

ISSN: 2089 - 4686

2-TRIK : **TUNAS-TUNAS RISET KESEHATAN**



Diterbitkan Oleh:
Wahana Riset Kesehatan

Volume VI Nomor 3
Agustus 2016
Halaman: 99 - 147
ISSN: 2089 - 4686





2-TRIK:
TUNAS-TUNAS RISET KESEHATAN

Diterbitkan oleh:
WAHANA RISET KESEHATAN

Penanggungjawab:
Koekoeh Hardjito

Ketua Dewan Redaksi:
Heru Santoso Wahito Nugroho

Anggota Dewan Redaksi:
Sunarto
Subagyo
Tutiek Herlina
Sahrir Sillehu

Sekretariat:
Winarni
Nunik Astutik

Alamat:
Jl. Raya Danyang-Sukorejo
RT 05 RW 01 Desa Serangan Kecamatan
Sukorejo
Kabupaten Ponorogo
Telp. 085235004462, 081335718040
E-mail:
2trik2trik@gmail.com
Website:
<http://2trik.jurnalelektronik.com/index.php/2TRIK>

Penerbitan perdana: Desember 2011
Diterbitkan setiap tiga bulan
Harga per-eksemplar Rp. 30.000,00

PEDOMAN PENULISAN ARTIKEL

Kami menerima artikel asli berupa hasil penelitian atau tinjauan hasil penelitian kesehatan, yang belum pernah dipublikasikan, dilengkapi dengan: 1) surat ijin atau halaman pengesahan, 2) jika peneliti lebih dari 1 orang, harus ada kesepakatan urutan peneliti yang ditandatangani oleh seluruh peneliti. Dewan Redaksi berwenang untuk menerima atau menolak artikel yang masuk, dan seluruh artikel tidak akan dikembalikan kepada pengirim. Dewan Redaksi juga berwenang mengubah artikel, namun tidak akan mengubah makna yang terkandung di dalamnya. Artikel berupa karya mahasiswa (karya tulis ilmiah, skripsi, tesis, disertasi, dsb.) harus menampilkan mahasiswa sebagai peneliti utama.

Persyaratan artikel adalah sebagai berikut:

1. Diketik pada ukuran HVS A4 bermargin kiri, kanan, atas, dan bawah masing-masing 3,5 cm, dalam satu kolom, menggunakan huruf Arial 10, maksimum 10 halaman.
2. Naskah berupa softcopy diunggah di:
<http://2trik.jurnalelektronik.com/index.php/2TRIK>

Isi artikel harus memenuhi sistematika sebagai berikut:

1. Judul ditulis dengan ringkas dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris tidak lebih dari 14 kata, menggunakan huruf kapital dan dicetak tebal pada bagian tengah.
2. Nama lengkap penulis tanpa gelar ditulis di bawah judul, dicetak tebal pada bagian tengah. Di bawah nama ditulis institusi asal penulis.
3. Abstrak ditulis dalam Bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris. Judul abstrak menggunakan huruf kapital di tengah dan isi abstrak dicetak rata kiri dan kanan dengan awal paragraf masuk 1 cm. Di bawah isi abstrak harus ditambahkan kata kunci.
4. Pendahuluan ditulis dalam Bahasa Indonesia rata kiri dan kanan dan paragraf masuk 1 cm.
5. Metode Penelitian ditulis dalam Bahasa Indonesia rata kiri dan kanan, paragraf masuk 1 cm. Isi bagian ini disesuaikan dengan bahan dan metode penelitian yang diterapkan.
6. Hasil Penelitian ditulis dalam Bahasa Indonesia rata kiri dan kanan, paragraf masuk 1 cm. Kalau perlu, bagian ini dapat dilengkapi dengan tabel maupun gambar (foto, diagram, gambar ilustrasi dan bentuk sajian lainnya). Judul tabel berada di atas tabel dengan posisi di tengah, sedangkan judul gambar berada di bawah gambar dengan posisi di tengah.
7. Pembahasan ditulis dalam Bahasa Indonesia rata kiri dan kanan, paragraf masuk 1 cm. Pada bagian ini, hasil penelitian ini dibahas berdasarkan referensi dan hasil penelitian lain yang relevan.
8. Simpulan dan Saran ditulis dalam Bahasa Indonesia rata kiri dan kanan, paragraf masuk 1 cm.
9. Daftar Pustaka ditulis dalam Bahasa Indonesia, bentuk paragraf menggantung (baris kedua dan seterusnya masuk 1 cm) rata kanan dan kiri. Daftar Pustaka menggunakan Sistem Harvard.

Redaksi

PENGANTAR REDAKSI

Selamat bertemu kembali dengan 2-TRIK: Tunas-Tunas Riset Kesehatan pada Volume VI Nomor 3 bulan Agustus 2016. Kali ini kami sajikan sepuluh artikel hasil penelitian dalam bidang kesehatan dari berbagai penjuror tanah air. Kami menyampaikan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada para peneliti yang telah mempercayakan publikasi kepada jurnal ini dan semoga karya-karya yang telah terpublikasikan pada nomor ini dapat berkontribusi bagi kemajuan IPTEK kesehatan di tanah air kita.

Anda dapat mengunduh isi jurnal ini melalui <http://2trik.jurnalelektronik.com/index.php/2trik> atau dalam bentuk ringkas dapat dilihat di portal PDII LIPI. Selamat bersua kembali pada bulan November 2016 mendatang. Terimakasih.

Redaksi

DAFTAR JUDUL

- | | | |
|----|--|---------|
| 1 | HUBUNGAN POLA MAKAN DENGAN KEJADIAN BERAT BADAN DI BAWAH GARIS MERAH (BGM) PADA BALITA
Eni Subiastutik, Syiska Atik Maryanti | 99-102 |
| 2 | FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN RISIKO KEJADIAN PENYAKIT KUSTA (MORBUS HANSEN)
Riska Ratnawati | 103-109 |
| 3 | STIGMA DAN DISKRIMINASI ODHA DI KABUPATEN MADIUN
Heni Eka Puji Lestari | 110-114 |
| 4 | PERSEPSI IBU DALAM PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN PADA BAYI
Siti Maemonah, Ahmad Abi Lahabi | 115-119 |
| 5 | HUBUNGAN PAPARAN MEDIA DENGAN PRAKTEK PEMBERIAN SUSU FORMULA PADA BAYI
Eny Qurniyawati, Trimiati | 120-122 |
| 6 | PERAN KELAS IBU HAMIL DALAM KEBERHASILAN ASI EKSKLUSIF
Yeni Utami, Ardhining Westri | 123-127 |
| 7 | PERBEDAAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN BAYI USIA 6-9 BULAN YANG MENDAPAT DAN TIDAK MENDAPAT ASI EKSKLUSIF
Teta Puji Rahayu, Maria Retno Ambarwati | 128-131 |
| 8 | PENGARUH MENYUSUI DINI TERHADAP LAMANYA PENGELUARAN AIR SUSU IBU POST SECTIO CAESAREA
Yuni Retnowati, Doris Noviani, Susanti | 132-135 |
| 9 | HUBUNGAN DESKRIPSI PEKERJAAN, REVIEW KINERJA, PENGETAHUAN DAN PELATIHAN DENGAN KINERJA BIDAN PRAKTIK MANDIRI (BPM) DALAM PELAKSANAAN PELAYANAN ANTENATAL TERPADU
Nessi Meilan | 136-142 |
| 10 | PENGARUH KONSELING MENGGUNAKAN LEMBAR BALIK DAN LEAFLET TERHADAP KEPATUHAN IBU HAMIL MENGONSUMSI TABLET BESI
Niken Purbowati | 143-147 |

HUBUNGAN POLA MAKAN DENGAN KEJADIAN BERAT BADAN DI BAWAH GARIS MERAH (BGM) PADA BALITA

Eni Subiastutik

*(Prodi Kebidanan Jember, Poltekkes
Kemenkes Malang)*

Syiska Atik Maryanti

*(Prodi Kebidanan Jember, Poltekkes
Kemenkes Malang)*

ABSTRAK

Balita BGM yaitu berat badannya kurang menurut umur dengan melihat plot pada KMS berada pada garis merah atau dibawah garis merah. Salah satu faktor penyebabnya adalah pola makan. Di Puskesmas Wonosari pada tahun 2013 terdapat 76 kasus BGM, tahun 2014 meningkat menjadi 83 balita. Berdasarkan studi pendahuluan pada 10 ibu balita BGM didapatkan 6 (60%) orang mengatakan tidak mengetahui pola makan anaknya, dan tidak memberikan susu. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pola makan terhadap kejadian balita BGM usia 1-3 tahun di Desa Bendoarum Kecamatan Wonosari Kabupaten Bondowoso, menggunakan desain cross sectional. Populasi penelitian adalah ibu yang mempunyai balita usia 1-3 tahun sejumlah 27 orang, sampel dipilih dengan teknik total sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pola makan sesuai 8 (29,6%) dan tidak sesuai 19 (70,4%). Uji Chi Square menunjukkan χ^2 hitung (4,481) > χ^2 tabel (3,841), maka H_0 ditolak, yang berarti ada hubungan antara pola makan dengan kejadian BGM pada balita usia 1-3 tahun. Dengan demikian disimpulkan bahwa pola makan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian BGM pada balita. Untuk menurunkan kejadian BGM diharapkan puskesmas meningkatkan penyuluhan tentang gizi seimbang, khususnya gizi seimbang pada usia 1-3 tahun.

Kata kunci:

Pola Makan, Balita, BGM

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Anak usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif artinya anak menerima makanan dari apa yang disediakan ibunya. Dengan kondisi demikian sebaiknya anak diperkenalkan dengan berbagai bahan makanan. Anak usia prasekolah menjadi konsumen aktif artinya mereka sudah dapat memilih makanan yang disukai. Pada saat ini perilaku makan sangat dipengaruhi oleh keadaan psikologis, kesehatan dan sosial anak (Depkes RI, 2009). Pada masa ini, pertumbuhan fisik anak relatif lebih lambat dibandingkan dengan masa bayi, tetapi perkembangan motoriknya berjalan lebih cepat. Anak mengalami penurunan nafsu makan, sehingga tampak langsing dan berotot, dan anak mulai belajar jalan. Pada mulanya, anak berdiri tegak dan kaku, kemudian berjalan dengan berpegangan. Sekitar Usia enam belas bulan, anak mulai belajar berlari menaiki tangga, tetapi masih kaku (Nursalam, 2008).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2010 mencatat 35,7% anak Indonesia tergolong pendek akibat masalah gizi kronis (sekitar 7,3 juta anak Indonesia). Target Nasional anak balita dengan status gizi buruk harus kurang dari 15%, sedangkan anak balita dengan Bawah Garis Merah (BGM) harus kurang dari 30% (Dinkes Jatim, 2007). Berdasarkan Rekapitulasi Laporan Balita BGM Total Tahun 2012 Dinkes Bondowoso, jumlah total balita BGM dari 25 Puskesmas diperoleh 9330 balita BGM, dengan jumlah rata-rata 778 balita BGM. Untuk Puskesmas wonosari pada Tahun 2011 terdapat 76 kasus BGM, dan pada Tahun 2012 terdapat peningkatan menjadi 83 balita BGM di wilayah kerja Puskesmas Wonosari. Dari 12 desa di Wonosari, desa Bendoarum memiliki jumlah tertinggi yaitu 21 balita BGM (9,7%) dari total balita 216 balita, dengan target <5%, dan BGM pada usia 1-3 tahun sejumlah 14 balita.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Wonosari, pada 10 ibu balita BGM di dapatkan 6 orang ibu balita BGM (60%) mengatakan dalam pemberian praktek makanan ibu tidak menjadwal anak untuk makan, ibu memberikan makanan sesuai yang di inginkan anak, ibu membiarkan saja anak tidak mau makan, dan ada yang

mengatakan ibu tidak memberikan susu karena faktor ekonomi keluarga, bahkan jika mendapat bantuan susu nenek menjualnya karena khawatir terbiasa dengan susu.

Kurang gizi menyebabkan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan fisik maupun mental, mengurangi tingkat kecerdasan, kreatifitas dan produktifitas penduduk. Timbulnya krisis ekonomi yang berkepanjangan telah menyebabkan penurunan kegiatan produksi yang drastis akibatnya lapangan kerja berkurang dan pendapatan perkapita turun. Hal ini jelas berdampak terhadap status gizi dan kesehatan masyarakat karena tidak terpenuhinya kecukupan konsumsi makanan dan timbulnya berbagai penyakit infeksi akibat lingkungan hidup yang tidak sehat.

Berbagai faktor langsung dan tidak langsung penyebab gizi kurang, berkaitan dengan pokok masalah yang ada di masyarakat dan akar masalah yang bersifat nasional. Akar masalah krisis ekonomi keluarga, dan pokok masalah di masyarakat antara lain berupa kemiskinan, kurang pendidikan, kurang keterampilan. Sehingga menyebabkan faktor yang menjadi penyebab tidak langsung yang mendasari masalah kekurangan gizi pada level keluarga adalah persediaan pangan di rumah, pola asuh/ perawatan anak dan akses pelayanan Kesehatan, dan faktor yang menjadi penyebab langsung yaitu asupan makanan yang tidak cukup dan penyakit infeksi (Supriasa, 2012).

Pemerintah telah melaksanakan berbagai upaya guna menanggulangnya. Salah satu upaya yang telah direalisasikan adalah Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan untuk balita gizi buruk. Pemberian makanan tambahan pemulihan ini diharapkan dapat memperbaiki status gizi balita gizi buruk. Pemberian Makanan Tambahan yang optimal dapat menjadikan hal yang signifikan dalam tumbuh kembang anak. Dalam hal ini sasaran PMT ini di tujukan pada bayi yang kekurangan akan gizi atau bayi gizi buruk BGM (Bawah Garis Merah).

Penanggulangan balita gizi buruk diharapkan ditingkatkan dengan penjangkauan kasus, rujukan dan perawatan gratis di Puskesmas maupun Rumah sakit, PMT serta upaya-upaya lain yang bersifat *Rescue*. Dalam pemberian PMT diberikan kepada masyarakat miskin yang

mempunyai balita yang diberikan makanan tambahan berupa hasil pengolahan pabrik atau olahan rumah tangga selama 90 hari. Tujuan pemberian PMT mempertahankan dan memperbaiki status gizi balita dari keluarga miskin (Depkes RI, 2006). Upaya penanggulangan yang dilakukan Puskesmas Wonosari yaitu pemberian PMT jenis susu indomilk, dan MP-ASI Biskuit.

Orang tua sebaiknya selalu memberikan perhatian khusus tentang makanan anak. Pola makan yang baik selalu mengacu kepada gizi seimbang yaitu terpenuhinya semua zat gizi sesuai dengan kebutuhan dan seimbang.

Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara pola makan dengan kejadian BGM pada balita usia 1-3 tahun di Desa Bendoarum Kecamatan Wonosari Kabupaten Bondowoso.

METODE PENELITIAN

Pada penelitian ini, desain yang digunakan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah ibu yang mempunyai balita usia 1-3 tahun di Desa Bendoarum Kecamatan Wonosari sebanyak 27 orang. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*. Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus 2015 di Desa Bendoarum Kecamatan Wonosari, Kabupaten Bondowoso. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner untuk pola makan, dan lembar observasi untuk BGM. Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan rumus *chi square*.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi pekerjaan ibu balita

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
Tidak bekerja	24	89,9%
Bekerja	3	10,1%
Jumlah	27	100%

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu tidak bekerja (89,9%).

Tabel 2. Distribusi jumlah anggota keluarga

Anggota Keluarga	Jumlah	Persentase
3 orang	10	37,0%
4 orang	14	51,9%
5 orang	2	7,4%
> 5 orang	1	3,7%
Jumlah	27	100%

Tabel 2 menunjukkan bahwa mayoritas keluarga mempunyai anggota keluarga 4 orang (51,9%).

Tabel 3. Distribusi penghasilan keluarga

Penghasilan	Jumlah	Persentase
< 946.000,-	20	74,1%
≥ 946.000,-	7	25,9%
Jumlah	27	100%

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga berpenghasilan <946.000,- rupiah per bulan.

Tabel 4. Distribusi jenis kelamin anak

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki-laki	18	66,7%
Perempuan	9	33,3%
Jumlah	27	100%

Tabel 4 menunjukkan bahwa mayoritas anak berjenis kelamin laki-laki (66,7%).

Tabel 5. Distribusi pola makan balita BGM

Pola Makan	Jumlah	Persentase
Tidak Sesuai	19	70,4%
Sesuai	8	29,6%
Jumlah	27	100%

Tabel 5 menunjukkan bahwa mayoritas anak memiliki pola makan balita yang tidak sesuai (70,4%).

Hasil uji Chi Square menunjukkan bahwa χ^2 hitung > χ^2 tabel (4,481 > 3,841) sehingga disimpulkan bahwa ada hubungan antara pola makan dengan kejadian BGM pada balita usia 1-3 tahun di Desa Bendoarum Kecamatan Wonosari, Kabupaten Bondowoso.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pola makan balita tidak sesuai. Pengertian pola makan pada dasarnya mendekati pengertian diet dalam ilmu gizi. Diet diartikan sebagai pengaturan jumlah dan jenis makanan yang dimakan agar seseorang tetap sehat (Husada, 2009). Menurut (Budianto, 2009), jumlah Porsi Makan Yang Dianjurkan untuk satu hari pada Balita Usia 1-3 tahun, terdiri dari Nasi dengan jumlah $1\frac{1}{2}$ x 200 gr atau $1\frac{1}{2}$ piring,

Lauk dengan jumlah $\frac{1}{2}$ x 50 g ikan (1 potong ikan), 2 x 25 g tempe (2 ptg tempe), sayuran dengan jumlah 1 x 100 g ($\pm$ 1 gelas minum belimbing sayur campuran), buah dengan jumlah 2 x 100 gr buah (2,5 buah pisang ukuran sedang, 2 ptg pepaya), dan susu 1 x 200 (1 gelas susu sapi, 1 gelas susu kental manis), (ASI diberikan sampai usia 6 bulan).

Frekuensi makan balita 3-4x perhari makanan berat, camilan 2x perhari dan ASI kapan saja (Witjaksono, 2012).

Teori sesuai dengan hasil penelitian dimana sebagian besar dari ibu memberikan makan tidak sesuai dengan komposisi, jumlah, dan frekuensi yang dianjurkan untuk anak usia 1-3 tahun. Berdasarkan hasil jawaban kuesioner ibu hanya memberikan makanan nasi dan tempe/ tahu dari 5 komposisi makanan. Sayur, lauk hewani, buah dan susu tidak diberikan, dan ibu yang memberikan makanan sesuai komposisi 5 makanan, namun kurang dalam jumlah pemberiannya, seperti sayuran < $\frac{1}{2}$ gelas belimbing sayur, buah pisang <2,5 ukuran sedang, pepaya <2 ptg pepaya dan susu < 1 gelas susu kental manis, serta ASI diberikan sampai usia <6 bulan. Dan frekuensi makan hanya menyesuaikan keinginan anak. Hal ini disebabkan pengetahuan ibu yang kurang yang dbuktikan dengan hasil penelitian sebagian besar ibu berpendidikan Sekolah Dasar. Seperti yang dijelaskan dalam teori dimana Bagi keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah menerima informasi kesehatan khususnya di bidang gizi, sehingga dapat menambah pengetahuannya dan mampu menerapkan dalam kehidupan sehari-hari. Hal tersebut membuktikan tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

Pola makan yang sesuai dengan pendidikan sekolah dasar dimungkinkan responden memperoleh informasi melalui media cetak, elektronik, poster, buku petunjuk dan lain-lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu tidak bekerja (IRT). Pekerjaan seorang ibu dapat memberikan pemahaman yang lebih dalam pola makan anak. Pengetahuan pada ibu yang bekerja cenderung lebih baik bila dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Hal ini disebabkan karena ibu yang bekerja memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi termasuk mendapatkan

informasi tentang pola makan yang baik. Ibu yang bekerja mempunyai lingkungan yang lebih luas sehingga informasi yang didapatpun lebih banyak, sedangkan bagi ibu yang tidak bekerja apabila informasi dari lingkungannya kurang maka pengetahuannya pun kurang, apalagi bila ibu tersebut tidak aktif dalam mengikuti berbagai kegiatan kesehatan maka informasi yang diterimanya akan lebih sedikit.

Sebagian besar keluarga berpenghasilan <946.000 perbulan. Pilihan seseorang terhadap jenis dan kualitas makanan turut dipengaruhi oleh status sosial dan ekonomi. Sebagai contoh, orang kelas menengah ke bawah atau orang miskin di desa tidak sanggup membeli makanan jadi, daging, buah dan sayuran yang mahal. Pendapatan akan membatasi seseorang untuk mengkonsumsi makanan yang mahal harganya.

Sebagian besar balita memiliki pola makan tidak sesuai dan dibuktikan bahwa ada hubungan antara pola makan dengan kejadian BGM pada balita. Menurut Witjaksono (2012), asupan gizi yang berkualitas dan berimbang dapat diperoleh dari pola makan yang baik dan benar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pola makan merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian BGM. Apabila pola makan tidak sesuai maka diasumsikan konsumsi makanan akan tidak baik pula sehingga menimbulkan status gizi yang kurang. Pola makan yang diterapkan dalam kehidupan sehari-hari mempengaruhi status gizi. Pada umumnya balita dengan pola makan sesuai biasanya memiliki status gizi yang baik pula karena pola makan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi. Sebaliknya balita yang pola makannya tidak sesuai maka status gizinya kurang.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian ditarik kesimpulan bahwa kejadian BGM pada balita di Desa Bendoarum Kecamatan Wonosari, Kabupaten Bondowoso berhubungan dengan pola makan anak. Oleh karena itu diajukan beberapa saran yaitu:

1. Diharapkan masyarakat khususnya orang tua yang mempunyai balita usia 1-3 tahun berperan aktif untuk memperoleh pengetahuan tentang gizi balita, dan gambaran pola makan balita

usia 1-3 tahun, serta mampu menyiapkan menu seimbang dalam kehidupan sehari-hari.

2. Diharapkan puskesmas menjadikan hasil penelitian ini sebagai pertimbangan dalam penyusunan strategi lebih lanjut sehingga dapat menurunkan insiden BGM, dengan melakukan penyuluhan tentang gizi seimbang, khususnya gizi seimbang pada usia 1-3 tahun, dan diharapkan tenaga kesehatan lebih aktif memantau status gizi balita, sehingga saat menemukan balita BGM dapat langsung di tangani dengan pemberian PMT, serta memonitoring pelaksanaan pemberian PMT.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. (2006). buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk Buku I. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Husada, S. (2009). Pola Makan. <http://puskesmas-oke.com/2009/01/pola-makan-1.html>.
- Budianto A.K. (2009). Dasar - Dasar Ilmu Gizi. Malang: UMM Press
- Nursalam. (2008). Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Supariasa. (2002). Penilaian Status Gizi. Jakarta: EGC.
- Witjaksono, F. (2012). Pola Makan Sehat pada Anak. <http://www.anakku.net/pola-makan-sehat-pada-anak.html>: diakses tanggal 29 Nopember 2013. (<http://www.pareting.co.id>) diakses pada 26 Nov 2013

**FAKTOR-FAKTOR YANG
BERHUBUNGAN DENGAN RISIKO
KEJADIAN PENYAKIT KUSTA (MORBUS
HANSEN)**

Riska Ratnawati
(Prodi Kesehatan Masyarakat,
Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun)

ABSTRAK

Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban penyakit kusta yang tinggi. Pada tahun 2013 jumlah kasus kusta baru sebanyak 16.856 kasus dan jumlah kecacatan tingkat 2 di antara penderita kusta sebanyak 9,86%. Banyaknya kasus kusta di daerah endemik yang terjadi tanpa adanya kontak langsung dengan penderita kusta memungkinkan adanya sumber penularan di luar manusia seperti lingkungan dan hewan yang dapat menyebabkan kejadian kusta. Faktor geografi, etnik atau suku dan sosial ekonomi (pendidikan dan pekerjaan) diduga dapat mempengaruhi kejadian kusta. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan resiko kejadian penyakit kusta (Morbus Hansen) di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bringin Kabupaten Ngawi. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari hingga Maret 2016 menggunakan rancang bangun penelitian case control study. Lokasi penelitian di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bringin Kabupaten Ngawi. Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita kusta yang terdaftar dalam anggota Paguyuban Budi Utomo di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bringin Kabupaten Ngawi tahun 2015. Sampel sejumlah 36 orang yang terdiri dari 18 orang kelompok kasus dan 18 orang kelompok kontrol. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan uji chi square. Variabel yang merupakan faktor risiko penyakit kusta adalah kondisi sanitasi rumah meliputi kondisi dinding rumah, kondisi lantai rumah, jamban sehat dan karakteristik masyarakat meliputi pendidikan dan riwayat kontak.

Kata kunci:
Kusta, Faktor Resiko

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Program pengobatan penyakit kusta dengan *Multi Drugs Therapy* (MDT) secara nasional telah dilakukan di seluruh Indonesia selama lebih dari 20 tahun, namun masih terus bermunculan kasus penyakit kusta baru. Seharusnya pengobatan yang bersifat bakterisidal dapat memutuskan rantai penularan penyakit kusta, karena sumber penularan yakni penderita penyakit kusta telah diobati. Menurut Cree & Smith (1998) salah satu kemungkinan faktor penularan lain adalah sumber diluar manusia yang menyebabkan kontrol, eliminasi dan eradikasi penyakit kusta pada manusia menjadi sulit.

Menurut Blum, lingkungan merupakan faktor penyumbang terbesar kejadian penyakit. Lingkungan dapat menjadi tempat berkembang biaknya berbagai bakteri, termasuk bakteri penyakit kusta. Rumah merupakan bagian dari lingkungan fisik yang dapat mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Rumah yang menjadi tempat tinggal harus memenuhi syarat kesehatan seperti memiliki jamban yang sehat, sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah, ventilasi rumah yang baik, pencahayaan yang cukup, kepadatan hunian rumah yang sesuai dan lantai rumah yang terbuat bukan dari tanah.

Sepanjang tahun 2013, Kementerian Kesehatan RI mencatat 16.825 kasus kusta baru, dengan angka kecacatan 6,82 per 10.000 penduduk. Angka ini menempatkan Indonesia di peringkat ketiga dunia dengan kasus baru penyakit kusta setelah India (134.752 kasus) dan Brasil (33.303 kasus). Tahun 2014 Jawa Timur memiliki penderita baru sebesar 4.119 kasus dengan Prevalensi Rate (PR) 1.07 per 10.000 penduduk. Kabupaten Ngawi merupakan salah satu kabupaten di Jawa Timur dengan jumlah penderita penyakit kusta terbanyak ke-16 dari 38 kabupaten/kota di Jawa Timur (Kemenkes RI, 2015).

Jumlah penderita penyakit kusta di Ngawi cepat meningkat karena sebagian besar adalah tipe *Multi Basiller* (MB) yang bisa menular. Berdasarkan Data Pokok Program Kusta Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi 2015, jumlah penderita penyakit kusta sebanyak 57 kasus dengan prevalensi Rate (PR) 1,01 per 10.000

penduduk. Kecamatan Bringin khususnya wilayah kerja UPTD Puskesmas Bringin merupakan daerah dengan prevalensi penyakit kusta tertinggi kedua pada tahun 2015 yaitu sebesar 18 kasus dengan prevalensi rate (PR) 5.97 per 10.000 penduduk (Dinkes Kab. Ngawi, 2015).

Cakupan rumah sehat di Kecamatan Bringin Ngawi pada tahun 2015 adalah 29,0 persen sedangkan target cakupan rumah sehat yang ditetapkan adalah 75 persen. Persentasi keluarga di Kabupaten Ngawi yang memiliki akses air bersih sebesar 59.5 persen. Angka cakupan rumah dan persentasi keluarga yang memiliki sarana air bersih masih tergolong rendah. Hal ini mungkin dapat menyebabkan berbagai penyakit menular yang melalui air masih banyak terjadi di Kabupaten Ngawi (Dinkes Kab. Ngawi, 2015).

Berdasarkan *Report of the International Leprosy Association Technical Forum* di Paris pada 22-28 Februari 2002 dilaporkan adanya *M.leprae* pada debu, air untuk mandi dan mencuci di rumah penderita. Perlunya kondisi fisik rumah yang memenuhi syarat kesehatan agar dapat mencegah penyebaran *M. leprae* di lingkungan. Kondisi fisik rumah mencakup jenis bahan bangunan rumah dan lokasi rumah seperti jenis dinding, lantai dan atap. Jenis bahan bangunan rumah akan mempengaruhi peresapan air dan jumlah debu dalam rumah. Menurut Ehler dan Stee, sanitasi sebagai pencegahan penyakit dengan cara menghilangkan atau mengawasi faktor-faktor lingkungan yang berkaitan dengan mata rantai perpindahan penyakit. Sanitasi rumah yang perlu ditingkatkan untuk mencegah penyebaran bakteri kusta antara lain pengadaan jamban rumah tangga yang sehat, sarana air bersih yang memenuhi syarat, sarana pembuangan limbah, ventilasi dan pencahayaan yang baik serta kepadatan hunian yang sesuai.

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan resiko kejadian penyakit kusta (*Morbus Hansen*) di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bringin Kabupaten Ngawi

METODE PENELITIAN

Lokasi penelitian *case control* ini adalah wilayah kerja UPTD Puskesmas Bringin

Ngawi. Populasi penelitian adalah semua penderita kusta yang terdaftar dalam anggota Paguyuban Budi Utomo di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bringin Kabupaten Ngawi tahun 2015. Besar populasi kasus = 18 orang, kontrol = 36 orang. Besar sampel kasus = 18 penderita (total sampling) dan perbandingan kasus: kontrol adalah 1:2.

Variabel bebas penelitian adalah faktor resiko kejadian kusta yaitu sanitasi perumahan (kondisi atap rumah, kondisi dinding rumah, kondisi lantai rumah, kondisi jendela rumah, kepadatan hunian rumah, ventilasi rumah, pencahayaan rumah, sarana air bersih, jamban sehat, sarana pembuangan air limbah serta sarana pembuangan sampah) dan karakteristik masyarakat (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan riwayat kontak). Variabel terikat adalah penularan penyakit kusta.

Instrumen penelitian adalah kuesioner. Analisis data menggunakan uji *chi square*.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Hasil Uji Hipotesis Hubungan Sanitasi Perumahan dengan Kejadian Kusta di UPTD Puskesmas Bringin

No	Variabel	Sig	OR	95 % CI
A	Sanitasi perumahan	0,002	7,857	1,920-32,154
1.	Kondisi atap rumah	0,111	2,800	0,770-10,183
2.	Kondisi dinding rumah	0,007	5,500	1,503-20,133
3.	Kondisi lantai rumah	0,001	8,846	2,151-36,376
4.	Kondisi jendela rumah	1,000	1,000	0,085-11,823
5.	Kepadatan hunian rumah	0,610	2,059	0,121-34,948
6.	Ventilasi rumah	0,076	7,000	0,673-72,858
7.	Pencahayaan rumah	0,620	2,059	0,121-34,948
8.	Sarana air bersih	0,620	0,700	0,170-2,882
9.	Jamban sehat	0,007	5,179	1,494-17,953
10.	Sarana pembuangan air limbah	0,118	2,500	0,784-7,971
11.	Sarana pembuangan sampah	0,430	0,625	0,192-2,034

Keterangan : Signifikan = (p<0,05)

Sanitasi perumahan memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian kusta (p -value < 0.05), nilai OR sanitasi perumahan sebesar 7,857 yang berarti sanitasi perumahan merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian penyakit kusta dan peluang orang yang tinggal di rumah dengan sanitasi perumahan yang tidak sehat tertular penyakit kusta 7,857 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang tinggal dengan kondisi sanitasi perumahan yang sehat.

Kondisi atap rumah tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta (p -value > 0.05), nilai OR kondisi atap rumah sebesar 2,800 dengan CI 95% 0,770-10,183 yang berarti kondisi atap rumah bukan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta.

Kondisi dinding rumah memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta (p -value < 0.05), nilai OR kondisi dinding rumah sebesar 5,500 yang berarti kondisi dinding rumah merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta dan peluang orang yang tinggal di rumah dengan dinding yang tidak sehat tertular penyakit kusta 5,500 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang tinggal dengan kondisi dinding rumah yang sehat.

Kondisi lantai rumah memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta (p -value < 0.05), nilai OR kondisi lantai rumah sebesar 8,846 yang berarti kondisi lantai rumah merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta dan peluang orang yang tinggal di rumah dengan lantai yang tidak sehat tertular penyakit kusta 8,846 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang tinggal dengan kondisi lantai rumah yang sehat.

Kondisi jendela rumah tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta (p -value > 0.05), nilai OR kondisi jendela sebesar 1,000 yang berarti kondisi jendela rumah bukan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta.

Kepadatan hunian rumah tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta (p -value > 0.05), nilai OR kepadatan hunian = 2,059 yang berarti kepadatan hunian rumah bukan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta.

Ventilasi rumah tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta (p -value > 0.05), nilai OR kepadatan hunian sebesar 7,000 yang

berarti ventilasi rumah bukan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta.

Pencahayaannya rumah tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian kusta (p -value > 0.05), nilai OR kepadatan hunian sebesar 2,059 yang berarti pencahayaannya rumah bukan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta.

Sarana air bersih tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta (p -value > 0.05), nilai OR kepadatan hunian sebesar 0,700 yang berarti sarana air bersih bukan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta.

Jamban sehat memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta (p -value < 0.05), nilai OR kondisi lantai rumah sebesar 5,179 yang berarti jamban yang sehat merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta dan peluang orang yang tinggal di rumah dengan jamban yang tidak sehat tertular penyakit kusta 5,179 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang tinggal dengan jamban rumah yang sehat.

Sarana pembuangan air limbah tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta (p -value > 0.05), nilai OR SPAL sebesar 2,500 yang berarti SPAL bukan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta.

Sarana pembuangan sampah tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian kusta (p -value > 0.05), nilai OR sarana pembuangan sampah sebesar 0,625 yang berarti sarana pembuangan sampah bukan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta.

Tabel 2. Hasil Uji Hipotesis Hubungan Karakteristik Masyarakat dengan Kejadian Kusta di UPTD Puskesmas Bringin

No	Variabel	Sig	OR	95 % CI
B Karakteristik masyarakat				
1.	Umur	0,620	0,700	0,170-2,882
2.	Jenis kelamin	0,620	0,700	0,170-2,882
3.	Pendidikan	0,020	4,375	1,203-15,911
4.	Pekerjaan	0,121	4,857	0,558-42,304
5.	Pendapatan	0,037	7,480	0,882-63,438
6.	Riwayat kontak	0,000	28,000	6,114-128,223

Keterangan: Signifikan = ($p < 0,05$)

Umur tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta ($p\text{-value} > 0.05$), nilai OR umur sebesar 0,700 yang berarti umur bukan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta.

Jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta ($p\text{-value} > 0.05$), nilai OR umur sebesar 0,700 yang berarti jenis kelamin bukan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta.

Tingkat pendidikan memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta ($p\text{-value} < 0.05$), nilai OR tingkat pendidikan sebesar 4,375 yang berarti tingkat pendidikan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta dimana orang yang berpendidikan rendah berpeluang terjangkit penyakit kusta 4,375 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang berpendidikan tinggi.

Pekerjaan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta ($p\text{-value} > 0.05$), nilai OR kondisi lantai rumah sebesar 4,968 yang berarti pekerjaan bukan merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta.

Pendapatan memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta ($p\text{-value} < 0.05$), OR pendapatan sebesar 7,480 yang berarti pendapatan merupakan faktor risiko penyakit kejadian kusta.

Riwayat kontak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta ($p\text{-value} < 0.05$), nilai OR riwayat kontak sebesar 28,000 yang berarti riwayat kontak merupakan faktor risiko kejadian penyakit kusta dan peluang orang yang mempunyai riwayat kontak dengan penderita penyakit kusta tertular penyakit kusta 28,000 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang tidak mempunyai riwayat kontak dengan penderita kusta.

PEMBAHASAN

Hubungan Sanitasi Perumahan dengan Kejadian penyakit Kusta

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara sanitasi perumahan dengan kejadian penyakit kusta. Peluang orang yang tinggal dengan sanitasi rumah yang tidak sehat tertular penyakit kusta 7,857 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang tinggal dengan kondisi sanitasi yang sehat. Pada penelitian ini dari variabel

sanitasi perumahan yang meliputi: kondisi atap rumah, kondisi dinding rumah, kondisi lantai rumah, kondisi jendela rumah, kepadatan hunian, ventilasi rumah, pencahayaan rumah, sarana air bersih, jamban sehat, sarana pembuangan air limbah dan sarana pembuangan sampah di dapatkan hasil yang bervariasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari variabel kondisi fisik rumah yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan kejadian penyakit kusta adalah kondisi dinding dan lantai rumah. Dari penelitian diketahui bahwa kondisi dinding yang tidak memenuhi syarat kesehatan berpeluang tertular penyakit kusta 5,500 kali lebih besar dibandingkan dengan rumah yang mempunyai dinding yang memenuhi syarat kesehatan. Begitu pula dengan lantai rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan berpeluang tertular penyakit kusta 8,846 lebih besar dibandingkan dengan rumah yang mempunyai lantai memenuhi syarat kesehatan. Sedangkan untuk atap, jendela, ventilasi, kepadatan hunian dan pencahayaan secara statistik tidak ada hubungan yang signifikan dengan kejadian penyakit kusta.

Hasil penelitian dari variabel jamban sehat menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara jamban yang memenuhi syarat dengan kejadian penyakit kusta. Ini berarti bahwa jamban merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan penularan penyakit kusta. Jamban yang tidak memenuhi syarat kesehatan berpeluang menularkan penyakit kusta 5,179 kali lebih besar dibandingkan dengan jamban yang memenuhi syarat kesehatan. Sedangkan sarana air bersih, sarana pembuangan air limbah, dan sarana pembuangan sampah tidak terdapat hubungan yang signifikan. Ini berarti bahwa sarana air bersih, sarana pembuangan air limbah dan sarana pembuangan sampah bukan merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan penularan penyakit kusta.

Kondisi fisik rumah di beberapa desa di Kecamatan Bringin Kabupaten Ngawi masih banyak yang belum memenuhi syarat kesehatan, khususnya dinding, lantai dan jamban. Masyarakat masih banyak yang mempunyai rumah dengan dinding yang tidak kedap air, berlantai tanah yang berdebu dan menggunakan jamban yang bukan leher angsa, tidak tertutup bahkan

masih ada yang buang air besar di sungai. Berdasarkan Kepmenkes No. 829 tahun 1999 tentang Persyaratan Kesehatan perumahan bahwa dinding perumahan yang memenuhi syarat kesehatan adalah yang terbuat dari bahan permanen / tembok / batu bata yang plester /papan yang kedap air. Lantai yang memenuhi syarat kesehatan adalah lantai yang terbuat dari ubin/ keramik/ papan yang kedap air dan tidak berdebu. Sedangkan jamban yang memenuhi syarat kesehatan adalah jamban yang berleher angsa dengan *septic tank*.

Dinding dan lantai rumah yang berdebu merupakan salah satu faktor lingkungan yang diduga kuat menjadi sumber penularan di daerah-daerah endemik, dibuktikan dengan banyaknya kasus-kasus baru di daerah endemik yang tidak jelas riwayat kontak dengan penderita kusta. Selain itu beberapa hasil penemuan *Report of the International Leprosy Association Technical Forum* melaporkan bahwa ditemukan adanya *Mycobacterium leprae* pada debu, air untuk mandi dan mencuci di rumah penderita kusta yang dibuktikan dengan pemeriksaan Polymerase Chain Reactin (PCR). Untuk menanggulangi hal ini sebaiknya mengambil kebijakan strategis, yaitu memperbaiki kondisi fisik dan sanitasi perumahan khususnya rumah penderita kusta. Hal yang mungkin dapat dilakukan antara lain kerjasama sama antar lintas sektoral yaitu dengan pihak penyelenggara pembangun desa (PNPM Mandiri) agar lebih meprioritaskan pembangunan rumah sehat untuk penderita kusta agar dapat memutus sumber penularan utamanya. Kebanyakan masyarakat di Kecamatan Bringin masih belum tahu tentang pentingnya membangun rumah yang memenuhi syarat kesehatan. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Gordis yang menyatakan penyakit dapat terjadi karena adanya hubungan antara penjamu, penyebab penyakit dan lingkungan.

Untuk menanggulangi hal ini sebaiknya mengambil kebijakan strategis, yaitu memperbaiki kondisi fisik dan sanitasi perumahan khususnya rumah penderita kusta. Hal yang mungkin dapat dilakukan antara lain kerjasama sama antar lintas sektoral yaitu dengan pihak penyelenggara pembangun desa (PNPM Mandiri) agar lebih meprioritaskan pembangunan rumah sehat untuk penderita kusta agar dapat memutus sumber penularan utamanya.

Kebanyakan masyarakat di Kecamatan Bringin masih belum tahu tentang pentingnya membangun rumah yang memenuhi syarat kesehatan. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Gordis yang menyatakan penyakit dapat terjadi karena adanya hubungan antara penjamu penyebab penyakit dan lingkungan.

Hubungan umur dengan kejadian kusta

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kejadian penyakit kusta. Usia bukan merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian penyakit kusta di Kecamatan Bringin Kabupaten Ngawi. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian dengan metode *case control* yang dilakukan di Kabupaten Cirebon yang menyimpulkan penderita yang berumur 0-14 tahun dan lebih dari 14 tahun tidak berhubungan dengan kejadian penyakit kusta.

Menurut Depkes RI (2007), penyakit kusta dapat menyerang semua golongan umur dari 3 minggu sampai lebih dari 70 tahun, namun yang terbanyak adalah golongan umur muda (0-14 tahun) dan produktif (15-64 tahun). Hal ini sesuai dengan kondisi di UPTD Puskesmas Bringin bahwa penderita penyakit kusta yang masuk dalam golongan umur dewasa (≥ 17 tahun) sebesar 100%.

Hubungan jenis kelamin dengan Kejadian penyakit kusta

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kejadian penyakit kusta. Jenis Kelamin bukan merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian penyakit kusta di Kecamatan Bringin Kabupaten Ngawi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan di Kabupaten Brebes yang menyimpulkan bahwa jenis kelamin bukan merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian penyakit kusta (Prawoto, 2008).

Menurut Depkes RI (2007), penyakit kusta dapat menyerang laki-laki maupun perempuan. Berdasarkan laporan, sebagian besar Negara di dunia kecuali di beberapa Negara Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak terserang penyakit kusta dari pada perempuan. Rendahnya kejadian penyakit kusta pada

perempuan kemungkinan karena faktor lingkungan atau biologi. Seperti penyakit menular lainnya laki-laki lebih banyak terpapar dengan faktor risiko sebagai akibat gaya hidupnya.

Hal ini bertolak belakang dengan penititan ini, kemungkinan besar penyebabnya adalah perbandingan antara jumlah responden laki-laki tidak seimbang, sehingga homogenitas sampel nya kurang memenuhi syarat penelitian.

Hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian penyakit kusta

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermkana antara tingkat pendidikan dengan kejadian penyakit kusta. Peluang orang dengan pendidikan rendah tertular penyakit kusta 4,375 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang berpendidikan tinggi. Tingkat pendidikan masyarakat di Kecamatan Bringin Kabupaten Ngawi dari waktu ke waktu memang semakin meningkat, tetapi di daerah-daerah yang terpencil dan jauh dari kota tingkat pendidikan masih banyak yang rendah

Menurut Skinner, perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus rangsangan dari luar. Perilaku masyarakat merupakan hal penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Kebiasaan menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitar akan melindungi diri dari berbagai jenis penyakit. Perilaku hidup bersih dan sehat dapat mencegah perkembangan penyakit.

Upaya yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan adalah meningkatkan sosialisasi tentang kebersihan secara umum dan tentang kusta khususnya. Perlunya ditanamkan kesadaran tentang pendidikan umum dan kesehatan pada usia dini, sehingga dapat menciptakan penerus yang berpendidikan dan sehat. Hasil penelitian sebelumnya menyatakan tingkat pendidikan rendah akan meningkatkan risiko 3,169 kali lebih besar tidak patuh berobat dibandingkan dengan pendidikan tinggi (Norlatifah, 2010).

Hubungan antara pekerjaan dengan kejadian penyakit kusta

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kejadian penyakit kusta. Pekerjaan

bukan merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian penyakit kusta di Kecamatan Bringin Kabupaten Ngawi. Pekerjaan masyarakat di Kecamatan Bringin mayoritas sebagai petani karena masih luasnya wilayah sawah dan ladang. Sosial ekonomi yang rendah dimasyarakat meningkatkan banyaknya orang yang putus sekolah, karena diharuskan bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup. Rendahnya tingkat pendidikan sebagian besar masyarakat akan mengalami kesulitan untuk mendapatkan pekerjaan yang layak. Hasil penelitian serupa di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan, menunjukkan hasil bahwa pekerjaan bukan merupakan faktor risiko kejadian kusta (Norlatifah, 2010).

Hubungan pendapatan dengan kejadian penyakit kusta

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik ada hubungan yang signifikan antara pendapatan dengan kejadian penyakit kusta. Di wilayah Kecamatan Bringin sebagian besar tingkat sosial ekonominya adalah menengah ke bawah. Ini dikarenakan sebagian besar masyarakatnya bermata pencaharian sebagai petani, dimana ekonomi yang didapat bergantung segalanya terhadap sawah ataupun ladang. Selain itu lokasi yang jauh dari kota juga memegang peranan penting dalam kemajuan desa yang berdampak pada besarnya pendapatan.

Masyarakat dengan pendapatan yang rendah, biasanya pemenuhan gizinya kurang, hal ini menyebabkan rendahnya sistem imunitas dari tubuh, sehingga mudah tertular olehmbibit penyakit. Selain itu rendahnya pengetahuan tentang kesehatan akan menurunkan status kesehatan lingkungannya sehingga status kesehatanya juga mengalami penurunan (Soemirat, 2009).

Hubungan antara riwayat kontak dengan kejadian penyakit kusta

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara riwayat kontak dengan kejadian penyakit kusta. Peluang orang dengan riwayat kontak serumah tertular penyakit kusta 28,000 kali lebih besar dibandingkan dengan tidak ada riwayat

kontak serumah. Karakteristik masyarakat di Kecamatan Bringin Kabupaten Ngawi yang memiliki tingkat keakraban yang tinggi terhadap keluarga dan tetangga. Kebiasaan masyarakat bertemu dan berbincang dengan keluarga dan tetangga memungkinkan adanya kontak dengan penderita kusta yang belum diketahui.

Riwayat kontak dengan penderita sebelumnya merupakan sumber penularan utama dan dapat menyebabkan kejadian penyakit kusta jika terjadi kontak yang dekat atau akrab, terus menerus dalam waktu yang lama dan orang yang rentan dengan *Mycobacterium leprae*. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan kontak dengan penderita kusta yang berasal dari keluarga inti lebih berisiko tertular penyakit kusta dibandingkan dengan penderita yang tinggal satu atap tetapi bukan keluarga inti atau tetangga (Norlatifah, 2010).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Ada hubungan antara sanitasi perumahan (kondisi dinding rumah dan kondisi lantai rumah) dan karakteristik masyarakat (pendidikan, pendapatan dan riwayat kontak) dengan kejadian penyakit kusta di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bringin Kabupaten Ngawi.

Saran

Saran yang diberikan berdasarkan kesimpulan untuk Dinas kesehatan kabupaten Ngawi adalah: meningkatkan penemuan penderita secara aktif yang dilakukan oleh petugas kesehatan, sehingga penderita segera dapat didiagnosis dan diobati secara dini, meningkatkan penyuluhan kesehatan (KIE) tentang faktor-faktor risiko penularan penyakit kusta khususnya masyarakat yang mempunyai riwayat kontak dengan penderita kusta, meningkatkan penyuluhan kesehatan (KIE) tentang pentingnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) kepada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Cree IA & Smith WC., (1998). Leprosy Transmission and Mucosal Immunity: Towards Eradication Lepr. Rev. 69

Depkes RI, 2007, Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta. Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Dir. Jen. P dan PL). Jakarta.

Dinkes Kab. Ngawi (2016). Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi. Kabid P2M. Ngawi.

Dinkes Kab. Ngawi (2015). Profil Cakupan Rumah Sehat. Bidang Penyehatan Lingkungan. Ngawi.

Kementrian Kesehatan RI (2015). Hari Kusta Sedunia: Hilangkan Stigma! Kusta Bisa Sembuh Tuntas. <http://www.depkes.go>. Tanggal 22 Maret 2016 jam 19.17

Norlatifah (2010) Hubungan Kondisi Fisik Rumah, Sarana Air Bersih dan Karakteristik Masyarakat dengan Kejadian Kusta.

Notoatmodjo Soekidjo (2003) Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

Prawoto, (2008) Faktor-Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Terjadinya Reaksi Kusta.

Report of the International Leprosy Association, 2002. Technical forum. Paris.

Soemirat (2009) Kesehatan Lingkungan. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

STIGMA DAN DISKRIMINASI ODHA DI KABUPATEN MADIUN

Heni Eka Puji Lestari
(Prodi D3 Kebidanan)
Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun

ABSTRAK

Persentase faktor risiko HIV tertinggi adalah hubungan seks berisiko pada heteroseksual (45,6%), penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (10,6%), dan LSL (10,3%). Salah satu kendala dalam pengendalian penyakit HIV/AIDS adalah stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV/AIDS (ODHA). Timbulnya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA disebabkan oleh faktor risiko penyakit ini yang terkait dengan perilaku seksual yang menyimpang dan penyalahgunaan narkoba dan obat berbahaya atau narkoba. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan stigma dan diskriminasi terhadap kualitas hidup ODHA. Metode Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan populasi ODHA di wilayah Kabupaten Madiun yang aktif di kelompok dukungan sebaya "Sehati" pada bulan Mei 2016 sebanyak 30 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling. Variabel penelitian ini adalah stigma dan diskriminasi ODHA. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Analisa data menggunakan pendekatan statistik deskriptif yang disajikan dalam tabel distribusi frekuensi. Hasil sebagian besar ODHA berjenis kelamin laki-laki sebanyak 16 orang (53%). Sebagian besar pendidikan responden pendidikan menengah sebanyak 22 orang (73%), sebagian besar responden bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 13 orang (43%). Dan sebagian besar responden berstatus perkawinan menikah sebanyak 17 orang (57%). sebagian besar responden ODHA mengalami terstigma dan diskriminasi sebesar 19 orang (63%).

Kata kunci:
Stigma, diskriminasi, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Stigma dan diskriminasi telah menjadi hukuman sosial oleh masyarakat di berbagai belahan dunia terhadap pengidap HIV/AIDS yang bisa bermacam-macam bentuknya, antara lain berupa tindakan-tindakan pengasingan, penolakan, diskriminasi, dan penghindaran atas orang yang terinfeksi HIV. Banyak orang enggan melakukan tes HIV/AIDS karena masih kentalnya stigma dan diskriminasi di tengah masyarakat. Padahal, setiap satu orang yang terinfeksi bisa menularkan virus ini kepada 100 orang lainnya (Lingga, 2009).

Epidemi HIV di Indonesia dalam 5 tahun terakhir telah terjadi perubahan dari *Low Level Epidemic* menjadi *Concentrated Level Epidemic*. Hal ini terbukti dari hasil survei pada sub populasi tertentu yang menunjukkan prevalensi HIV di beberapa provinsi telah melebihi 5% secara konsisten. Penularan utama terjadi pada kelompok Pengguna Napza Suntik (Penasun) dan pada kelompok yang melakukan hubungan seksual berisiko (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Menurut laporan terakhir Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2013 situasi masalah HIV-AIDS Triwulan II jumlah infeksi HIV baru yang dilaporkan sebanyak 4.841 kasus. Persentase faktor risiko HIV tertinggi adalah hubungan seks berisiko pada heteroseksual sebanyak 45,6%, penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun sebanyak 10,6% dan pada LSL sebanyak 10,3% (Kemenkes RI, 2013).

Kasus AIDS yang dilaporkan di Jawa Timur sampai akhir 2014 sebanyak 12.630 orang, dan 26.433 kasus HIV. Dari jumlah tersebut 3.058 (24,2%) diantaranya meninggal dunia. Penambahan kasus AIDS dari tahun ke tahun sebagian besar berasal dari faktor seksual. Sampai Desember 2014 secara kumulatif kasus AIDS yang dilaporkan sebanyak 12.630 kasus dimana 3.058 (24%) diantaranya sudah meninggal. Sedangkan Kasus HIV yang ditemukan melalui VCT sebanyak 26.433 kasus. Namun sangat disadari bahwa kasus AIDS tersebut masih jauh lebih sedikit dibandingkan kasus yang sesungguhnya mengingat tidak seluruh kasus AIDS yang ada atau baru sebagian kecil yang dilaporkan (Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur, 2014).

Jumlah infeksi HIV di kabupaten Madiun yang dilaporkan tahun 2013 sebanyak 86 meningkat dibanding tahun 2012 (24 kasus), sebagian besar didapat dari hasil VCT di rumah sakit. Dari 86 kasus HIV di tahun 2013 yang meningkat menjadi kasus *Aquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) sebanyak 57 kasus, lebih banyak dibanding tahun 2012 (27 kasus) dan tahun 2011 (23 kasus), sehingga didapatkan jumlah kasus HIV belum AIDS tahun 2013 sebanyak 29 kasus. Sedangkan kematian akibat AIDS 2013 sebanyak 25 kasus lebih tinggi dibandingkan tahun 2012 sebanyak 15 kasus dan 2011 sebanyak 10 kasus (Dinkes Kabupaten Madiun, 2013).

Salah satu kendala dalam pengendalian penyakit HIV/AIDS adalah stigma dan diskriminasi terhadap penderita HIV/AIDS (ODHA). Herek & Capitano (1999) mengatakan bahwa timbulnya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA disebabkan oleh faktor risiko penyakit ini yang terkait dengan perilaku seksual yang menyimpang dan penyalahgunaan narkoba dan obat berbahaya atau narkoba. Wan Yanhai (2009) menyatakan bahwa orang-orang dengan infeksi HIV (HIV positif) menerima perlakuan yang tidak adil (diskriminasi) dan stigma karena penyakit yang dideritanya.

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran karakteristik responden (jenis kelamin, umur, pendidikan, status perkawinan, jenis pekerjaan), stigma dan diskriminasi ODHA di kabupaten Madiun.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif, untuk mengetahui stigma dan diskriminasi ODHA di kabupaten Madiun. Populasi penelitian adalah ODHA di Kabupaten Madiun yang tergabung Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) Sehati pada bulan Mei 2016 sebanyak 30 orang. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner, lalu dianalisis menggunakan metode statistika deskriptif dan disajikan dalam tabel frekuensi.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar ODHA berjenis kelamin laki-laki sebanyak 16

orang (53%). Sebagian besar pendidikan responden pendidikan menengah sebanyak 22 orang (73%), sebagian besar responden bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 13 orang (43%). Dan sebagian besar responden berstatus perkawinan menikah sebanyak 17 orang (57%).

Tabel 1. Karakteristik ODHA di kabupaten Madiun Tahun 2016

Demografi	Frekuensi	Persen
Jenis Kelamin		
Laki-laki	16	53
Perempuan	14	47
Pendidikan		
Dasar	6	20
Menengah	22	73
Tinggi	2	7
Pekerjaan		
IRT	12	40
Wiraswasta	13	43
Petani	2	7
Mahasiswa	3	10
Status Perkawinan		
Lajang	9	30
Duda/janda	4	13
Menikah	17	57
Usia Responden		
20-35 tahun	20	67
>35 tahun	10	33
Jumlah	30	100

Stigma dan diskriminasi dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu kelompok terstigma dan terdiskriminasi serta kelompok tidak terstigma dan terdiskriminasi. Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar responden ODHA mengalami terstigma dan diskriminasi sebesar 19 orang (63%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Stigma dan Diskriminasi ODHA di kabupaten Madiun Tahun 2016

Stigma dan Diskriminasi	Frekuensi	Persen
Terstigma dan terdiskriminasi	19	63
Tidak terstigma dan terdiskriminasi	11	37
Jumlah	30	100

Rincian jawaban tiap item pertanyaan responden mengenai stigma dan diskriminasi ODHA di kabupaten Madiun dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 3. Distribusi Jawaban Tiap Item Pertanyaan Stigma dan Diskriminasi

No	Selected Berger Stigma Scale	Setuju	Tidak Setuju
1	Apakah anda dijauhi oleh orang yang mengetahui status HIV/AIDS anda?	20	80
2	Apakah anda menyesal telah bercerita kepada orang lain bahwa anda mengalami HIV/AIDS?	33	67
3	Apakah orang yang anda sayangi berhenti menghubungi anda setelah mengetahui anda mengalami HIV/AIDS?	37	63
4	Apakah anda kehilangan teman setelah menyampaikan kepada mereka bahwa anda mengalami HIV/AIDS?	27	73
5	Apakah beberapa orang menghindari menyentuh anda ketika tahu anda mengalami HIV/AIDS?	27	73
6	Apakah orang secara fisik menjauhi anda ketika tahu anda mengalami HIV/AIDS?	7	93
7	Apakah orang bertindak seakan-akan anda mengalami HIV/AIDS karena kesalahan anda?	50	50
8	Apakah orang sepertinya takut kepada anda saat mereka tahu anda mengalami HIV/AIDS?	33	67
9	Apakah anda berhati-hati kepada siapa anda bercerita bahwa anda mengalami HIV/AIDS?	63	37
10	Apakah anda merasa perlu menyembunyikan status HIV/AIDS anda?	57	43
11	Apakah bercerita kepada seseorang bahwa anda mengalami HIV/AIDS berisiko?	37	63
12	Apakah anda khawatir orang akan menilai anda tidak baik ketika mereka mendengar anda mengalami HIV/AIDS?	67	33
13	Apakah anda merasa bersalah karena anda mengalami HIV/AIDS?	70	30
14	Apakah anda merasa tidak sebaik orang lain karena anda mengalami HIV/AIDS?	53	47
15	Apakah anda merasa malu karena anda mengalami HIV/AIDS?	60	40

No	Selected Berger Stigma Scale	Setuju	Tidak Setuju
16	Apakah saat mengalami HIV/AIDS membuat anda merasa tidak bersih?	40	60
17	Apakah sejak mengetahui anda mengalami HIV/AIDS, anda merasa dipisahkan dan diasingkan dari masyarakat?	40	60
18	Apakah disaat anda mengalami HIV/AIDS membuat anda merasa menjadi orang yang tidak baik?	50	50
19	Apakah orang yang terkena HIV/AIDS kehilangan pekerjaannya ketika atasannya tahu?	33	67
20	Apakah orang yang terkena HIV/AIDS diperlakukan seperti seorang pengganggu masyarakat?	20	80
21	Apakah kebanyakan orang berpendapat bahwa seseorang yang terkena penyakit HIV/AIDS menjijikan?	57	43
22	Apakah kebanyakan orang merasa tidak nyaman berada di sekitar orang yang terkena HIV/AIDS?	60	40

Berdasarkan hasil kuesioner sebagian besar responden merasa terstigma dan terdiskriminasi karena mereka merasa bersalah terkena penyakit HIV/AIDS (70%). Selain itu mereka merasa khawatir orang akan menilai tidak baik ketika orang lain mendengar mereka mengalami HIV/AIDS (67%) hal ini karena faktor risiko penyakit ini yang terkait dengan perilaku seksual yang menyimpang dan penyalahgunaan narkoba dan obat berbahaya atau narkoba Hal ini menyebabkan sebagian besar responden berhati-hati kepada siapa anda bercerita bahwa anda mengalami HIV/AIDS(63%).

PEMBAHASAN

Karakteristik ODHA

Sebagian besar ODHA di Kabupaten Madiun berjenis kelamin laki-laki, hal ini sesuai dengan Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia pada September 2014 dimana sebagian ODHA di Indonesia berjenis kelamin laki-laki (Ditjen PP & PL kementerian RI, 2014). Pada awalnya HIV/AIDS lebih banyak ditemukan pada laki-laki

homoseksual sehingga aktivitas seksual laki-laki homoseksual dituding sebagai penyebab timbulnya HIV/AIDS, tetapi data saat ini menunjukkan di negara berkembang penularan heteroseksual lebih banyak terjadi. Hal ini disebabkan karena keterbatasan data terhadap kelompok homoseksual (Laksana A dan Lestari D, 2010). Stigma dan diskriminasi pada responden ini lebih dirasakan pada kelompok laki-laki dapat terjadi karena laki-laki lebih cenderung melakukan perilaku beresiko seperti perilaku sering berganti-ganti pasangan dan pengguna narkoba menggunakan jarum suntik sehingga meningkatkan resiko penularan HIV/AIDS.

Sebagian besar pendidikan responden pendidikan menengah yaitu Sekolah Menengah Atas atau yang sederajat. Stigma dan diskriminasi responden paling banyak dirasakan pada responden dengan latar belakang pendidikan menengah. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi munculnya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA

Sebagian besar responden bekerja sebagai wiraswasta. Banyak ODHA mengalami depresi akibat kurangnya dukungan sosial dari lingkungan kerja. Dia mengalami diskriminasi dari lingkungan kerja dan diberhentikan dari pekerjaannya sebagai pegawai swasta karena perusahaannya mengetahui bahwa dirinya HIV positif berdasarkan hasil *general check up* yang dilakukan oleh perusahaan. Kasus serupa juga ditemukan di Thailand, hampir setiap hari kaum perempuan mendapatkan perlakuan diskriminatif oleh masyarakat setempat (Liamputtong, et al., 2009). Dampak stigma dan diskriminasi yang dialami odha berupa pengucilan, pemutusan hubungan kerja, sehingga menyebabkan ODHA memilih bekerja sebagai wiraswasta.

Sebagian besar responden berusia 20-35 tahun. Hal ini sesuai dengan usia potensial rawan terserang HIV & AIDS mulai bergeser dari usia 30-39 tahun menjadi 20-29 tahun. Selain itu, penelitian terbaru menunjukkan bahwa tanggung jawab seksual laki-laki adalah pusat dari kesehatan baik laki-laki maupun perempuan (Silfanus, 2002).

Stigma dan Diskriminasi ODHA

Berdasarkan hasil penelitian stigma dan diskriminasi dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu kelompok terstigma dan

terdiskriminasi serta kelompok tidak terstigma dan terdiskriminasi. Sebagian besar responden ODHA mengalami terstigma dan diskriminasi. Stigma adalah suatu proses dinamis yang terbangun dari persepsi yang telah ada sebelumnya yang menimbulkan pelanggaran terhadap sikap, kepercayaan dan nilai. Menurut Castro F (2005), stigma ini dapat mendorong seseorang untuk mempunyai prasangka pemikiran, perilaku, dan atau tindakan oleh pihak pemerintah, masyarakat, pemberi kerja, penyedia pelayanan kesehatan, teman sekerja, para teman, dan keluarga-keluarga.

Pada penelitian ini stigma yang dirasakan ODHA sebagian besar merasa terstigma dan terdiskriminasi karena mereka merasa bersalah terkena penyakit HIV/AIDS. Selain itu mereka juga merasa khawatir orang akan menilai tidak baik ketika orang lain mendengar mereka mengalami HIV/AIDS hal ini karena faktor risiko penyakit ini yang terkait dengan perilaku seksual yang menyimpang dan penyalahgunaan narkoba dan obat berbahaya atau narkoba Hal ini menyebabkan sebagian besar responden berhati-hati kepada siapa anda bercerita bahwa anda mengalami HIV/AIDS.

Maman et al dalam UNAIDS (2012) mengartikan diskriminasi sebagai aksi-aksi spesifik yang didasarkan pada berbagai stereotip negatif ini yakni aksi-aksi yang dimaksudkan untuk mendiskredit dan merugikan orang. Pengertian lain tentang diskriminasi dikemukakan oleh Busza dalam UNAIDS (2012) bahwa diskriminasi adalah perbuatan atau perlakuan berdasarkan stigma dan ditujukan kepada pihak yang terstigmatisasi. Menurut UNAIDS, diskriminasi terhadap penderita HIV digambarkan selalu mengikuti stigma dan merupakan perlakuan yang tidak adil terhadap individu karena status HIV mereka, baik itu status sebe narnya maupun hanya persepsi saja.

Beberapa bentuk stigma eksternal dan diskriminasi antara lain : Menjauhi ODHA atau tidak meginginkan untuk menggunakan peralatan yang sama, penolakan oleh keluarga, teman atau masyarakat terhadap ODHA. Peradilan moral berupa sikap yang menyalahkan ODHA karena penyakitnya dan menganggapnya sebagai orang yang tidak bermoral, Stigma terhadap orang-orang

yang terkait dengan ODHA, misalnya keluarga dan teman dekatnya, Keengganan untuk melibatkan ODHA dalam suatu kelompok atau organisasi, Diskriminasi yaitu penghilangan kesempatan untuk ODHA seperti ditolak bekerja, penolakan dalam pelayanan kesehatan bahkan perlakuan yang berbeda pada ODHA oleh petugas kesehatan, Pelecehan terhadap ODHA baik lisan maupun fisik, Pengorbanan, misalnya anak-anak yang terinfeksi HIV atau anak-anak yang orang tuanya meninggal karena AIDS, pelanggaran hak asasi manusia, seperti pembukaan status HIV seseorang pada orang lain tanpa seijin penderita, dan melakukan tes HIV tanpa informed consent (Diaz et al, 2011).

Pada penelitian ini selain mengalami stigma eksternal, yang melibatkan stigmatisasi perilaku yang diarahkan kepada orang dengan HIV oleh orang lain seperti penolakan sosial, isolasi, kehilangan pekerjaan, dan kesulitan mengakses layanan kesehatan. ODHA juga mengalami stigma internal yang mencerminkan internalisasi sikap negatif orang lain. Misalnya, pada waktu mereka menerima diagnosis HIV, banyak orang sudah sadar akan stigma yang terkait dengan penyakit. Sehingga, ODHA mulai melihat diri mereka berbeda dan percaya bahwa orang lain juga melihat mereka berbeda. Bagi ODHA yang tidak mendapatkan stigma internal terhadap diri sendiri mereka akan menerima status HIVnya, membuka status kepada keluarga inti, pasangan, dan teman dekat, serta dapat berinteraksi sosial kepada tetangga, keluarga, dan teman.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa sebagian besar ODHA merasa terstigma dan terdiskriminasi. Selanjutnya disarankan perlunya dukungan dan perhatian bagi ODHA dari masyarakat khususnya Kelompok Dukungan Sebaya agar dapat memberikan semangat hidup bagi penderita HIV/AIDS

DAFTAR PUSTAKA

- Castro F. Understanding and Addressing AIDS-Related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti American Journal of Public Health. 2005;95:51 - 9.
- Departemen Kesehatan RI. (2009). Estimasi Populasi Dewasa Rawan Terinfeksi HIV tahun 2009. Direktorat Jenderal PP dan PL. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2014). Profil Kesehatan Jawa Timur. <http://www.depkes.go.id/>. Tanggal 15 maret 2016 Jam 17.15.
- Dinkes Kabupaten Madiun. (2013). Profil Kesehatan Kabupaten Madiun tahun 2013. <http://www.depkes.go.id/>. Tanggal 15 Maret 2016.
- Ditjen PP & PL kementerian RI. (2014). Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia September 2014. <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.pdf> Tanggal 20 Juni 2016.
- Herek & Capiano. HIV Related Stigma and Knowledge in the United States : Prevalence and trends, 1991-1999. American Journal of Public Health. 2002;92 (3).Horizon . Toolkit on HIV/AIDS. 2012.
- Kemenkes RI. (2013). Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia Dilapor s/d Juni 2013.Ditjen PP & PL Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Laksana D dan Lestari D. 2010. Faktor-faktor resiko penularan HIV/AIDS pada Laki-laki dengan orientasi seks Heteroseksual dan Homoseksual di Purwokerto. Mandala Of Health. Volume 4, Nomor 2, Mei 2010.
- Liamputtong et al. (2009). HIV and AIDS, Stigma and AIDS Support Groups: Perspectives from Women Living with HIV and AIDS in Central Thailand. . Thailand: Social Science & Medicine, 69. pp. 862–868.
- Lingga, Gita F. (2009). HIV/AIDS dan Migrasi: Menyabung Mata Rantai yang Putus. <http://www.ilo.org/>. Tanggal 15 Maret 2016 Jam 17.00.
- Diaz. Religion and HIV/AIDS stigma: Implications for health professionals in Puerto Rico. NIH Public Access Author Manuscript. 2011;1–18.
- Silfanus. (2002). Masalah Kesehatan Reproduksi pada Anakanak dan Remaja, Usia Potensial AIDS Bergeser. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- UNAIDS, Protocol for the Identification of Discrimination Against People Living with HIV. 2012.
- Wan Yanhai. Discrimination against People with HIV/AIDS in China. The Equal Rights Review. 2009;4:15-25.

PERSEPSI IBU DALAM PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN PADA BAYI

Siti Maemonah

(Prodi D3 Keperawatan Kampus Sidoarjo,
Poltekkes Kemenkes Surabaya)

Ahmad Abi Lahabi

(Prodi D3 Keperawatan Kampus Sidoarjo,
Poltekkes Kemenkes Surabaya)

ABSTRAK

Persepsi seorang ibu dalam memberi makan tambahan pada bayi mereka dapat berbeda dengan orang lain. Hal ini karena banyak faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui persepsi ibu dalam pemberian makan tambahan pada bayi di Puskesmas Pembantu Desa Joho wilayah kerja Puskesmas Pace Kabupaten Nganjuk. Dalam penelitian ini metode yang digunakan adalah kualitatif dengan teknik wawancara mendalam. Informan adalah ibu yang datang ke Puskesmas Pembantu Desa Joho. Jumlah informan 10 orang yang terdiri dari ibu-ibu yang memiliki anak berusia kurang dari 1 tahun. Data hasil wawancara dianalisis secara kualitatif dengan membandingkan jawaban informan yang mencakup tema pemberian makanan tambahan dengan teori yang telah diperoleh dari literatur. Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa persepsi ibu dalam pemberian makanan tambahan pada bayi yaitu: diberikan susu, mentega, makanan diberikan saat bayi menangis, makanan diberikan saat berusia kurang dari 6 bulan atau lebih dari 6 bulan agar bayi cepat besar, bayi tidak rewel, nutrisi yang cukup, pertumbuhan yang baik, dan mencegah kekurangan gizi. Diharapkan petugas Puskesmas memberikan pendidikan kesehatan secara teratur mengenai pemberian makan tambahan pada bayi kepada ibu-ibu agar mengetahui bagaimana pemberian makanan tambahan yang baik dan benar sehingga tidak akan mengganggu kesehatan bayi.

Kata kunci:

Persepsi, Makanan Tambahan, Bayi

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Seorang bayi memerlukan gizi yang cukup untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Salah satu cara untuk memperoleh gizi yang baik yaitu dengan memberikan makanan tambahan pada bayi. Namun sampai saat ini banyak ibu-ibu yang keliru dalam memberikan makanan tambahan pada bayi. Makanan tambahan yang seharusnya diberikan pada usia lebih dari enam bulan tetapi banyak ibu-ibu yang memberikan makanan tambahan pada bayi yang berusia kurang dari enam bulan (Widodo, 2003).

Penelitian terhadap 900 ibu di sekitar Jabotabek diperoleh fakta bahwa yang memberikan makanan tambahan pada bayi umur 4 bulan sekitar 55%. Dari penelitian tersebut juga didapatkan bahwa 37,9 % dari ibu-ibu tidak pernah mendapatkan informasi khusus tentang MP-ASI (Roesli, 2007). Data dari Dinas Kesehatan Jawa Timur menyebutkan selama tahun 2007 dari total 11.010 bayi yang diperiksa terdapat 10.071 bayi sudah diberi makanan pendamping sebelum berusia 6 bulan (Dep Kes RI, 2007). Sedangkan Menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2006-2007, data jumlah pemberian ASI eksklusif pada bayi di bawah usia dua bulan hanya mencakup 67% dari total bayi yang ada, Persentase tersebut menurun seiring dengan bertambahnya usia bayi. Yakni, 54% pada bayi usia 2-3 bulan dan 19% pada bayi usia 7-9, 13% bayi di bawah dua bulan telah diberi susu formula dan satu dari tiga bayi usia 2-3 bulan telah diberi makanan tambahan. Berdasarkan studi pendahuluan yang diambil pada bulan Oktober 2011 di Puskesmas Pembantu Desa Joho Kabupaten Nganjuk dari 10 orang ibu, 6 orang ibu mengatakan bahwa mereka memberikan makanan tambahan pada anaknya yang berusia kurang dari 6 bulan karena bagi mereka dengan memberikan makanan sejak dini akan mempercepat pertumbuhan bayi.

Tingginya angka pemberian makanan tambahan pada bayi yang terlalu dini diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: pendidikan, pengalaman, usia, dan kebudayaan. Faktor pendidikan ibu yang rendah sehingga informasi yang didapatkan kurang, pengalaman yang

kurang yaitu ibu yang belum pernah memiliki bayi sebelumnya sehingga pengalaman ibu tentang pemberian makanan tambahan pada bayi kurang, dan kebudayaan dari nenek moyang atau keturunan sebelumnya yang membuat ibu mempunyai persepsi sendiri tentang pemberian makanan tambahan pada bayi.

Untuk menurunkan angka pemberian makanan tambahan pada bayi yang terlalu dini maka perlu diketahui pengetahuan ibu tentang pemberian makanan tambahan pada bayi sehingga diperlukan penelitian tentang "Persepsi ibu dalam pemberian makanan tambahan pada bayi di Puskesmas Pembantu Desa Joho wilayah kerja Puskesmas Pace Kabupaten Nganjuk" sehingga dapat diketahui alasan seorang Ibu memberi makanan tambahan pada bayi.

Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui persepsi ibu dalam pemberian makanan tambahan pada bayi di Puskesmas Pembantu Desa Joho Wilayah Kerja Puskesmas Pace Kabupaten Nganjuk.

METODE PENELITIAN

Persepsi adalah proses mental yang terjadi pada diri manusia yang akan menunjukkan bagaimana seseorang melihat, mendengar, merasakan, memberi serta meraba (kerja indera) di sekitarnya (Rusmi, 1999). Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi terdiri dari 2 faktor yaitu: Intrinsik yang terdiri dari individu, usia, kematangan, pembawaan, proses mental dan fisik (Rusmi, 1999) sedangkan faktor ekstrinsik terdiri dari obyek atau benda (Bimo, 2003), faktor lingkungan sekitar, mitos (Rusmi, 1999), perbedaan latar belakang cultural (budaya).

Makanan tambahan adalah makanan yang diberikan kepada bayi/anak disamping ASI untuk memenuhi kebutuhan gizinya. untuk mencapai pertumbuhan perkembangan yang optimal, menghindari terjadinya kekurangan gizi, mencegah risiko malnutrisi. Alasan anak umur 6 bulan merupakan saat terbaik anak mulai diberikan makanan tambahan karena pencernaan bayi masih lemah, pemberian makanan tambahan dini sama saja dengan membuka pintu gerbang masuknya berbagai jenis kuman, Saat bayi berumur 6 bulan ke atas, sistem pencernaannya

sudah relatif sempurna dan siap menerima makanan tambahan.

Jenis penelitian adalah kualitatif. Peneliti menggunakan pendekatan fenomenologis dengan merumuskan suatu pertanyaan yang kemudian dianalisis berdasarkan pertanyaan "persepsi" partisipan mengenai fenomena yang sedang diteliti. Pada penelitian ini peneliti menggali persepsi ibu dalam pemberian makanan tambahan pada bayi. Populasi pada penelitian ini adalah ibu bayi yang datang di Puskesmas Pembantu Ds. Joho Nganjuk. Sedangkan Sampel dalam penelitian ini adalah ibu bayi yang datang di Puskesmas Pembantu Ds Joho, dengan kriteria sebagai berikut: Ibu-ibu yang saat ini memiliki anak yang berusia kurang dari satu tahun, berusia 20-30 tahun, bersedia untuk diteliti atau menjadi responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Variabel pada penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu persepsi ibu dalam pemberian makanan tambahan pada bayi. Penelitian ini dilaksanakan selama satu bulan pada tanggal 30 Juni 2012 sampai dengan 30 Juli 2012. Alat pengumpulan data pada penelitian ini adalah Peneliti sendiri sebagai pemandu wawancara, pedoman wawancara dan lembar catatan wawancara, dan alat penunjang seperti alat tulis, tape recorder, buku catatan, dan ballpoint.

HASIL PENELITIAN

Pengertian Makanan Tambahan dan Tujuannya

Tabel 1. Hasil wawancara tentang pengertian makanan tambahan

Pengertian Makanan Tambahan	f	%
Makanan lunak	4	40%
Bubur	5	50%
Pisang	6	60%
Sayuran	4	40%
Nasi tim	1	10%

Tabel 2. Hasil wawancara tentang tujuan pemberian makanan tambahan

Tujuan Pemberian Makanan Tambahan	f	%
Perkembangan yang baik	4	40%
Gizi yang cukup	6	60%
Mencegah gizi buruk	3	30%
Agar cepat besar	3	30%
Agar tidak rewel	3	30%

Dari hasil wawancara tentang pengertian makanan tambahan didapatkan sebagian besar (60%) 6 dari 10 informan menjawab makanan tambahan adalah pisang, sebagian kecil (10%) 1 dari 10 informan menjawab makanan tambahan adalah tim. Sedangkan tujuan pemberian makanan tambahan didapatkan sebagian besar (60%) 6 dari 10 informan menjawab tujuan makanan tambahan adalah agar gizinya tercukupi, dan sebagian kecil (30%) 3 dari 10 informan menjawab tujuan pemberian makanan tambahan adalah mencegah gizi buruk, agar cepat besar dan tidak rewel.

Pertama Kali Informan Memberikan Makanan Tambahan dan Alasannya

Tabel 3. Hasil wawancara tentang pertama kali informan memberikan makanan tambahan

Pertama kali Informan Memberikan Makanan Tambahan	f	%
Ketika anaknya berusia kurang dari 6 bulan	6	60%
Ketika anaknya berusia lebih dari 6 bulan	4	40%

Tabel 4. Hasil wawancara tentang alasan informan pertama kali informan memberikan makanan tambahan

Alasan Pertama kali Informan Memberikan Makanan Tambahan	f	%
Anjuran orang tua	3	30%
Anjuran petugas kesehatan karena agar bayinya tidak rewel	3	30%
Pengalaman	1	10%

Dari data di atas diketahui sebagian besar (60%) ibu memberikan makanan tambahan ketika bayi berusia kurang dari 6 bulan dikarenakan anjuran orang tua (30%) dan agar tidak rewel (30%). Sedangkan sebagian kecil (40%) ibu yang lain memberikan makanan tambahan ketika bayi berusia setelah 6 bulan karena anjuran petugas kesehatan (30%) dan karena pengalaman anak pertama (10%).

Kapan Seharusnya Pemberian Makanan Tambahan dan Alasannya

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa ibu yang diberi pertanyaan tentang

kapan seharusnya makanan tambahan diberikan dan alasannya apa, setengahnya (50%) menjawab memberikan makanan tambahan ketika berusia kurang dari 6 bulan karena agar lebih cepat besar dan tidak rewel (50%). Sedangkan setengahnya lagi (50%) menjawab memberikan makanan tambahan ketika berusia setelah 6 bulan karena pencernaannya sudah kuat (50%).

Tabel 5. Hasil wawancara tentang kapan seharusnya memberikan makanan tambahan

Kapan Seharusnya Makanan Tambahan diberikan Pertama Kali	f	%
Ketika bayi berusia kurang dari 6 bulan	5	50%
Ketika bayi berusia lebih dari 6 bulan	5	50%

Tabel 6. Hasil wawancara tentang alasan pertama kali memberikan makanan tambahan

Alasan Pertama kali Memberikan Makanan Tambahan	f	%
Lebih cepat besar, tidak rewel, Usia 6 bulan pencernaan bayi sudah kuat	5	50%
	5	50%

PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian didapatkan sebagian ibu yang persepsinya salah tentang pengertian makanan tambahan dan tujuan pemberian makanan tambahan. Hal ini mungkin dikarenakan rendahnya pendidikan yang dimiliki ibu, sehingga kemampuan untuk memahami informasi kurang. Sebagian besar ibu memberikan pisang kepada anaknya, hal ini karena menurut budaya masyarakat sekitar pisang merupakan makanan lunak yang paling cocok untuk diberikan kepada bayi. Kebanyakan dari mereka memberikan pisang ketika bayinya sedang rewel atau untuk tujuan agar cepat besar. Hal ini tidak sesuai dengan yang diungkapkan Depkes bahwa makanan tambahan diberikan ketika bayi sudah berusia enam bulan, bukan diberikan saat bayi menangis. Hal ini mungkin karena faktor pendidikan yang rendah atau informasi yang kurang sehingga ibu-ibu banyak yang salah dalam

memberikan makanan tambahan kepada anaknya.

Makanan tambahan merupakan makanan yang diberikan kepada bayi selain ASI (Depkes RI, 2004). Menurut Suhardjo (1999) tujuan dari pemberian makanan tambahan adalah melengkapi zat-zat gizi yang kurang, membantu mencapai pertumbuhan yang maksimal, mencegah gizi buruk, proses pembelajaran bagi bayi untuk menelan dan mengunyah. Makanan tambahan merupakan makanan peralihan dari ASI ke makanan keluarga. Menurut Kunconingrat yang dikutip Nursalam (2003) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang makan semakin mudah menerima dan memahami informasi. Oleh karena itu diharapkan ibu lebih aktif dalam mencari informasi tentang pemberian makanan tambahan pada bayi.

Dari data yang didapat diketahui sebagian besar (60%) ibu memberikan makanan tambahan ketika bayi berusia kurang dari 6 bulan dikarenakan anjuran orang tua (30%) dan agar tidak rewel (30%). Sedangkan sebagian kecil (40%) ibu yang lain memberikan makanan tambahan ketika bayi berusia setelah 6 bulan karena anjuran petugas kesehatan (30%) dan karena pengalaman anak pertama (10%).

Hal ini terjadi karena budaya memberikan makanan tambahan secara dini yang diberikan secara turun-temurun oleh orang tua ibu bayi sehingga banyak ibu yang memberikan makanan tambahan secara dini. Kebudayaan yang diturunkan menganggap bahwa bayi yang diberikan makanan secara dini akan lebih cepat besar dan bayi yang menangis akan diam bila diberi makan karena menurut mereka itu merupakan tanda bahwa bayi sudah waktunya untuk mendapatkan makan.

Selain faktor budaya, faktor pengalaman juga mempengaruhi pemberian makanan tambahan pada bayi. Pengalaman anak pertama yang diare membuat ibu menunda pemberian makanan tambahan sampai berusia 6 bulan pada anak yang kedua. Sementara faktor pekerjaan juga mempengaruhi, ibu yang jarang bertemu dengan anaknya akan memberikan makanan tambahan sebagai pengganti ASI agar kebutuhan gizi tercukupi. Sementara itu, faktor yang mempengaruhi pemberian makanan tambahan menurut Rosidah (2004) adalah kesehatan ibu, kesehatan bayi, pengetahuan ibu, kebiasaan atau

kebudayaan, petugas kesehatan, dan pekerjaan.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa setengah dari informan berpengetahuan kurang sedangkan setengahnya lagi baik. Hal ini terjadi karena sebagian ibu telah memperoleh informasi dari petugas kesehatan, sedangkan sisanya belum mendapatkan informasi. Namun dari data diatas terdapat perbedaan, saat ditanya kapan pertama kali informan memberikan makanan tambahan 6 informan menjawab diberikan saat berusia kurang dari 6 bulan, akan tetapi saat ditanya kapan seharusnya makanan tambahan diberikan 5 informan menjawab ketika berusia 6 bulan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa terdapat informan yang telah mengetahui tentang pemberian makanan tambahan tetapi tidak memberikan sesuai jadwal pemberian.

Hal ini dikarenakan kesadaran yang kurang dari ibu sehingga lebih mementingkan pekerjaan dari pada kesehatan anaknya. Oleh karena itu, ibu berpikir bagaimana caranya agar bayinya tidak rewel sehingga tidak mengganggu pekerjaannya.

Menurut Luluk (2005) seharusnya makanan tambahan diberikan pada bayi ketika usia bayi sudah mencapai 6 bulan, karena ketika pada saat usia bayi sudah mencapai 6 bulan maka sistem pencernaan bayi sudah siap untuk menerima makanan tambahan, sebaliknya pada bayi yang belum berusia 6 bulan sistem pencernaannya masih lemah sehingga belum siap untuk menerima makanan tambahan. Oleh karena itu diharapkan ibu lebih meningkatkan kesadarannya dengan lebih mementingkan kesehatan bayinya. Sehingga sistem pencernaan bayi tidak terganggu.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Persepsi ibu dalam pemberian makanan tambahan pada bayi adalah makanan yang diberikan selain ASI, makanan tambahan adalah makanan yang lunak seperti bubur, pisang, sayuran, dan nasi tim. Diberikan ketika bayi berusia kurang dari 6 bulan atau 6 bulan keatas karena anjuran petugas kesehatan, karena anjuran orang tua, karena agar bayinya tidak rewel, karena pengalaman anak pertama, dan karena

bayi usia lebih dari enam bulan sistem pencernaannya sudah kuat dengan tujuan agar bayi cepat besar, tidak rewel, gizinya tercukupi, perkembangan yang baik, mencegah gizi buruk.

Saran

1. Diharapkan ibu yang mempunyai bayi untuk mencari informasi tentang bagaimana cara pemberian makanan tambahan pada bayi yang benar misalnya dengan cara berkonsultasi langsung dengan petugas kesehatan saat memerikasakan atau menimbangkan bayinya ke pustu atau posyandu, membaca leaflet yang telah disediakan oleh petugas kesehatan sehingga ibu bayi dapat mengetahui tentang bagaimana cara pemberian makanan tambahan yang benar.
2. Diharapkan Instansi Kesehatan dapat memberi masukan bagi instansi kesehatan khususnya puskesmas agar lebih mensosialisasikan tata cara pemberian makanan tambahan yang benar misalnya dengan cara memberi penyuluhan atau demo pada waktu kegiatan imunisasi, memberikan leaflet kepada ibu bayi yang datang ke pustu atau posyandu agar ibu-ibu yang mempunyai bayi khususnya dapat memberikan makanan tambahan dengan benar sehingga tidak akan mengganggu kesehatan bayi mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI, 2007. Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI). Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat
- Departemen Kesehatan RI, 2004. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI). Jakarta. Available from: <http://www.gizi.net/kebijakan-gizi/> (Accesed 4 Juli 2012).
- Luluk. (2005). Resiko Pemberian MP-ASI Terlalu Dini. <http://wrm-indonesia.org/content/view/647/>, diakses 24 Juni 2012
- Nursalam, 2003. Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skrips, Tesis dan Instrumen Penelitian. Jakarta, Salemba Medika
- Roesli, Utami. 2007. Mengenal ASI Eksklusif. Jakarta. Trubus Agriwidya.

- Rosidah, D, 2004. Pemberian Makanan Tambahan. EGC. Jakarta
- Rusmi, T. 1999. Ilmu Prilaku. Jakarta : CV. Sagung Seto
- Suhardjo. R. (1999). Berbagai cara pendidikan gizi. Bumi Aksara.PAU Pangan dan Gizi. Jakarta
- Widodo, 2003. Bioteknologi Industri Susu. Lacticia Press, Yogyakarta.

HUBUNGAN PAPARAN MEDIA DENGAN PRAKTEK PEMBERIAN SUSU FORMULA PADA BAYI

Eny Qurniyawati
(Prodi D 3 Kebidanan,
Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun)
Trimiaty
(Prodi D 3 Kebidanan,
Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun)

ABSTRAK

ASI mengandung nutrisi dan zat protektif yang sesuai dengan kebutuhan bayi, ASI melindungi bayi dan anak dari penyakit infeksi misalnya: infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah, diare, dan otitis media. Kolostrum mengandung zat kekebalan 10-17 kali lebih banyak dari susu matur (matang). Sebanyak 136.700.000 bayi dilahirkan di seluruh dunia dan hanya 32,6% dari mereka yang mendapat ASI secara eksklusif pada usia 0 sampai 6 bulan pertama. Hal tersebut menggambarkan cakupan pemberian ASI eksklusif di bawah 80% dan masih sedikitnya ibu yang memberikan ASI secara eksklusif pada bayi. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan paparan media dengan praktik pemberian susu formula pada bayi usia di bawah 6 bulan di Desa Kare Kecamatan Kare Kabupaten Madiun. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret hingga Mei 2016 menggunakan desain penelitian cross sectional. Lokasi penelitian di Desa Kare Kecamatan Kare Kabupaten Madiun. Populasi penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki bayi usia kurang dari 6 bulan di Desa Kare Kecamatan Kare Kabupaten Madiun. Besar populasi = 35 responden, besar sampel adalah total sampling. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner. Analisis data menggunakan uji chi square. Hasil: Ada hubungan antara paparan media dengan praktek pemberian susu formula pada bayi usia kurang dari 6 bulan. Rekomendasi: perlu meningkatkan program promosi pemberian ASI eksklusif sehingga dapat melindungi bayi usia kurang dari 6 bulan

Kata kunci:
Paparan Media, Susu formula, Bayi

PENDAHULUAN

Latar Belakang

ASI mengandung nutrisi dan zat protektif yang sesuai dengan kebutuhan bayi sehingga menjamin status gizi yang baik serta kesakitan dan kematian anak menurun. Beberapa penelitian epidemiologis menyatakan bahwa ASI melindungi bayi dan anak dari penyakit infeksi misalnya: infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah, diare, dan otitis media. Kolostrum mengandung zat kekebalan 10-17 kali lebih banyak dari susu matur. Zat kekebalan di dalam ASI antara lain akan melindungi bayi dari penyakit diare dan menurunkan kemungkinan bayi terkena penyakit infeksi telinga, penyakit alergi, batuk, dan pilek (Kemenkes RI, 2012).

Menurut laporan UNICEF tahun 2011 dalam *World Breastfeeding Week* (2012), sebanyak 136.700.000 bayi dilahirkan di seluruh dunia dan hanya 32,6% dari mereka yang mendapat ASI secara eksklusif pada usia 0 sampai 6 bulan pertama. Hal tersebut menggambarkan cakupan pemberian ASI eksklusif di bawah 80% dan masih sedikitnya ibu yang memberikan ASI eksklusif.

Sedangkan dari data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tercatat bahwa cakupan ASI eksklusif sebesar 40,2% (SDKI, 2007) menurun dari kondisi tahun 2002 – 2003 yaitu 39,5 % dari keseluruhan bayi, sementara jumlah bayi di bawah 6 bulan yang diberi susu formula meningkat dari 16,7 % (SDKI, 2002 – 2003) menjadi 27,9 % (SDKI, 2007).

Pencapaian ASI di Indonesia tahun 2011 sebesar 54%, tahun 2012 sebesar 52%, tahun 2013 sebesar 51,07%, dan menurun pada tahun 2014 sebesar 49,7%. Cakupan pemberian ASI Eksklusif di Jawa Timur tahun 2011 sebesar 36,7%, tahun 2012 sebesar 35,7%, dan pada tahun 2013 sebesar 36,8%, dan pada tahun 2014 menurun menjadi 34,53% (Laporan Tahunan Promkes tahun 2014). Sedangkan di Kabupaten Madiun Cakupan Pemberian ASI Eksklusif pada tahun 2012 sebesar 72,27%, dan pada tahun 2013 sebesar 73,82%. (Dinkes Kab. Madiun, 2013).

Menurunnya angka pemberian ASI dan meningkatnya pemakaian susu formula disebabkan antara lain rendahnya pengetahuan para ibu mengenai manfaat ASI dan cara menyusui yang benar, kondisi yang kurang memadai bagi para ibu yang

bekerja (cuti melahirkan yang terlalu singkat, tidak adanya ruang di tempat kerja untuk menyusui atau memompa ASI), persepsi-persepsi sosial-budaya yang menentang pemberian ASI, kurangnya pelayanan konseling laktasi dan dukungan dari petugas kesehatan, dan pemasaran agresif oleh perusahaan-perusahaan formula yang tidak saja mempengaruhi para ibu, namun juga para petugas kesehatan (Amanda, 2008).

Alasan lain mengapa ibu memilih susu formula, bayi yang diberi susu formula tidak akan terbangun pada malam hari karena kandungan zat-zat dalam susu formula mengenyangkan bayi. Komposisi susu formula lebih sulit dicerna oleh sistem pencernaan bayi. Karena susu formula bertahan lebih lama dalam perut, bayi menjadi tidak lekas lapar. Efeknya, bayi akan tidur lebih lama. Hal ini sebenarnya tidak baik karena sistem pencernaan bayi masih belum sempurna. Alasan lain memberikan susu formula kepada bayinya karena dilihat dari segi kepraktisannya. Padahal sebenarnya susu formula yang diberikan kepada bayinya dengan menggunakan dot butuh waktu untuk mensterilkannya untuk menghilangkan kuman-kuman (Anonim, 2010).

Susu formula lebih lama dicerna oleh tubuh bayi karena komponen yang terkandung di dalamnya lebih kompleks, sehingga waktu pemberian susu formula lebih sedikit dibandingkan dengan ASI. Botol yang digunakan dalam pemberian susu formula harus higienis dan disteril lebih dahulu untuk menghindari infeksi bakteri ataupun virus, sehingga penyiapannya lebih repot. Antibodi yang terdapat disusu formula tidak selengkap ASI, sehingga bayi akan kekurangan beberapa antibodi. Selain itu orang tua juga harus mengeluarkan uang lebih untuk membeli susu formula, serta harus dicari susu formula yang cocok untuk bayinya sehingga tidak menimbulkan alergi.

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Paparan Media Dengan Praktek Pemberian Susu Formula Pada Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan di Desa Kare Kabupaten Madiun

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Lokasi penelitian

di Kare Kecamatan Kare Kabupaten Madiun. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki bayi usia di bawah 6 bulandi Kare Kecamatan Kare Kabupaten Madiuntahun 2015. Populasi sebesar 35 orang dan seluruhnya diteliti. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner. Analisis data menggunakan uji *Chi square*.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi paparan media di Desa Kare Kecamatan Kare Madiun 2016

Paparan Media	Frekuensi	Persen
Terpapar	22	62,9
Tidak Terpapar	13	37,1
Total	35	100,0

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden terpapar Media yaitu sebesar 62,9%.

Tabel 2. Distribusi pemberian susu formula pada bayi usia kurang dari 6 bulan di Desa Kare Kecamatan Kare Madiun 2016

Praktik Pemberian Susu Formula	Frekuensi	Persen
Memberikan	20	57,1
Tidak Memberikan	15	42,9
Total	35	100,0

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memberikan susu formula yaitu sebanyak 57,1%.

Tabel 3 Hubungan paparan media dengan praktik pemberian susu formula pada bayi usia kurang dari 6 bulan di Desa Kare Kecamatan Kare Kabupaten Madiun 2016

Paparan Media	Praktik Pemberian Susu Formula				Total	
	Memberikan		Tidak Memberikan			
	f	%	f	%	f	%
Terpapar	18	81,8	4	18,2	22	100,0
Tidak Terpapar	2	15,4	11	84,6	13	100,0
Total	20	57,1	15	42,9	35	100,0
$X^2 = 14,726$				p value = 0,000		

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden yang memberikan susu formula kepada bayi usia kurang dari 6 bulan lebih banyak

terdapat pada kelompok responden yang terpapar media sebanyak 18 orang (81,8%) dibandingkan kelompok responden yang tidak terpapar media sebanyak 2 orang (15,4%). Hasil analisis statistik, diperoleh p value = 0,000 ($p < 0,05$), hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan paparan media dengan praktik pemberian susu formula pada bayi usia kurang dari 6 bulan di Desa Kare Kecamatan Kare Kabupaten Madiun.

PEMBAHASAN

Paparan media dalam hal ini terkait dengan ada atau tidaknya informasi mengenai pemberian susu formula yang diterima oleh ibu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden terpapar oleh media sebesar 62,9%; berarti sebagian besar ibu telah mendapatkan informasi mengenai susu formula. Paparan media akan meningkatkan pemberian susu formula pada bayi usia kurang dari 6 bulan. Ada berbagai media untuk mendapatkan informasi mengenai pemberian susu formula. Hasil penelitian menunjukkan bahwa informasi mengenai pemberian susu formula justru datang dari petugas kesehatan (76,2%) dilanjutkan media televisi (19%). Petugas kesehatan menjadi media yang paling banyak digunakan karena petugas kesehatan merupakan orang yang bersentuhan langsung dengan para ibu yang banyak memberikan informasi apapun termasuk dalam hal pemberian susu formula.

Paparan media merupakan salah satu saluran yang digunakan seseorang untuk mendapatkan sebuah informasi, begitu pula dalam hal praktik pemberian susu formula pada bayi usia kurang dari 6 bulan. Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan paparan media dengan praktik pemberian susu formula pada bayi usia kurang dari 6 bulan di Desa Kare Kecamatan Kare Kabupaten Madiun, dimana responden yang memberikan susu formula kepada bayi usia kurang dari 6 bulan lebih banyak terdapat pada kelompok responden yang terpapar media (62,9%) dibandingkan kelompok responden yang tidak terpapar media (37,1%). Penyebarluasan informasi atau pesan-pesan kesehatan akan mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat. Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan juga

dari ada tidaknya informasi kesehatan. Seseorang memutuskan untuk berperilaku diawali dengan menerima informasi yang diperolehnya dari berbagai media. Hasil penelitian diperoleh ibu memberikan susu formula pada bayi usia kurang dari 6 bulan disebabkan oleh ibu sering mendapat informasi dari media terkait susu formula baik dari media elektronik, cetak maupun media lainnya, dalam hal ini ibu mendapatkan informasi susu formula melalui media petugas kesehatan dan televisi. Semakin banyak informasi yang diperoleh melalui media tentang susu formula, maka keterpaparan semakin tinggi dalam penggunaan susu formula. Hal ini akan meningkatkan penggunaan susu formula pada bayi usia kurang dari 6 bulan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian disimpulkan bahwa ada hubungan antara paparan media dengan praktek pemberian susu formula pada bayi usia kurang dari 6 bulan di Desa Kare Kecamatan Kare Kabupaten Madiun

Saran yang diberikan berdasarkan kesimpulan untuk Petugas Kesehatan khususnya bidan adalah: lebih meningkatkan promosi ASI eksklusif dan memberikan informasi yang benar tentang penggunaan susu formula; untuk masyarakat agar lebih mengotimalkan fungsi keluarga dalam pengambilan keputusan keluarga, sehingga keluarga akan lebih selektif dalam menerima informasi susu formula yang akan mempengaruhi pemberian ASI eksklusif.

DAFTAR PUSTAKA

- Amanda Tasya, 2008. Indonesia dan ASI. <http://aimi-asi.org/2008/08/indonesia-dan-asi/>. 7 Januari 2014
- Anonim, 2009. KTI Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang ASI terhadap Pemberian PASI pada Bayi 0-6 bulan.
- Apriliani, Vindi Ayu. Pekan ASI Sedunia (World Breastfeeding Week). Jakarta : Jurnal Gizi dan KIA : 2012
- Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun. (2013). Profil Kesehatan Kabupaten Madiun Tahun 2013.
- Kemenkes RI (2012). Situasi dan Analisis ASI Eksklusif, Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI
- SDKI. 2007. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia.

PERAN KELAS IBU HAMIL DALAM KEBERHASILAN ASI EKSKLUSIF

Yeni Utami
(Prodi Kebidanan,
STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun)
Ardhining Westri
(Prodi Kebidanan,
STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun)

ABSTRAK

Salah satu program unggulan dalam upaya menurunkan AKI dan AKB adalah melalui penyelenggaraan kelas ibu hamil. Tujuan program kelas ibu hamil salah satunya adalah keberhasilan dalam pemberian ASI eksklusif. Namun pencapaian target pemberian ASI eksklusif di wilayah Puskesmas Tawangrejo baru mencapai 62,14% dari target 70%, sehingga dikatakan kelas ibu hamil belum berhasil mencapai tujuannya. Hal ini dikarenakan belum banyak ibu hamil yang berperan aktif dalam program kelas ibu hamil. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan keikutsertaan kelas ibu hamil dengan pemberian ASI eksklusif. Jenis penelitian ini adalah analitik observasional menggunakan rancang bangun penelitian cross sectional study. Lokasi penelitian di wilayah kerja Puskesmas Tawangrejo, Kartoharjo, Kota Madiun. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki Balita usia 7-12 bulan yang berada di wilayah Puskesmas Tawangrejo, Kartoharjo, Madiun sebanyak 70 ibu balita. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebesar 42 ibu balita dengan teknik purposive sampling. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan uji chi square. Ibu yang memberikan ASI eksklusif hampir seluruhnya pada ibu yang mengikuti kelas ibu hamil. Terdapat hubungan keikutsertaan kelas ibu hamil dengan pemberian ASI eksklusif. Ibu yang mengikuti kelas ibu hamil berpeluang 55 kali memberikan ASI eksklusif.

Kata Kunci:

Kelas ibu hami, Ibu Balita, ASI eksklusif

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator penting dalam pencapaian target *millennium Development Goals (MDGs)* 2015 dan SdGs 2030. Di Negara berkembang, saat melahirkan dan minggu pertama setelah melahirkan merupakan periode kritis bagi ibu dan bayinya. Sekitar dua pertiga kematian terjadi pada masa neonatal, dua per tiga kematian neonatal tersebut terjadi pada minggu pertama, dan du pertiga kematian bayi pada minggu pertama tersebut terjadi pada hari pertama. AKB di Indonesia mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2012. Angka ini masih jauh dari target MDGs 2015 sebesar 25 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes Ri, 2013).

Upaya pencegahan untuk mengurangi angka kesakitan dan angka kematian bayi salah satunya dengan pemberian ASI eksklusif (Labbok, dkk, 2013). WHO dan UNICEF telah merekomendasikan beberapa hal untuk peningkatan cakupan ASI eksklusif, yaitu memberikan kesempatan untuk inisiasi menyusui dini pada satu jam setelah kelahiran, menyusui secara eksklusif sejak lahir sampai usia 6 bulan, memberikan makanan pendamping ASI yang bergizi sejak bayi berusia 6 bulan, dan melanjutkan menyusui sampai anak berusia 2 tahun atau lebih (WHO, 2009).

Cakupan pemberian ASI eksklusif dipengaruhi beberapa hal diantaranya belum optimalnya penerapan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM), belum semua bayi memperoleh IMD, rendahnya pengetahuan ibu dan keluarga mengenai manfaat dan cara menyusui yang benar, kurangnya pelayanan konseling laktasi dan dukungan dari petugas kesehatan, factor social budaya, kondisi yang kurang memadai bagi para ibu bekerja dan gencarnya pemasaran susu formula (Fikawati dan Syafiq, 2010). Pemberian informasi dan edukasi ASI eksklusif kepada ibu dan atau keluarga sejak kehamilan, sebagai persiapan langkah dalam pemberian ASI eksklusif. Salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui program kelas ibu hamil. Sementara penyuluhan kesehatan ibu dan anak pada umumnya

masih dilakukan melalui konsultasi perorangan atau kasus per kasus yang diberikan pada waktu ibu memeriksakan kandungan atau pada waktu kegiatan posyandu. Penyuluhan semacam ini hanya terbatas pada masalah kesehatan yang dialami saat konsultasi dan penyuluhan yang diberikan tidak terkoordinir sehingga ilmu yang diberikan hanyalah ilmu yang dimiliki oleh petugas saja (Kemenkes RI, 2011).

Kelas ibu hamil merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang diikuti diskusi dan tukar pengalaman antara ibu hamil dan petugas kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, tanda bahaya kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, mitos, penyakit menular seksual dan ake kelahiran (Kemenkes RI, 2011).

Dinas kesehatan kota Madiun telah mengadakan sosialisasi kelas ibu hamil kepada semua kepala puskesmas dan bidan koordinator di wilayah kerja Kota Madiun, namun program kelas ibu hamil belum berjalan maksimal karena belum semua bidan dilatih menjadi fasilitator kelas ibu hamil. Puskesmas Tawangrejo merupakan salah satu puskesmas yang mendapatkan intervensi program kelas ibu hamil dari Dinas Kesehatan Kota Madiun. Setelah dilakukan intervensi program kelas ibu hamil, belum menunjukkan hasil dalam pencapaian program kesehatan ibu dan anak utamanya pada pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan. Berdasarkan data Dinkes Kota Madiun (2014) cakupan Asi eksklusif di kota Madiun sebesar 67,16% masih dibawah target nasional adalah 75%. Hasil capaian ASI eksklusif tahun 2014 di Puskesmas Tawangrejo belum menunjukkan hasil target sebesar 70%, dan capaiannya sebesar 62,14% karena masih ada ibu yang memberikan tambahan makanan pendamping ASI pada bayi usia di bawah 6 bulan. Hasil cakupan yang belum tercapai ini akan menghambat akselerasi penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Kota Madiun.

Berdasarkan studi pendahuluan dengan mewawancarai 5 ibu bayi ada beberapa alasan yang membuat mereka memberikan makanan tambahan selain ASI, dan 2

diantarnya tidak mengetahui kelas ibu hamil, 3 lainnya mengetahui adanya kelas ibu hamil namun hanya 1 ibu yang pernah mengikuti kelas ibu hamil. Mereka beranggapan ikut kelas ibu hamil perlu mengeluarkan biaya banyak, dan jarak untuk mencapai lokasi kelas ibu hamil sangat jauh dari tempat tinggal dan dirasa kurang terjangkau.

Upaya meningkatkan pengetahuan melalui program kelas ibu hamil diharapkan akan meningkatkan pengetahuan ibu. Dukungan dari berbagai elemen masyarakat dan tenaga kesehatan juga sangat penting dalam meningkatkan kesertaan ibu dalam kelas ibu hamil, sehingga promosi tentang pentingnya ASI eksklusif tercapai.

Penelitian ini penting dilakukan untuk mendapatkan data hubungan kelas ibu hamil dengan pemberian ASI eksklusif. Luaran hasil penelitian dapat digunakan sebagai dasar untuk memfokuskan sasaran promosi kesehatan tentang partisipasi ibu terhadap pentingnya keaktifan mengikuti kelas ibu hamil dan pemberian ASI eksklusif. Luaran lainnya adalah untuk mendapatkan bukti ilmiah tentang hubungan kelas ibu hamil dengan pemberian ASI eksklusif.

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan keikutsertaan kelas ibu hamil dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Tawangrejo, Kartoharjo, Madiun.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini analitik observasional menggunakan rancang bangun penelitian *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2016. Lokasi penelitian di wilayah kerja Puskesmas Tawangrejo, Kartoharjo, Madiun. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki balita usia 7-12 bulan di wilayah Puskesmas Tawangrejo, Kartoharjo, Madiun. Jumlah populasi sebesar 70 ibu balita. Jumlah sampel dalam penelitian ini 42 ibu balita dengan *purposive sampling*.

Variabel bebas penelitian adalah keikutsertaan kelas ibu hamil dan variabel terikat adalah pemberian ASI eksklusif. Instrumen penelitian yang digunakan

adalah kuesioner. Analisis data menggunakan uji *Chi square*.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Faktor Predisposisi Ibu Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tawangrejo, Madiun, Tahun 2016

Variabel	f	%
Usia		
Risiko tinggi (<20 atau >35 tahun)	19	45,2
Risiko rendah (20-35 tahun)	23	54,8
Tingkat Pendidikan		
Rendah (<amat SMP)	23	54,8
Tinggi (≥amat SMP)	19	45,2
Pekerjaan		
Tidak bekerja	16	38,1
Bekerja	26	61,9
Paritas		
Berisiko (>4 orang)	8	19,1
Tidak berisiko (≤4 orang)	34	80,9

Ibu balita di wilayah Puskesmas Tawangrejo lebih dari setengahnya (54,8) termasuk usia risiko rendah sebesar (20-35 tahun). Pada tingkat pendidikan lebih dari setengahnya (54,8%) berpendidikan rendah (<amat SMP). Sebagian besar ibu balita sebagai pekerja sebesar 61,9%. Sedangkan dari segi paritas hampir seluruhnya termasuk tidak berisiko (≤4 orang) sebesar 80,9%.

Tabel 2. Distribusi Keikutsertaan Kelas Ibu Hamil dan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Tawangrejo, Madiun, Tahun 2016

Variabel	f	%
Keikutsertaan kelas ibu hamil		
Tidak ikut	25	59,5
Ikut	17	40,5
Pemberian ASI eksklusif		
Tidak ASI eksklusif	24	57,1
ASI eksklusif	18	42,9

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa lebih dari setengah ibu tidak mengikuti program kelas ibu hamil sebesar 59,5% dan lebih setengahnya ibu tidak

memberikan ASI eksklusif pada Balitanya sebanyak 57,1%.

Tabel 3. Hubungan Keikutsertaan Kelas Ibu Hamil dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Tawang, Kartoharjo, Madiun Tahun 2016

Keikut- sertaan kelas ibu hamil	Pemberian ASI eksklusif		Total		OR (95%CI=	p
	Tidak ASI eksklusif	ASI eksklusif	f	%	8,18-369,85)	
Tidak ikut	22	3	25	88,0	12,0	55 0,000
Ikut	2	15	17	11,8	88,2	
Jumlah	24	18	42	57,1	42,9	100

Keterangan : Signifikan = (p<0,05)

Tabel 3 menunjukkan persentase ibu yang memberikan ASI eksklusif lebih tinggi (88,2%) pada ibu yang mengikuti kelas ibu hamil dibandingkan ibu yang tidak mengikuti kelas ibu hamil (12,0%). Pada tabel juga menunjukkan kepercayaan keikutsertaan kelas ibu hamil dalam mempengaruhi pemberian ASI eksklusif sebesar 55 kali (95%CI= 8,18-369,85). Analisis bivariat ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan secara statistik dan signifikan antara keikutsertaan kelas ibu hamil dengan pemberian ASI Eksklusif yaitu ditunjukkan dengan nilai p = 0,000 (p < 0,05).

PEMBAHASAN

Depkes RI (2009) menjelaskan kelas ibu hamil adalah keikutsertaan ibu hamil dalam kelompok belajar dengan usia kehamilan 20 minggu hingga 32 minggu, merupakan kegiatan belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh dan sistematis, terjadwal, berkesinambungan. Tujuan kelas ibu hamil meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi, ASI eksklusif, mitos/kepercayaan, adat istiadat, setempat, penyakit menular, dan akte kelahiran. Hasil penelitian menunjukan bahwa lebih dari setengahnya ibu tidak mengikuti kelas ibu hamil dan lebih dari setengahnya juga ibu tidak memberikan ASI eksklusif. Pada hasil penelitian juga membuktikan ibu yang memberikan ASI

eksklusif hampir seluruhnya mengikuti kelas ibu hamil dibandingkan ibu yang tidak mengikuti kelas ibu hamil.

Menurut Wiknjosastro (1997) masa yang paling tepat untuk menjalankan kehamilan dan persalinan adalah usia antara 20-35 tahun, karena pada saat itu alat reproduksi wanita sudah berfungsi dengan baik. Dalam penelitian ini proporsi usia ibu yang berisiko rendah lebih dari setengahnya, sehingga ibu merasa kehamilannya dianggap sebagai hal yang normal dan tidak memerlukan mengikuti kelompok belajar seperti kelas ibu hamil. Pada kelompok umur < dari 20 tahun dimana masih bergantung pada keputusan orang tua, sehingga belum bisa menerima informasi baru. Dan pada kelompok umur >35 tahun menganggap pengalaman sebelumnya menjadi pelajaran yang berharga dan merasa tidak perlu mengikuti kegiatan baru, hal ini dijelaskan Green dan Kreuter (2000) bahwa umur merupakan faktor entesenden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi perilaku individu itu sendiri yang didukung oleh sumber penguat termasuk orang tua, pasangan, teman dan sebagainya, bahwa faktor pengalaman masa lalu saat menerima jasa pelayanan mempengaruhi seorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Menurut Stuart (2007) semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru. Hal ini selaras dengan hasil penelitian pendidikan ibu hampir setengahnya termasuk pendidikan rendah, sehingga ibu lebih sulit untuk menerima sesuatu hal yang baru meskipun hal tersebut mempunyai manfaat besar bagi ibu. Hal ini didukung fakta hasil penelitian yang menunjukkan lebih dari setengahnya ibu tidak mengikuti kelas ibu hamil, karena dianggap sebagai kegiatan baru dan ibu lebih memilih untuk tidak mengikutinya. Hal ini diperkuat oleh Martaadisubrata (2005) yang mengungkapkan pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang acuh tak acuh terhadap program kesehatan, sehingga mereka tidak mengenal bahaya yang mungkin terjadi walaupun ada sarana yang baik belum tentu mereka tahu menggunakannya. Rendahnya tingkat pendidikan pada ibu menyebabkan rendahnya kemampuan untuk mengakses informasi, sehingga sangat sulit untuk memahami tanda bahaya pada dirinya.

Dalam hal ini pendidikan secara formal tidak dapat ditingkatkan lagi, namun secara informal proses pembelajaran berlangsung seumur hidup, yaitu dengan penambahan pengetahuan bisa melalui penyuluhan. Berkaitan dengan perilaku ibu dalam tidak mengikuti kelas ibu hamil, ibu yang berpendidikan rendah lebih mengikuti adat istiadat yang sudah ada. Pemanfaatan fasilitas yang ada bukan saja dipengaruhi keterjangkauan akses kesehatan, juga dipengaruhi persepsi seseorang dalam memandang kesehatannya dan kepercayaan yang ada di masyarakat. Oleh karena itu perlu terus aktif melaksanakan kelas ibu hamil dan lebih intensif dalam meningkatkan kualitas pelaksanaan kelas ibu hamil.

Berdasarkan hasil penelitian juga menunjukkan sebagian besar ibu bekerja. Menurut Depkes RI (2002) pekerjaan dikaitkan dengan kemampuan masyarakat dan tingkat kemandirian wanita yang sangat berpengaruh terhadap kesehatannya. Seorang ibu yang bekerja akan lebih mandiri dan terpapar informasi dari lingkungannya sehingga lebih mudah bagi dirinya mengambil keputusan. Hal ini bertentangan dengan hasil penelitian bahwa sebagian besar ibu memilih tidak mengikuti kelas ibu hamil dan bahkan ibu juga tidak memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

Berdasarkan penelitian hampir seluruhnya ibu termasuk kelompok paritas tidak berisiko. Menurut Prawirohardjo (2002) paritas erat hubungannya dengan penyulit dan komplikasi yang dialami ibu, jumlah persalinan yang pernah dialami memberikan pengalaman pada ibu untuk kehamilan dan persalinan berikutnya. Oleh karena itu, ibu yang belum pernah melahirkan cenderung mencari tahu tentang pelayanan kesehatan yang tepat (Depkes RI, 2008).

ASI eksklusif merupakan pemberian ASI saja tanpa tambahan makanan lain pada bayi berumur nol sampai 6 bulan (Depkes RI, 2008). Menurut Depkes RI (2004) tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu juga mempunyai pengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku dalam hal kesehatan. Sarwono (2011) menambahkan jumlah anak yang dimiliki ibu juga berpengaruh, anak ketiga keempat dan seterusnya lebih banyak disusui eksklusif daripada anak pertama dan kedua. Peran suami turut andil dalam

keberhasilan ASI eksklusif karena ibu dengan pikiran positif akan merangsang kontraksi otot hingga mengalirkan ASI. Tidak kalah penting pengetahuan ibu berhubungan dengan perilaku pemberian ASI eksklusif, dimana semakin tinggi pengetahuan ibu semakin tinggi perilaku pemberian ASI eksklusif, salah satu upaya peningkatan pengetahuan dengan adanya kegiatan kelas ibu hamil

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Ada hubungan keikutsertaan kelas ibu hamil dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Tawangrejo, Kartoharjo, Madiun .

Saran

Saran yang diberikan berdasarkan kesimpulan untuk Dinas kesehatan Kota Madiun adalah memberikan fasilitas pelaksanaan kelas ibu hamil di wilayah Kota Madiun umumnya dan Puskesmas Tawangrejo khususnya, sehingga pelaksanaan kelas ibu hamil bisa merata di semua desa. Bagi Puskesmas Tawangrejo hendaknya bidan desa lebih aktif memberikan inovasi dengan reward pada ibu hamil yang aktif dalam mengikuti kelas ibu hamil sehingga pelaksanaan kelas ibu hamil meningkat.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, (2009) Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat dan JICA
- Depkes RI, (2009) Pedoman Umum Manajemen Kelas Ibu Hamil. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat dan JICA
- Depkes RI, (2008) Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Depkes RI: Jakarta
- Depkes RI, (2004) KIE Safe Motherhood "Making Pregnancy Safer". Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan, Depkes RI
- Depkes RI, (2002) Program Safe Motherhood di Indonesia. Jakarta
- Dinkes Kota Madiun, (2014) Profil Kesehatan Kota Madiun Tahun 2014. Madiun
- Fikawati S, Syafiq A. Kajian implementasi dan kebijakan air susu ibu eksklusif dan inisiasi menyusui dini di Indonesia. Makara, Kesehatan, Vol. 14, No. 1, Juni 2010: 17-24
- Green, L. W and Kreuter, M.W. (2000) Health Promotion Planning an Educational and Environment Approach, London: Mayfield Publishing Company
- Kemkes RI, (2011) Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Gizi dan KIA
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013) Pertemuan percepatan pencapaian target MDGs. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA. Jakarta
- Labbok MH, Taylor EC, Nickel NC. Implementing the ten step to successful breastfeeding in multiple hospitals serving low-wealth patients in the US: innovative research design and baseline finding. International Breastfeeding Journal. 2013;8(5)
- Martaadisoebrata,dkk (2005) Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, Sarwono (2002) buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal edisi 1. Jakarta. JNPKKR-POGI
- Saifuddin AB. (2001) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Stuart, Gail W (2007) Buku Saku Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC
- WHO (2009) Infant and young child feeding. Geneva: WHO Press
- Wiknjastro, Hanifa (1997) Ilmu Kebidanan. Edisi ketiga Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta.

**PERBEDAAN PERTUMBUHAN DAN
PERKEMBANGAN BAYI
USIA 6–9 BULAN YANG MENDAPAT
DAN TIDAK MENDAPAT
ASI EKSKLUSIF**

Teta Puji Rahayu

(Prodi Kebidanan Kampus Magetan
Poltekkes Kemenkes Surabaya)

Maria Retno Ambarwati

(Prodi Kebidanan Kampus Magetan
Poltekkes Kemenkes Surabaya)

ABSTRAK

ASI makanan terbaik untuk bayi karena mengandung nutrisi khusus dalam penyusutan sel-sel otak, selain itu menyusui dapat meningkatkan ikatan batin antara ibu dan anak. Skrining gangguan pertumbuhan dan perkembangan sangat diperlukan, dengan menggunakan perbandingan BB/TB pada NCHS-WHO serta Denver II dapat diketahui bayi mengalami kondisi yang normal atau dicurigai mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada aspek tertentu, sehingga dapat dideteksi dan dilakukan stimulasi dini sesuai dengan kekurangan aspek yang dimiliki. Tujuan penelitian menganalisis perbedaan pertumbuhan dan perkembangan pada bayi usia 6–9 bulan yang mendapat dan tidak mendapat ASI eksklusif di Puskesmas Panekan Magetan Jawa Timur dengan rancangan *cross sectional*. Subjek penelitian adalah bayi usia 6–9 bulan yang dipilih menggunakan *cluster random sampling*. Data dianalisis menggunakan uji *Chi-square*. Hasil penelitian menemukan dari 41 bayi yang mendapat ASI eksklusif 41 (100%) mempunyai pertumbuhan normal, 40 (98%) mempunyai perkembangan normal. Dari 41 bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif 1 (2%) mempunyai pertumbuhan tidak normal dan 5 (12%) mempunyai perkembangan tidak normal. Hasil uji *Chi square* didapatkan tidak ada perbedaan antara pertumbuhan dan perkembangan bayi usia 6–9 bulan yang mendapat dan tidak mendapat ASI eksklusif ($p > 0,05$). Disimpulkan bahwa bayi berusia 6–9 bulan yang mendapat ASI eksklusif mempunyai pertumbuhan dan perkembangan yang normal, sama dengan yang tidak mendapat ASI eksklusif.

Kata kunci: ASI eksklusif, pertumbuhan, perkembangan bayi.

PENDAHULUAN

Pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita sebagian besar ditentukan oleh jumlah ASI yang diperoleh, termasuk energi dan zat gizi lainnya yang terkandung di dalam ASI tersebut. ASI tanpa bahan makanan lain dapat mencukupi kebutuhan pertumbuhan bayi sampai dengan usia sekitar enam bulan (Jackson T, et al., 2009). Pemberian ASI tanpa pemberian makanan lain selama enam bulan tersebut dilakukan dengan cara menyusui secara eksklusif (Siregar A, 2004). Biasanya bayi siap untuk makan makanan padat, baik secara pertumbuhan maupun secara psikologis, pada usia 6–9 bulan (Jackson T, et al., 2009).

Di Kabupaten Magetan pencapaian ASI Eksklusif tahun 2012 masih belum memenuhi target 80%. Di Kabupaten Magetan, Puskesmas Panekan berperingkat rendah jika dibandingkan wilayah lainnya di wilayah Kabupaten Magetan, pencapaian keberhasilan ASI Eksklusif di Puskesmas Panekan adalah 14,99% dari target 80 % (Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan, 2013).

Jika bayi tidak mendapatkan nutrisi yang baik (tidak mendapatkan makanan terbaik untuk bayi, yaitu ASI) selama masa pertumbuhannya maka akan berdampak pada keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan pada anak. Dampak keterlambatan tumbuh kembang pada anak adalah pertumbuhan fisik pada umumnya yang kurang dari anak biasanya, perkembangan kejiwaan yang terganggu, kesulitan belajar, lebih agresif, dan menarik diri dari lingkungan (Seno, 2010).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian analitik komparatif dengan rancangan *cross-sectional*. Tujuan penelitian menganalisis perbedaan pertumbuhan dan perkembangan pada bayi usia 6–9 bulan yang mendapat dan tidak mendapat ASI eksklusif, penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Panekan Magetan Jawa Timur pada bulan Juli–September 2015. Subjek dalam penelitian ini adalah 82 bayi usia 6–9 bulan (41 bayi yang mendapat ASI eksklusif dan 41 bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif), dilakukan dengan cara *cluster sampling*. Pengumpulan data sekunder untuk melihat variabel bebas berupa data semua anak berusia 6–9 bulan dengan cara mencatat

nama-nama anak yang berusia 6–9 bulan, memberi kode anak yang mendapat dan tidak mendapat ASI eksklusif, dilakukan oleh bidan koordinator wilayah setempat yang telah ditunjuk. Selanjutnya melakukan pengumpulan data primer untuk melihat variabel terikat berupa penilaian pertumbuhan dan perkembangan anak dengan melakukan pemeriksaan menggunakan timbangan, microtoise, kurva pertumbuhan menurut WHO-NCHS dan Denver II. Variabel perancu yang didapatkan langsung dengan mengajukan pertanyaan pada orangtua/pengasuh. Analisis data *chi-square* dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Perbedaan Pertumbuhan Bayi berdasarkan Karakteristik Bayi, Orangtua Bayi, dan Pemberian ASI Eksklusif (n= 82)

Karakteristik	Pertumbuhan				Total		x ²	Nilai p
	Bayi							
	Normal		Tidak Normal					
	N	%	n	%	n	%		
Usia (bulan)								
6	23	96	1	4	24	100	2,447	0,485
7	29	100	0	0	29	100		
8	23	100	0	0	23	100		
9	6	100	0	0	6	100		
Jenis Kelamin								
Laki-laki	43	100	0	0	43	100	0,291	0,476
Perempuan	38	97	1	3	39	100		
Pengasuh								
Orangtua/keluarga	71	99	1	1	72	100	1,000	0,708
Nonkeluarga	10	100	0	0	10	100		
Pekerjaan Ayah								
PNS	3	100	0	0	3	100	1,000	0,845
Non-PNS	78	99	1	1	79	100		
Pekerjaan Ibu								
Bekerja	14	100	0	0	14	100	1,000	0,648
Tidak Bekerja	67	99	1	1	68	100		
Pendidikan Ayah								
6	10	100	0	0	10	100	0,265	0,876
9–12	64	98	1	2	65	100		
> 12	7	100	0	0	7	100		
Pendidikan Ibu								
6	6	100	0	0	6	100	0,157	0,925
9–12	70	99	1	1	71	100		
> 12	5	100	0	0	5	100		
Jumlah Anak								
1	39	98	1	2	40	100	0,488	0,303
2–3	42	100	0	0	42	100		
ASI eksklusif								
Mendapat	41	100	0	0	41	100	1,000	0,314
Tidak Mendapat	40	98	1	2	41	100		

Bayi yang mendapat ASI eksklusif paling banyak memiliki pertumbuhan normal (100%), demikian juga bayi yang

tidak mendapat ASI eksklusif paling banyak memiliki pertumbuhan normal (98%). Bayi yang mendapat ASI eksklusif paling banyak memiliki perkembangan normal (98%), demikian juga bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif paling banyak memiliki perkembangan normal (88%). Perhitungan uji Chi kuadrat menunjukkan tidak ada perbedaan antara pertumbuhan dan perkembangan bayi dengan pemberian ASI eksklusif ($p > 0,001$). Usia, jenis kelamin, pengasuh, pekerjaan ayah, pekerjaan ibu, pendidikan ayah, pendidikan ibu, jumlah anak, dan pemberian ASI eksklusif tidak mempunyai perbedaan dengan pertumbuhan bayi. Usia, jenis kelamin, pekerjaan ayah, pendidikan ayah, jumlah anak, dan pemberian ASI eksklusif tidak mempunyai perbedaan dengan perkembangan bayi. Pengasuh, pekerjaan ibu, dan pendidikan ibu dari bayi yang mendapat dan tidak mendapat ASI eksklusif mempunyai perbedaan yang signifikan terhadap perkembangan bayi, hal ini ditunjukkan melalui uji Chi kuadrat dengan nilai $p \leq 0,05$.

Bayi yang mendapat ASI eksklusif paling banyak memiliki pertumbuhan normal (100%), demikian juga bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif paling banyak memiliki pertumbuhan normal (98%). Bayi yang mendapat ASI eksklusif paling banyak memiliki perkembangan normal (98%), demikian juga bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif paling banyak memiliki perkembangan normal (88%). Perhitungan uji Chi kuadrat menunjukkan tidak ada perbedaan antara pertumbuhan dan perkembangan bayi dengan pemberian ASI eksklusif ($p > 0,001$). Usia, jenis kelamin, pengasuh, pekerjaan ayah, pekerjaan ibu, pendidikan ayah, pendidikan ibu, jumlah anak, dan pemberian ASI eksklusif tidak mempunyai perbedaan dengan pertumbuhan bayi. Usia, jenis kelamin, pekerjaan ayah, pendidikan ayah, jumlah anak, dan pemberian ASI eksklusif tidak mempunyai perbedaan dengan perkembangan bayi. Pengasuh, pekerjaan ibu, dan pendidikan ibu dari bayi yang mendapat dan tidak mendapat ASI eksklusif mempunyai perbedaan yang signifikan terhadap perkembangan bayi, hal ini ditunjukkan melalui uji Chi kuadrat dengan nilai $p \leq 0,05$.

Tabel 2. Perbedaan Perkembangan Anak berdasarkan Karakteristik Bayi, Orangtua Bayi, dan Pemberian ASI Eksklusif (n= 88)

Karakteristik	Pertumbuhan Bayi				Total		x ²	Nilai p
	Normal		Tidak Normal					
	N	%	n	%	n	%		
Usia (bulan)								
6	23	96	1	4	24	100	1,816	0,612
7	26	90	3	10	29	100		
8	22	96	1	4	23	100		
9	5	83	1	17	6	100		
Jenis Kelamin								
Laki-laki	41	95	2	5	43	100	0,417	0,330
Perempuan	35	90	4	10	39	100		
Pengasuh								
Orangtua/keluarga	69	96	3	4	72	100	0,022	0,003
Nonkeluarga	7	70	3	30	10	100		
Pekerjaan Ayah								
PNS	3	100	0	0	3	100	1,000	0,620
Non-PNS	73	92	6	8	79	100		
Pekerjaan Ibu								
Bekerja	10	71	4	29	14	100	0,007	0,001
Tidak Bekerja	66	97	2	3	68	100		
Pendidikan Ayah								
6	9	90	1	10	10	100	5,469	0,065
9–12	62	95	3	5	65	100		
> 12	5	71	2	29	7	100		
Pendidikan Ibu								
6	6	100	0	0	6	100	8,646	0,013
9–12	67	94	4	6	71	100		
> 12	3	60	2	40	5	100		
Jumlah Anak								
1	38	95	2	5	40	100	0,676	0,432
2–3	38	90	4	10	42	100		
ASI eksklusif								
Mendapat	40	98	1	2	41	100	0,201	0,090
Tidak Mendapat	36	88	5	12	41	100		

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menemukan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara pertumbuhan dan perkembangan anak dengan pemberian ASI eksklusif. Pertumbuhan dan perkembangan pada bayi usia 6–9 bulan yang mendapat ASI eksklusif dan tidak mendapat ASI eksklusif lebih banyak yang normal. Hasil penelitian ini ternyata tidak sesuai dengan sejumlah penelitian yang menyimpulkan adanya hubungan positif antara pemberian ASI dengan pertumbuhan dan perkembangan. Kemungkinan hal ini terjadi karena pengaruh faktor perancu lain yang lebih dominan selain nutrisi, pertumbuhan bayi dipengaruhi oleh banyak hal diantaranya yaitu lingkungan, genetik, ras/etnik, sosial ekonomi, stimulasi dan lain sebagainya.

Hal ini juga kemungkinan terjadi karena peneliti kurang memperhatikan faktor eksklusivitas lama pemberian ASI, karena menurut penelitian yang dilakukan oleh Nuryanti (2009), didapatkan hasil bahwa anak yang mendapat ASI kurang dari tiga bulan, tiga kali lebih berisiko untuk mengalami gangguan perkembangan motorik kasar dibandingkan dengan anak yang mendapat ASI lebih dari tiga bulan. Kekhawatiran keterlambatan perkembangan motorik kasar dan halus berkurang terutama pada anak yang diberikan ASI eksklusif selama ≥ 3 bulan. Hasil penelitian dari Sacker, et al. (2006) juga menunjukkan bahwa bayi yang tidak pernah diberi ASI sebanyak 50% kemungkinan mengalami keterlambatan motorik kasar dan peningkatan durasi menyusui terkait dengan pengurangan kemungkinan keterlambatan. Ada beberapa bukti bahwa terdapat perlindungan yang terjadi pada bayi yang diberi ASI eksklusif selama ≥ 4 bulan terhadap keterlambatan perkembangan anak. Beberapa efek ini mungkin disebabkan oleh komposisi dari ASI bukan jumlahnya.

Kurang heterogenya karakteristik orangtua bayi juga dapat menjadi salah satu kemungkinan dari hasil penelitian ini. Jika dilihat dari pengasuh terdapat perbedaan antara perkembangan bayi usia 6-9 bulan. Sebagian besar bayi usia 6-9 bulan baik yang mendapat maupun yang tidak mendapat ASI eksklusif diasuh oleh orangtua/keluarga, sehingga dapat juga hal ini menjadi perancu dalam penelitian ini. Hal ini sesuai dengan hasil perhitungan statistik yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara pengasuh dengan perkembangan anak. Tingginya angka kurang gizi selain karena faktor sosial ekonomidan faktor penyakit infeksi juga karena faktor yang berkaitan dengan polaasuh anak balita, baik yang dilakukan oleh orangtua kandung, anggotakeluarga maupun pengasuh yang lain. Dengan kata lain, pengasuhan merupakan faktor yang sangat erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangan anak balita selain faktor gizi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pertumbuhan dan perkembangan pada bayi usia 6–9 bulan yang mendapat ASI eksklusif dan yang tidak mendapat ASI eksklusif lebih banyak yang normal

sehingga tidak didapatkan perbedaan yang signifikan. Pola pengasuhan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Pekerjaan dan pendidikan dari ibu mempengaruhi interaksi dan stimulasi yang diberikan pada anak, sehingga berpengaruh pula terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan dengan memperhatikan faktor suplementasi prenatal dari ibu yang memberikan ASI kepada bayinya yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan. Profil kesehatan Kabupaten Magetan tahun 2013. Magetan: Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan; 2013.
- Jackson T, Wibowo T, Ferdian I. Pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap status gizi pada bayi usia 6 bulan (laporan penelitian). Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti; 2009.
- Nuryanti D. Hubungan antara lama pemberian ASI eksklusif dengan status gizi dan perkembangan motorik kasar anak umur 24–36 bulan (tesis). Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran; 2009.
- Sacker A, Quigley MA, Kelly YJ. Breastfeeding and developmental delay: findings from the millennium cohort study. *Pediatrics*. 2006;118:682-9.
- Seno. ASI bagi tumbuh kembang anak kita (diunduh 22 April 2010). Tersedia dari: URL; file:///C:/Users/win7/Documents/asi-bagi-tumbuh-kembang-anak-kita.html.
- Siregar A. Pemberian ASI eksklusif dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Bagian gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat USU, 2004 (diunduh 24 April 2010). Tersedia dari: URL: <http://library.usu.ac.id/fkm/fkm-arifinsiregar.pdf>.

PENGARUH MENYUSUI DINI TERHADAP LAMANYA PENGELUARAN AIR SUSU IBU POST SECTIO CAESAREA

Yuni Retnowati

(Jurusan Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan)

Doris Noviani

(Jurusan Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan)

Susanti

(Jurusan Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan)

ABSTRAK

Pemberian ASI Eksklusif di Indonesia masih rendah yaitu 32% dari kelahiran bayi. Masalah menyusui pada keadaan khusus adalah ibu melahirkan dengan Sectio Caesarea. Di Indonesia jumlah kelahiran dengan Sectio Caesarea tergolong tinggi. Ibu dengan persalinan SC belum dilaksanakan inisiasi menyusui dini, kontak antara ibu dan bayi dimulai setelah ibu berada di ruang perawatan. Hal ini tentu saja berdampak pada penundaan stimulasi ASI antara ibu dan bayi di masa krisisnya, yaitu satu jam setelah melahirkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh menyusui dini terhadap lamanya pengeluaran ASI pada ibu post Sectio Caesarea di RSUD Tarakan. Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian jenis quasi-eksperimen dengan menggunakan bentuk rancangan "Posttest Only Control Group Design". Total responden sebanyak 70 orang dengan 36 ibu sebagai kelompok perlakuan (dilakukan menyusui dini) dan 34 ibu sebagai kelompok kontrol. Lokasi penelitian di Ruang Rawat Gabung Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tarakan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lamanya pengeluaran ASI pada ibu post Sectio setelah dilakukan menyusui dini lebih banyak terjadi kurang dari 24 jam (77,78%) sedangkan ibu yang tidak dilakukan menyusui dini lamanya pengeluaran ASI lebih banyak terjadi setelah 24 jam (76,47%). Setelah dilakukan uji statistik didapatkan bahwa dilakukan menyusui dini mempengaruhi lamanya pengeluaran ASI pada ibu post Sectio Caesarea dengan OR = 5,235.

Kata kunci:

Menyusui dini, pengeluaran ASI, Sectio caesarea

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Menurut UNICEF, ASI eksklusif dapat menekan angka kematian bayi di Indonesia. UNICEF menyatakan bahwa 30.000 kematian bayi di Indonesia dan 10 juta kematian anak balita di dunia setiap tahun dapat dicegah melalui pemberian ASI eksklusif selama enam bulan sejak setelah kelahirannya tanpa memberikan makanan dan minuman tambahan kepada bayi.

Data SDKI 2007 jumlah pemberian ASI Eksklusif di Indonesia masih rendah yaitu 32% dari kelahiran bayi. Diketahui pada tahun yang sama, bayi-bayi yang lahir di fasilitas kesehatan lebih cenderung untuk tidak mendapatkan ASI secara Eksklusif.

Masalah menyusui pada keadaan khusus adalah ibu melahirkan dengan Sectio Caesarea. Di Indonesia jumlah kelahiran dengan SC tergolong tinggi. Dalam hal ini, tindakan anestesi pada pasien SC menyebabkan terhambatnya pengeluaran hormone oksitosin akibat anestesi lumbal. Hormone oksitosin ini berdampak pada pengeluaran hormone prolaktin sebagai stimulasi produksi ASI pada ibu selama menyusui. Isapan mulut bayi akan menstimulus hipotalamus dan hipofise anterior dan posterior. Hipofise anterior menghasilkan rangsangan prolaktin untuk meningkatkan sekresi prolaktin.

Ibu dengan persalinan SC belum dilaksanakan IMD, kontak antara ibu dan bayi dimulai setelah ibu berada di ruang perawatan. Hal ini tentu saja berdampak pada penundaan stimulasi ASI antara Ibu dan bayi di masa krisisnya, yaitu satu jam setelah melahirkan.

Data yang diperoleh di RSUD Tarakan persalinan dengan Sectio Caesarea (SC) selama bulan Januari s/d Desember 2014 sebanyak 229 orang, melihat masih tingginya persalinan melalui SC dan pentingnya pemberian ASI, maka peneliti berkeinginan untuk melihat pengaruh menyusui dini terhadap lamanya pengeluaran ASI pada ibu post SC di RSUD Tarakan tahun 2015.

METODE PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian jenis quasi-eksperimen dengan menggunakan bentuk rancangan "Posttest Only Control Group Design". Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu post sectio sectio caesarea di Ruang Mawar

(Rawat Gabung) Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tarakan pada bulan Oktober-November 2015. Total responden sebanyak 70 orang dengan 36 ibu sebagai kelompok perlakuan (dilakukan menyusui dini) dan 34 ibu sebagai kelompok kontrol.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan *purposive sampling* yaitu dimana teknik pengambilan sample ini berdasarkan pada kriteria tertentu dari suatu tujuan yang spesifik yang sebelumnya ditetapkan oleh peneliti, subyek yang memenuhi kriteria tersebut menjadi anggota sample. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah dengan melakukan pengamatan pengeluaran ASI pada 36 ibu post Sectio Caesarea yang menyusui bayinya segera setelah dipindahkan ke ruang perawatan dan 34 orang ibu post Sectio Caesarea yang tidak segera menyusui bayinya.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi kegiatan menyusui dini

Kategori	Frekuensi	Persen
Menyusui dini	36	51,4
Tidak menyusui dini	34	48,6
Jumlah	70	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa responden yang dilakukan menyusui dini sebanyak 36 responden (51,4%) dan 34 responden yang tidak dilakukan menyusui dini (48,6%).

Tabel 2. Distribusi lama pengeluaran ASI

Kategori	Frekuensi	Persen
<24 jam	36	51,4
>24 jam	34	48,6
Jumlah	70	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa lamanya pengeluaran ASI pada ibu post Sectio Caesarea 48,6% kurang dari 24 jam dan 51,4% pengeluaran terjadi setelah 24 jam.

Tabel 4.3 Frekuensi lamanya pengeluaran ASI dengan pelaksanaan menyusui dini

Kategori	Pengeluaran ASI				Total
	<24 jam	%	>24 jam	%	
Tidak menyusui dini	8	23,53	26	76,47	34
Menyusui dini	28	77,78	8	22,22	36

Tabel 3 menunjukkan bahwa lamanya pengeluaran ASI pada ibu post Sectio setelah dilakukan menyusui dini lebih banyak terjadi kurang dari 24 jam (77,78%)

dibandingkan dengan yang tidak dilakukan menyusui dini.

Tabel 4 Hasil Uji Regresi Pengaruh Menyusui Dini dengan Lamanya Pengeluaran ASI pada Ibu Post SC

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	Beta	t	
1 (Constant)	2.307	.162		14.202	.000
Menyusui dini	-.542	.102	-.542	-5.325	.000

a. Dependent Variable: pengeluaran ASI1

Tabel 4. menunjukkan bahwa menyusui dini mempengaruhi lamanya pengeluaran ASI pada ibu post sectio caesarea dengan OR = 5,325. Hal ini berarti bahwa semakin awal dilakukan menyusui dini pada bayi yang lahir dari ibu melalui persalinan section caesarea memungkinkan lamanya pengeluaran ASI 5,325 kali dibandingkan jika tidak dilakukan menyusui dini.

PEMBAHASAN

Menyusui Dini

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang menyusui dini sebanyak 51,4% dan yang tidak menyusui dini 48,6%. Menyusui dini merupakan membiarkan bayi bersama ibunya segera sesudah lahir selama beberapa jam pertama. Bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir sering disebut dengan inisiasi menyusui dini (early initiation) atau permulaan menyusui dini. Hal ini merupakan peristiwa penting, dimana bayi dapat melakukan kontak kulit langsung dengan ibunya dengan tujuan dapat memberikan kehangatan. Selain itu, dapat membangkitkan hubungan/ ikatan antara ibu dan bayi. Pemberian ASI seawal mungkin lebih baik, jika memungkinkan paling sedikit 30 menit setelah lahir.

Membantu ibu pada waktu pertama kali memberi ASI atau membantu ibu segera untuk menyusui bayinya setelah lahir sangatlah penting. Semakin sering ibu menghisap puting susu ibu, maka pengeluaran ASI juga semakin lancar. Hal ini disebabkan, isapan bayi akan

memberikan rangsangan pada hipofisis untuk segera mengeluarkan hormone oksitosin yang bekerja merangsang otot polos untuk memeras ASI (Nugroho, Dr. Taufan 2011).

Segera sehabis melahirkan, Ibu dapat membantu membangun pasokan air susu dan menghindari beberapa masalah yang mungkin akan timbul di awal pertama kali menyusui dengan cara memeluk bayi (sebaiknya kontak kulit dengan kulit) sehingga ia mempunyai akses yang penuh ke payudara.

Lamanya Pengeluaran ASI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lamanya pengeluaran ASI pada ibu post Sectio Caesarea 48,6% kurang dari 24 jam dan 51,4% pengeluaran terjadi setelah 24 jam. Beberapa ibu postpartum tidak langsung mengeluarkan ASI setelah melahirkan karena pengeluaran ASI merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan bermacam-macam hormone yang berpengaruh terhadap pengeluaran oksitosin. Pengeluaran hormone oksitosin selain dipengaruhi oleh isapan bayi juga dipengaruhi oleh reseptor yang terletak pada sistem duktus, bila duktus melebar atau menjadi lunak maka secara reflektoris dikeluarkan oksitosin oleh hipofise yang berperan untuk memeras air susu dari alveoli (Soetjningsi, 2007). Masalah menyusui pada masa pasca persalinan lanjut salah satunya adalah sindrom ASI kurang, sehingga bayi merasa tidak puas setiap setelah sudah menyusui, bayi sering menangis atau bayi menolak menyusu, tinja bayi keras, payudara tidak membesar mengakibatkan gagalnya pemberian ASI pada bayi (Perinasia, 2011). Beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi produksi ASI kurang adalah tidak dilakukannya persiapan puting terlebih dahulu dan kurangnya reflek oksitosin (Maryunani, 2012).

Masing-masing buah dada terdiri dari 15-24 lobus dan terpisah satu sama lain oleh jaringan lemak. Tiap lobus mempunyai saluran halus untuk mengalirkan susu. Keadaan buah dada pada 2 hari pertama nifas sama dengan keadaan dalam kehamilan. Pada saat ini buah dada belum mengandung susu, melainkan kolostrum dapat dikeluarkan dengan memijat areola mammae. Pada kira-kira hari ke-3

postpartum buah dada menjadi besar, keras dan nyeri ini menandai permukaan sekresi air susu dan jika areola mammae dipijat, keluarlah cairan putih dari puting susu.

Pengaruh Menyusui Dini terhadap Lamanya Pengeluaran ASI pada Ibu Post SC

Hasil penelitian menunjukkan bahwa menyusui dini mempengaruhi lamanya pengeluaran ASI pada ibu post sectio caesarea dengan OR = 5,325. Hal ini berarti bahwa semakin awal dilakukan menyusui dini pada bayi yang lahir dari ibu melalui persalinan sectio caesarea memungkinkan lamanya pengeluaran ASI 5,325 kali dibandingkan jika tidak dilakukan menyusui dini.

Isapan mulut bayi akan menstimulus hipotalamus dan hipofise anterior dan posterior. Hipofise anterior menghasilkan rangsangan prolaktin untuk meningkatkan sekresi prolaktin. Prolaktin bekerja pada kelenjar susu untuk memproduksi ASI. Isapan bayi tidak sempurna atau puting susu ibu yang sangat kecil akan membuat produksi hormone oksitosin dan hormone prolaktin akan terus menurun dan ASI akan terhenti.

Operasi sectio caesarea mempunyai dampak tersendiri pada ibu antara lain tindakan anestesi, keadaan sepsis yang berat, mobilisasi terganggu, adanya tromboemboli, Activity of Daily Living (ADL) terganggu, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) tidak dapat terpenuhi. Terganggunya IMD mengakibatkan masalah pada proses menyusui serta produksi ASI pada ibu. Penelitian yang dilakukan Tri Handayani mengatakan bahwa tidak dilakukannya IMD dapat mengakibatkan produksi ASI menurun karena rangsangan hisapan bayi berkurang. Penelitian serupa oleh Purnama juga menunjukkan penurunan hisapan bayi juga menurunkan stimulasi hormone prolaktin dan oksitosin, sedangkan hormone prolaktin dan oksitosin sangat berperan dalam kelancaran produksi ASI.

Keadaan lain yang mempengaruhi produksi ASI pada ibu adalah penggunaan obat-obatan saat dilakukan sectio caesarea. Obat-obatan yang dipakai saat operasi digunakan untuk mengurangi rasa nyeri. Nyeri yang ditimbulkan akibat operasi sectio caesarea mempengaruhi ibu dalam memberikan perawatan pada bayi,

sehingga dapat menyebabkan ibu menunda untuk menyusui dini. Masalah ini dapat dikurangi jika ibu dapat menyusui bayinya sedini mungkin dengan benar dan sering, hal ini didukung dengan semua ibu post SC berada satu ruang dengan bayinya (rooming in) sehingga bayi dapat diberikan ASI sewaktu waktu jika bayi menginginkan dan terjadilah kelancaran produksi ASI. Dengan demikian maka ada pengaruh menyusui dini dengan lamanya pengeluaran ASI pada ibu Post SC di RSUD Kota Tarakan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian disimpulkan bahwa lamanya pengeluaran ASI pada Ibu Post Sectio Caesarea dipengaruhi oleh aktivitas menyusui dini.

Selanjutnya diajuran saran antara lain:

1. Petugas kesehatan diharapkan memberikan edukasi dan motivasi kepada ibu-ibu post Sectio Caesarea maupun yang melahirkan secara spontan untuk menyusui bayinya lebih dini.
2. Bagi RSUD Tarakan perlu adanya kebijakan dalam mendukung ASI Eksklusif dengan melakukan menyusui dini di Ruang Operasi bagi ibu-ibu yang melahirkan secara section caesarea.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto .2002. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek. Jakarta: Rineka
- Alimun.2007.Metode Penelitian Keperawatan dan Tehnik Analisa Data. Jakarta: Salemba Medika
- Depkes RI. 2007.Angka Kematian Bayi. Available from //www.depkes.co.id
- DepKes RI 2009. Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar. depKes RI: Jakarta.
- Emi Suryani dkk, 2011, Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi Air Susu Ibu Postpartum Di BPM Wilayah Kabupaten Klaten, Available at :http://www.poltekkes-solo.ac.id/attachments/225_PENGARUH%2520PIJAT%2520OKSITOSIN%2520TERHADAP%2520PRODUKSI%2520ASI%2520IBU%2520POSTPARTUM%2520DI%2520BPM%2520WILAYAH%2520KABUPATEN%2520KLATEN.pdf
- Fatimah Berliana Monika, 2013. Hormon Prolaktin dan Oksitosin. <http://theurbanmama.com/articles/hormo>

n-prolaktin-dan-oksitosin.html, diakses 26 April 2015.

- Indiarti, M.T. 2012. Paduan Klinis Paling Komplit Kehamilan, Persalinan, dan Perawatan Bayi. Yogyakarta :Pelangi Indonesia
- Nugroho, Dr. Taufan. 2011. ASI dan Tumor Payudara. Yogyakarta :NuhaMedika
- Notoatmodjo. 2007. Kesehatan masyarakat. Jakarta :RinekeCipta
- Notoatmodjo. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: RinekeCipta.
- Prasetyono, DwiSunar. 2012. BukuPintar ASI Eksklusif. Yogyakarta : DIVA press
- Prawiroharjo.2007. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Prawiroharjo.2006. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka.
- Resty Himma Muliani, 2013, Perbedaan Produksi ASI Sebelum dan Sesudah Dilakukan Kombinasi Metode Massase Depan (Breast Care) dan Masase Belakang (Pijat Ositosin) Pada Ibu Menyusui 0-3 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kesamiran Kabupaten Tegal. Available :<http://perpusnww.web.id/karyailmiah/documents/3685.pdf>.
- Roesli, dr. Hj. Utami. 2008. InisiasiMenyusuiDini plus ASI eksklusif. Jakarta :PustakaBunda
- Simkin, Penny dkk. 2007. Kehamilan, melahirkan, & bayi. Jakarta :Arcan

**HUBUNGAN DESKRIPSI PEKERJAAN,
REVIEW KINERJA, PENGETAHUAN DAN
PELATIHAN DENGAN KINERJA BIDAN
PRAKTIK MANDIRI (BPM)
DALAM PELAKSANAAN PELAYANAN
ANTENATAL TERPADU**

Nessi Meilan
(Poltekkes Kemenkes Jakarta III)

ABSTRAK

Kematian maternal di Kota Semarang meningkat, dari 29 kasus pada Tahun 2013 menjadi 33 kasus pada tahun 2014. Penyebab kematian terbanyak adalah pre eklampsia berat, perdarahan dan penyakit jantung yang dapat dicegah melalui deteksi awal pemeriksaan kehamilan. Separuh dari jumlah ibu yang meninggal mempunyai riwayat pemeriksaan di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Kota Semarang, hal ini berkaitan dengan kinerja BPM dalam pelayanan antenatal terpadu. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan cross sectional. Variabel terikat adalah kinerja BPM dalam pelayanan antenatal terpadu dan variabel bebasnya adalah deskripsi pekerjaan, review kinerja, pengetahuan, dan pelatihan. Data diperoleh dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Populasi penelitian adalah BPM di Kota Semarang dan metode pengambilan sampel adalah multi stage random sampling. Dari 9 wilayah ranting IBI dipilih wilayah I dan III, dengan jumlah subjek penelitian 78 orang. Analisis bivariat dengan menggunakan uji chi square. Hasil penelitian menunjukkan BPM yang memiliki kinerja kurang sebanyak 52,6%. Variabel yang berhubungan dengan kinerja BPM adalah deskripsi pekerjaan ($p=0,018$), review kerja ($p=0,011$), pengetahuan ($p=0,001$), sedangkan pelatihan tidak ada hubungan ($p=0,096$). Disarankan kepada DKK Semarang untuk melakukan pengawasan ketat terhadap kompetensi dan pemberian sanksi apabila diperlukan. IBI juga dapat meningkatkan review kinerja melalui uji kompetensi dan BPM harus memperbaharui pengetahuannya secara berkelanjutan.

Kata Kunci:
Bidan Praktik Mandiri, Antenatal Terpadu, Kinerja

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Kinerja tenaga kesehatan yang baik akan berdampak pada kualitas pelayanan pemeriksaan pada ibu hamil, termasuk kinerja bidan sebagai penyedia pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Dengan kualitas Antenatal Care (ANC) yang baik, maka ibu dan keluarga siap menjadi orang tua dan juga dapat melalui proses persalinan dengan aman. Apabila proses kehamilan, persalinan dan nifas dapat dilalui oleh seorang perempuan dengan aman, maka Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia dapat ditekan (Badan Pusat Statistik, 2007).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Semarang, pada tahun 2012 kematian ibu sebanyak 22 ibu dengan penyebab dominan adalah PEB/Eklampsia (31,8%), perdarahan (22,72%) dan penyakit jantung (13,6%). Dari 22 kematian ibu 9(41%) ibu mempunyai riwayat pemeriksaan kehamilan di BPM, dan sisanya memeriksakan kehamilannya di Bidan puskesmas 41% dan Dokter SpOG sebanyak 18%. Sedangkan pada tahun 2015 ini, terdapat 33 kematian ibu dengan penyebab dominan kematian ibu adalah PEB/Eklampsia (33,33%), perdarahan (33,33%), penyakit jantung (12,5%). Dari 36 Kematian ibu, 60% mempunyai riwayat pemeriksaan kehamilan di BPM (Profik Kesehatan Kota Semarang 2014, 2015).

Setiap tahunnya kematian ibu disebabkan oleh preeklampsia/eklampsia, perdarahan dan penyakit jantung sebagai penyebab utama. Sebab kematian ini sebenarnya dapat dicegah dengan pemeriksaan kehamilan yang memadai (GOI & UNICEF, 2000) atau pelayanan berkualitas dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan dan pemberi pelayanan maternal-neonatal yang berkinerja baik, (Luoma M, Voltero. 2002), sehingga dapat diprediksikan bahwa BPM mempunyai kinerja yang kurang dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan. Apabila BPM memberikan pelayanan antenatal terpadu pada setiap ibu hamil, BPM akan mampu mendeteksi dan mencegah penyebab dominan tersebut dengan cara anamnesis, pemeriksaan lengkap dan tindak lanjut yang tepat sesuai dengan standar antenatal terpadu. Dengan peningkatan jumlah Bidan setiap tahunnya, yaitu 26 per 100.000

penduduk menjadi 35 per 100.000 penduduk, seharusnya Bidan dapat memaksimalkan kinerjanya sehingga kematian ibu juga bisa ditekan. Dengan rendahnya cakupan K-4 di Kota Semarang, menandakan bahwa kinerja tenaga kesehatan khususnya BPM kurang baik.

Pada model kinerja Luoma, terdapat 5 faktor kunci yang mempengaruhi kinerja tenaga kesehatan di bidang kesehatan maternal, yaitu ekspektasi pekerjaan, umpan balik, lingkungan/sarana dan prasarana, motivasi dan insentif, dan pengetahuan serta keahlian (Luoma, 2002). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Alfredo di Armenia, menunjukkan dari lima faktor ini hanya tiga yang secara statistik menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap kinerja tenaga kesehatan, yaitu ekspektasi pekerjaan (terdiri dari variabel deskripsi pekerjaan dan variabel review kinerja), motivasi atau insentif (terdiri dari variabel insentif finansial, insentif non finansial dari pimpinan dan variabel insentif non finansial dari masyarakat) dan faktor pengetahuan dan keterampilan (variabel pengetahuan, pelatihan dan variabel keterampilan) (Alfredo, 2006).

Tujuan dalam mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja BPM, yaitu deskripsi pekerjaan, review kinerja, insentif, pengetahuan, dan pelatihan dalam pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu di Wilayah IBI Ranting Kota Semarang.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah survei analitik dengan waktu penelitian dari Juli 2014 sampai dengan Januari 2015. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh BPM yang berada di wilayah Kota Semarang yang berjumlah 379 BPM. Prosedur pengambilan sampel pada penelitian ini dengan menggunakan teknik *multistage random sampling* yaitu dengan menggunakan wilayah IBI Ranting Kota Semarang sebagai kluster. Besar sampel adalah 79 BPM di wilayah I dan III.

Data penelitian diperoleh melalui wawancara langsung responden dengan menggunakan kuesioner terstruktur terhadap BPM dalam melaksanakan standar pelayanan ANC terpadu pada ibu hamil. Kuesioner berisi beberapa daftar pertanyaan-pertanyaan yang menyangkut variabel bebas, yaitu faktor deskripsi pekerjaan, review kinerja, insentif, pengetahuan dan pelatihan kebidanan dan

juga mengenai variabel terikat, yaitu kinerja BPM dalam melaksanakan pelayanan antenatal terpadu pada ibu hamil.

HASIL PENELITIAN

Tahun 2010 hanya 50 BPM yang terdaftar di DKK Semarang, tetapi pada tahun 2012 ada 323 BPM yang terdaftar di DKK Semarang. Sedangkan data yang ada di pengurus IBI Ranting Kota Semarang tahun 2013, terdapat 9 wilayah dengan anggota BPM sebanyak 379 orang. Jumlah Bidan di Kota Semarang adalah 430 orang, dengan tempat bekerja DKK, Puskesmas, RSU atau BPM.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden d Kota Semarang Tahun 2014.

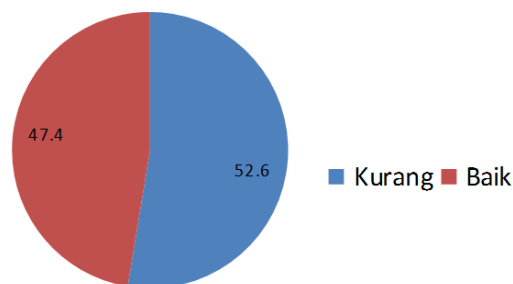
Karakteristik Responden	Frekuensi
Usia (tahun)	
x ± SD ; min-max	45,31±12,040;27-70
Pendidikan	
a. D III Kebidanan	44 (56,4%)
b. D IV Kebidanan	22 (28,2%)
c. S 2 Kesehatan	12 (15,4%)
Masa Kerja	
x ± SD ; min-max	21,03±11,116;5-50
Masa Berpraktik Mandiri	
x ± SD ; min-max	14,1026±1;1-45

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari responden yang berjumlah 78 orang, minoritas yang bekerja di Kota Semarang berumur kurang dari 35 tahun sebanyak 18 orang atau sebesar 23,1%, sedangkan kategori umur >35 tahun sebanyak 60 orang atau sebesar 76,9%. Usia responden yang paling banyak bekerja sebagai BPM adalah berumur >45 tahun hal ini dapat dijadikan gambaran bahwa BPM di Kota Semarang termasuk kedalam angkatan kerja yang cukup produktif dan mempunyai pengalaman yang cukup untuk memberikan pelayanan yang optimal. Sejumlah kualitas positif dibawa oleh pekerja tua kedalam pekerjaan mereka, khususnya pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu (IBI, 2011). Karyawan yang bertambah tua, bisa meningkat produktivitasnya karena pengalaman dan lebih bijaksana dalam mengambil keputusan.

Hasil ini dapat memperlihatkan secara keilmuan untuk menjadi BPM seluruh responden telah memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai dengan pekerjaannya dan juga sudah memenuhi persyaratan standar kompetensi bidan yaitu minimal setingkat D III Kebidanan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik

Indonesia nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan (IBI, 2011).

Rata-rata lama kerja responden adalah 21 tahun dengan standar deviasi 11. Responden yang lama kerjanya >21 tahun lebih banyak (52,6%) dibandingkan responden yang lama kerjanya <21 tahun (47,4%). Lama kerja biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja dengan umur pada saat ini, masa kerja berkaitan erat dengan pengalaman-pengalaman yang didapat selama dalam menjalankan tugas, karyawan yang berpengalaman dipandang lebih mampu dalam melaksanakan tugas. Makin lama kerja seseorang kecakapan mereka akan lebih baik karena sudah dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan pekerjaan. Sedangkan masa kerja responden berpraktik mandiri adalah 14,5 tahun dengan standar deviasi 1. Masa kerja terlama adalah 45 tahun dan masa kerja terbaru adalah 1 tahun, hal ini menandakan terdapat BPM yang baru beroperasi dan membutuhkan bimbingan yang lebih dari DKK dan IBI. Responden dengan lama kerja >14,5 tahun (50%) sama proporsinya dengan responden yang lama kerjanya <14,5 tahun (50%). Lama praktik mandiri dipastikan lebih sedikit dibandingkan lama kerja, karena untuk membuka praktik secara mandiri Bidan dituntut mempunyai pengalaman kerja minimal 5 tahun.



Gambar 1. Distribusi Kinerja BPM dalam Pelaksanaan Pelayanan Antenatal Terpadu di Wilayah IBI Ranting Kota Semarang Tahun 2014

BPM dengan kinerja baik dalam ANC terpadu hanya 47,4%, hal ini harus diperbaiki kembali mengingat ANC terpadu sudah disosialisasikan dari tahun 2010 oleh DKK Semarang. BPM di wilayah IBI Kota Semarang yang berada di bawah koordinasi DKK Semarang juga seharusnya sudah memahami standar terkini dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan.

Penilaian kinerja dinilai dengan perilaku BPM dari aspek kualitas, kuantitas,

penggunaan waktu, dan kerja sama dengan orang lain. BPM diharuskan menjawab 24 pertanyaan tentang perilaku dalam pemberian pelayanan dengan jawaban selalu, sering, kadang-kadang dan tidak pernah. Ada BPM yang hanya kadang-kadang melakukan penapisan penyakit menular seksual (PMS) sebanyak 9%, padahal setiap ibu hamil harus diberikan penapisan terhadap PMS, minimal melalui anamnesis. Sebanyak 67,9% BPM kadang-kadang dan 17,9% tidak pernah melakukan program terintegrasi (VCT, malaria, TB paru) pada ibu hamil yang berisiko. BPM juga tidak selalu melakukan pelayanan sesuai dengan ANC terpadu, yaitu terdapat 6,4% BPM hanya kadang melakukan pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai dengan ujung kaki berarti BPM melakukan *missed opportunity* terhadap ibu hamil, yaitu ibu hamil tidak mendapat pelayanan yang seharusnya didapat.

BPM juga tidak selalu melakukan pemeriksaan DJJ selama 1 menit sebesar 10,3% yang seharusnya dilakukan untuk menilai kesejahteraan janin, memberikan tablet Fe tanpa tidak berdasar kebutuhan fisik ibu hamil sebesar 16,7% sehingga ada kemungkinan banyak pasien yang anemik tidak tertangani dengan baik. BPM juga tidak memberikan konseling bagi ibu hamil sebanyak 37,2% dan 24,4% BPM tidak mempersiapkan dengan baik ibu pada kegawat daruratan kehamilan, bersalin dan nifas sehingga ibu hamil dan keluarga tidak akan siap apabila terjadi kegawat daruratan terbukti dengan 25,6% ibu hamil patogis diluar kewenangan Bidan tidak dirujuk oleh BPM. Sebanyak 7,7% BPM mempunyai pasien baru dengan usia kehamilan lebih dari 12 minggu, yang artinya ibu hamil tersebut tidak memeriksakan kehamilannya pada trimester I dan melewati penapisan awal yang seharusnya dilakukan pada kehamilan <12 minggu.

Pada penggunaan waktu, 2,6% BPM selalu tidak bisa berkonsentrasi dalam memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan, hal ini dikarenakan responden ada yang berusia tua, sehingga secara fisik tidak maksimal didalam melakukan pelayanan. Sebanyak 6,4% BPM juga tidak bekerja sama dengan orang lain dengan baik, yaitu hanya kadang-kadang memberdayakan kader dalam menjaring ibu hamil berisiko.

Dilihat dari uraian diatas, meskipun ANC Terpadu sudah disosialisasikan dengan

baik, tetapi pelaksanaannya belum memadai, padahal ANC Terpadu merupakan salah satu langkah percepatan yang diambil pemerintah untuk mencapai MDG's. Melalui pelayanan antenatal yang terpadu diharapkan kinerja tenaga kesehatan, khususnya bidan akan meningkat sehingga ibu hamil akan mendapatkan pelayanan yang lebih menyeluruh dan terpadu dan hak reproduksinya dapat terpenuhi, missed opportunity dapat terhindari serta pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan secara lebih efektif dan efisien. Supaya dapat memutus penyebab kematian ibu tertinggi PEB, perdarahan dan penyakit, terutama penyakit jantung di Kota Semarang, maka BPM harus melaksanakan pelayanan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar ANC terpadu.

Tabel 2. Hubungan Faktor Deskripsi Pekerjaan, Review Kinerja, Pengetahuan, Pelatihan dan Kinerja BPM dalam Pelaksanaan Pelayanan Antenatal Terpadu

Deskripsi Pekerjaan	Kinerja BPM				Total	
	Kurang		Baik		f	%
Kurang	18	72,0	7	28,0	25	100
Baik	23	43,4	30	56,6	53	100
Jumlah	41	52,6	37	47,4	78	100
P = 0,018	OR 3,112					

Review Kinerja	Kinerja BPM				Total	
	Kurang		Baik		n	%
Kurang	7	30,4	16	69,6	23	100
Baik	34	61,8	21	38,2	55	100
Jumlah	41	52,6	37	47,4	78	100
P = 0,011	OR 4,214					

Pengetahuan BPM	Kinerja BPM				Total	
	Kurang		Baik		N	%
Kurang	31	75,6	10	24,4	41	100
Baik	10	27,0	27	73,0	37	100
Jumlah	41	52,6	37	47,4	78	100
P = 0,001	OR 11,367					

Pelatihan	Kinerja BPM				Total	
	Kurang		Baik		N	%
Kurang	16	66,7	8	33,3	24	100
Baik	25	46,3	29	53,7	54	100
Jumlah	41	52,6	37	47,4	78	100
P = 0,096						

PEMBAHASAN

Deskripsi Pekerjaan

Hasil pengujian hipotesis variabel deskripsi pekerjaan diperoleh p value =

0,018 yang berarti terdapat hubungan antara deskripsi pekerjaan BPM dengan kinerja BPM dalam pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu. Deskripsi pekerjaan memuat informasi tentang ruang lingkup pekerjaan, yaitu tentang apa yang harus dikerjakan, mengapa dikerjakan, dimana dikerjakan, dan secara singkat bagaimana mengerjakan pekerjaan tersebut. Deskripsi pekerjaan dibuat harus berdasarkan analisis pekerjaan, sehingga evaluasi kinerja pegawai dapat dilakukan secara tepat dan sesuai dengan spesifikasi pekerjaan tersebut (Apriani, 2011).

Tim Kemenkes sudah membuat revisi pedoman pelayanan ANC terpadu pada tahun 2010 sebagai reaksi pemerintah supaya ibu hamil akan mendapatkan pelayanan yang lebih menyeluruh dan terpadu dan hak reproduksinya dapat terpenuhi, missed opportunity dapat terhindari serta pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan secara lebih efektif dan efisien (Ditjen Bina Gizi dan KIA, 2012). Tetapi dari hasil penelitian menunjukkan belum sepenuhnya responden difasilitasi buku panduan ANC terpadu oleh DKK Kota Semarang, yaitu sebanyak 65,4% bahkan beberapa BPM mendapatkan buku panduan ANC terpadu dari teman sejawatnya, hal ini disebabkan tidak semua BPM diikutsertakan dalam sosialisasi yang diselenggarakan oleh DKK Semarang, padahal seyogyanya Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus melaksanakan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan praktik Bidan (Ditjen Kesmas, 2009), hal ini juga berdampak tidak digunakannya panduan pelayanan ANC terpadu dalam melaksanakan pelayanan pemeriksaan kehamilan sebanyak 65 responden (83,3%) oleh BPM. BPM juga tidak diberikan penjelasan verbal dari DKK Kota Semarang tentang tugas dan tanggung jawab yang berkaitan dengan standar ANC terpadu sebanyak 65,4%, tidak difasilitasi Puskesmas dalam merujuk ibu hamil patologis meskipun proses rujukan pasien sudah dilakukan sesuai dengan prosedur sebanyak 40 responden (51,3%).

Review Kinerja

Hasil pengujian hipotesis variabel review kinerja diperoleh p value = 0,011 yang berarti terdapat hubungan antara review kinerja BPM dengan kinerja BPM dalam pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu.

Penelitian ini didukung hasil penelitian yang pernah dilakukan di negara Armenia yaitu menyatakan ada hubungan yang signifikan antara review kinerja yang berkualitas dengan kinerja penyedia pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dalam memberikan pelayanan ANC dan perawatan postpartum (p value 0,008) (Alfredo, 2006).

Review kinerja merupakan salah satu aspek penting dalam pegawai dalam satu organisasi. Pemahaman mengenai kinerja yang diharapkan menjadi *starting point* dalam mereview kinerja. Penilaian kinerja adalah suatu sistem yang bersifat formal yang dilakukan secara periodik untuk mereview dan mengevaluasi kinerja pegawai (Mondy, 1990). DKK Semarang melakukan review kinerja rutin setiap tahunnya guna menilai kinerja tenaga kesehatan, termasuk kinerja Bidan.

Di dalam pelaksanaan review kinerja baik yang diselenggarakan DKK ataupun IBI, review kinerja sudah memenuhi syarat relevan yaitu terdapat keterkaitan yang jelas antara elemen-elemen kritis suatu pekerjaan yang telah diidentifikasi melalui analisis jabatan dengan dimensi-dimensi yang akan dinilai dalam format penilaian ANC terpadu, dan reliabil karena sekalipun instrumen tersebut digunakan oleh pihak DKK ataupun IBI dalam menilai seorang BPM hasil penilaiannya akan cenderung sama. Tetapi dari syarat akseptabilitas, BPM tidak diberikan waktu pelaksanaan yang jelas dan tidak diberikan waktu untuk memahami instrumen penilaian dan tidak memenuhi syarat sensitivitas, yaitu tidak dapat membedakan BPM yang berkualitas dan yang kurang berkualitas karena tidak ada tindak lanjut dari review kinerja yang telah dilakukan oleh tim (Cascio, 2003).

Dari hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan belum sepenuhnya BPM mendapatkan review kinerja yang berkualitas, terlihat dari tidak rutinnya review kinerja yang diselenggarakan oleh DKK dan IBI Kota Semarang sebanyak 60,3%, BPM tidak mempunyai waktu untuk mempersiapkan diri karena tim Puskesmas tidak mempunyai jadwal yang rutin dan jelas dalam mereview BPM sebanyak 56,4%, sebagian besar BPM merasa tidak pernah dievaluasi oleh tim dari Puskesmas 53,8%, padahal BPM berada dibawah koordinasi Puskesmas.

Pada saat mereview tim review kinerja juga tidak menggunakan instrumen yang

objektif didalam menilai kinerja BPM atau checklist sebanyak 66,7%, tidak adanya pertanyaan-pertanyaan verbal guna mengklarifikasi kinerja BPM sebanyak 55,1%. BPM juga merasa bahwa review kinerja pelayanan pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh tim penyelenggara tidak ditindak lanjuti sebanyak 80,8% dan sebanyak 61,5% BPM berpendapat review kinerja yang dilakukan masih dirasa kurang terarah dan kurang bermanfaat dalam meningkatkan kualitas pelayanan pemeriksaan kehamilan.

Dengan p value = 0,001 menandakan adanya hubungan antara pengetahuan BPM dengan kinerja BPM dalam pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu. Ada kecenderungan bahwa BPM yang mempunyai pengetahuan baik akan memberikan kinerja yang lebih baik dalam pelayanan antenatal terpadu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk membentuk perilaku seseorang. Faktor yang mempengaruhi kinerja karyawan antara lain adalah faktor internal karyawan yang meliputi; bakat, sifat pribadi, kreativitas, pengetahuan dan keterampilan, kompetensi, pengalaman kerja, keadaan psikologi (Mariyani, 2009).

Pengetahuan

Pengetahuan seseorang tentang suatu objek dipengaruhi dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek diketahui maka akan menimbulkan sikap yang semakin positif terhadap objek tertentu (Notoatmojo, 2007). Semakin ANC terpadu dirasa penting oleh BPM, maka BPM akan melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan pedoman ANC terpadu, maka ini merupakan tugas dari DKK untuk menyadarkan BPM bahwa ANC terpadu merupakan langkah yang cocok mengingat kematian ibu di Kota Semarang yang semakin meningkat pada tahun 2014 ini.

Pengetahuan BPM yang kurang disebabkan BPM tidak mengetahui bahwa Ibu yang mempunyai berat badan obesitas mempunyai risiko untuk menderita Preeklampsia sebanyak 76,9%, pemeriksaan laboratorium Hemoglobin hanya diwajibkan dilakukan pada trimester I dan III sebanyak 65,4%. Pemeriksaan Hb tidak diharuskan dilakukan pada setiap trimester, pemeriksaan Hb trimester I dimaksudkan untuk menilai keadaan awal

ibu hamil dan mempersiapkan ibu untuk terjadinya hemodilusi dan pada trimester III untuk mempersiapkan ibu pada proses persalinan (Kemenkes RI, 2010). Penyebab dominan kematian ibu di Kota Semarang adalah penyakit Jantung, PEB dan Perdarahan tidak dapat dicegah atau dikontrol apabila BPM mempunyai pengetahuan yang kurang, sehingga BPM seharusnya terus memperbaharui pengetahuannya baik dengan pelatihan, mengikuti seminar atau mengikuti uji kompetensi secara berkelanjutan. DKK Semarang dan IBI seharusnya mencermati hal ini, karena K1 dan K4 ANC cakupannya dapat dikatakan baik tetapi kualitas pelayanannya tidak akan maksimal kalau pengetahuan BPMnya kurang.

Untuk memaksimalkan penyerapan, pemberian tablet besi harus disertai dengan asam folat, tetapi ada 47,4% yang tidak mengetahui hal ini. Menurut pedoman pelayanan ANC terpadu, BPM berwenang menangani kehamilan dan persalinan dengan TB dengan syarat penyakit tersebut terkontrol (Ditjen Bina Gizi dan KIA, 2012), tetapi BPM tidak mengetahui hal tersebut dan memilih merujuk ibu hamil dengan TB ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap sebanyak 70,5%.

Sebanyak 71,8% BPM juga menganggap bahwa pelayanan ANC terpadu dan pelayanan 7 T adalah sama, padahal konsepnya berbeda. Pemeriksaan kehamilan menitikberatkan pada tindakan timbang dan tinggi badan, tensi darah, imunisasi TT, pemberian tablet besi, pengukuran tinggi fundus uteri, tes laboratorium dan temu wicara, sedangkan pada pelayanan antenatal terpadu harus memberikan pelayanan sesuai kebutuhan ibu hamil, meliputi kebutuhan psikologis dan fisiknya (Kemenkes RI, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan OR 11,367, berarti BPM yang berpengetahuan kurang berpeluang 11 kali lebih besar untuk berkinerja kurang dalam antenatal terpadu dibandingkan BPM yang berpengetahuan baik. DKK dan IBI harus lebih memperhatikan pengetahuan BPM supaya BPM kinerjanya baik dalam melaksanakan pelayanan antenatal terpadu.

Pelatihan

Ada kecenderungan responden yang kinerjanya kurang baik mempunyai kategori pelatihan yang diikuti kurang baik juga, meskipun hasil pengujian hipotesis yang

menggunakan uji *Chi square* diperoleh *p value* = 0,096 yang berarti tidak terdapat hubungan antara pelatihan BPM dengan kinerja BPM dalam pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu.

Gomes (1999) mengemukakan definisi pelatihan adalah suatu kegiatan pembelajaran dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan untuk memperbaiki kinerja pekerja pekerjaan pada suatu pekerjaan tertentu yang menjadi tanggung jawabnya atau berkaitan dengan pekerjaan menjadi lebih baik dan efektif (Soeprihanto, 2000).

Sebagian besar BPM tidak pernah mengikuti pelatihan yang sangat penting untuk terampil saat melakukan pemeriksaan kehamilan yaitu pelatihan pertolongan pertama gawat darurat obstetric neonatal (PPGDON) sebanyak 66,7%. Sebanyak 34,6% BPM juga merasa tidak bertambah terampil meskipun sering mendapat pelatihan. Hal ini dikarenakan minimnya pelatihan yang dikhususkan untuk Bidan, pelatihan yang ada biasanya hanya sekedar informasi seputar kehamilan dan tidak menitik beratkan pada penambahan keterampilan Bidan, dan dengan mahalnya pelatihan khusus Bidan mengakibatkan turunnya minat Bidan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebanyak 41 BPM (52,6%) mempunyai kinerja yang kurang dalam melaksanakan pelayanan antenatal terpadu.
2. Variabel yang berhubungan dengan kinerja BPM dalam pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu adalah deskripsi pekerjaan BPM, review kinerja dan pengetahuan
3. Tidak ada hubungan antara pelatihan BPM dengan kinerja BPM dalam pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu.
4. BPM yang mempunyai pengetahuan kurang mempunyai peluang 11,367 untuk berkinerja kurang dalam pelaksanaan antenatal terpadu
5. BPM yang tidak direview pekerjaannya secara berkelanjutan mempunyai peluang 4,214 untuk berkinerja kurang dalam pelaksanaan antenatal terpadu
6. BPM yang tidak mempunyai pemahaman deskripsi pekerjaan yang

- jelas mempunyai peluang 3,112 untuk berkinerja kurang dalam pelaksanaan antenatal terpadu
Selanjutnya diajukan saran-saran yaitu:
1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang
 - a. Untuk menjaga kualitas pengetahuan BPM maka DKK Semarang harus melakukan pengawasan yang ketat terhadap uji kompetensi yang diselenggarakan oleh IBI ranting Kota Semarang dan membuat sanksi terhadap BPM yang tidak melakukan uji kompetensi secara berkelanjutan.
 - b. Menyelenggarakan review kinerja dengan cara visitasi terjadwal dan juga meliputi uji pengetahuan dan keterampilan BPM
 - c. DKK harus memfasilitasi BPM untuk mendapatkan buku tersebut.
 2. IBI ranting Kota Semarang
 - a. Untuk menekan penyebab dominan kematian ibu, maka IBI harus menyisipkan pengetahuan terkini pada setiap pertemuan yang diadakan setiap bulannya, contohnya faktor risiko Pre eklampsia dan perdarahan, pendeteksian penyakit Jantung dan penanganannya sesuai dengan tindak lanjut ANC terpadu.
 - b. Menginformasikan pengetahuan, keterampilan dan protaps pelayanan kebidanan terkini, khususnya yang berkaitan dengan pelayanan ANC terpadu
 - c. Secara berkelanjutan melakukan uji kompetensi sebagai bentuk dari review kinerja dan tidak berfokus hanya pada pengetahuan tetapi juga pada keterampilan.
 - d. Memfasilitasi tupoksi yang jelas bagi BPM dalam pemeriksaan kehamilan.
 3. Puskesmas
 - a. Memberikan perhatian lebih dan melakukan komunikasi efektif sehingga BPM siap bersaing sehat untuk menunjukkan prestasi dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan.
 - b. Memfasilitasi BPM dalam pemeriksaan rujukan atau konsultasi sehingga BPM dapat melakukan pelayanan terintegrasi sesuai dengan pelayanan antenatal terpadu
- Cascio, W.F. 2003. *Managing Human Resources: Productivity, Quality of Work Life, Profits* 6th Edition. New York, McGraw-Hill
- Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. 2009. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA)*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. 2012. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Kemenkes RI.
- Fort, Alfredo. 2006. *Factors Affecting the Performance of Maternal Health Providers in Armenia*. Intra Health International, Chapel Hill, USA.
- GOI & UNICEF. 2000. *Laporan Nasional Tindak Lanjut Konferensi Tingkat Tinggi Anak (Draff)*
- Gomes, Faustino Cardoso, 2010. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Yogyakarta.
- Indonesia Demographic and Health Survey. 2007. *Badan Pusat Statistik*.
- Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan Asosiasi Institusi Pendidikan Kebidanan Indonesia. 2011. *Standar kompetensi Bidan Indonesia*. Ditjen Dikti Keskabud.
- Luoma M, Voltero. 2002. *Performance Improvement, Stages, Steps and Tools*, Chapell Hill: NC. IntraH,
- Mariyani, Deasy., 2009. *Faktor-faktor yang mempengaruhi Pelayanan Antenatal Sesuai Standar Pelayanan Kebidanan oleh Bidan Desa di Kabupaten Bima*, Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat., Universitas Diponegoro; Semarang
- Mondy, R.W. and Noe, R.M. 1990. *Human Resources Management* 4th Edition. USA. Allyn and Bacon. Notoatmojo, s. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Muchlas, Makmuri. 1999. *Perilaku Organisasi*, Cetakan ke-2, Program PPS Manajemen Rumah Sakit, UGM, Yogyakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. 2015. *Profil Kesehatan Kota Semarang 2014*. Dinkes Semarang
- Soeprihanto, J, 2000. *Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan*, BPFE. Yogyakarta.

DAFTAR PUSTAKA

Apriani, D.Wahyu. 2011. *Jurnal Manajemen Teori dan Terapan*, Tahun 4, No.1, April 2011

**PENGARUH KONSELING
MENGUNAKAN LEMBAR BALIK DAN
LEAFLET TERHADAP KEPATUHAN
IBU HAMIL MENGONSUMSI TABLET
BESI**

Niken Purbowati
(Poltekkes Kemenkes Jakarta III)

ABSTRAK

Prevalensi anemia tertinggi di Kota Tangerang terjadi di Puskesmas Kedaung Wetan (67,5%). Upaya penanggulangan anemia melalui pemberian tablet besi telah dilakukan, namun masih banyak ibu hamil tidak mengonsumsi tablet besi (20%). Diperlukan strategi Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) untuk meningkatkan kepatuhan ibu hamil mengonsumsi tablet besi. Tujuan penelitian adalah menganalisis pengaruh konseling terhadap kepatuhan ibu hamil mengonsumsi tablet besi. Penelitian ini menggunakan rancangan quasi eksperimental dengan pre test-post test control group design. Data dikumpulkan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur dan observasi kepatuhan konsumsi tablet besi. Jumlah sampel kelompok perlakuan dan kelompok kontrol masing-masing 33 ibu hamil. Analisis data dilakukan dengan uji Chi Square, Wilcoxon, Paired t Test, Mann Whitney dan Independent t Test. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan karakteristik ibu hamil (umur, pendidikan, dukungan suami, pekerjaan, pendapatan) antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Ada perbedaan bermakna skor pengetahuan setelah perlakuan antara kedua kelompok ($p=0,001$). Ada perbedaan bermakna skor sikap setelah perlakuan antara kedua kelompok ($p=0,001$). Kepatuhan konsumsi tablet besi lebih tinggi pada kelompok perlakuan (89,7%) daripada kelompok kontrol (25,9%). Ada perbedaan bermakna kepatuhan mengonsumsi tablet besi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($p=0,001$).

Kata Kunci:
Konseling, Kepatuhan, Ibu Hamil, Tablet Besi

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Di Indonesia anemia umumnya disebabkan oleh defisiensi zat besi, sehingga dikenal dengan istilah anemia gizi besi (AGB). AGB merupakan salah satu gangguan yang paling sering terjadi selama kehamilan (Adriani M., 2012). AGB selama kehamilan memberikan dampak kurang baik bagi ibu, baik dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas, seperti abortus, persalinan preterm, partus lama, perdarahan *post partum* karena atonia uteri atau syok hemoragik. Anemia selama kehamilan juga berhubungan dengan kematian janin, cacat bawaan, bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), dan anak lahir dengan anemia (O'Brien OK, 2009).

Prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia sebesar 24,5%. Jenis anemia pada ibu hamil sebagian besar adalah AGB (59% dari ibu hamil yang anemia). Di Provinsi Banten, prevalensi AGB pada ibu hamil sebesar 12,8% (Kemenkes RI, 2006).

Penanggulangan AGB di Indonesia masih diprioritaskan pada pemberian tablet besi kepada ibu hamil dan penyuluhan makanan kaya zat besi (Depkes RI, 2000). Kenyataannya pemberian tablet besi belum efektif menurunkan prevalensi anemia. Alasan utama kurang efektif adalah rendahnya kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi tablet besi. Subarda (2011) menemukan bahwa persentase kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi tablet besi sebanyak 41,1%.

Cakupan keberhasilan Fe1 dan Fe3 di Kota Tangerang dalam kurun waktu 3 tahun sudah melebihi target, namun kasus anemia pada ibu hamil pada tahun 2010 sebesar 27,80%, tahun 2011 sebesar 24,82% dan tahun 2012 sebesar 27,56%. Disisi lain sudah ada kegiatan yang telah diupayakan antara lain penyuluhan tentang makanan bergizi dan pemberian suplementasi tablet besi, namun masih ditemukan ibu yang tidak mengonsumsi tablet besi (20%), ibu yang mengonsumsi kurang dari 25 tablet (46,7%), dan yang mengonsumsi 25-30 tablet (33,3%).

Pemerintah Kota Tangerang melalui Dinas Kesehatan, telah melakukan berbagai upaya untuk menanggulangi anemia pada ibu hamil. Upaya tersebut antara lain pemberian tablet besi, penyuluhan kesehatan, kegiatan kelas ibu

hamil untuk memudahkan akses pelayanan untuk wilayah yang jauh dari puskesmas. Bidan sudah melakukan penyuluhan secara individu dan lisan pada ibu hamil, dengan harapan setelah mendapat penyuluhan maka ibu mau mengkonsumsi tablet besi (Dinkes Kota Tangerang, 2011).

Kepatuhan minum tablet besi merupakan bentuk perilaku yang terwujud karena adanya pengetahuan yang diperoleh dari luar, serta keyakinan dan adanya dorongan dari orang lain, seperti petugas kesehatan, keluarga, tetangga, atau teman dekat (Green, 2000). Bagi pelaksana dan pengelola program, arti keberhasilan program adalah meningkatnya cakupan program pemberian tablet besi dan menurunnya prevalensi anemia pada sasaran yang dilayani.

Suplementasi tablet besi tidak hanya cukup melakukan pengadaan dan distribusi kepada sasaran, namun harus disertai kegiatan yang menumbuhkan kesadaran dan kebutuhan akan tablet besi. Hal ini dapat dicapai melalui pelaksanaan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) yang berkualitas. Setiap pendekatan memerlukan media KIE yang sesuai dengan metode yang digunakan, seperti konseling menggunakan media alat bantu (Depkes RI, 2001). Konseling tentang anemia dan pemberian tablet besi, diharapkan meningkatkan kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi tablet besi.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimental dengan pre test-post test control group design, menggunakan dua kelompok (perlakuan dan kontrol). Hanya kelompok perlakuan yang diberi intervensi konseling menggunakan media lembar balik dan leaflet tentang kepatuhan mengkonsumsi tablet besi. Waktu penelitian menggunakan pendekatan prospektif dengan mengobservasi kelompok perlakuan dan kontrol selama satu bulan ke depan. Variabel bebas penelitian adalah konseling tentang tablet besi menggunakan media lembar balik dan leaflet. Populasi penelitian adalah seluruh ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kedaung Wetan, Kota Tangerang. Pemilihan sampel non random secara purposive sampling yang memenuhi kriteria inklusi. Jumlah sampel kelompok perlakuan dan kelompok kontrol masing-masing 33

ibu hamil. Pengumpulan data menggunakan kuesioner terstruktur dan observasi langsung kepatuhan konsumsi tablet besi. Data dianalisis menggunakan uji *Chi Square*, *Wilcoxon*, *Paired t Test*, *Mann Whitney* dan *Independent t Test*. Tempat penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kedaung Wetan Kota Tangerang. Waktu penelitian 25 Juli 2013 sampai dengan 26 Agustus 2013.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi Kepatuhan Mengonsumsi Tablet Besi Berdasarkan Karakteristik Ibu Hamil pada Kedua Kelompok

	Kelompok								P
	Perlakuan				Kontrol				
	Tak Patuh		Patuh		Tak Patuh		Patuh		
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Umur									
Sehat	2	8,0	23	92,0	16	69,6	7	30,4	1,000
Risiko	1	25,0	3	75,0	4	100	0	0	
Pendidikan									
Dasar	2	10,0	18	90,0	17	81,0	4	19,0	0,658
Menengah s.d. Tinggi	1	11,1	8	88,9	3	50,0	3	50,0	
Dukungan suami									
Kurang	2	13,3	13	86,7	7	63,6	4	36,4	0,579
Baik	1	7,1	13	92,9	13	81,2	3	18,8	
Pekerjaan Ibu hamil									
Bekerja	0	0	2	100	5	71,4	2	28,6	0,073
Tidak bekerja	3	11,1	24	88,9	15	75,0	5	25,0	
Pendapatan									
Rp 500.000-Rp 1500.000	1	7,1	13	92,9	11	78,6	3	21,4	1,000
Rp 1600.000-Rp 5000.000	2	13,3	13	86,7	9	69,2	4	30,8	

Tabel 1 menunjukkan bahwa karakteristik ibu hamil pada kategori umur reproduksi sehat kelompok perlakuan (92%) lebih patuh mengkonsumsi tablet besi daripada kelompok kontrol (30,4%). Ibu hamil yang berpendidikan dasar pada kelompok perlakuan (90%) lebih patuh mengkonsumsi tablet besi daripada kelompok kontrol (19%). Ibu hamil yang menerima dukungan suami baik pada kelompok perlakuan (92,9%) lebih patuh mengkonsumsi tablet besi daripada kelompok kontrol (18,8%). Ibu hamil tidak bekerja pada kelompok perlakuan (88,9%)

lebih patuh mengkonsumsi tablet besi daripada kelompok kontrol (25%). Kategori pendapatan keluarga antara Rp 500.000-Rp 1.500.000, ibu hamil kelompok perlakuan (92,9%) lebih patuh mengkonsumsi tablet besi dibandingkan kelompok kontrol (21,4%). Hasil uji beda kategorik, tidak ada perbedaan ($p>0,05$) karakteristik antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap kepatuhan mengkonsumsi tablet besi.

Tabel 2. Perbedaan Skor Pengetahuan Tentang Kepatuhan Mengkonsumsi Tablet Besi Antara Pre Test Dan Post Test Pada Kedua Kelompok

Skor Pengetahuan		Kelompok		<i>p</i>
		Perlakuan	Kontrol	
		n = 29	n = 27	
Pre Test	Median $\pm$ SD	64,29 $\pm$ 22,13	50,00 $\pm$ 16,09	0,142
Post Test	Median $\pm$ SD	100,00 $\pm$ 3,65	64,29 $\pm$ 11,17	0,001
<i>p</i>		0,001	0,001	

Peningkatan skor pengetahuan tentang kepatuhan mengkonsumsi tablet besi pada pengukuran post test yang ditunjukkan Tabel 2, skor kelompok perlakuan (100,00) lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol (64,29). Skor pengetahuan pada akhir penelitian menunjukkan ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($p=0,001$).

Tabel 3. Perbedaan Perubahan Skor Pengetahuan Pada Post Test – Pre Test Tentang Kepatuhan Mengkonsumsi Tablet Besi Antara Kedua Kelompok

Selisih Skor Pengetahuan Post Test-Pre Test	Kelompok		<i>p</i>
	Perlakuan (n = 29)	Kontrol (n = 27)	
Median $\pm$ SD	35,71 $\pm$ 21,67	14,29 $\pm$ 13,11	0,001

Tabel 3 menunjukkan bahwa ada peningkatan skor pengetahuan setelah diberi konseling pada akhir penelitian, median kelompok perlakuan (35,71) lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol (14,29). Ada perbedaan yang bermakna, perubahan skor pengetahuan post test-pre test tentang kepatuhan mengkonsumsi tablet besi antara kedua kelompok ($p=0,001$).

Tabel 4. Perbedaan Skor Sikap Tentang Kepatuhan Mengkonsumsi Tablet Besi Antara Pre Test Dan Post Test Pada Kedua Kelompok

Skor Sikap		Kelompok		<i>p</i>
		Perlakuan	Kontrol	
		n = 29	n = 27	
Pre Test	Mean $\pm$ SD	80,30 $\pm$ 9,99	81,81 $\pm$ 5,63	0,484
Post Test	Mean $\pm$ SD	90,02 $\pm$ 7,11	82,14 $\pm$ 5,49	0,001
<i>P</i>		0,001	0,696	

Tabel 4 menunjukkan bahwa skor rata-rata sikap pada pengukuran post test, kelompok perlakuan (90,02) lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol (82,14). Pada akhir penelitian, ada perbedaan skor sikap post test antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol ($p=0,001$).

Tabel 5. Perbedaan Perubahan Skor Sikap Pada Post Test-Pre Test Tentang Kepatuhan Mengkonsumsi Tablet Besi Antara Kedua Kelompok

Selisih Skor Sikap Post Test-Pre Test	Kelompok		<i>p</i>
	Perlakuan	Kontrol	
	n = 29	n = 27	
Mean $\pm$ SD	9,71 $\pm$ 10,88	0,27 $\pm$ 4,40	0,001

Tabel 5 menunjukkan bahwa skor sikap pada pengukuran post test dan pre test, diperoleh skor rata-rata perubahan sikap kelompok perlakuan (9,71) lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol (0,27). Ada perbedaan perubahan skor sikap yang bermakna pada pengukuran post test-pre test antara kedua kelompok ($p=0,001$).

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Kepatuhan Konsumsi Tablet Besi Antara Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Pada Pengukuran Akhir (Post Test)

Kepatuhan Konsumsi Tablet Besi	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	(n=29)		(n=27)	
	n	%	n	%
Patuh	26,0	89,7	7,0	25,9
Tidak Patuh	3,0	10,3	20,0	74,1
Jumlah	29,0	100,0	27,0	100,0

Pada Tabel 6. Menunjukkan bahwa Ibu hamil pada kelompok perlakuan 89,7%

lebih patuh mengkonsumsi tablet besi dibandingkan kelompok kontrol (25,9%).

Tabel 7. Perbedaan Kepatuhan Konsumsi Tablet Besi Antara Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Pada Pengukuran Akhir (Post Test)

Kepatuhan Konsumsi Tablet Besi	Kelompok		p
	Perlakuan (n=29)	Kontrol (n=27)	
Median $\pm$ SD	30,0 $\pm$ 3,83	17,0 $\pm$ 4,89	0,001

Tabel 7 menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna kepatuhan konsumsi tablet besi setelah diberi perlakuan konseling menggunakan lembar balik dan leaflet antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol ($p=0,001$).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini sama dengan yang dilakukan oleh Kaur dan Singh, ada perbedaan yang bermakna pengetahuan tentang pencegahan anemia dan suplementasi tablet besi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Skor pengetahuan setelah intervensi lebih tinggi kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol (Kaur M., 2011). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahim dan Putri, ada perbedaan pengetahuan ibu hamil dalam mengkonsumsi tablet besi antara pengukuran pre test-post test setelah diberi intervensi baik berupa penyuluhan maupun pemberian materi tentang gizi, anemia serta suplementasi tablet besi (Rahim R., 2012, Putri, 2009).

Tenaga kesehatan terutama bidan, sesuai dengan standar pelayanan kebidanan, salah satunya dapat melakukan standar pelayanan Antenatal Care, yaitu standar 6 untuk dapat melakukan pengelolaan anemia pada kehamilan. Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan atau rujukan semua kasus anemia sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Bidan diharapkan mampu mengenali dan mengelola anemia pada kehamilan, serta memberikan penyuluhan maupun konseling gizi untuk mencegah anemia (Pusdiknakes, 2005).

Penelitian Kaur dan Singh untuk sikap, ada perbedaan yang bermakna sikap kepatuhan mengkonsumsi tablet besi serta diet sumber makanan kaya zat besi ibu

hamil antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. (Kaur M., 2011). Hasil penelitian ini sama dengan penelitian sebelumnya. Sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap objek tertentu yang dapat menggambarkan suka atau tidak suka. Sikap seseorang terhadap suatu objek menunjukkan pengetahuan orang tersebut terhadap objek yang bersangkutan. Faktor yang mendasari terbentuknya sikap antara lain pengetahuan, pengalaman pribadi, lingkungan dan orang lain yang dianggap penting. Terdapat tiga komponen penting yang memegang peranan dalam menentukan sikap seseorang, yaitu kepercayaan atau keyakinan, kehidupan emosional dan kecenderungan untuk bertindak (Azwar, 2008).

Bidan selaku tenaga kesehatan yang menjalankan profesinya dengan profesional harus menjalankan kompetensinya sesuai kewenangan yang diberikan kepadanya. Sesuai dengan kompetensi kebidanan yang ketiga, yaitu memberikan asuhan dan konseling selama kehamilan. Bidan memberikan bimbingan dan penyuluhan mengenai perilaku kesehatan selama hamil (Pusdiknakes, 2005).

Hasil penelitian ini sama dengan yang dilakukan oleh Susetyowati, ada perbedaan konsumsi tablet besi antara kelompok perlakuan yang diberi penyuluhan dengan kelompok kontrol (Susetyowati, 2010). Program penanggulangan anemia gizi besi (AGB) pada ibu hamil sangat bervariasi, tidak hanya cukup pengadaan dan distribusi suplementasi tablet besi, namun harus disertai pemberian informasi yang bersifat spesifik kepada setiap segmen sasaran ibu hamil di masyarakat. Untuk mengantisipasi masalah timbulnya pengetahuan, sikap dan perilaku, maka perlu dilaksanakan kegiatan konseling yang berkualitas. Untuk melakukan kegiatan konseling terhadap sasaran ibu hamil, membutuhkan waktu dan seni tersendiri untuk dapat meyakinkan sehingga mau menerima informasi yang disampaikan oleh tenaga kesehatan. Tahapan tersebut melalui proses panjang dari hanya sekedar tahu sampai mau menerima gagasan baru, yaitu teratur mengkonsumsi tablet besi. Kegiatan konseling ini perlu diulang, sehingga ibu hamil mau menerima isi pesan dan mengadopsi gagasan baru (Kemenkes RI, 2006).

KESIMPULAN DAN SARAN

Responden yang lebih patuh mengonsumsi tablet besi pada kategori umur reproduksi sehat, berpendidikan dasar, menerima dukungan suami baik, tidak bekerja dan rata-rata pendapatan keluarga Rp 500.000-Rp 1.500.000,-. Tidak ada perbedaan karakteristik ibu hamil antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Skor pengetahuan tentang kepatuhan mengonsumsi tablet besi pada pengukuran post test, ada perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok. Skor sikap kepatuhan mengonsumsi tablet besi pada pengukuran post test, ada perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok.

Pada pengukuran akhir setelah diberi konseling menggunakan lembar balik dan *leaflet*, ada perbedaan yang bermakna kepatuhan konsumsi tablet besi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dinas Kesehatan dan Tenaga Kesehatan dalam upaya penanggulangan anemia pada ibu hamil mendukung kegiatan yang menumbuhkan kesadaran akan kebutuhan tablet besi, melalui pelaksanaan KIE dengan konseling.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, M. (2012). Pengantar Gizi Masyarakat. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Adriani, M. (2012). Peranan Gizi Dalam Siklus Kehidupan. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Azwar, S. (2008). Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Depkes RI. (2001). Strategi Program Penanggulangan Anemia Gizi Besi Pada Wanita Usia Subur (WUS). Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (2001). Strategi KIE Program Penanggulangan Anemia Pada Wanita Usia Subur (WUS). Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (2000). Pedoman Pemberian Tablet Besi-Asam Folat dan Sirup Besi Bagi Petugas. Jakarta: Depkes RI.
- Dinkes Kota Tangerang. (2011). Profil Kesehatan Kota Tangerang Tahun 2011. Tangerang: Dinas Kesehatan Kota Tangerang.
- Green, L. (2000). Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach. Second Edition. California: Mayfield Publishing Company.
- Kemkes RI. (2006). Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2006. Jakarta: Kemkes RI.
- Kaur, M.S. (2011). Effect of Health Education on Knowledge, Attitude and Practices About Anemia Among Rural Pregnant Women in Chandigarh. Indian J CM., Vol. 26 No.3.
- O'Brien, O.K. (2009). Influence of prenatal iron and zinc supplemental iron absorption, red blood cell iron incorporation, and iron status in pregnant Peruvian women. American Journal Clinical Nutrition. Access On: August 2013. URL:<http://www.ajcn.nutrition.org/>
- Pusdiknakes. (2005). Kompetensi Bidan Indonesia. Jakarta: Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia.
- Putri, N.I. (2009). Perbedaan Pengetahuan dan Perilaku Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Hamil Di Puskesmas Berdasarkan Tingkat Keberhasilan Cakupan Suplementasi Tablet Tabah Darah. Tesis. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Rahim., R., Thaha, A.R. (2012). Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil Tentang Status Gizi dan Kesehatan Reproduksi di Kecamatan Ujung Tanah. MKMI. Diakses dari: URL:<http://www.journal.unhas.ac.id/>
- Subarda, H.M.S. (2011). Pelayanan Antenatal Care Dalam Pengelolaan Anemia Berhubungan Dengan Kepatuhan Ibu Hamil Minum Tablet Besi. Jurnal Gizi Klinik Indonesia, vol 8 (1).
- Susetyowati, N. (2001). Pengaruh Supervisi Bidan di Desa Terhadap Kepatuhan Minum Tablet Besi Dan Perubahan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil di Kabupaten Bantul. Tesis. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.