HUBUNGAN PROGRAM KELOMPOK PENDUKUNG IBU TERHADAP PENGETAHUAN DAN PRAKTIK PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

Joko Susilo, Weni Kurdanti, Tri Siswati
Jurusan Gizi – Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

ABSTRAK

Praktek pemberian ASI di Indonesia masih buruk, masyarakat masih sering beranggapan bahwa menyusui hanya urusan ibu dan bayinya. Kelompok Pendukung (KP) Ibu dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan tentang ASI Eksklusif dan praktek pemberian ASI Eksklusif, serta memungkinkan petugas kesehatan untuk melakukan pendampingan teknis yang akhirnya akan meningkatkan cakupan ASI Eksklusif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas program Kelompok Pendukung (KP) Ibu terhadap perilaku pemberian ASI Eksklusif. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan Kohort yang dilaksanakan pada bulan Juli s.d. Desember 2011 di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Kabupaten Bantul. Sampel ditentukan dengan cara *purposive sampling*, dengan ketentuan bayi usia 3-4 bulan, masih memberikan ASI saja, tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II dan bersedia mengikuti penelitian. Kriteria eksklusinya adalah ibu dengan penyakit kronis yang mengganggu pemberian ASI eksklusif dan menyusui lebih dari 1 bayi (bayi kembar). Jumlah tiap-tiap kelompok subyek (KP-Ibu dan Non KP-Ibu) adalah 35 orang, dengan melakukan *matching* untuk umur. Penempatan kedalam kelompok KP dan Non KP dilakukan secara acak. Data dianalisis dengan t test dan chi square. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang nyata perlakuan KP Ibu terhadap pengetahuan tentang ASI untuk responden yang berpendidikan rendah, tidak bekerja (sebagai ibu rumah tangga), dan yang mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Sebaliknya untuk responden yang berpendidikan tinggi, bekerja, dan tidak mendapat Inisiasi menyusu dini, hubungan ini tidak nyata. Kesimpulannya, kelompok pendukung ibu untuk mensukseskan pemberian ASI eksklusif (praktek menyusu) sangat bermanfaat dalam meningkatkan pengetahuan ibu tentang ASI pada responden yang berpendidikan rendah, tidak bekerja (sebagai ibu rumah tangga saja), dan yang mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini.

Kata kunci: KP-Ibu, pengetahuan ASI, praktek ASI eksklusif

ABSTRACT

THE ASSOCIATION OF MOTHER SUPPORTING GROUP PROGRAMME TO THE KNOWLEDGE AND PRACTICE OF EXCLUSIVE BREASTFEDING

Breastfeeding practices are still poor in Indonesia, and the community always assumes that the breastfeeding was the responsibilites of mother to handle her baby. The Mother Supporting Group (SG) Programme designed to increase the knowledge and practices about Exclusive Breastfeeding and to improve the techical supports from the health provider to lacatating women. The impact of SG programme was increasing the coverage of Exclusive Breasfeeding Mothers. The Objectives of this research to measure effectivity of SG programme to the Exclusive Breastfeeding behavior. This research was observational as cohort design from July until December 2012, in Kasihan Sub District area of Bantul District. The samples were taken purposively among 2-3 months babies and still breasfed, living in study areas and signed informed concents as subject criterias. The excluded criterias were the mothers had the cronic deseases which may disturb the breasfeeding activity or she breastfed for two babies in a time of study. Number of samples were 35 for each group (SG and non SG). Data analized by t-test and chi - square.The results showed that the low education respondens had 2,5 points increasing level of breastfeeding knowledge score in the SG, higher than the non SG (1,7 points).The unemployer respondens had the 0,8 points increasing in breastfeeding knowledge score in the SG, better than non SG in which it was decreasing 2,5 points decreasing. The SG had 62,86% predominant breast feeding babies, it means, the babies had given the drinking water before 6 months of age. In conclusions, they were found a significant different between the existing SG compared to non SG in breasfeeding knowledge for those who had lower education, unemployer (housewives only), and those implement early intiation of breastfeeding. In conclusion, the different between the existing of SG in the breastfeeding knowledge was significant to those with low education background, unemployer, and those who did early Initiation of breastfeeding.

Keywords: Mother Supporting Group, Breas-Feeding knowledge, practice of exclusive breastfeeding

PENDAHULUAN

Air Susu Ibu (ASI) merupakan kebutuhan dan hak asasi bayi yang harus dipenuhi oleh orang tuanya. Hal ini sesuai dengan kesepakatan Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) tentang kesejahteraan anak dan Konferensi Hak-hak Anak tahun 1990 serta telah dipopulerkan pada pekan ASI sedunia tahun 2000 dengan tema: memberi ASI adalah hak asasi ibu, mendapatkan ASI adalah hak asasi bayi.[1]

ASI sangat bermanfaat bagi pertumbuhan bayi, ASI mengandung zat kekebalan, zat antiinfeksi, *immunoglobulin A, laktoferin, lysozim*, dan bila diberikan bayi akan mempunyai daya tahan terhadap penyakit yang baik.[2,3] ASI juga mengandung semua nilai gizi yang dibutuhkan bayi. Pada waktu pemberian ASI terjalin hubungan batin antara bayi dan ibu, hal ini berpengaruh terus hingga bayi dewasa.[2]

Praktik pemberian ASI di Indonesia masih buruk, masyarakat masih sering beranggapan bahwa menyusui hanya urusan ibu dan bayinya. Seorang ibu menyusui selalu dianjurkan untuk tidak hidup stres, karena stres dapat mempengaruhi produksi ASI, sehingga hormon oksitosin tidak dapat mengeluarkan ASI secara optimal.[2] Buruknya pemberian ASI Eksklusif di Indonesia menyebabkan bayi menderita gizi kurang. Padahal kekurangan gizi yang terjadi pada bayi akan berdampak pada gangguan psikomotor, kognitif dan sosial serta secara klinis terjadi gangguan pertumbuhan. Dampak lainnya adalah derajat kesehatan dan gizi anak Indonesia masih memprihatinkan. Hal ini ditandai dengan tingginya tingkat kematian bayi setiap tahunnya sekitar 132.000 meninggal sebelum usia 1 tahun akibat gizi kurang dan gizi buruk serta penyakit infeksi.[4]

Peran keluarga terhadap pemberian ASI eksklusif sangat penting, terutama terhadap motivasi, persepsi, emosi, dan sikap ibu dalam menyusui bayinya. Oleh sebab itulah pemerintah melakukan terobosan yang bersifat nasional untuk menggerakkan seluruh anggota masyarakat Indonesia terutama ibu-ibu dengan motivasi keluarga dalam memberikan ASI saja selama 6 bulan kepada bayinya.[5]

Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002, menunjukkan bahwa hanya 3,7 persen bayi memperoleh ASI pada hari pertama. Sedangkan pemberian ASI pada bayi umur kurang 2 bulan sebesar 64 persen, antara 2-3 bulan 45,5 persen, antara 4-5 bulan sebanyak 13,9 persen dan antara 6-7 bulan sebanyak 7,8 persen. Sedangkan data pemberian ASI berdasarkan SDKI 2007, angka cakupan ASI ekslusif 6 bulan di Indonesia hanya 32,3 persen (SDKI 2007), masih rendah dari rata-rata dunia, yaitu 38 persen. Sementara itu, saat ini jumlah bayi di bawah 6 bulan yang diberi susu formula meningkat dari 16,7 persen pada tahun 2002 menjadi 27,9 persen pada tahun 2007.

Sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang ASI perlu dilakukan terobosan metode pendekatan yaitu Kelompok Pendukung (KP) Ibu. Kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan tentang ASI eksklusif dan praktek pemberian ASI eksklusif, serta memungkinkan petugas kesehatan untuk melakukan pendampingan teknis yang akhirnya akan meningkatkan cakupan ASI eksklusif. Kegiatan ini dilakukan secara langsung oleh tenaga kesehatan yaitu tenaga gizi atau bidan yang telah dilatih sebelumnya, untuk menjaga kesinambungan program ini.

KP-Ibu adalah *peer-support* (kelompok sebaya), bukan kelas edukasi/penyuluhan. Karena promosi/edukasi/penyuluhan yang telah banyak dilakukan tidak dapat meningkatkan cakupan ASI eksklusif. Sementara peningkatan pengetahuan saja tidak cukup untuk merubah perilaku, ibu menyusui membutuhkan ketrampilan dan dukungan (kepercayaan, penerimaan, pengakuan dan penghargaan) terhadap perasaan-perasaannya. Suasana saling memberi dukungan lebih mudah terbangun dalam kelompok sebaya yang mempunyai pengalaman dan situasi lingkungan yang sama.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas program Kelompok Pendukung (KP) Ibu terhadap perilaku pemberian ASI eksklusif, meliputi pengetahuan tentang ASI dan praktik menyusui.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *cohort*. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli sampai dengan Desember 2011 di wilayah kerja

Puskesmas Kasihan II kabupaten Bantul provinsi DIY. Sampel ditentukan dengan cara *purposive sampling,* dengan ketentuan bayi usia 3-4 bulan, masih memberikan ASI saja, tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II dan bersedia mengikuti penelitian. Sementara kriteria eksklusinya adalah ibu dengan penyakit kronis yang mengganggu pemberian ASI dan menyusui lebih dari satu bayi (bayi kembar). Jumlah tiap-tiap kelompok subyek (KP dan non KP) adalah 35 orang, dengan melakukan *matching* untuk umur. Penempatan ke dalam kelompok KP dan Non-KP dilakukan secara acak.

Variabel bebas pada penelitian ini adalah Program Kelompok Pendukung (KP) Ibu dan variabel terikatnya adalah pengetahuan dan praktik pemberian ASI eksklusif. Program Kelompok Pendukung (KP) Ibu adalah program pendampingan pemberian ASI kepada subjek penelitian yang diberikan kepada ibu hamil sampai masa nifas selama 6 bulan sejak kelahiran bayi. Pelaksanaan kohor dilakukan untuk dua kelompok responden (KP dan non KP) sampai bayi berusia 6 bulan. Pendampingan untuk KP meliputi pertemuan secara rutin dua minggu sekali atau setidaknya sebulan sekali termasuk kunjungan rumah untuk saling bertukar pengalaman, berdiskusi dan saling memberi dukungan terkait kesehatan ibu dan anak khususnya seputar menyusui dan gizi, dipandu atau difasilitasi oleh motivator (yaitu bidan atau ahli gizi). Pengetahuan ibu merupakan pemahaman subjek penelitian tentang ASI eksklusif yang diperoleh melalui instrumen yang telah divalidasi. Identifikasi dilakukan pada kedua kelompok di awal dan akhir penelitian. Praktik pemberian ASI eksklusif adalah praktik memberikan ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan, tanpa pemberian makanan atau cairan tambahan lainnya. Data diperoleh melalui wawancara dan dilengkapi dengan observasi. Praktik ASI eksklusif dikelompokkan menjadi tiga yakni praktek ASI eksklusif, predominan dan parsial. Data dianalisis dengan menggunakan uji statistik "*t-test*" dan *Chi-Square*.

Analisis data pengetahuan dilakukan terhadap pengetahuan awal dan akhir pada KP dan non KP. Analisis data dilakukan dengan stratifikasi berdasarkan keadaan pendidikan, pekerjaan, dan status Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

Pengelompokkan pendidikan adalah pendidikan rendah (tidak sekolah, tamat SD dan tamat SLTP) dan pendidikan tinggi. Pengelompokan pekerjaan adalah bekerja (PNS/TNI, Buruh, Swasta) dan tidak bekerja (ibu rumah tangga). Pengelompokkan status Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah tidak mendapatkan IMD dan mendapatkan IMD

HASIL

Karakteristik Responden

Diketahui bahwa sebagian besar responden yang termasuk dalam KP mempunyai tingkat pendidikan SLTA sebanyak 17 orang (34%), tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga sebanyak 28 orang (80%) dan hamil kedua sebanyak 14 orang (40%). Sementara pada kelompok non KP, sebagian besar mempunyai tingkat pendidikan SLTA sebanyak 14 orang (40%), tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga sebanyak 23 orang (66%) dan hamil pertama sebanyak 14 orang (40%). Secara statistik karakteristik kedua kelompok tersebut tidak berbeda nyata ($p > 0.05$).

Karakteristik Bayi

Data antropometri bayi dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 2. Nilai rata-rata umur anak pada KP adalah 3,31±0,47 bulan, sedangkan pada non KP rata-rata berumur 3,40±0,55 bulan. Berat badan lahir KP dan non KP mempunyai nilai rata-rata berturut-turut sebesar 3210.86±520.25g dan 2997.14±460.81 g ($p>0,05$). Kedua hal tersebut tidak berbeda nyata ($p>0,05$).

Hasil uji statistik data antropometri bayi pada KP dan non KP tidak menunjukkan perbedaan yang nyata ($p>0,05$). Hal ini berarti kelompok terpapar dan kontrol sebanding dalam hal umur bayi, berat badan lahir, berat badan saat penelitian, panjang badan lahir, panjang badan saat penelitian, status gizi menurut BB/U, PB/U dan BB/PB.

Tabel 1
Distribusi Responden berdasarkan Karakteristik dan Kelompok (n=70)

Karakteristik	Kelompok		Jumlah	λ^2	p-value
	KP	non KP			
	n %	n %	n %		
Pendidikan					
Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD	0 (0%)	2 (6%)	2 (3%)	4,857	0.302
Tamat SD	4 (11%)	8 (23%)	12 (17%)		
Tamat SLTP	5 (14%)	6 (17%)	11 (31%)		
Tamat SLTA	17 (34%)	14 (40%)	31 (89%)		
Tamat PT	9 (26%0	5 (14%)	14 (40%)		
Pekerjaan					
Tidak Bekerja (Ibu RT)	28 (80%)	23 (66%)	51 (73%)	2,390	0.495
PNS/TNI/POLRI	0 (0%)	1 (3%)	1 (1%)		
Wiraswasta/Usaha Mandiri	3 (9%)	5 (14%)	8 (11%)		
Buruh/Swasta	4 (11%)	6 (17%)	10 (14%)		
Urutan Kehamilan					
ke-1	12 (34%)	14 (40%)	26 (37%)	2,969	0.705
ke-2	14 (40%)	13 (37%)	27 (39%)		
ke-3	5 (14%)	4 (11%)	9 (13%)		
ke-4	2 (6%)	1 (3%)	3 (4%)		
ke-5	2 (6%)	1 (3%)	3 (4%)		
ke-6	0 (0%)	2 (6%)	2 (3%)		

Tabel 2
Penbandingan Data Antropometri Bayi untuk KP Ibu dan non KP Ibu (n=70)

Variabel	KP (n=35)	non KP (n=35)	t	p
Karakteristik	x±SD	x±SD	t-test	p-value
Umur anak (bulan)	3,31±0,47	3,40±0,55	-0.70	0.488
BB Lahir (g)	3210.86±520.25	2997.14±460.81	1.82	0.073
BB sekarang (g)	6122.71±915.40	6485.71±1013.77	-1.57	0.121
PB lahir (cm)	49.100±1.89	48.83±1.94	0.59	0.555
PB sekarang (cm)	59.26±3.53	59.93±3.27	-0.83	0.412
Z-score BB/U	-0.53±1.12	-0.25±1.07	-1.07	0.288
Z-score PB/U	-1.34±1.56	-1.26±1.22	-0.23	0.822
Z-score BB/PB	0.81±1.83	1.05±1.58	-0.58	0.566

Status Gizi Ibu

Secara umum Berat Badan, Tinggi Badan dan LILA Ibu pada KP lebih tinggi dibanding dengan Non KP. Secara statistik umur, TB, dan LILA Ibu pada kedua kelompok tidak berbeda nyata (p>0.05), namun BB ibu menunjukkan

perbedaan nyata (p < 0,05).

Berdasarkan penentuan responden yang KEK dan Non KEK dengan menggunakan *Cut Off Point (COP)* LILA = 23,5 cm, maka diketahui bahwa responden yang teridentifikasi mengalami KEK adalah 8 orang (22,8%) pada kelompok KP dan 4 orang (11%) pada kelompok non KP.

Tabel 3
Hasil pengukuran BB,TB,LILA,dan Umur ibu untuk KP dan non KP (n =70)

Antropometri	Kelompok		t-tes	p-value
	KP (n=35)	non KP (n=35)		
Berat Badan (kg)	55,5 9,2	51,5 5,2	2,215	0,030
Tinggi Badan (cm)	156,2 5,8	155,3 5,6	0,621	0,505
LILA (cm)	26,2 3,3	25,8 2,1	0,590	0,554
Umur (tahun)	29.9 4.7	28.9 6,6	0,748	0,457

Pengetahuan tentang ASI

Diketahui bahwa pada responden yang berpendidikan rendah, terjadi peningkatan skor pengetahuan pada KP (sebesar 2,5 poin). Kondisi demikian terbalik pada responden berpendidikan rendah dan yang tidak mengikuti KP, terjadi penurunan skor pengetahuan sebesar 1,7 poin. Kondisi ini juga terjadi pada kelompok responden yang tidak bekeja, terjadi peningkatan skor pengetahuan pada kelompok KP sebesar 0,8 poin dibanding kelompok non KP yang terjadi penurunan skor pengetahuan sebesar 2,5 poin.

Responden yang mendapatkan IMD, baik KP dan non KP, terjadi penurunan skor pengetahuan. Namun demikian penurunan yang kelompok non KP lebih besar (5,8 poin) dibanding KP (2,5 poin). Diketahui terdapat pengaruh yang nyata (p<0,05) KP terhadap pengetahuan ASI untuk responden yang berpendidikan rendah, tidak bekerja (sebagai ibu rumah tangga), dan yang mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

Tabel 4
Skor Rata-rata Pretes dan Postes dari Kedua Kelompok, dengan Beberapa Kondisi Karakteristik

Karakteristik	KP (n=35)	non KP (n=35)	t-tes	p-value
Pendidikan Rendah				
Pretes	92,5 ± 6,7	89,2 ± 9,2	1,0319	0,1564
Posttes	95 ± 4,2	87,5 ± 10,8	2,0402	0,0262*
Delta	2,5	-1,7		
Pendidikan Tinggi				
Pretes	90,8 ± 10	88,3 ± 11,7	0,7555	0,2270
Posttes	90 ± 8,3	90,8 ± 6,7	-0,4990	0,6898
Delta	-0,8	2,8		

Bekerja				
Pretes	92,5 ± 10	89,2 ± 12,5	0,3860	0,3520
Posttes	88,3 ± 10,8	90,1 ± 8,3	-0,5679	0,7114
Delta	-4,2	2,5		
Tidak bekerja ((IRT)				
Pretes	91,7 ± 6,7	90 ± 7,5	0,7253	0,2359
Posttes	92,5 ± 9,2	87,5 ± 10	1,8243	0,0372*
Delta	0,8	-2,5		
Non Inisiasi Menyusu Dini				
Pretes	90 ± 10,8	86,7 ± 11,7	0,9637	0,1708
Posttes	89,2 ± 8,3	91.6 ± 8,3	-0,8783	0,8077
Delta	-0,8	4,9		
Inisiasi Menyusu Dini				
Pretes	95 ± 5	92,5 ± 6,7	0,9312	0,1807
Posttes	92,5 ± 5,8	86,7 ± 4,2	2,4805	0,0104*
Delta	-2,5	-5,8		

Keterangan : *) : berbeda nyata (p<0,05)

Praktek Pemberian ASI

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan pemberian kesempatan kepada bayi untuk mulai (inisiasi) menyusu sendiri segera setelah lahir. Baik pada KP maupun non KP lebih banyak bayi yang tidak mendapatkan IMD yaitu berturut-turut sebanyak 54,29 persen dan 74,29 persen (p=0,081).

Tabel 5
Distribusi Responden berdasarakan Status ASI Eksklusif dan Kelompok

Status ASI	KP		non KP		p
	n	%	n	%	
Eksklusif	12	32.29	17	48.57	0.10
Predominan	22	62.86	14	40.00	
Parsial	1	2.86	4	11.43	

Pada KP, bayi yang mendapat ASI eksklusif hanya sebesar 32,29 persen sedangkan pada non KP justru lebih banyak bayi yang berhasil disusui secara eksklusif sebesar 48,57%. Pada KP lebih banyak bayi predominan (62,86%), artinya bayi tersebut pernah mendapat air putih sebelum usianya mencapai 6 bulan.

Tabel 6 menunjukkan adanya hubungan yang nyata (p<0,05) KP terhadap praktek menyusui untuk responden yang berpendidikan tinggi, tidak bekerja (sebagai ibu rumah tangga), dan yang mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

Tabel 6
Distribusi Responden berdasarkan Perlakuan dan Status Menyusui, dengan beberapa Kondisi Karakteristik

Karakteristik	KP n (%)	non KP n (%)	λ^2	p
Pendidikan Rendah				
Eksklusif	10 (62%)	7 (37%)		
Predominan	0 (0%)	0 (0%)	4,4398	0,1090
Pasial	16 (38%)	12 (63%)		
Pendidikan Tinggi				
Eksklusif	2 (22%)	10 (62%)		
Predominan	6 (67%)	2 (12%)	7,7836	0,0200 *
Pasial	1 (11%)	4 (26%)		
Bekerja				
Eksklusif	5 (63%)	4 (33%)		
Predominan	3 (37%)	7 (58%)	1,9907	0,3700
Pasial	0 (0%)	1 (9%)		
Tidak bekerja (Ibu Rumah Tangga)				
Eksklusif	7 (26%)	13 (56%)		
Predominan	19 (70%)	7 (30%)	8,0701	0,0180 *
Pasial	1 (4%)	3 (14%)		
Non Inisiasi Menyusu Dini				
Eksklusif	4 (21%)	9 (35%)		
Predominan	14 (74%)	13 (50%)	2,7375	0,2540
Pasial	1 (5%)	4 (15%)		
Inisiasi Menyusu Dini				
Eksklusif	8 (50%)	8 (89%)		
Predominan	8 (50%)	1 (11%)	3,7809	0,0500 *
Pasial	0	0 (0%)		

Keterangan : *) : berbeda nyata (p<0,05)

Tabel 7
Distribusi Umur pemberian makanan atau minuman selain ASI menurut Kelompok Penelitian

Umur Pemberian (bulan)	KP		non KP		p
	n	%	n	%	
1	8	22.85	11	31.43	0.34
2	7	20.00	2	5.71	
3	5	14.29	4	11.43	
4	3	8.57	2	5.71	
7	12	34.29	16	45.72	

Masih ditemui ibu-ibu yang merasa ASI tidak mencukupi. Pada KP sebanyak 7,70% ibu merasa ASI nya tidak cukup sedangkan pada non KP sebanyak 17,40% ibu merasa ASI nya tidak mencukupi (Tabel 8).

Pemberian air putih ini pada bayi KP pada saat bayi sakit (50,0%) dan harus minum obat (p<0,05). Sedangkan pada non KP, alasan penghentian pemberian ASI lebih banyak dikarenakan ASI tidak segera keluar (34,78%).

Tabel 8
Distribusi responden berdasarkan alasan penghentian pemberian ASI dan kelompok

Alasan	KP		non KP		p
	n	%	n	%	
ASI tidak keluar	7	26.92	8	34.78	0.771
Bentuk puting	0	0	1	4.34	0.5
ASI tidak cukup	2	7.70	4	17.40	0.337
Ibu sakit	1	3.85	4	17.40	0.178
Bayi sakit	13	50.0	3	13.04	0.05*
Ibu Kerja	3	11.53	3	13.04	0.663

Tabel 9
Distribusi Responden berdasarkan Jenis MP-ASI yang Pertama Kali Diberikan dan Kelompok

Jenis	KP		non KP		p
	n	%	n	%	
Air Putih	15	53.57	6	26.09	0.019*
Susu Formula	10	35.71	13	56.52	0.445
Buah-buahan	0	0	1	4.34	1.00
Bubur Formula	3	10.72	3	13.05	1.00

Jenis yang paling banyak diberikan pada KP adalah air putih yang diberikan sebagai makanan pralaktal (53,57%). Pada non KP, jenis yang paling banyak diberikan adalah susu formula (56,52%).

BAHASAN

Secara statistik karakteristik kedua kelompok tersebut tidak berbeda nyata (p >0.05) dalam hal pendidikan, status bekerja, paritas. Data antropometri bayi terdiri atas umur, berat badan lahir, berat badan saat penelitian, panjang badan lahir, panjang badan saat penelitian, dan status gizi menurut BB/U, PB/U, BB/PB menunjukan tidak berbeda nyata (p>0,05). Hal ini berarti kedua kelompok tersebut sebanding.

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Status gizi di bedakan atas gizi buruk, kurang, baik dan lebih. Terdapat kaitan erat antara status gizi dengan konsumsi makanan, tingkat status gizi optimal akan tercapai terpenuhi. Keadaan gizi seseorang dalam suatu masa bukan saja ditentukan oleh konsumsi zat gizi pada saat itu tetapi pada keadaan gizi seseorang di masa lampau, ini berarti konsumsi zat gizi pada masa anak-anak akan memberi andil pada masa dewasa.[6]

Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi terutama ditentukan oleh ketersediaan zat gizi pada tingkat sel dan jumlah yang cukup dan dalam kombinasi yang tepat diperlukan untuk tumbuh, berkembang dan berfungsi normal. Pada prinsipnya status gizi ditentukan dua hal yaitu asupan zat gizi yang berasal dari makanan yang diperlukan untuk tubuh dan peran faktor yang menentukan besarnya kebutuhan, penyerapan dan penggunaan zat-zat gizi tertentu. Terhadap kedua hal ini faktor-faktor pola konsumsi dan aktifitas yang berperan. Status gizi dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah kurangnya pemberdayaan wanita dan keluarga di bidang pendidikan gizi.[7] Hal ini dapat mengakibatkan kurangnya, pengetahuan dan keterampilan ibu dalam berperilaku sadar gizi sehari-hari. Selain itu pola asuh ibu yang salah terhadap pemberian makanan balita. Ini dapat tercermin dari sikap, pemilihan dan praktek memberi makanan balita. Pola asuh ibu yang salah berdampak pada

makanan yang dikonsumsi, asupan gizi serta kecukupan gizi balitanya sehingga menyebabkan makanan yang dikonsumsi tidak sesuai dengan menu seimbang. Makanan yang tidak seimbang dalam waktu yang cukup lama akan terlihat dari bentuk fisik balita itu sendiri, tingkah laku, serta daya tahan tubuhnya yang berkurang. Bila terjadi terus-menerus, menyebabkan daya tahan tubuh berkurang, mudah terserang penyakit infeksi dan pada akhirnya dapat menjadi kurang gizi. Dampak lainnya menyebabkan rendahnya ketersediaan pangan keluarga. Penyebab tidak langsung ini akan menimbulkan makanan yang seharusnya dikonsumsi sesuai menu seimbang menjadi tidak seimbang. Kelamaan daya tahan tubuh menjadi berkurang sehingga anak gampang terkena penyakit infeksi. Penyakit infeksi ini yang terlalu lama menyebabkan anak akan kekurangan gizi.

Konsumsi makanan yang berkualitas dan kaya akan zat gizi sangat penting untuk pertumbuhan dalam menunjang peningkatan status gizi balita, dan rendahnya nilai gizi yang tersedia dari makanan yang rendah kualitasnya akan sangat berpengaruh dalam peningkatan status gizi, karena tidak terjadi keseimbangan antara asupan dan kebutuhan gizi. Keadaan ini umumnya terjadi pada keluarga miskin yang mempunyai daya beli rendah, sehingga hanya mampu menyediakan makanan yang rendah kualitasnya untuk dikonsumsi setiap hari.[8] Selanjutnya Herman (2007) mengatakan bahwa kualitas konsumsi makanan balita rata-rata sangat rendah, sehingga asupan zat gizi terutama zat gizi mikro sangat jauh dari Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan.[9]

Berdasarkan Tabel 4 diketahui bahwa pada responden yang berpendidikan rendah, terjadi peningkatan skor pengetahuan pada KP (sebesar 2,5 poin). Kondisi demikian terbalik pada responden berpendidikan rendah dan yang tidak mengikuti KP, terjadi penurunan skor pengetahuan sebesar 1,7 poin. Kondisi ini juga terjadi pada kelompok responden yang tidak bekeja, terjadi peningkatan skor pengetahuan pada KP sebesar 0,8 poin dibanding non KP yang terjadi penurunan skor pengetahuan sebesar 2,5 poin. Responden yang mendapatkan IMD, baik KP dan non KP, terjadi penurunan skor pengetahuan. Namun demikian penurunan yang kelompok non KP lebih besar (5,8 poin) dibanding kelompok KP (2,5 poin). Berdasarkan Tabel 6 di atas juga diketahui terdapat pengaruh yang nyata ($p<0,05$), perlakuan KP terhadap pengetahuan ASI untuk responden yang berpendidikan rendah, tidak bekerja (sebagai ibu rumah tangga), dan yang mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan pemberian kesempatan kepada bayi untuk mulai (inisiasi) menyusu sendiri segera setelah lahir. Baik pada kelompok KP maupun Non KP lebih banyak bayi yang tidak mendapatkan IMD yaitu berturut-turut sebanyak 54,29% dan 74,29% ($p=0,081$).

Praktek ASI Eksklusif, adalah tidak memberikan bayi makanan atau minuman lain termasuk air putih selain menyusui (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes, ASI perah juga diperbolehkan). Predominan adalah menyusui bayi tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air misalnya teh, sebagai makanan atau minuman prelaktal sebelum ASI keluar. Menyusui parsial adalah menyusui bayi serta diberikan makanan buatan selain ASI, baik susu formula, bubur atau makanan lainnya sebelum bayi berumur 6 bulan, baik diberikan secara kontinyu maupun diberikan sebagai makanan prelaktal. Pada kelompok KP, bayi yang mendapat ASI eksklusif hanya sebesar 32,29 persen sedangkan pada kelompok non KP justru lebih banyak bayi yang berhasil disusui secara eksklusif sebesar 48,57 persen. Pada kelompok KP lebih banyak bayi predominan (62,86%), artinya bayi tersebut pernah mendapat air putih sebelum usianya mencapai 6 bulan. Berdasarkan Tabel 6 diketahui terdapat perbedaan yang nyata ($p<0,05$), pelakuan KP terhadap praktek menyusui untuk responden yang berpendidikan tinggi, tidak bekerja (sebagai ibu rumah tangga), dan yang mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

Survey untuk mengetahui keberhasilan KP-Ibu di Kelurahan Semanggi Surakarta yang dilakukan Keksi (2010) menunjukkan hasil yang sama.[10] Cakupan ASI Eksklusif di Posyandu Kenanga 4A yang berlokasi di RW VII Kelurahan Semanggi sebelum dilakukan KP-Ibu (tahun 2009) sebesar 15,79 persen meningkat menjadi 46,67 persen setelah diberikan intervensi KP-IBU (tahun 2010).

Evaluasi Kawal ASI (kegiatan yang sama dengan KP-Ibu) yang dilakukan Puskesmas

Gantiwarno (2009) juga menunjukkan hasil yang sama. Kegiatan Kawal ASI mempunyai andil yang cukup besar dalam peningkatan Cakupan ASI Eksklusif di Kecamatan Gantiwarno. Sebelum adanya Program tersebut pada bulan Mei 2008 dari sampel 8 desa terdekat dari Puskesmas didapatkan hasil cakupan ASI Eksklusif 0-6 bulan sebesar 53,9 persen dan yang bisa eksklusif 6 bulan hanya sebesar 11.1 persen. Setelah adanya program Kawal ASI, pada bulan Maret 2009 cakupan ASI Eksklusif 0-6 bulan sebesar 63.7 persen dan yang bisa eksklusif sampai 6 bulan sebesar 34,1 persen.

Hasil penelitian di Kecamatan Banguntapan Bantul yang merupakan percontohan pertama kali diterapkan KP-Ibu, menunjukkan hasil yang sama pula bahwa KP-Ibu mampu mendorong peningkatan cakupan ASI Eksklusif sebanyak 8 persen dalam satu tahun. Peningkatan cakupan ASI Eksklusif juga secara signifikan meningkat di Kabupaten Bantul yaitu dari kisaran 30 persen pada 2009 menjadi 50 persen pada akhir tahun 2010.[5] Kegagalan memberikan ASI Eksklusif karena sebagian besar telah memberikan prelaktal dan MP-ASI yang terlalu dini berupa susu formula. Pemberian susu formula sebagai prelaktal sering dilakukan di tempat persalinan dengan alasan utama karena ASI belum keluar dan bayi masih kesulitan menyusu sehingga bayi akan menangis bila dibiarkan saja.

Pada penelitian ini masih ditemui ibu-ibu yang merasa ASI tidak mencukupi. Pada KP sebanyak 7,70 persen ibu merasa ASI nya tidak cukup sedangkan pada non KP sebanyak 17,40 persen ibu merasa ASI nya tidak mencukupi. Sindrom ASI kurang adalah keadaan di mana ibu merasa bahwa ASI-nya kurang, dengan berbagai alasan yang menurut ibu merupakan tanda tersebut, misalnya payudara kecil, ASI berubah kekentalannya, bayi lebih sering minta disusui, bayi minta disusui pada malam hari, dan bayi lebih cepat selesai menyusu dibanding sebelumnya. Ukuran payudara tidak menggambarkan kemampuan ibu untuk memproduksi ASI.

Berdasarkan Tabel 8 terlihat bahwa pemberian air putih ini pada bayi KP pada saat bayi sakit (50,0%) dan harus minum obat ($p<0,05$). Sedangkan pada non KP, alasan penghentian pemberian ASI lebih banyak dikarenakan ASI tidak segera keluar (34,78%). Tabel 9 memperlihatkan berbagai MP-ASI yang pertama kali diberikan ibu pada bayinya. Jenis yang paling banyak diberikan pada KP adalah air putih yang diberikan sebagai makanan pralaktal (53,57%). Pada non KP, jenis yang paling banyak diberikan adalah susu formula (56,52%).

MP-ASI merupakan peralihan dari ASI ke makanan keluarga. Pengenalan MP-ASI harus diberikan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya sesuai kemampuan pencernaan bayi. Pemberian MP-ASI diberikan secara bertahap mulai bayi usia 6 bulan keatas. Pemberian MP-ASI yang terlalu dini tidak tepat karena akan menyebabkan bayi kenyang dan akan mengurangi keluarnya ASI. Selain itu bayi menjadi malas menyusu karena sudah mendapatkan makanan atau minuman terlebih dahulu.[11] Pemberian MP-ASI terlalu dini seperti nasi dan pisang justru akan menyebabkan penyumbatan saluran cerna karena liat dan tidak bisa dicerna atau yang disebut *phyto bezoar* sehingga dapat menyebabkan kematian dan menimbulkan risiko jangka panjang seperti obesitas, hipertensi, atherosklerosis, dan alergi makanan.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan yang nyata KP dan non KP terhadap pengetahuan ASI untuk responden yang berpendidikan rendah, tidak bekerja (sebagai ibu rumah tangga), dan yang mendapatkan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), sedangkan untuk responden yang berpendidikan tinggi, bekerja, dan tidak mendapat Inisiasi menyusu Dini IMD) perbedaan nya ini tidak nyata.

Saran

Upaya promosi Kelompok Pendukung Ibu (KP) tetap terus ditingkatkan terutama ditujukan kepada sasaran ibu hamil dan/atau ibu menyusui yang berpendidikan rendah maupun berpendidikan tinggi, yang tidak bekerja atau bekerja sebagai ibu rumah tangga, dan yang mendapatan IMD.

Upaya-upaya promosi tentang IMD terus ditingkatkan mengingat praktik IMD dan dikombinasi dengan KP dapat berpengaruh pada pengetahuan ibu tentang ASI dan praktik menyusui

Masih diperlukan penelitian lebih mendalam tentang dampak KP Ibu khususnya awal rancangan perlakuan, yaitu perlakuan sejak ibu mulai hamil sampai bayi berusia 6 bulan. Dalam penelitian ini yang digunakan sebagai responden adalah ibu menyusui dengan usia bayi 3 bulan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih dan apresiasi kepada jajaran Puskesmas Kasihan II Kabupaten Bantul, responden, para kader dan pendamping Program KP-Ibu di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Kabupaten Bantul atas kesempatan yang diberikan sehingga penelitian ini dapat terlaksana.

RUJUKAN

1. Anwar, A,S. 2002. Hak Asasi Bayi dan Pekan Bayi Sedunia. Diunduh 25 April 2010 dari http://www.suaramerdeka.com.
2. Roesli, Utami. Mengenal ASI Eksklusif. Jakarta: Trubus Agriwidya; 2000.
3. Azwar, A. Kecenderungan Masalah Gizi dan Tantangan di Masa Datang. Naskah dipresentasikan dalam Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju Keluarga Sadar Gizi. Jakarta, 2004.
4. Depkes RI. 2006. Hanya 3,7% Bayi Memperoleh ASI. Diunduh tanggal 13 April 2010 2008 dari http://www.sinkonline.net.
5. Pemkab Bantul. 2011. *Launching Kelompok Pendukung Ibu (KP-Ibu*). www.bantulkab.go.id. Diunduh tanggal 28 Februari 2012.
6. Almatsier, S. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama; 2006.
7. Muller and Krawinkel, M. (2005). Malnutrition and Health in Developing Countries, JMAC. 2005; 173(3): p. 279-286.
8. Hardinsyah, Tambunan, V. Angka Kecukupan Energi, Protein, Lemak, dan Serat. Di dalam: *Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII*. Jakarta: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia; 2004 p. 317-330
9. Herman, Susilowati. Studi Masalah Gizi Mikro di Indonesia: Perhatian khusus pada Kurang Vitamin A, Anemia, dan Seng.Laporan Penelitian. Bogor: Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi; 2007.
10. Keksi, Tri. Mendongkrak ASI Eksklusif melalui KP Ibu. Surakarta: Puskesmas Sangkrah; 2010.
11. Departemen Kesehatan. Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan; 2005.