

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) 1993 mengamanatkan bahwa pembinaan bayi dan anak terutama ditujukan pada peningkatan mutu gizi, kesehatan dan perkembangan anak. Pada GBHN 1998, peningkatan mutu gizi juga masih merupakan arah pembangunan kesehatan dimana hal tersebut terpenuhi dengan pemberian Air Susu Ibu (ASI). Pemberian ASI suatu cara pemberian makanan bayi yang ideal dan alami yang merupakan basis biologis dan emosional yang unik bagi pertumbuhan anak. Pemberian ASI sedini dan selama mungkin dapat menurunkan angka kematian bayi dan akan meningkatkan status kesehatan dan gizi bayi, yang pada akhirnya akan bermanfaat meningkatkan status gizi masyarakat menuju tercapainya kualitas sumber daya manusia yang memadai dimasa yang akan datang. Menurut Roesli (2001) pemberian ASI eksklusif merupakan (tanpa ada pemberian makanan lain) pada bayi usia antara 0 bulan sampai 6 bulan, akan mampu meningkatkan daya tahan tubuh bayi yang akan meningkatkan daya kecerdasan anak.

Tujuan utama untuk meningkatkan kesehatan dan mutu makanan bayi secara optimal adalah semua ibu dapat memberikan ASI Eksklusif sejak lahir sampai usia 6 bulan, setelah itu bayi diberi makanan pendamping/padat yang benar dan tepat, sedangkan ASI tetap diteruskan sampai usia 2 tahun atau lebih (Mc Kinney, 2000). Seperti yang diperintahkan dalam kitab

suci Al-Qur'an surat Al-Baqarah ayat 233 "*Para ibu hendaknya menyusukan anak-anaknya selama 2 tahun penuh, yaitu bagi mereka yang ingin menyempurnakan penyusuan*".

Peningkatan penggunaan ASI telah menjadi aksi global sejak adanya pertemuan di Italia (*Innocenti Declaration On The Protection, Promotion And Support Of Breastfeeding*, 1990) yang dihadiri oleh pembuat keputusan dari beberapa negara di dunia. Telah disepakati bahwa dalam 5 tahun mendatang setiap negara dapat menaikkan presentasi bayi mendapat ASI eksklusif sebesar 50% dari keadaan pada tahun 1990. Dengan demikian Indonesia harus meningkatkan pemberian ASI eksklusif dari 36% menjadi 54% pada tahun 1995 (Tim penyusun Unicef, 1994). Sementara dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Setyowati dan Budiarmo (1999), menyimpulkan cakupan pemberian ASI eksklusif di Indonesia pada tahun 1997 baru mencapai 52%. Keadaan ini tentu belum memenuhi target yang telah ditetapkan jika merujuk pada *Innocenti Declaration* tahun 1990, dimana target cakupan ASI eksklusif sebesar 54% pada tahun 1995.

Husni (2004) menyampaikan data yang dilaporkan BKKBN tahun 1987 menunjukkan perkembangan prosentase yang kurang menggembirakan, dimana bayi dibawah 6 bulan mendapat ASI eksklusif hanya 36% tahun 1987, tahun 1994 adalah 47,3%, tahun 1997 52% dan pada tahun 2003-2004 baru mencapai angka 55%. Sedangkan Departemen Kesehatan RI mengharuskan ibu yang menyusui eksklusif sebesar 64% (Muli, 1997)

Tim gizi klinis (2004) keragaman cakupan pemberian ASI eksklusif menurut wilayah dan daerah berkaitan dengan adanya perbedaan karakteristik sosial ekonomi dan budaya masyarakat setempat. Kecenderungan penurunan menyusui di daerah perkotaan manakala pemberian susu botol atau susu formula dipromosikan secara gencar oleh media masa. Selain itu juga dengan gencarnya pemberian sampel susu formula ke fasilitas-fasilitas kesehatan (falkes) yang melayani persalinan. Bahkan, disinyalir ada beberapa kerja sama antara perusahaan susu formula dengan falkes-falkes tersebut. Kerja sama itu terjalin antara produsen susu formula dengan petugas-petugas kesehatan sehingga bisa dikatakan sebagai promosi terselubung. Kerja sama itu bisa dilakukan melalui sponsor dan hadiah-hadiah.

Tim gizi klinis (2004) juga menambahkan bahwa kecukupan gizi menjamin kesehatan manusia sejak dari janin di kandungan hingga lanjut usia. Gizi yang cukup dan baik juga membentuk kecerdasan otak, jiwa, dan kehidupan sosialnya. Karena itu, kecukupan gizi sangat dibutuhkan untuk membentuk generasi mendatang yang kuat dan berkualitas. Memang gizi itu berkaitan ke ekonomi, pendapatan, pendidikan, kesehatan, dan lain-lain. Ironisnya, kita menghadapi permasalahan gizi buruk ini. Berbagai kekurangan gizi terjadi di banyak daerah di negara ini dan melanda bayi hingga ke orang dewasa, yang memprihatinkan adalah kekurangan gizi pada bayi, ujar Direktur Gizi Masyarakat Depkes Rachmi Untoro. Ia menambahkan, gangguan akibat gizi buruk yang banyak terjadi penyebabnya disebabkan

kekurangan gizi dalam kandungan. Di samping itu, gizi buruk terjadi karena ketidaktaatan dengan pemberian ASI eksklusif dan terlalu dini memberikan makanan pendamping ASI. Kejadian lainnya karena makanan pendamping ASI-nya tak cukup mengandung kebutuhan energi dan zat gizi mikro terutama Fe (zat besi) dan Zn (seng). Paling parah, bila gizi kurang itu berlanjut akan mengakibatkan intergenerational malnutrition. Lebih buruk lagi, itu bisa menjadikan *lost generation*.

Sejalan dengan arus modernisasi dan meningkatnya partisipasi angkatan kerja wanita di sektor formal yang bekerja diluar rumah merupakan kendala ibu-ibu untuk memberikan susu formula tanpa disadari akan menambah beban pengeluaran uang belanja untuk membeli susu, sehingga ibu mengencerkan susu formula untuk menghemat, akibatnya secara tidak langsung memperbanyak jumlah bayi yang menderita kurang gizi. Selain mereduksi tingkat kesehatannya, gizi buruk juga mempengaruhi kemampuan anak dalam mengikuti pendidikan. Bagaimana bisa sekolah dengan baik bila sakit- sakitan? Bagaimana bisa berpikir optimal bila perkembangan otaknya tidak optimal akibat kekurangan gizi. Tentunya apabila hal ini terus dibiarkan terjadi, bangsa ini akan dapat terancam datangnya *lost generation* bahkan *lost nation* (Adiningsih,2004).

Prevalensi gizi buruk atau Kekurangan Energi Protein (KEP) di Indonesia pada tahun 1998 saat mulai krisis moneter sebesar 29,5%, walaupun prevalensi pada tahun 1999 menurun menjadi 26,4%, namun berarti kira-kira seperempat balita di Indonesia menderita gizi buruk. Di

Propinsi DIY KEP masih merupakan masalah, karena prevalensi KEP total tahun 1999 adalah 22,73% berdasarkan laporan dari Werdiningsih, dkk (2001).

Data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) didapatkan sekitar 41% bayi umur kurang dari 4 bulan selain diberi ASI juga sudah mendapatkan makanan/ minuman pendamping ASI (Depkes, 1997). Sementara sebuah hasil SDKI tahun 2000 menunjukkan baru 52% dari sekitar 4 juta ibu yang melahirkan memberikan ASI secara eksklusif pada usia bayi 0-6 bulan (*cit.*Roesli, 2001). Hasil penelitian lain yang mendukung misal penelitian Utomo, dkk (1990) di Indramayu dan daerah Jakarta Utara melaporkan persentase bayi yang mendapatkan minuman/makanan pendamping ASI cukup tinggi, yaitu sekitar 80% ibu-ibu dalam 3 bulan pertama telah memberikan makanan tambahan berupa bubur kacang hijau, tempe yang dihaluskan bahkan dalam minggu pertama bayi telah mendapatkan makanan pisang yang dilumatkan.

Hal ini menunjukkan bahwa permasalahan pemberian ASI eksklusif di Indonesia masih sangat memprihatinkan, kenyataan dilapangan menunjukkan prosentase pemberian ASI eksklusif masih jauh dari harapan. Untuk mencapai target yang telah ditetapkan masih membutuhkan banyak upaya yang harus dilakukan. Dukungan politis dari pemerintah sebenarnya telah memadai. Hal ini terbukti dengan telah dicanangkannya program peningkatan ASI Eksklusif yang menjadi gerakan nasional pada tanggal 22 Desember 1990 oleh presiden RI dan dirasmikan kembali gerakan

masyarakat peduli ASI pada tanggal 2 Agustus 1992 (Depkes, 1997). Pemerintah Indonesia pun mengeluarkan keputusan baru Menkes sebagai penerapan kode etik WHO. Dalam keputusan itu dicantumkan soal pemberian ASI eksklusif (Permenkes nomor 450/Menkes/SK/IV/2004). Pemerintah pun mengatur tentang makanan pendamping ASI (MP-ASI) dalam peraturan nomor 237/1997 (Tim gizi klinis, 2004).

Keberhasilan atau kegagalan pemberian ASI eksklusif itu sendiri di pengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Soetjiningsih, 1997 faktor yang dapat mempengaruhi penggunaan ASI antara lain; perubahan sosial budaya (ibu bekerja, meniru teman, dll), faktor psikologis (takut kehilangan daya tarik sebagai seorang wanita, tekanan batin). Faktor fisik ibu (ibu sakit), faktor kurangnya dorongan petugas kesehatan, meningkatnya promosi susu kaleng beserta penerangan yang salah dari petugas kesehatan. Hasil penelitian Aipassa, dkk (1998) memberikan kesimpulan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap motivasi pemberian ASI eksklusif adalah: umur ibu, status ekonomi, pengalaman menyusui dan menyusui dini. Sedangkan penelitian lain, Pranajaya, (2000) mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif dibagi atas 3 besar, yaitu faktor ibu (umur, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, social ekonomi), faktor pendukung (dukungan keluarga, dukungan petugas), dan faktor lainnya seperti kondisi kesehatan. Faktor ibu meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, dan sikap.

Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan propinsi yang mempunyai status sebagai Daerah Istimewa. Luasnya mencapai 3.186 km² dengan jumlah penduduk 3.120.478 orang (2000) terbagi menjadi 5 daerah tingkat 2 : Kotamadya Yogyakarta, yang merupakan Ibukota Propinsi DIY. Kabupaten Sleman, dengan Ibukota Sleman, Kabupaten Bantul dengan Ibukota Bantul, Kabupaten Kulonprogo dengan Ibukota Wates, Kabupaten Gunung Kidul dengan Ibukota Wonosari (BPS, 2000).

Kecamatan Wirobrajan merupakan salah satu kecamatan yang termasuk dalam wilayah Kabupaten Kotamadya Yogyakarta, dengan jumlah penduduk 31.185 jiwa. Terbagi atas 3 kelurahan yaitu Kelurahan Patangpuluhan sebanyak 8.820 jiwa, Kelurahan Wirobrajan sebanyak 10.215 jiwa dan Kelurahan Pakuncen sebanyak 12.150 jiwa (Tim penyusun kecamatan Wirobrajan, 2003).

Puskesmas Wirobrajan I terletak di Jln. Bugisan, WB III/473 Wirobrajan, Yogyakarta. Puskesmas ini berdiri pada tahun 1975 sebagai Puskesmas Inpres yang semula adalah balai pengobatan, sampai sekarang telah memiliki 1 Puskesmas pembantu yang terletak di kecamatan Pakuncen dan telah memiliki 31 pegawai, yang wilayah kerjanya meliputi 3 kelurahan dengan 36 posyandu, yakni kelurahan Patangpuluhan 10 posyandu, kelurahan Pakuncen 13 posyandu dan kelurahan Wirobrajan 13 posyandu.

Puskesmas ini memiliki beberapa jenis pelayanan diantaranya yaitu poli umum, KIA, KB, poli Gigi dan laboratorium. Puskesmas Wirobrajan

juga merupakan salah satu Puskesmas sayang bayi di Yogyakarta yang menyelenggarakan program Peningkatan Penggunaan ASI. Untuk mensukseskan program ini Puskesmas telah melaksanakan berbagai macam kegiatan sejak Agustus 1993 antara lain: pelayanan Bumil, Posyandu, dan Polindes.

Tabel 1. Jumlah bayi kelompok umur 7-12 bulan yang datang ke Puskesmas Wirobrajan I pada bulan Februari 2005.

Kelompok umur	Wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan	Kelurahan Wirobrajan	Kelurahan Patangpuluhan	Kelurahan Pakuncen
7-12 bulan	154	44	41	69

Tabel 1 menunjukkan bahwa jumlah bayi pada bulan Februari 2005 di Puskesmas Wirobrajanm umur 7-12 bulan 154 bayi. Dengan rincian Kelurahan Wirobrajan terdapat 44 bayi, Kelurahan Patangpuluhan 41 bayi, dan di Kelurahan Pakuncen 69 bayi.

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kota di Yogyakarta prosentase pemberian ASI eksklusif dari hasil analisis SDKI tahun 1994 47,0%, SDKI 1997 53,0%. Sebesar 48,34% pada tahun 2001. Di 3 kelurahan wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan baru mencapai angka 35,97% pada tahun 2004. Jadi, pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja puskesmas Wirobrajan khususnya dan masyarakat Yogyakarta umumnya masih jauh dari harapan Departemen Kesehatan RI sebesar 94%.

Berangkat dari fenomena tersebut di atas, peneliti tertarik untuk

pada ibu menyusui di kecamatan Wirobrajan wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan I Yogyakarta.

B. Perumusan Masalah

Hanya sedikit ibu di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan I yang memberikan ASI eksklusif sehingga perlu diketahui faktor-faktor yang mempengaruhinya.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif di Kecamatan Wirobrajan wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pemberian ASI eksklusif yang dilakukan ibu di Kecamatan Wirobrajan wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan.
- b. Mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif, meliputi: faktor ibu, faktor pendukung, faktor pendorong dan faktor lainnya seperti faktor kondisi fisik dan psikologis ibu serta kondisi fisik bayi.

D. Ruang Lingkup Penelitian

1. Responden

Responden ibu-ibu yang memiliki bayi usia diatas 6 bulan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan I, karena ibu sebagai pelaku utama

serta yang mempunyai peranan terbesar dalam pemberian ASI eksklusif

2. Tempat

Tempat penelitian yaitu Puskesmas Wirobarajan I

3. Waktu

Penelitian dilakukan pada bulan Mei sampai akhir bulan Juni 2005

4. Materi

Pemberian ASI eksklusif penting diberikan pada bayi karena dapat menurunkan angka kematian bayi yang dan dapat meningkatkan status gizi masyarakat yang pada akhirnya dapat meningkatkan status kesehatan bangsa.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Sebagai tambahan pengetahuan, khususnya dalam keperawatan maternitas

2. Bagi ibu yang mempunyai bayi usia di atas 6 bulan.

Dapat menambah informasi pengetahuan dan wawasan mengenai ASI eksklusif dan pemberiannya.

3. Bagi perawat Puskesmas

Sebagai bahan masukan pengetahuan dan pertimbangan dalam memberikan materi penyuluhan pada ibu hamil maupun menyusui.

4. Bagi Institusi Puskesmas Wirobrajan I.

Sebagai gambaran bagi pelaksanaan program KIA tentang faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif sehingga dapat diwujudkan

kegiatan dalam peningkatan penggunaan ASI eksklusif secara lebih baik lagi di wilayah tersebut.

F. Penelitian Pendukung

Penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif pada ibu-ibu menyusui di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan I Yogyakarta belum pernah dilakukan sebelumnya. Namun penelitian serupa pernah dilakukan oleh Sri Karyati (2003) dengan judul Hubungan antara pengetahuan dan pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif di Desa Cendono Dawe Kudus dengan kesimpulan adanya hubungan antara kedua faktor tersebut.

Perbedaan antara penelitian yang dilakukan Sri Karyati dengan penelitian ini adalah pada variabel bebasnya dimana pada penelitian ini ada umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, status ekonomi, dorongan keluarga, dorongan petugas, kondisi kesehatan fisik ibu, kondisi psikologis ibu, kondisi kesehatan fisik bayi sedangkan pada penelitian Sri Karyati hanya ada dua variabel bebas yaitu pengetahuan dan pekerjaan. Selain tempat yang berbeda, juga erdapat perbedaan pada metode penelitian dan sample yang digunakan. Pada penelitian itu menggunakan metode deskriptif korelasional dan sampelnya menggunakan accidental sampling, sedang penelitian ini

menggunakan metode deskriptif kualitatif dan sampelnya menggunakan purposive sampling.