payudara.

6.2.8 Frekuensi Menyusui Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI

Proporsi ibu yang menyusui bayinya < 8 kali dalam sehari lebih banyak (57,1%) yang memiliki persepsi ketidacukupan ASI bila dibandingkan dengan yang menyusui ≥ 8 kali dalam sehari (47,1%). Namun dalam penghitungan statistik didapatkan nilai- $p=0,714$, sehingga tidak ada hubungan yang bermakna antara frekuensi menyusui dengan persepsi ketidacukupan ASI.

Sebaiknya menyusui bayi dilakukan sesuai dengan keinginan bayi (*demand feeding*), tetapi kadangkala ditemukan bayi yang lebih banyak tidur.

Pada bayi yang sering tidur sebaiknya pemberian ASI dijadwal misalnya 2 jam sekali bayi dibangunkan dari tidurnya, sehingga bayi akan belajar sendiri (Siregar, 2004 halaman 6). Semakin sering bayi menyusui ASI dan semakin lama waktunya maka akan semakin banyak produksi ASI dan pengeluaran ASI akan berjalan dengan lancar, karena dengan adanya hisapan bayi pada payudara menyebabkan hipofise mengeluarkan hormon prolaktin yang memicu kelenjar payudara untuk memproduksi ASI. Pada umumnya bayi yang tidak mendapatkan cukup ASI disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain perlekatan yang salah, bayi jarang/ tidak sering menyusui, pemberian makanan/ minuman selain ASI (UNICEF, 2011).

6.2.9 Kebiasaan Menyusui Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI

Akan lebih baik bila ibu menyusui di waktu malam hari, karena dapat menjaga pasokan ASI dan penting untuk menunda kehamilan. Selain itu menyusui di malam hari akan sangat berguna bagi ibu bekerja (Siregar, 2004, halaman 7). Tidak menyusui di malam hari merupakan salah satu penyebab bayi tidak memperoleh cukup ASI, karena produksi ASI di malam hari bertambah banyak (UNICEF, 2011). Hal ini disebabkan hormon prolaktin lebih banyak di dalam darah ketika malam hari.

Untuk menjaga pasokan ASI sebaiknya payudara dikosongkan setiap 3 jam sekali, baik disusukan pada bayi ataupun diperah (Depkes RI, 2007). Memerah ASI sangat dianjurkan terutama pada ibu bekerja. Saat ibu tidak bersama bayi sebaiknya ibu memikirkan dan membayangkan bayinya, sehingga akan memicu *let down reflex* dan pengeluaran ASI saat diperah akan berjalan dengan lancar dan menghasilkan volume yang banyak. Mengingat kebutuhan bayi dalam sehari adalah 150 cc/ KgBB (UNICEF, 2011).

Hal tersebut di atas sejalan dengan hasil penelitian bahwa proporsi ibu yang tidak mempunyai kebiasaan menyusui di malam hari dan ditambah dengan memerah ASI bagi ibu bekerja lebih banyak yang mempunyai persepsi ketidakcukupan ASI bila dibandingkan dengan ibu yang memiliki kebiasaan tersebut, yaitu sebesar 75%. Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan menyusui dengan persepsi

ketidakcukupan ASI (nilai-p=0,003). Ibu yang tidak memiliki kebiasaan menyusui di malam hari dan ditambah dengan memerah ASI pada ibu bekerja mempunyai peluang sebesar 5,786 kali (95% CI: 1,874-17,858) untuk memiliki persepsi ketidakcukupan ASI.

6.2.10 Lama Menyusui Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI

Proporsi ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI yang menyusui bayinya <20 menit dan ≥ 20 menit adalah 59,5% dan 35,7%. Dari hasil analisa didapatkan nilai-p=0,723, yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara lama menyusui dengan persepsi ketidakcukupan ASI.

Disebutkan bahwa ASI yang keluar pada 5 menit pertama (*foremilk*) lebih encer dibanding dengan ASI yang keluar berikutnya yang dinamakan *hindmilk*. *Hindmilk* mengandung lemak 4-5 kali lebih banyak dibanding *foremilk*. *Hindmilk* inilah yang dapat mengenyangkan bayi (Roesli, 2000). Namun, tidak ada perbedaan antara bayi yang menyusui lama (30 menit) dengan yang menyusui sebentar (5-10 menit), mereka mendapatkan ASI yang sama banyaknya (Siregar, 2004, halaman 6).

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan penelitian, penulis mengetahui gambaran umum mengenai persepsi ketidakcukupan ASI pada ibu bayi 0-6 bulan yang telah berhenti memberikan ASI eksklusif yang melakukan kunjungan ke Puskesmas Pandanaran pada bulan Maret-Mei 2012. Berikut ini merupakan kesimpulan dari penelitian:

1. Ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI masih cukup tinggi, yaitu sebesar 49,2%.
2. Ibu yang memiliki persepsi ketidakcukupan ASI rata-rata berhenti menyusui eksklusif dan mulai memberi makanan/ minuman tambahan pada saat bayi berusia 28 hari.
3. Susu formula merupakan jenis makanan/ minuman selain ASI yang paling banyak diberikan pada bayi untuk pertama kalinya.
4. Kegagalan ASI Eksklusif ibu PKA adalah karena ibu bekerja.
5. Orangtua/ mertua merupakan anggota keluarga terbanyak yang menyarankan ibu PKA untuk memberikan makanan/ minuman tambahan kepada bayinya, yaitu sebanyak 25%.
6. Terdapat 42,86 ibu yang memiliki PKA yang benar, yaitu memang produksi ASInya tidak mencukupi kebutuhan bayinya. Sedangkan sebagian besar ibu memiliki persepsi ketidakcukupan ASI yang salah (57,14%).
7. Analisis bivariat menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI adalah faktor laktasi, yaitu kebiasaan menyusui.

7.2 Saran

7.2.1 Dinas Kesehatan Kota Semarang

1. Untuk dapat meningkatkan jumlah tenaga kesehatan yang dilatih sebagai konselor ASI, bukan hanya bidan, petugas gizi, dan tenaga promkes melainkan juga perawat.

2. Mengoptimalkan keberadaan konselor ASI, baik dari tenaga kesehatan maupun dari AIMI Jawa Tengah untuk dapat menjangkau ibu hamil, ibu bersalin dan ibu menyusui, dengan menjemput bola pada kegiatan luar gedung seperti posyandu.
3. Melibatkan organisasi profesi IBI (Ikatan Bidan Indonesia) untuk meningkatkan cakupan ASI Eksklusif dengan melakukan promkes mengenai pemberian ASI Eksklusif pada masyarakat, khususnya ibu hamil dan ibu menyusui beserta keluarganya.

7.2.2 Bidan/ Tenaga Kesehatan di Wilayah Puskesmas Pandanaran

Agar ibu memiliki keyakinan bahwa ASInya mampu memenuhi kebutuhan bayinya, maka bidan atau tenaga kesehatan dapat melakukan hal-hal dibawah ini:

1. Menerapkan konseling laktasi pada setiap ibu hamil dan ibu nifas ataupun ibu menyusui setiap kali kunjungan *antenatal care*, kunjungan nifas, kunjungan neonatal ataupun pada kegiatan posyandu.
2. Mengoptimalkan kegiatan promosi kesehatan mengenai pemberian ASI eksklusif kepada masyarakat, khususnya ibu hamil dan ibu menyusui beserta keluarganya (orangtua, mertua, suami, ataupun anggota keluarga yang lain yang mendampingi ibu). Sehingga dapat membangun rasa percaya diri pada ibu, karena ibu memperoleh dukungan untuk memberikan ASI eksklusif dari lingkungan dan keluarganya.
3. Melatih ibu untuk dapat mengenali tanda-tanda yang dapat dipercaya bayi tidak mendapatkan cukup ASI, yaitu dilihat dari penurunan berat badan bayi serta jumlah dan warna urine bayi.
4. Menekankan pada ibu hamil dan ibu menyusui untuk menyusui secara eksklusif dan menerapkan kebiasaan menyusui di malam hari dan memerah ASI pada ibu yang bekerja.
5. Melatih ibu bekerja untuk memerah ASI, menyimpan ASI dan menyediakan ASI yang benar, agar ibu tetap bisa memberikan ASI eksklusif walaupun masa cutinya sudah berakhir.

7.2.3 Peneliti Lain

Kepada peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Untuk meneliti lebih lanjut mengenai persepsi ketidakcukupan ASI dengan jumlah sampel lebih banyak dengan metode yang lebih tepat, serta pengukuran yang lebih spesifik.
2. Mencoba meneliti faktor yang tidak diikutsertakan dalam penelitian ini serta mengembangkan variabel lain yang mungkin berhubungan dengan persepsi ketidakcukupan ASI, seperti faktor psikologis ibu.

7.2.4 Ibu Menyusui

Kepada para ibu menyusui diharapkan dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Memberikan ASI Eksklusif pada bayinya sampai dengan usia 6 bulan dan diteruskan menyusui sampai dengan anak berusia 2 tahun.
2. Mempunyai rasa percaya diri yang tinggi bahwa ASInya mampu memenuhi kebutuhan bayinya.
3. Mampu mengenali tanda-tanda yang dapat dipercaya mengenai ASI tidak cukup.
4. Menerapkan kebiasaan menyusui di malam hari dan bagi ibu menyusui yang bekerja ditambah dengan pemerah ASInya.

DAFTAR REFERENSI

- Achadi, Endang L.,dr.,MPH.,Dr.,PH. (2009). *Modul 6 Gizi Ibu Hamil dan Ibu Menyusui*. Depok: Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat FKM UI.
- Ariawan, Iwan. (1998). *Besar dan Metode Sampel Pada Penelitian Kesehatan*. Depok: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan FKM UI.
- Beck, Mary. (2011). *Ilmu Gizi dan Diet Hubungannya dengan Penyakit-penyakit untuk Perawat dan Dokter*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Brown, Judith, et al. (2002). *Nutrition through the Life Cycle*. USA: Wadsworth-Thomson Learning.
- Butte, Nancy F. et al. (2002). *Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding For The Term Infant During The First Six Months Of Life*. Geneva: WHO.
- Cahyaningsih, Dwi Sulisty. (2011). *Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Depkes RI. (2009). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Depkes RI dan JICA (Japan International Cooperation Agency).
- Depkes RI. (2010). *Capaian Pembangunan Kesehatan 2010*. Diunduh pada tanggal 8 Oktober 2010. www.bppsdmk.depkes.go.id/index.php.capaianpembangunankesehatan2010.
- Depkes RI. (2002). *Gizi Seimbang Menuju Hidup Sehat bagi Ibu Hamil dan Menyusui*. Jakarta: Depkes RI Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. (2007). *Pelatihan Konseling Menyusui Panduan Pelatih*. Jakarta: Depkes RI Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. (2002). *Manajemen Laktasi Buku Panduan Bagi Bidan dan Petugas Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Depkes RI Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*. Jakarta: Depkes RI
- Dinkes Kota Semarang. (2010). *Data Gizi Kota Semarang*. Semarang: Dinkes Kota Semarang.

- Dinkes Kota Semarang. (2012). *Rekap Laporan ASI Eksklusif Tahun 2011*. Semarang: Dinkes Kota Semarang.
- Dinkes Kulon Progo. *Cakupan ASI Eksklusif*. Diunduh pada tanggal 5 Januari 2012. www.dinkeskulonprogo.go.id.
- Dinkes Provinsi Jawa Tengah. (2011). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2010 Keluarga Sehat Investasi Bangsa*. Semarang: Dinkes Provinsi Jawa Tengah.
- Ebrahim. (1978). *Air Susu Ibu*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- _____. (2011). *Beberapa Posisi Menyusui Yang Benar*. Diunduh pada tanggal 19 November. www.rumahbunda.com/posisi-menyusui-yang-benar.
- Fikawati, Sandra dan Syafiq. (2010). *Kajian Implementasi Dan Kebijakan Air Susu Ibu Eksklusif Dan Inisiasi Menyusu Dini Di Indonesia*. Makara Kesehatan (Vol. 14 NO. 1, Juni 2010: halaman 17-24). Depok: Pusat Kajian Gizi dan Kesehatan, FKM UI.
- Feinstein, Joel M. et al. (1986). *Factors Related to Early Termination of Breast-Feeding in an Urban Population*. Atlanta, Georgia: American Academy of Pediatrics.
http://pediatrics.aappublications.org/content/122/Supplement_2/S69.full.html. diunduh pada tanggal 21 Mei 2012.
- Handayani. (2011). *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif Pada Ibu Bayi 6-12 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Palmatak Kabupaten Kepulauan Anambas Provinsi Riau Tahun 2011*. Skripsi. Depok: FKM UI.
- Hasan, Iqbal. (2006). *Analisis Data Penelitian Dengan Statistik*. Jakarta: Sinar Grafika Offset.
- _____. (2007). *Healthy Start Questionnaire*.
- 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.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia. (1995). diunduh pada tanggal 19 Desember. www.kamusbesar.com/42609/umur.
- _____. (n.d.). *Kawasan Tanpa Rokok (KTR) FKM USU*. Diunduh pada 15 Desember 2011. <http://library.usu.ac.id/download/fkm.arifin.pdf>.

- Kemenkes RI. (2009). Kondisi Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKBAL), Angka Kematian Ibu (AKI) dan Penyebabnya di Indonesia. Diunduh pada tanggal 8 Oktober. www.infodokterku.com.AKN-AKB-AKBAL.
- Kemenkes RI. (2010). *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penggunaan Kartu Menuju Sehat (KMS) bagi Balita*. Jakarta: Kemenkes RI .
- Kemenkes RI-Ditjen Bina Gizi dan KIA. (2010). Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat (RAPGM) Tahun 2010-2014. Diunduh pada tanggal 22 Februari 2012. <http://www.gizikia.depkes.go.id>.
- Kemenkes RI. (2010). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.0301/60/1/2010*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI. (2008). *Pemberdayaan Perempuan Dalam Peningkatan Pemberian ASI*. Jakarta: Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI.
- Komalasari. (2012). *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*. Skripsi. Depok: FKM UI.
- Lawrence. (1999). *Breastfeeding: A Guide for The Medical Profession*. St. Louis: Mosby.
- Li, Ruowei et al. (2008). *Why Mother Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reason for Stopping During the First Year*. Atlanta, Georgia: American Academy of Pediatrics. diunduh pada tanggal 21 Mei 2012. http://pediatrics.aappublications.org/content/122/Supplement_2/S69.full.html.
- Machmud, Rizanda. (2006). *Pneumonia Balita di Indonesia dan Peran Kabupaten Dalam Penanggulangannya*. Padang: Andalas University Press.
- Nasir, Narila Mutia. (2002). *Pemberian ASI Eksklusif Dan Hal-hal Yang Berhubungan Pada Bayi umur 4-11 Bulan Di Kecamatan Pasar Rebo Kotamadya Jakarta Timur*. Skripsi. Depok: FKM UI.

- Narbuko Cholid, Achmadi A.. (2007). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Notoatmodjo, Soekidjo, Prof.,Dr.,SKM, M.Com.H. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- 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.
- PP Nomor 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.
- _____, (2001). *Practical Hints on Breastfeeding (2nd ed)*, p. 18-20. Singapore: *Breastfeeding Mothers' Support Group*. Diunduh pada 15 Februari 2012. <http://asi.blogsome.com/category/panduan-dasar-menyusui>.
- Riskesdas tahun 2010.
- Roesli, Utami. (2000). *Mengenal ASI Eksklusif*. Jakarta: PT. Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara.
- Rumini, Sri dan Siti Sundari H.S. (2004). *Perkembangan Anak dan Remaja Buku Pegangan Kuliah*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Sari, Ayu Permata. (2011). *Status Gizi Ibu Selama Hamil dan Persepsi Ketidacukupan ASI di Wilayah Puskesmas Kecamatan Cilandak Jakarta Selatan Tahun 2011*. Skripsi. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Saryono. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis Bagi Pemula*. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press.
- Siregar, Arifin. (2004). *Pemberian ASI Eksklusif Dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhinya* (jurnal). Medan. Sumatera Utara: Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat FKM USU. Diunduh pada 19 Februari 2012. <http://library.usu.ac.id/download/fkm.arifin.pdf>.
- Soetjiningsih. (1997). *ASI Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Stace, John dan Biddulph. (1999). *Kesehatan Anak Untuk Perawat , Petugas Penyuluhan Kesehatan, dan Bidan di Desa*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

- Suhardjo. (2003). *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Sunita, Almatsier. (2002). *Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Umum.
- Supariasa, I. D.N. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Susanto, JC. (2010, Agustus). *IMD dan ASI Eksklusif*. Dipresentasikan pada WABA. World Breastfeeding Week, Semarang.
- Trisnawati, Irna. (2010). *Hubungan Status Gizi Ibu Selama Hamil Dengan Persepsi Kemampuan Laktasi (PKL) di Wilayah Puskesmas Poned Karawang Tahun 2010*. Tesis. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- UNICEF. (1989). *Protecting, Promoting and Supporting Breast Feeding-The Special Role of Maternity Services*. Geneva: WHO.
- UU Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009
- Walgito, Bimo. (2004). *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- WHO-UNICEF. (2011). *Pelatihan Konseling Menyusui Panduan Peserta*. Jakarta: WHO.
- WHO. (1985). *The Quantity and Quality of Breast Milk*. Geneva: WHO.
- Yasmine. (2005). *Gambaran Umum Pola Pemberian ASI Pada Ibu-ibu Yang Memiliki Bayi/ Anak Usia 4 Bulan Sampai 36 Bulan Yang Bekerja Di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2004*. Skripsi. FKM UI.

Lampiran 1 Surat Rekomendasi Survey/ Riset Badan Kesbangpol dan Linmas
Provinsi Jawa Tengah



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. A. Yani No. 160 Telp. (024) 8414205, 8454990 fax. (024) 8313122
SEMARANG

SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET
Nomor : 070 / 0506 / 2012

- I. DASAR : Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah.
Nomor 070 / 265 / 2004. Tanggal 20 Februari
2004.
- II. MEMBACA : Surat dari Gubernur Jawa Barat. Nomor 070 /
233 / MHS / HAL Tanggal 28 Pebruari 2012.
- III. Pada Prinsipnya kami TIDAK KEBERATAN / Dapat Menerima atas
Pelaksanaan Penelitian / Survey di Kota Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : DWI SARTIKA WIJAYANTI.
 2. Kebangsaan : Indonesia.
 3. Alamat : Jl. Kampus Baru UI Depok.
 4. Pekerjaan : Mahasiswa.
 5. Penanggung Jawab : drg. Sandra Fikayati, MPH.
 6. Judul Penelitian : Faktor – Faktor Yang Berhubungan
Dengan Persepsi Ketidakcukupan ASI (PKA) Pada Ibu Bayi 0 – 6 Bulan Di
Puskesmas Pandanaran Kota Semarang
Periode Maret – Mei 2012.
 7. Lokasi : Kota Semarang.
- V. KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada
Pejabat Setempat / Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek
lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan
Surat Pemberitahuan ini.
 2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalah gunakan untuk tujuan
tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk
penelitian yang mendapat dukungan dana dari sponsor baik dari
dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat
mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan / atau

Lampiran 1 Surat Rekomendasi Survey/ Riset Badan Kesbangpol dan Linmas Provinsi Jawa Tengah

2

agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.

3. Surat Rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
 4. Setelah survey / riset selesai, supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesbangpol Dan Linmas Provinsi Jawa Tengah.
- VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :
Maret s.d. Juni 2012.
- VII. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

Semarang, 2 Maret 2012

an Gubernur Jawa Tengah
Kepala Badan Kesbangpol dan Linmas
Provinsi Jawa Tengah



HUSNINGSIH TUSONO, MSI
Pembina Utama Muda
NIP. 010 165 586 / 195508141983031010

Lampiran 2 Surat Rekomendasi Survey/ Riset Badan Kesbangpol dan Linmas
Pemerintah Kota Semarang



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

No. 175 Semarang Telp. 3584045 Hunting: 3584077 Pws. 2601.2602.2603.2604.2605.2606 Fax. 3584045

SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET

Nomor : 070/233/III/2012

- I. Dasar :
1. Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang.
 2. Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang.
- II. Membaca surat dari : Badan Kesbangpolinmas Prov jateng
Nomor : 070/0506/2012
Tanggal : 02 Maret 2012
- III. Pada prinsipnya kami **tidak keberatan / dapat menerima** atas pelaksanaan penelitian / survey / riset / KKN / KKL dll di Kota Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : **Dwi Sartika Wijayanti**
 2. Kebangsaan : Indonesia
 3. Alamat : Jl.Kampus baru UI Depok
 4. Pekerjaan : Mahasiswa
 5. Penanggung jawab : drg Sandra Fikayati.MPH
 6. Judul penelitian : "Faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi ketidakeukupan ASI(PKA) pada ibu bayi 0-6 bulan di Puskesmas Pandanaran kota Semarang periode Maret-Mei 2012"
 7. Lokasi : Kota Semarang
- V. Ketentuan sebagai berikut :
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada pejabat setempat/ lembaga swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini.
 2. Pelaksanaan survey / riset / KKN / KKL tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu stabilitas pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan

Lampiran 2 Surat Rekomendasi Survey/ Riset Badan Kesbangpol dan Linmas
Pemerintah Kota Semarang

pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah politik dan atau agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.

3. Surat rekomendasi dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang surat rekomendasi tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian tidak bersedia menerima.

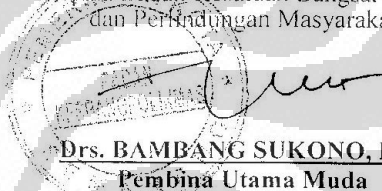
4. Setelah selesai melakukan survey / riset / KKN / KKL agar menyerahkan salinan hasil penelitian kepada Badan Kesbangpolinmas Kota Semarang.

VI. Surat rekomendasi penelitian / survey / riset berlaku pada : 02 Maret s/d 02 Juni 2012

VII. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

Semarang, 02 Maret 2012

A. B. WALIKOTA SEMARANG
Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik
dan Pertahanan Masyarakat


Drs. BAMBANG SUKONO, MM

Pembina Utama Muda
NIP-19581225 198411 1 001

TEMBUSAN: Kepada Yth.

1. Walikota Semarang (sebagai laporan);
2. Pertinggal



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
DINAS KESEHATAN

Jl. Pandanaran 79 Telp. (024) 8415269 - 8318070 Fax (024) 8318771 Kode Pos : 50241 SEMARANG

Semarang, 07 MAR 2012

Nomor : 071/2045
Sifat :
Lampiran :
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada;

Yth. Ka. Puskesmas Pandanaran
di -

SEMARANG

Dasar surat dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Semarang, tanggal 2 Maret 2012 Nomor; 070/233/III/2012 Perihal tersebut pada pokok surat.

Sehubungan hal tersebut diatas, bersama ini kami beritahukan kepada Saudara bahwa pada prinsipnya kami dapat menerima mahasiswa Universitas Indonesia Depok, di atas;

N a m a : DWI SARTIKA WIJAYANTI
N I M : 1006819352
J u d u l : "Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA) Pada Bayi Usia 0-6 Bulan Periode Bulan Maret s/d Mei di Wilayah Kerja Puskesmas Pandanaran Kota Semarang".

yang akan melaksanakan Penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Saudara, mulai bulan Maret s/d Juni 2012. Dengan catatan selama melaksanakan kegiatan tersebut harus mentaati peraturan yang berlaku di Puskesmas dan Pemerintah Kota Semarang.

Demi itu harap maklum, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

A.n.KEPALA DINAS KESEHATAN
Sekretaris

U,b

Ka.Sub.Bag.Umum dan Kepegawaian


Dra. JOHANA

NIP. 19641025 198503 2 008

TEMBUSAN, Kepada Yth. :

1. Wakil Dekan FKM Universitas Indonesia Depok;
2. Yang bersangkutan;
3. A r s i p.

Lampiran 4

**KUESIONER PENELITIAN MENGENAI “GAMBARAN PERSEPSI
KETIDAKCUKUPAN ASI (PKA) PADA IBU BAYI 0-6 BULAN DI
PUSKESMAS PANDANARAN KOTA SEMARANG PERIODE MARET-
MEI TAHUN 2012”**

I. IDENTITAS RESPONDEN		KODE/ NO URUT
1. ALAMAT		
2. RT/ RW	/	
3. KELURAHAN		
4. NAMA KEPALA KELUARGA		
5. NAMA RESPONDEN		
6. PEKERJAAN		
7. NOMOR TELP. YG. BISA DIHUBUNGI		
8. NOMOR URUT RESPONDEN		
II. IDENTITAS PEWAWANCARA DAN PENGECEKAN		TANGGAL PENGECEKAN:
TANGGAL WAWANCARA		PARAF:
NAMA PEWAWANCARA		
PARAF		
INFORMED CONSENT		
<p>Assalamu'alaikum Wr. Wb.</p> <p>Saya Dwi Sartika Wijayanti, mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia sedang melakukan penelitian untuk melihat <i>“Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persepsi Ketidacukupan ASI (PKA) Pada Ibu Bayi 0-6 Bulan Yang Berkunjung Di Puskesmas Pandanaran Periode Maret-Mei Tahun 2012”</i>. Penelitian ini dilakukan semata-mata untuk kepentingan akademik dan tidak akan berdampak negatif pada ibu maupun keluarga. Setiap jawaban ataupun penjelasan yang ibu berikan akan dijaga kerahasiannya.</p> <p>Saat ini apakah ibu bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini? Apakah saya dapat memulai wawancara ini?</p> <p>BILA RESPONDEN SETUJU UNTUK DIWAWANCARA, WAWANCARA DIMULAI. BILA RESPONDEN TIDAK SETUJU DIWAWANCARA → AKHIRI DAN CARI RESPONDEN LAIN SESUAI CARA SAMPLING.</p> <p>PARAF/ TANDA SETUJU RESPONDEN (BILA MEMUNGKINKAN):</p>		

WAWANCARA TIDAK MEMBACAKAN PILIHAN JAWABAN, KECUALI BILA ADA PETUNJUK. LINGKARI JAWABAN RESPONDEN PADA PILIHAN. KATEGORI KODE DIISI SAAT PENGECEKAN

NO.	PERTANYAAN	KATEGORI KODE
A. IDENTITAS RESPONDEN		
1	Berapa umur ibu sekarang? ____ tahun 98. tidak tahu/ lupa 99. tidak ada jawaban	[]
2	Berapa anak yang ibu lahirkan? ____ anak TERMASUK ANAK YANG MENINGGAL DUNIA	[]
3	Siapa nama anak (bayi) ibu yang terakhir? _____	
4	Apa jenis kelamin (nama bayi)? 1. Laki-laki 2. Perempuan	[]
5	Tanggal berapa (nama bayi) lahir? Tanggal/ Bulan/ Tahun ____/____/____ Umur bayi _____ minggu/bulan JIKA IBU LUPA TANGGAL ATAU BULAN, TULISKAN KODE 99	[]
6	Selain ibu siapa yang paling sering mengasuh (nama bayi)? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN, TUNGGU JAWABAN SPONTAN. JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN “SIAPA LAGI BU?” 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. Lain-lain, sebutkan _____ 98. tidak tahu/ lupa 99. tidak ada jawaban	[]
B. PERSALINAN		
1	Di mana ibu melahirkan (nama bayi)? 1. di rumah sendiri/ keluarga 8. di RB 2. di puskesmas 9. di RSU/ RS swasta 3. di BPS 10. lain-lain sebutkan _____ 4. di praktek dokter umum swasta 98. tidak tahu/ lupa 5. di praktek dokter Sp. OG swasta 99. tidak ada jawaban 6. di klinik swasta	[]
2	Siapa yang menolong ibu saat melahirkan (nama bayi)? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN, TUNGGU	

	JAWABAN SPONTAN. JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN “SIAPA LAGI BU?”	
	a. anggota keluarga	[]
	b. dukun bayi	
	c. perawat	
	d. bidan puskesmas	
	e. bidan lain (di RB/ RS/ BPS)	
	f. dokter umum	
	g. dokter Sp. OG	
	h. lain-lain, sebutkan _____	
3	Apakah (nama bayi) ditimbang pada saat lahir dalam 24 jam pertama? 1. Ya 2. Tidak → ke C1 98. Tidak tahu/ lupa → ke C1 99. Tidak ada jawaban → ke C1	[]
4	Berapa berat (nama bayi) ketika lahir? _____ gram 98. tidak tahu/ lupa 99. tidak ada jawaban	[]
C. PEMBERIAN ASI		
1	Apakah ibu pernah menyusui/memberikan Air Susu Ibu (ASI) untuk (nama bayi)? 1. Ya 2. Tidak → ke C3 98. Tidak tahu/ lupa → ke C3 99. Tidak ada jawaban → ke C3	[]
2	Sampai umur berapa (nama bayi) diberikan hanya ASI saja ? _____ hari/ minggu/ bulan 98. tidak tahu/ lupa 99. tidak ada jawaban	
3	Mengapa ibu berhenti memberikan hanya ASI saja pada (nama bayi) sebelum berumur 6 bulan? JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU, JIKA IBU DIAM BARU DIBACAKAN. JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU.	
	a. Tidak ada ASI/ ASI tidak keluar	[]
	b. ASI tidak mencukupi	
	c. Bayi sakit	
	d. Ibu 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 orang tua/ mertua	
	p. nasihat anggota keluarga lain	

	q. lain-lain, sebutkan _____	
4	Seingat ibu ketika terakhir masih memberikan hanya ASI saja pada (nama bayi), seberapa lama ibu menyusukan payudara ibu setiap kali menyusui? _____menit 1. <10 menit 2. ≥ 10 menit 98. Tidak tahu/ lupa 99. Tidak ada jawaban	[]
5	Seingat ibu ketika terakhir masih memberikan hanya ASI saja pada (nama bayi), berapa kali ibu menyusui (nama bayi) selama 24 jam? _____kali 1. < 6 kali 2. ≥ 6 kali 98. Tidak tahu/ lupa 99. Tidak ada jawaban	[]
6	Seingat ibu ketika terakhir masih memberikan hanya ASI saja pada (nama bayi), apakah ibu masih menyusui pada malam hari ketika (nama bayi) tidur? 1. Ya 2. Tidak 98. Tidak tahu/ lupa 99. Tidak ada jawaban	[]
7	Seingat ibu ketika terakhir masih memberikan hanya ASI saja pada (nama bayi), apakah ibu memerah/ memompa payudara ibu? 1. Ya 2. Tidak → ke C9 98. Tidak tahu/ lupa → ke C9 99. Tidak ada jawaban → ke C9	[]
8	Berapa banyak hasil perahan/ pompa ASI yang diperoleh? _____cc/ml JIKA IBU DIAM, TANYAKAN “KIRA-KIRA BERAPA GELAS BU?”	[]
9	Seingat ibu ketika terakhir masih memberikan hanya ASI saja pada (nama bayi), berapa kali (nama bayi) BAK dalam 24 jam? _____kali TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU, JIKA IBU DIAM BARU TANYAKAN “KIRA-KIRA LEBIH ATAU KURANG DARI 6 KALI? 1. ≥ 6 kali 2. < 6 kali 98. Tidak tahu/ lupa 99. Tidak ada jawaban	[]
10	Apa warna urine bayi ketika terakhir masih diberikan hanya ASI saja? JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU, JIKA IBU DIAM BARU DIBACAKAN. 1. Kuning jernih 2. Kuning pekat 98. Tidak tahu/ lupa 99. Tidak ada jawaban	[]
11	Pada usia berapa (nama bayi) mulai diberikan makanan/ minuman selain ASI? _____hari/ minggu/ bulan. JAWABAN RESPONDEN DI CHECK DENGAN JAWABAN DARI PERTANYAAN C.2	
12	Jenis makanan/ minuman selain ASI apa yang pertama kali diberikan kepada (nama bayi)? a. Susu formula b. Susu (selain ASI dan susu formula) c. Madu d. Biskuit e. Jamu	[]

	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 _____	
13	Apa alasan diberikan makanan/minuman selain ASI tersebut? <i>JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU, JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN "ADA LAGI, BU?"</i>	[]
	a. Tidak ada ASI/ ASI tidak keluar b. ASI tidak mencukupi c. Bayi sakit d. Ibu sakit e. Ada masalah payudara f. Ibu bekerja g. Bayi tidak mau h. Agar payudara tidak berubah bentuk i. Saatnya menyapih j. bayi menangis terus k. ibu hamil lagi l. menggunakan alat KB m. nasihat suami n. nasihat dokter/ perawat o. nasihat orang tua/ mertua p. nasihat anggota keluarga lain q. lain-lain, sebutkan _____	
14	Siapa saja yang menganjurkan ibu memberikan makanan/minuman selain ASI tersebut? <i>JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU, JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN "SIAPA LAGI, BU?"</i>	[]
	a. Suami b. Orang tua/ mertua c. Anggota keluarga yang lain d. Dukun e. Perawat f. Bidan di puskesmas g. Bidan lainnya h. Dokter i. Diri sendiri j. Lain-lain, sebutkan _____	
<i>JIKA BAYI RESPONDEN MERUPAKAN ANAK PERTAMA TIDAK PERLU MENANYAKAN</i>		

PERTANYAAN C15, LANGSUNG DIJAWAB PEWAWANCARA: 2. Tidak		
15	Apakah ibu memberikan ASI pada kakak (nama bayi)? 1. Ya 2. Tidak → ke D	98. Tidak tahu/ lupa → ke D 99. Tidak ada jawaban → ke D
16	Sampai usia berapa ibu memberikan ASI saja pada kakak (nama bayi)? ____ hari/minggu/bulan	[]

D. ANTROPOMETRI

Minta izin kepada ibu untuk menimbanginya. Catat informasinya pada kolom di bawah ini.

INFORMASI IDENTIFIKASI				IMT (BB/ TB ²)	STATUS GIZI***
NAMA RESPONDEN	NOMOR RESPOND EN	BB (Kg)*	TB (m)**		
					[0] [1]

*Timbangan digital *Camry* yang telah dikalibrasi

**Menggunakan microtoa

***Menggunakan kalkulator

[0] kurang, bila IMT <18,5

[1] sesuai rekomendasi, bila IMT ≥18,5

E. DATA SEKUNDER BB BAYI

BB bayi saat lahir sampai umur bayi diberikan hanya asi saja.

LIHAT DARI BUKU KIA DAN REKAM MEDIK BAYI DI PUSKESMAS PANDANARAN

INFORMASI IDENTIFIKASI				PEMANTAUAN BB Bayi (Kg)			KETE RANG AN**
NAMA BAYI	TANGGAL- BULAN- TAHUN LAHIR	UMUR BAYI (hari/ minggu/ bulan)	UMUR BAYI DIBERI ASI SAJA (hari/ minggu/ bulan)	Bulan ke			
				B B L	1	2	3
							[0] [1]
				4	5		

* Bagian ini harus diperoleh, lakukan konversi bila menggunakan penanggalan/ kalender lokal

**[0] BB kurang, bila kenaikan berat badan bayi kurang dari 500 gram per bulan, atau kurang dari berat lahir setelah bayi berumur 2 minggu, atau berat badan bayi mengalami penurunan >10% berat lahir pada bayi umur <2 minggu.

[1] BB cukup, bila kenaikan berat badan bayi ≥ 500 gram per bulan, atau berat badan bayi kembali pada berat lahir atau lebih setelah umur 2 minggu, atau berat badan bayi mengalami penurunan ≤10% berat lahir pada bayi umur <2 minggu.

Ucapkan terima kasih kepada ibu atas wawancaranya

Lampiran 5

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dwi Sartika Wijayanti
Tempat, Tanggal Lahir : Semarang, 30 Oktober 1981
Alamat : Jl. Ketileng Indah Blok H No. 73 RT 06/ RW 12
Kelurahan Sendangmulyo, Kecamatan Tembalang,
Semarang
Email : azkiya.widiyanti@gmail.com
Agama : Islam
Riwayat Pendidikan :
1. SDN Bangunharjo 1 Semarang : Tamat tahun 1993
2. SMPN 6 Semarang : Tamat tahun 1996
3. SMUN 5 Semarang : Tamat tahun 1999
4. Poltekkes Semarang Prodi Kebidanan : Tamat tahun 2002
Riwayat Pekerjaan :
1. AKBID ANNUR Purwodadi : Oktober 2002 s/d Januari 2003
2. BP/RB Enggal Waras Purwodadi : Januari 2003 s/d September 2003
3. RSI Sultan Agung Semarang : Oktober 2003 s/d Maret 2006
4. Puskesmas Miroto Semarang : Mei 2006 s/d sekarang