

JURNAL

Kesehatan Reproduksi



IPKRS
Indonesian Society for Reproductive Health

Terbitan ke-44 (2021)

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESKADATAN

Jurnal Kesehatan Reproduksi (JKR) IPKRS
Volume 44 Nomor 1
Desember 2021
Penerbit: IPKRS
Indonesian Society for Reproductive Health

JKR Ke-44 No. 1 Desember 2021	4	1-11	11-26	27-42	43-52
---	---	------	-------	-------	-------

JURNAL KESEHATAN REPRODUKSI

VOL 4, NO 2, AGUSTUS 2013

TABLE OF CONTENTS

<u>PROFIL SOSIAL EKONOMI, PARITAS, STATUS DAN PERILAKU KESEHATAN PADA WANITA YANG MENIKAH DINI DI INDONESIA</u>	<u>PDF</u>
<i>Budi Setyawati, Noviati Fuada, Salimar Salimar</i>	51 - 60
<u>DUKUNGAN SUAMI MENDORONG KEIKUTSERTAAN PAP SMEAR PASANGAN USIA SUBUR (PUS) DI PERUMAHAN PUCANG GADING SEMARANG</u>	<u>PDF</u>
<i>Kinanthi Estu Linadi</i>	61 - 71
<u>HUBUNGAN TINGKAT SOSIAL EKONOMI DENGAN KADAR HAEMOGLOBIN</u>	<u>PDF</u>
<i>Ugi Sugiarsih, Wariyah Wariyah</i>	73 - 79
<u>GAMBARAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF BAYI 0-6 BULAN DI WILAYAH PUSKESMAS SAMIGALUH II TAHUN 2013</u>	<u>PDF</u>
<i>Tutik Inayah Susilaningsih</i>	81 - 89
<u>KEBIASAAN MAKAN MENJADI SALAH SATU PENYEBAB KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK) PADA IBU HAMIL DI POLI KEBIDANAN RSI&A LESTARI CIRENDEU TANGERANG SELATAN</u>	<u>PDF</u>
<i>Deuis Nurul Hasanah, Febrianti Febrianti, Minsarnawati Minsarnawati</i>	91 - 104

PROFIL SOSIAL EKONOMI, PARITAS, STATUS DAN PERILAKU KESEHATAN PADA WANITA YANG MENIKAH DINI DI INDONESIA

Socio-Economic Profile, Parity, Status and Health Behavior in Early Married Women in Indonesia

Budi Setyawati*, Noviati Fuada, Salimar

Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Balitbangkes RI

*e-mail : budi_setya_wati@yahoo.com

Abstract

Background: Indonesia likely to experience a "demographic bonus" if a decline in dependency ratio of non-productive population (young and old) to the productive age. This opportunity is threatened young population explosion, which sparked the growth of the population of early marriage.

Objective: Assess the socio-economic profile, parity, nutritional status, knowledge, behavior, and reproductive health in women early marriage in Indonesia

Methods: Observational study with crosssectional design.

Results: There were 49% of women are early married. The trend of early marriage on women was reduced year by year but still high (30,36% in 2006-2010). In early married women, more than half have low economic status; just educated elementary school, worked as a farmer/fisherman/laborer, had ≥ 3 children and normal nutritional status. In women ever pregnant in last 5 years, more early women want to end the pregnancies and less well informed of sign pregnancies danger.

Conclusions: Eearly married women in low socioeconomic status, have more children, lack of information and efforts to end the pregnancy than married women in aged enough.

Keywords : women, early marriage, reproduction health.

Abstrak

Pendahuluan: Indonesia berpeluang mengalami "Bonus Demografi" jika terjadi penurunan ketergantungan rasio usia non produktif terhadap usia produktif. Peluang ini terancam ledakan jumlah penduduk usia muda, dimana pernikahan dini memicu pertumbuhan penduduk.

Tujuan: Mengkaji profil sosial ekonomi, paritas, status gizi, pengetahuan, perilaku, serta kesehatan reproduksi pada wanita menikah dini di Indonesia.

Metode: Studi observasional analitis dengan desain potong-lintang.

Hasil: Terdapat 49% wanita menikah dini. Trend wanita menikah dini terus menurun, namun masih tetap tinggi (30,36% pada tahun 2006-2010). Pada wanita menikah dini, mendekati separuhnya berstatus ekonomi rendah; lebih banyak berpendidikan SD, berprofesi sebagai petani/nelayan/ buruh, memiliki anak ≥ 3 orang dan berstatus gizi normal. Pada wanita pernah hamil 5 tahun terakhir, wanita menikah dini lebih banyak berupaya mengakhirinya kehamilannya serta lebih sedikit mendapat informasi tanda bahaya kehamilan dibandingkan sebaliknya.

Kesimpulan: Wanita menikah dini lebih banyak berstatus sosial ekonomi rendah, lebih banyak memiliki anak, kurang terpapar informasi risiko kehamilan dan lebih banyak berupaya mengakhiri kehamilan dibanding wanita menikah cukup usia.

Kata Kunci : wanita, menikah dini, kesehatan reproduksi.

PENDAHULUAN

Indonesia berpeluang mengalami “Bonus Demografi” jika terjadi penurunan ketergantungan rasio penduduk usia non produktif (usia muda dan lanjut usia) terhadap usia produktif (15-64 tahun).¹ Peluang ini dapat terancam pertambahan penduduk yang tidak terkendali akibat fenomena pernikahan dini, dimana pernikahan dini memicu pertumbuhan penduduk.² Riskesdas 2010 mendapatkan tingginya pernikahan dini (46,7%) pada remaja wanita.³ Di tengarai terdapat banyak permasalahan yang timbul pada wanita yang menikah dini. Masalah tersebut meliputi rendahnya kondisi fisik dan sosial.² Di duga pula adanya konsekwensi kondisi kesehatan yang rendah pada wanita yang menikah dini.⁴

Beberapa studi menemukan bahwa wanita yang menikah dini memiliki tingkat pendidikan yang rendah dan memungkinkan untuk panjangnya waktu reproduksi sehingga memiliki banyak anak, berimbas juga pada angka kematian ibu yang tinggi, serta banyaknya masalah kesehatan dikarenakan kondisi tubuh belum cukup matang untuk melahirkan.⁵

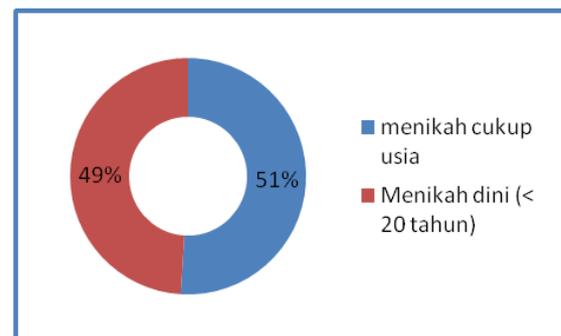
Tulisan ini berupaya mengkaji profil sosial ekonomi, paritas, status dan perilaku kesehatan (status gizi ,pengetahuan dan perilaku, serta kesehatan reproduksi) pada wanita yang menikah dini dan perbedaannya dengan wanita yang menikah cukup usia di Indonesia.

METODE

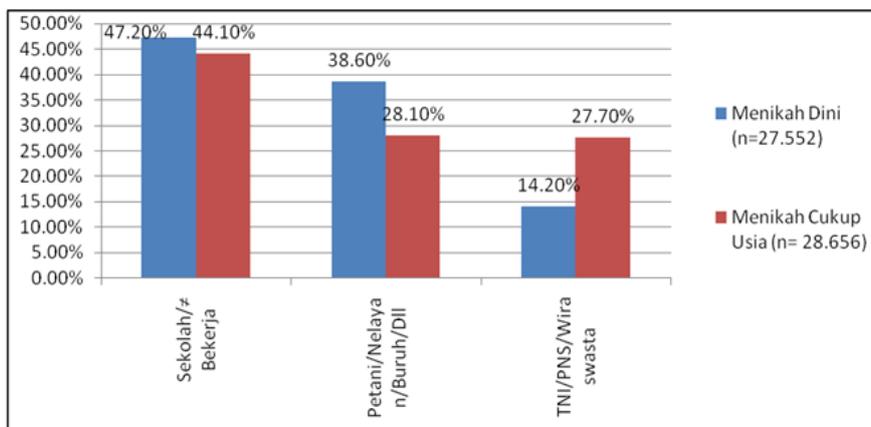
Studi observasional analitis dengan desain potong-lintang. Sampel adalah seluruh wanita berusia 10 tahun keatas, telah menikah dan menjadi sampel Riskesdas 2010. Dikatakan menikah dini jika usia pertama kali menikah < 20 tahun. Variabel yang dikaji meliputi profil sosial ekonomi, paritas, status dan perilaku kesehatan (status gizi ,pengetahuan dan perilaku, serta kesehatan reproduksi). Sebelum diolah, data telah mengalami proses *cleaning* terlebih dahulu. Data disajikan dalam bentuk proporsi.

HASIL

Gambar 1. Proporsi Pernikahan Dini pada Wanita di Indonesia



Pada keseluruhan sampel (56.208 orang), yakni wanita berusia 10 tahun keatas yang telah menikah, hampir separuhnya menikah diusia dini.

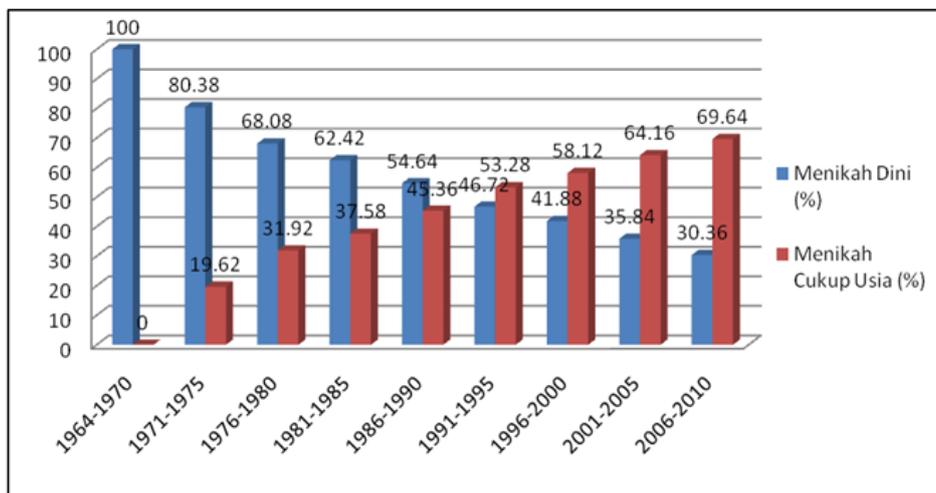


Gambar 2. Trend Pernikahan Dini pada Wanita di Indonesia

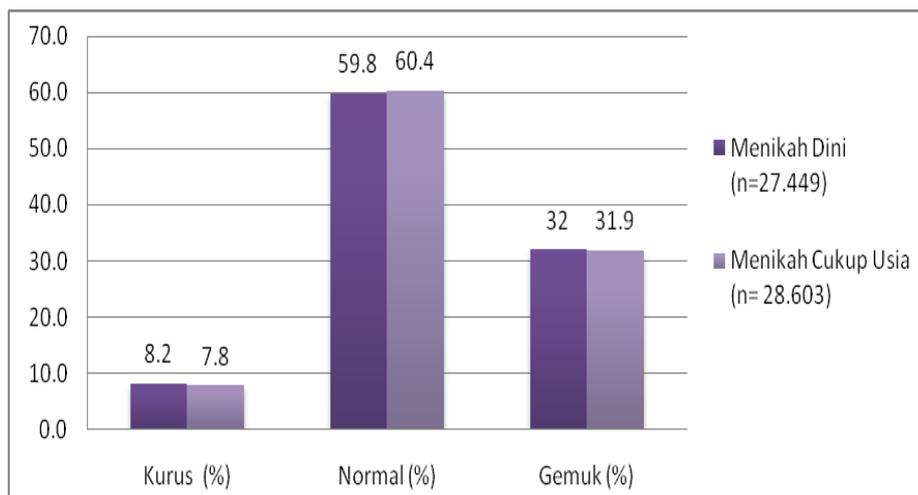
Dari gambar 2 terlihat trend yang terus menurun pada persentase wanita yang menikah dini sejak tahun 1964 hingga tahun 2010. Penurunan jumlah wanita yang menikah dini paling besar dijumpai pada 1964-1970 hingga 1971-1975 yakni sebesar 19,62% pada 1971-1975 hingga 1976-1980 yakni sebesar 12,3%. Selanjutnya penurunan persentase wanita yang menikah dini bervariasi antara 5 sampai 7 persen. Pada tahun 2006-2010 terlihat masih cukup besar jumlah wanita yang menikah dini (sekitar 1 dari 3 wanita menikah dini).

Gambar 3 memberikan gambaran mengenai hubungan antara wanita yang menikah dini dengan status pekerjaan. Pada gambar tersebut memperlihatkan bahwa status wanita yang tidak bekerja memiliki

proporsi terbesar pada wanita yang menikah dini maupun menikah cukup usia. Proporsi yang besar pada wanita menikah dini adalah sebagai petani / nelayan / buruh sedangkan proporsi yang besar pada wanita menikah cukup usia memiliki pekerjaan sebagai TNI / PNS/ Wiraswasta.



Gambar 3. Status Pekerjaan Pada Wanita yang Menikah Dini dan Menikah Cukup Usia

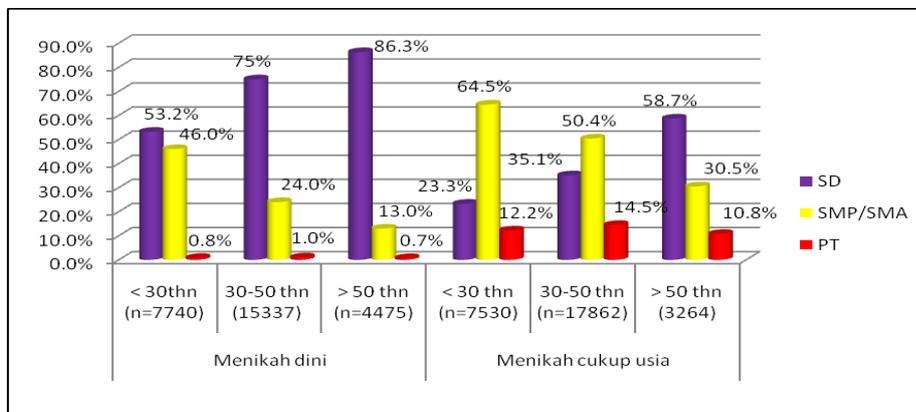


Gambar 4. Status Gizi Pada Wanita yang Menikah Dini dan Menikah Cukup Usia

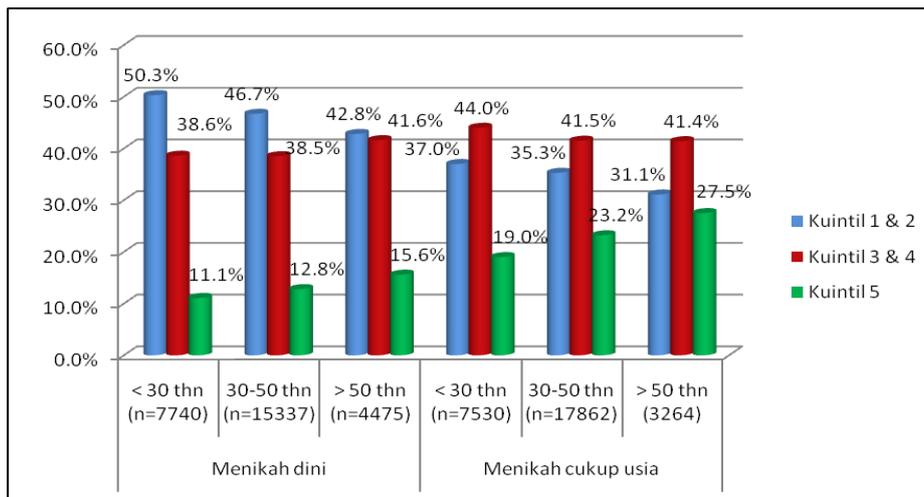
Status gizi seseorang digambarkan oleh nilai Indeks Massa tubuh (IMT) yang diperoleh dari rumus berat badan (kg)/tinggi badan (m)². Pada penelitian ini, Nilai IMT dikelompokkan dalam kurus (IMT <18,5), normal (IMT 18,5-25) dan gemuk (IMT >25).⁶

Pada Gambar 4 terlihat bahwa berdasarkan perhitungan yang dilakukan, maka sebagian besar sampel di kedua kelompok memiliki status gizi normal. Terlihat pula proporsi kurus, normal dan gemuk hampir sama pada kedua kelompok.

Sampel dikelompokkan menjadi yang berusia di bawah 30 tahun, berusia antara 30-50 tahun dan diatas 50 tahun untuk melihat *trend* keadaan ekonomi, latar belakang pendidikan dan jumlah anak pada kelompok umur tersebut baik yang menikah dini maupun yang menikah cukup usia Gambar 5 diatas memperlihatkan mendekati separuh wanita yang menikah dini pada semua kelompok umur, berlatar status ekonomi rendah yaitu di kuintil 1 atau 2. Sedangkan Sekitar 40% wanita yang menikah cukup usia memiliki status ekonomi menengah pada kuintil 3 atau 4.



Gambar 5. Keadaan Ekonomi Keluarga Wanita yang Menikah Dini dan Menikah Cukup Usia

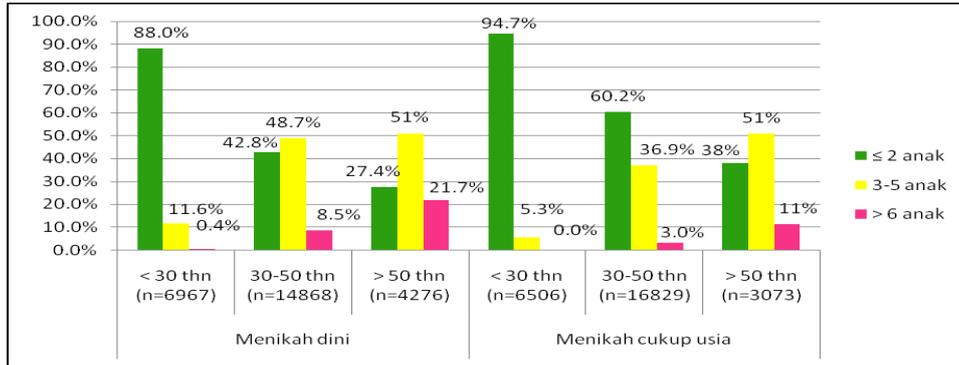


Gambar 6. Tingkat Pendidikan Pada Wanita yang Menikah Dini dan Menikah Cukup Usia

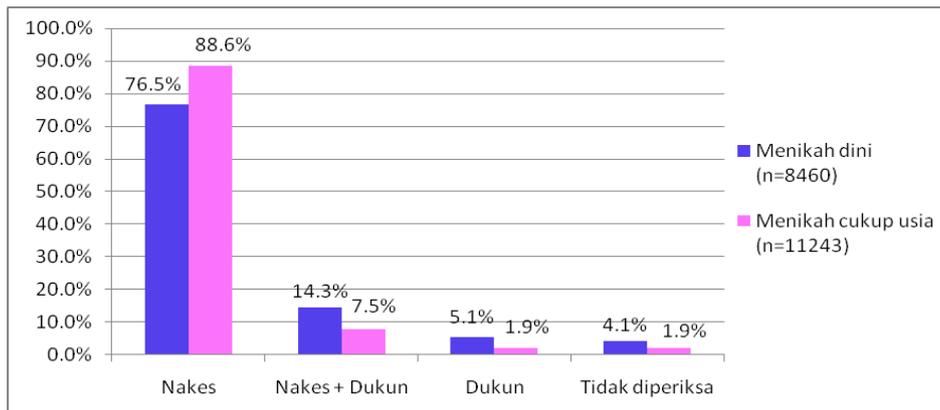
Pada Gambar 6 disajikan latar belakang tingkat pendidikan pada wanita yang menikah dini maupun menikah cukup usia. Pada gambar diatas, ditemui wanita yang menikah dini pada semua kelompok umur lebih banyak berpendidikan tidak tamat atau tamat Sekolah Dasar. Sedangkan sebagian besar sampel yang menikah cukup

usia berpendidikan SMP / SMA keatas.

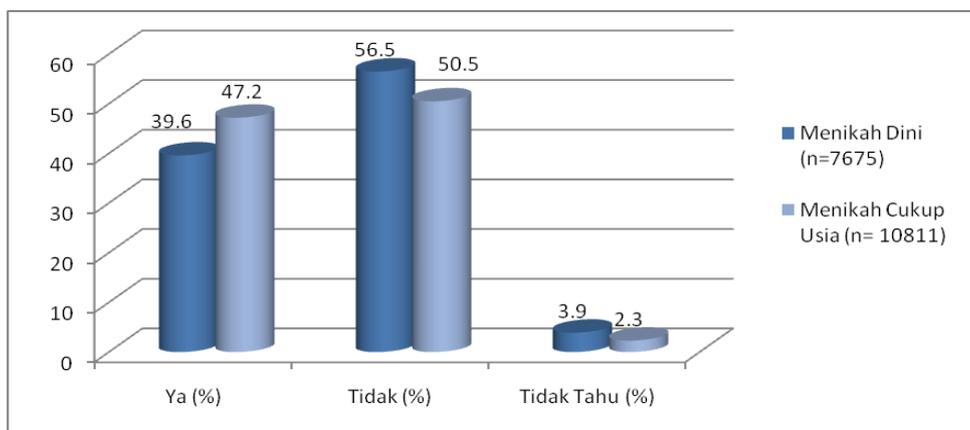
Hal yang menarik untuk dicermati adalah pada kelompok wanita usia < 30 tahun yang menikah dini ternyata hampir mendekati separuhnya berpendidikan SMP/SMA keatas. Hal ini tidak terlihat pada kedua kelompok umur lainnya.



Gambar 7. Profil Jumlah Anak Pada Wanita yang Menikah



Gambar 8. Pemeriksaan Kehamilan Pada Wanita yang Menikah



Gambar 9. Status Mendapatkan Informasi Tanda Bahaya Kehamilan

Gambar 7 menyajikan data banyaknya anak khusus bagi wanita yang punya pengalaman hamil dan bersalin. Gambar 7 menyajikan bahwa wanita dengan jumlah anak 3-5 orang dan ≥ 6 orang lebih banyak ditemui pada wanita yang menikah dini dibandingkan yang menikah cukup usia.

Pada pertanyaan khusus bagi wanita yang pernah hamil dan melahirkan sejak 2005-2010, maka terjaring informasi sebagaimana pada Gambar 8 dan Gambar 9.

Gambar 8 menampilkan data bahwa sebagian besar sampel memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan pada kedua kelompok, akan tetapi lebih banyak wanita menikah dini tidak memeriksakan kehamilannya (4,1%) dibandingkan sebaliknya (1,9%).

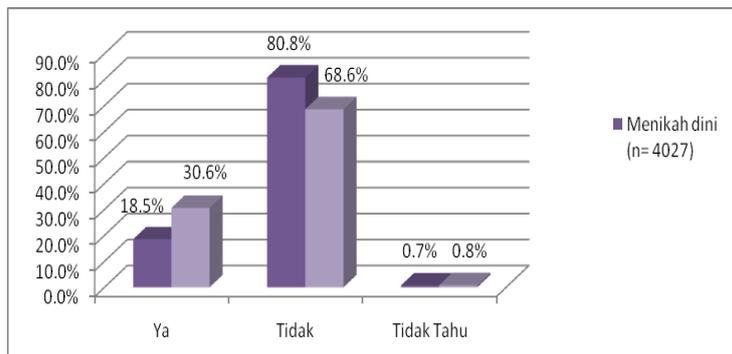
Pada Gambar 9 terlihat bahwa sebagian besar wanita yang menjadi sampel pada kedua kelompok tidak mendapatkan informasi yang baik mengenai tanda bahaya

kehamilan.

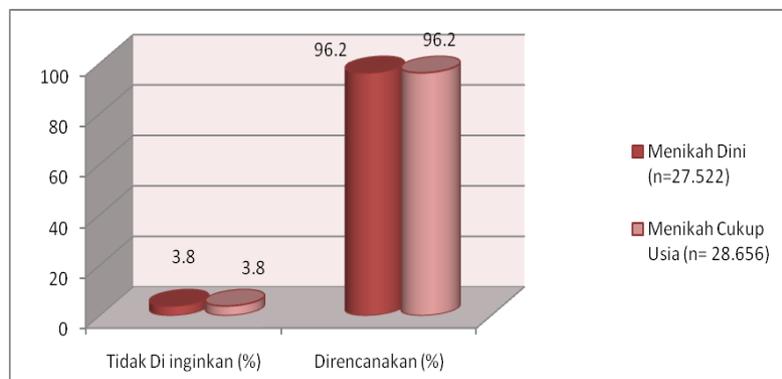
Wanita yang menikah cukup usia sedikit lebih terpapar informasi tanda bahaya kehamilan (47,2%) dibandingkan dengan wanita yang menikah dini (39,6%).

Pada pertanyaan khusus untuk sampel wanita berusia 10-24 tahun terjaring informasi tentang mendapatkan penyuluhan kesehatan reproduksi. Hal ini tersaji pada Gambar 10. Kedua kelompok tampaknya kurang mendapatkan materi penyuluhan tentang kesehatan reproduksi. Pada wanita yang menikah cukup usia sekitar sepertiganya mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi sedangkan pada wanita yang menikah dini hanya seperlima-nya.

Pada semua sampel ditanyakan tentang pernah tidaknya mengalami kehamilan yang tidak direncanakan sejak lima tahun terakhir. Data hasilnya disajikan pada Gambar 11.



Gambar 10. Status Mendapatkan Penyuluhan Kesehatan Reproduksi Pada Wanita

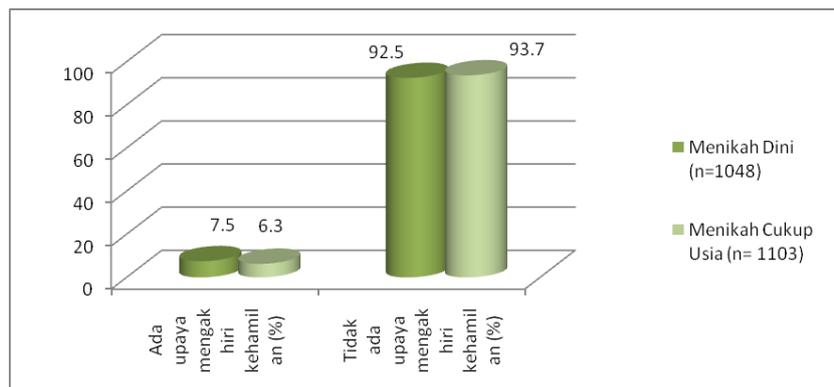


Gambar 11. Kehamilan yang Tidak Direncanakan Pada Wanita yang

Baik kelompok wanita yang menikah dini maupun menikah cukup usia memiliki persentase yang sama pada kehamilan yang tidak direncanakan (3,8%).

Selanjutnya pada kehamilan yang tidak direncanakan tersebut, ditanyakan adakah upaya untuk mengakhirinya. Hal ini

disajikan pada Gambar 12. Dari sampel yang pernah mengalami kehamilan yang tidak direncanakan, tetapi upaya untuk mengakhirinya pada wanita yang menikah dini lebih besar proporsinya dibandingkan wanita yang menikah cukup umur (7,5% dan 6,3%).



Gambar 12. Upaya Mengakhiri Kehamilan yang Tidak Direncanakan

PEMBAHASAN

Pada hasil penelitian ini terlihat bahwa secara umum sekitar separuh wanita di Indonesia menikah di usia muda. Walaupun *trend* pernikahan dini terus menurun, namun hingga periode 2006-2010 masih ditemui cukup tingginya persentase (30,36%) wanita yang menikah dini di Indonesia. Fenomena menikah di usia muda juga masih sering dijumpai pada masyarakat di Timur Tengah, Asia Selatan, dan Sub-Sahara Afrika. Di Asia Selatan 48% menikah di bawah usia 18 tahun, Afrika 42% dan Amerika Latin 29%.⁷

Menurut Bappenas, faktor utama yang berpengaruh terhadap laju pertumbuhan penduduk adalah tingkat kelahiran. Dimana tingginya angka kelahiran berkaitan erat dengan usia saat pertama kali menikah.⁸ Tingginya angka pernikahan dini yang ditemui di Indonesia dari waktu ke waktu hingga saat ini penting untuk menjadi perhatian dalam upaya penanggulangannya

Data yang disajikan diatas menunjukkan bahwa secara umum hampir separuh wanita yang menikah dini berlatar belakang status ekonomi rendah. Jika di telaah lebih lanjut terlihat pula bahwa pada wanita yang menikah dini (menikah < 20 tahun) saat berusia < 30, usia 30-50 tahun hingga > 50 tahun saat ditemui sebagian besar masih dalam status keluarga ekonomi rendah. Hal ini secara umum juga dijumpai pada penelitian di negara lain. UNICEF menyatakan bahwa kemiskinan adalah faktor kunci yang mengarahkan pada praktek pernikahan dini, dimana pernikahan merupakan strategi untuk keberlangsungan kehidupan keluarga.⁹ Krisis keuangan berisiko menimbulkan penderitaan bagi masyarakat yang miskin dan rentan.¹⁰

Pada negara berkembang, orangtua menikahkannya di usia dini salah satu faktor yang menyebabkannya adalah kemiskinan. Orangtua seringkali punya anggapan bahwa anak perempuan merupakan beban ekonomi keluarga. Dimana perkawinan anaknya dianggap

merupakan usaha mempertahankan kehidupan keluarga.¹¹ Hal senada juga di temukan di Madura, dimana fenomena pernikahan dini di masyarakat Madura salah satunya di sebabkan alasan untuk mengurangi beban ekonomi keluarga selain rendahnya kesadaran tentang pentingnya pendidikan. Beban ekonomi keluarga berkurang dengan cara mendapatkan menantu yang akan menambah aset ekonomi penopang keluarga bertambah.¹² Hal senada juga di dapat dari hasil kajian Rifiani dimana pada keluarga yang berada di bawah garis kemiskinan, menikahkan salah satu anak perempuan dalam keluarga akan meringankan beban orangtua dari segi ekonomi.¹³

Pada hasil yang disajikan diatas secara umum terlihat bahwa pada wanita yang menikah dini lebih banyak berpendidikan rendah. Hal ini senada dengan hasil penelitian di banyak tempat. Hasil penelitian di Jawa Barat menunjukkan bahwa pernikahan dini di Jawa Barat dilatarbelakangi rendahnya tingkat pendidikan dan faktor sosial budaya.¹⁴ Penelitian di Purworejo, Jawa Tengah juga mendapatkan bahwa faktor yang berhubungan dengan pernikahan dini adalah rendahnya tingkat pendidikan dan status ekonomi.¹⁵ Di Madura, rendahnya kesadaran akan pentingnya pendidikan jugag merupakan salah satu alasan pernikahan dini.¹³

Hal menarik adalah, pada kelompok wanita menikah dini yang saat wawancara berusia < 30 tahun tidak hanya berpendidikan SD akan tetapi hampir separuhnya berpendidikan SMP/SMA. Hal ini dapat terjadi karena saat ini pendidikan dasar tidaklah hanya sampai tingkat SD akan tetapi telah sampai di tingkat SMP dan SMA. Pendidikan adalah salah satu faktor demografi yang penting. Dimana tingkat pengetahuan berpengaruh pada kondisi sosial, ekonomi dan kesehatan.¹⁶ Tampaknya pendidikan formal yang lebih tinggi memungkinkan sampel memiliki pengetahuan kesehatan yang lebih baik. Pendidikan juga memungkinkan seseorang meng- integrasikan pengetahuan hidup

sehat dengan gaya hidup yang sesuai dan memiliki kontrol atas kesehatannya.

Penelitian ini juga menemukan bahwa pada wanita yang menikah dini cenderung memiliki anak yang lebih banyak. Hal ini terlihat dengan proporsi lebih besar pada jumlah anak 3-5 orang dan 6 anak atau lebih. Keadaan ini dikarenakan wanita yang menikah dini memiliki waktu reproduksi (usia subur) lebih panjang dibandingkan yang menikah cukup umur sehingga memungkinkannya memiliki banyak anak.⁵ Ditambah adanya budaya dimasyarakat yang seakan menuntut seseorang yang telah menikah untuk segera memiliki anak.

Pada responden wanita yang pernah hamil, pada wanita menikah dini lebih banyak yang tidak memeriksakan kehamilannya dibandingkan yang menikah cukup usia (4,1% dan 1,9%). Hal ini dimungkinkan berhubungan dan tingkat pengetahuan dan status ekonomi yang cenderung lebih rendah pada wanita yang menikah dini dibandingkan menikah cukup usia.

Pada wanita yang menikah cukup usia sekitar sepertiganya mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi sedangkan pada wanita yang menikah dini hanya seperlima-nya. Sedangkan pada pertanyaan khusus bagi wanita yang pernah hamil dan melahirkan sejak 2005-2010, didapatkan data bahwa wanita yang menikah cukup usia lebih banyak yang mendapatkan informasi tentang tanda bahaya kehamilan (47,2%) dibandingkan wanita menikah dini (39,6%). Hal ini juga dimungkinkan karena rendahnya tingkat pendidikan dan pengetahuan responden, termasuk keterbatasan akses memperoleh informasi tersebut.

Baik kelompok wanita yang menikah dini maupun menikah cukup usia memiliki persentase yang sama pada kehamilan yang tidak diinginkan (3,8%). Akan tetapi upaya untuk mengakhirinya pada wanita yang menikah dini lebih besar proporsinya dibandingkan wanita yang menikah cukup umur (7,5% dan 6,3%). Menurut Zakiah, hal ini dimungkinkah karena pada pasangan muda yang menikah dini, dari segi kesehatan mental/jiwa, mereka belum siap

bertanggung jawab secara moral dan sering mengalami kegoncangan mental karena sikap mental yang labil dan belum matang emosinya.¹⁷ Hal lainnya adalah adanya sifat ibu muda yang umumnya emosinya kurang stabil sehingga minim dalam hal kesiapan psikologis dalam menghadapi dan menyelesaikan konflik ataupun masalah yang timbul.¹³

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Wanita yang menikah dini memiliki proporsi yang lebih besar dalam hal status pendidikan rendah, perekonomian keluarga rendah dan berprofesi pekerjaan petani/nelayan/buruh. Selain itu memiliki proporsi yang lebih besar pula untuk jumlah anak lebih banyak, kurangnya informasi tentang bahaya kehamilan dan upaya mengakhiri kehamilan dibandingkan wanita yang menikah cukup usia.

Saran

Hasil dari penelitian ini hendaklah dapat dijadikan masukan yang berdasar fakta tentang profil wanita yang menikah dini di masyarakat. Masukan tersebut dapat dimanfaatkan oleh pembuat dan pelaksana kebijakan dalam hal strategi penyuluhan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kementerian Pendidikan Republik Indonesia melalui Program Beasiswa Unggulan (BSU) tahun anggaran 2010 hingga 2012.

DAFTAR PUSTAKA

1. Srihadi, E. Bonus Demografi, Jendela Kesehatan atau Jendela Bencana. The Indonesian Institute Center for Public Policy Institute. Dalam: <http://www.TheIndonesianInstitute.com/index.php/pendidikan.publik/wacana/555-bonus-demografi-jendela-kesempatan-atau-jendela-bencana>. 2012. (diunduh 15 Juli 2013).

2. Aghi, MB. A discussion paper : Early marriage in South Asia. Unicef, 2008.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes. *Riset Kesehatan Dasar 2010 (RISKESDAS 2010)*. Badan Litbangkes, Depkes RI, 2010.
4. Santhya. Early marriage and sexual and reproductive health vulnerabilities of young women: a synthesis of recent evidence from developing countries. Tersedia dalam: http://journals.lww.com/co-obgyn/Abstract/2011/10000/Early_marriage_and_sexual_and_reproductive_health.6.aspx . 2011. (diunduh 1 Juli 2013).
5. ICDDR, B. Consequences of early marriage on female schooling in rural Bangladesh. *Health and Science Bulletin*. 2007; 5 (4).
6. Depkes RI. *Petunjuk Teknis Pemantauan status gizi orang dewasa dengan indeks massa tubuh*. Depkes RI, 2003.
7. UNICEF. *Early marriage, a harmful traditional practise; a statistical exploration*. UNICEF, 2005.
8. BadanPerencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). *Laporan Perkembangan Tujuan Millenium di Indonesia*. Bappenas, 2009.
9. UNICEF. Early marriage child spouses. *Innocenty Digest* . 2001; 7.
10. WHO. Health amid a financial crisis: a complex diagnosis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009; 87 (1) : 1-80.
11. UNICEF. *Early marriage, fact sheet*. UNICEF, 2000.
12. Sumbulah, U & Jannah, F. Pernikahan dini dan implikasinya terhadap kehidupan keluarga pada Masyarakat Madura (perspektif hukum dan gender). *Egalita, Jurnal Kesetaraan dan Keadilan Gender*. 2012 ; VII (1) : 83-101.
13. Rifiani, D. Pernikahan dini dalam perspektif hukum Islam. *De Jure, Jurnal Syariah dan Hukum*. 2011; 3 (2) : 125-134.
14. Nurwati, N. Review : Hasil studi tentang perkawinana dan perceraian pada masyarakat Jawa Barat. *Jurnal Kependudukan Padjajaran*. 2003; 5 (2) : 59-67.
15. Rafidah, Emilia E, Wahyuni B. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pernikahan dini di Kabupaten Purworejo, Jawa Tengah. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2009; 25(2) : 51-58.
16. UNESCO. *Unesco global partnership for girls and womens education one year on May 2011-May 2012*. UNESCO, 2011.
17. Rahma, ZF. Risiko pada remaja akibat pernikahan dini. Dalam : <http://modalyakin.blogspot.com/2012/03/jurnal-resiko-pada-remaja-akibat.html> . 2012.(diunduh September 2012)

**DUKUNGAN SUAMI MENDORONG KEIKUTSERTAAN PAP SMEAR
PASANGAN USIA SUBUR (PUS) DI PERUMAHAN PUCANG GADING
SEMARANG**

***Husband's Support to Encourage Pap Smear Participation of Fertile Couples in Pucang
Gading Residence Semarang***

Kinanthi Estu Linadi

Magister Promosi Kesehatan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan HIV/AIDS,
Universitas Diponegoro Semarang
e-mail: nanthi_el@yahoo.com

Abstract

Background: Cervical cancer is highest cause of death of woman in Indonesia. Central Java is one of the provinces with a high cervical cancer cases during the year 2004-2008 with the highest prevalence in Semarang. Early detection with pap smears is proven to reduce mortality of patients but pap smear participation in Indonesia is still low (5%).

Objective: This study aimed to determine the factors associated with pap smear participation of fertile age couple in Pucang Gading Residence Semarang.

Methods: This research is a quantitative study with cross sectional approach. Data obtained from the cadres (N = 316) and as many as 75 samples determined by simple random sampling method. Data were analyzed by frequency distribution and chi-square method to determine the relationship between variables.

Results: They are 15 respondents (20%) do the smear. Husband's support and respondents' knowledge has a significant relationship to pap smear participation ($p < 0,05$). While attitudinal variables have little relationship ($p = 0.066$).

Conclusions: Characteristics and perceptions of respondents about socialization is not related to the pap smear participation. Knowledge, attitude, and the support of husband being the factors that increase pap smear participation by fertile couples.

Keywords: pap smear, husband's support, Semarang

Abstrak

Pendahuluan: Kanker serviks menjadi penyebab kematian wanita tertinggi di Indonesia. Jawa Tengah merupakan salah satu provinsi dengan kasus kanker serviks yang tinggi sepanjang tahun 2004-2008 dengan prevalensi tertinggi di Kota Semarang. Deteksi dini dengan pap smear terbukti menurunkan angka kematian penderita tetapi keikutsertaan pap smear di Indonesia masih rendah (5%).

Tujuan: Studi ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan pap smear oleh PUS di Perumahan Pucang Gading Semarang.

Metode : Penelitian ini merupakan studi kuantitatif dengan pendekatan potong lintang. Data PUS didapat dari kader (N=316) dan sebanyak 75 sampel ditentukan secara acak sederhana. Data dianalisis dengan distribusi frekuensi dan metode *chi square* untuk mengetahui hubungan antar variabel.

Hasil : Sebanyak 15 responden (20%) melakukan pap smear. Dukungan suami dan pengetahuan memiliki hubungan signifikan terhadap keikutsertaan pap smear ($p < 0,05$). Sedangkan variabel sikap memiliki sedikit hubungan ($p = 0,066$).

Kesimpulan : Karakteristik dan persepsi responden mengenai sosialisasinya tidak berhubungan dengan keikutsertaan pap smear. Pengetahuan, sikap, dan dukungan suami menjadi faktor yang meningkatkan keikutsertaan PUS melakukan pap smear.

Kata kunci: pap smear, dukungan suami, Semarang

PENDAHULUAN

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), pada tahun 2010 menyatakan bahwa kanker serviks atau kanker leher rahim merupakan kanker terbanyak nomor dua yang diderita oleh perempuan di dunia setelah kanker payudara. Ditemukan sekitar 500.000 kasus baru dengan kematian sebanyak 250.000 setiap tahun. Hampir 80 persen kasus terjadi pada negara-negara dengan tingkat pendapatan negara yang rendah, dimana kanker serviks menjadi penyakit utama yang menyerang wanita di negara-negara tersebut⁽¹⁾. Sebagian besar kasus kanker serviks (99%) berhubungan dengan infeksi saluran genital oleh *Human Papillomavirus* (HPV), yang biasanya ditularkan melalui hubungan seksual. Di Indonesia, setiap tahun terdeteksi lebih dari 15.000 kasus kanker serviks, dan kira-kira sebanyak 8000 kasus di antaranya berakhir dengan kematian. Menurut WHO, Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita kanker serviks yang tertinggi di dunia⁽²⁾.

Pada tahun 2006 prevalensi kanker leher rahim di Jawa Tengah adalah 0,02 persen, dan meningkat menjadi 0,03 persen pada tahun 2007 dengan prevalensi tertinggi adalah di Kota Semarang yaitu sebesar 0,22 persen. Kemudian pada tahun 2008 masih tetap 0,03 persendengan kasus penyakit kanker serviks yang ditemukan di Provinsi Jawa Tengah sebanyak 8.568 kasus (31,59%)⁽³⁾. Menurut data rumah sakit dan puskesmas di Kota Semarang tahun 2004, kasus kanker ditemukan sebanyak 2.020 dan diantaranya 1.115 kasus kanker serviks (55,19%)⁽⁴⁾. Kemudian berdasarkan laporan program dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Semarang yang berasal dari rumah sakit dan puskesmas tahun 2006, kasus penyakit kanker yang ditemukan sebanyak 22.857 kasus (7,13 per 1000 penduduk). Dari temuan tersebut kanker payudara menempati urutan tertinggi 3,45 perseribu penduduk, kanker serviks 2,08, kanker hepar 0,62, kanker bronkus 0,98 perseribu penduduk⁽⁵⁾.

Untuk melakukan deteksi dini kanker serviks, diantaranya dengan melakukan pap smear. Pemeriksaan ini untuk mengetahui

adanya sel karsinoma penyebab kanker serviks. Pemeriksaan pap smear relatif murah, cepat dan dapat dilakukan di pelayanan kesehatan terdekat seperti puskesmas, rumah bersalin, rumah sakit, bidan, klinik, praktek dokter, dan lain-lain. Pemeriksaan ini dapat dilakukan kapan saja, kecuali sedang haid atau sesuai petunjuk dokter. Pap smear sebaiknya dilakukan 1 kali setahun oleh setiap wanita yang sudah melakukan hubungan seksual dan lebih diutamakan untuk wanita yang pernah melakukan hubungan seksual dengan umur di atas 35 tahun karena risikonya lebih besar. Apabila hasil pemeriksaan pap smear positif, yaitu terdapat sel-sel yang tidak normal, sebaiknya konsultasi kepada petugas kesehatan terdekat untuk dilakukan pemeriksaan dan pengobatan lebih lanjut oleh ahli kandungan⁽⁶⁾.

Salah satu alasan semakin berkembangnya kanker serviks tersebut disebabkan oleh rendahnya cakupan deteksi kanker serviks, seperti pap smear di Indonesia. Berdasarkan estimasi data WHO tahun 2008, terdapat hanya 5 persen wanita di negara berkembang, termasuk Indonesia yang mendapatkan pelayanan⁽⁵⁾.

Berdasarkan survei pendahuluan di lokasi penelitian, ditemukan 2 kasus kematian akibat kanker serviks sepanjang tahun 2010 walaupun sudah pernah diberikan sosialisasi mengenai kanker serviks dan pap smear oleh petugas kesehatan. Kegiatan sosialisasi ditindaklanjuti dengan pelaksanaan program pap smear tetapi hanya ada 1 wanita pasangan usia subur (PUS) yang melakukan pap smear di puskesmas setempat⁶. Melihat hal-hal tersebut, studi ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan pap smer PUS di RW XIII Pucang Gading Semarang berdasarkan teori perubahan perilaku Lawrence W. Green.

METODE

Penelitian ini merupakan studi deskriptif dengan metode kuantitatif dan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan dengan mengambil lokasi di wilayah RW XIII

Perumahan Pucang Gading Semarang pada bulan Januari-Februari 2011.

Populasi PUS di wilayah Perumahan Pucang Gading, tepatnya di RW XIII yang terdiri dari 11 RT dengan jumlah total populasi sebanyak 316 Kepala Keluarga (KK). Pemilihan sampel dilakukan secara proporsional sehingga setiap RT memiliki kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel.

Penentuan jumlah sampel dilakukan dengan menghitung menggunakan formula berdasarkan pendekatan Isac Michel sehingga didapatkan angka 73,8 dan dibulatkan menjadi 75⁽⁷⁾. Setelah didapatkan jumlah sampel secara proporsional, penentuan sampel dilakukan secara acak sederhana.

Populasi PUS di wilayah RW XIII Perumahan Pucang Gading terdiri dari 11 RT. Untuk kepentingan studi pendahuluan, dipilih 3 RT secara *random* dengan teknik *cluster sampling*, sehingga semua populasi di 3 RT yang terpilih (RT VII, RT IX, dan RT 10) dijadikan sampel dalam studi pendahuluan. Untuk kepentingan penelitian, tersisa populasi dari 8 RT yang akan diambil sampelnya. Populasi dari 8 RT adalah 316 KK. Pemilihan sampel dilakukan secara acak sederhana (*simple random sampling*). Dalam metode *simple random sampling*, tiap anggota kelompok populasi memiliki kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel. Pengambilan sampel acak sederhana dilakukan dengan cara undian, memilih bilangan dari daftar populasi secara acak⁽⁸⁾.

Peneliti menggunakan aplikasi kerangka teori perubahan perilaku Lawrence W. Green sebagai acuan kerangka konsep untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan pap smear oleh PUS di wilayah RW XIII Perumahan Pucang Gading⁽⁹⁾. Berdasarkan teori perubahan perilaku Lawrence W. Green, ada 3 faktor yang berpengaruh terhadap perilaku seseorang, yaitu faktor predisposisi,

pemungkin, dan penguat. Faktor predisposisi dalam penelitian ini adalah karakteristik responden, pengetahuan, dan sikap responden tentang kanker serviks dan pap smear. Sosialisasi oleh tenaga kesehatan menjadi faktor pemungkin dalam penelitian ini. Sedangkan faktor penguat dalam penelitian ini adalah dukungan suami.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan wawancara. Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari seseorang yang menjadi subjek penelitian melalui percakapan secara langsung (*face to face*)⁽¹⁰⁾. Dengan wawancara peneliti akan dapat melihat kesan langsung dari responden, menilai kebenaran yang dikatakan responden, membaca mimik responden, memberikan penjelasan jika pertanyaan tidak dimengerti oleh responden, dan memancing jika jawaban yang diberikan tidak lancar⁽¹¹⁾. Wawancara yang digunakan adalah jenis wawancara terpimpin (*structured interview*). Wawancara jenis ini dilakukan berdasarkan pedoman-pedoman berupa kuesioner yang telah disediakan terlebih dahulu sebelumnya sehingga ketika wawancara tinggal membacakan pertanyaan-pertanyaan tersebut. Pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner disusun sedemikian rupa sehingga mencakup variabel-variabel yang diperlukan dalam penelitian⁽¹¹⁾.

Dalam penelitian ini, responden hanya bisa ditemui pada jam-jam tertentu saja, yaitu pada pukul 09.00-12.00 WIB untuk responden yang tidak bekerja dan responden yang bekerja hanya bisa ditemui pada pukul 17.00-20.30 WIB. Untuk menghindari bias informasi, pengumpulan data dilakukan di sela-sela dan setelah responden beraktivitas. Hal ini dilakukan supaya responden tidak memiliki waktu luang yang dapat digunakan untuk menceritakan pengalaman wawancaranya kepada tetangga atau responden yang lainnya.

Setelah data terkumpul, dilakukan pengolahan dan analisis data dengan teknik-teknik statistik. Analisis data dalam

penelitian ini mencakup tabulasi dan uji hubungan dengan metode *chi square*.

HASIL

Keikutsertaan Pap Smear

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 15 responden (20%) melakukan pap smear. Berdasarkan tabel 1, tempat layanan kesehatan yang paling banyak didatangi

oleh responden untuk melakukan pap smear adalah klinik. Tidak banyak responden yang pergi ke puskesmas setempat karena responden memiliki persepsi yang negatif tentang fasilitas puskesmas yang dirasa kurang lengkap.

Alasan yang dinyatakan oleh responden mengenai jenis layanan terkait dengan keterjangkauan, khususnya keterjangkauan secara biaya dan jarak.

Tabel 1. Gambaran Keikutsertaan Pap Smear Berdasarkan Jenis Layanan yang Dikunjungi dan Persepsi terhadap Penyedia Layanan

		f	%
Jenis layanan yang dikunjungi	RS Pemerintah	4	5,3
	Puskesmas	2	2,7
	Klinik	8	10,7
	Laboratorium	1	1,3
N		15	
Persepsi terhadap penyedia layanan	Bisa mendapat layanan gratis	1	1,3
	Biaya murah	3	4
	Letaknya dekat dengan rumah	5	6,7
	Pelayanan memuaskan	4	5,3
	Fasilitas pelayanan lengkap	2	2,7
N		15	

Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Keikutsertaan Pap Smear

Tabel 2 menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan pap smear adalah variabel pengetahuan, dan dukungan suami dengan nilai $p < 0,05$. Sedangkan variabel sikap memiliki sedikit hubungan dengan keikutsertaan pap smear dengan nilai $p = 0,066$.

a. Karakteristik

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa tidak ada variabel karakteristik yang berhubungan dengan keikutsertaan pap smear walaupun ada responden yang memiliki faktor risiko secara umur (71 responden) dan jumlah anak (31 responden).

b. Pengetahuan

Pengetahuan tentang kanker serviks dan pap smear adalah kemampuan responden dalam memahami tentang hal-hal yang

berkaitan dengan kanker serviks, meliputi penyebab, gejala, factor risiko, sumber informasi, dan pencegahan, serta berkaitan dengan pap smear, meliputi manfaat, biaya, tempat layanan, dan sumber informasi.

Dari jumlah total pertanyaan pengetahuan yang diberikan, responden dikatakan memiliki pengetahuan yang baik bila dapat menjawab pertanyaan benar $\geq 70\%$, sedangkan responden yang dapat menjawab pertanyaan benar $< 70\%$ digolongkan kedalam kelompok responden berpengetahuan kurang.

Dari 15 nomor pertanyaan pengetahuan, didapatkan bahwa jawaban responden paling banyak salah adalah pada pertanyaan mengenai bagian tubuh yang diserang penyakit kanker serviks (77,3%), penyebab penyakit kanker serviks (80%), gejala stadium awal penyakit kanker serviks (80%), cara penularan kanker serviks (42,7%), manfaat pap smear bagi Ibu

(42,7%), jangka waktu harus melakukan pap smear (64%). Ini menunjukkan bahwa

informasi mengenai kanker serviks pada ibu-ibu masih belum banyak dipahami

Tabel 2. Gambaran dan Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keikutsertaan Pap Smear

Variabel		Pap Smear		Tidak Pap Smear		P
		f	%	f	%	
Umur	≤ 30 tahun	0	0	4	100	0,30
	>30 tahun	15	21,1	56	78,9	
Pendidikan	Pendidikan dasar (≤ 9 th)	5	20,8	19	79,2	0,90
	Pendidikan lanjut (> 9 th)	10	19,6	41	80,4	
Status pekerjaan	Bekerja	4	17,4	19	82,6	0,71
	Tidak bekerja	11	21,2	41	78,8	
Jumlah anak	≤2 orang	11	25	33	75	0,20
	>2 orang	4	12,9	27	87,1	
Pengetahuan	Baik	7	70	7	50	0,01
	Kurang	8	13,1	53	86,9	
Sikap	Baik	13	26	37	74	0,07
	Kurang	2	8	23	92	
Sosialisasi Puskesmas	Baik	0	0	3	100	0,38
	Kurang	15	20,8	57	79,2	
Keterjangkauan	Waktu	7	17,5	33	82,5	0,34
	Biaya	5	33,3	10	66,7	
	Jarak	3	15	17	85	
Dukungan Suami	Baik	7	70	3	30	0,01
	Kurang	8	12,3	57	87,7	

c. Sikap

Sikap tentang kanker serviks dan pap smear adalah reaksi atau respon tertutup responden berkaitan dengan kanker serviks dan pap smear. Respon tersebut dapat berupa kewaspadaan, kerentanan, dan penilaian tentang praktik. Dari jumlah total pertanyaan sikap yang diberikan, responden dikatakan memiliki sikap positif bila mendapat skor $\geq 70\%$, sedangkan responden yang memiliki skor $< 70\%$ digolongkan ke dalam kelompok responden dengan sikap kurang atau negatif.

Responden diminta menjawab pernyataan tentang kanker serviks dan pap smear dengan jawaban setuju dan tidak setuju berdasarkan apa yang dirasakan responden. Masih banyak responden yang merasa bahwa kanker serviks adalah penyakit yang memalukan (40%). Sikap responden terhadap pap smear pun belum begitu baik. Beberapa responden merasa bahwa pap smear adalah hal yang menyakitkan (64%) dan merepotkan (65,3%). Kebanyakan

responden (69,3%) merasa tidak nyaman apabila diperiksa pap smear oleh dokter laki-laki. Kemudian sebanyak 33,3% responden yang merasakan masih merasa kesulitan menemukan informasi tentang pap smear. Kemudian untuk pernyataan layanan pap smear di puskesmas, banyak responden (65,3%) merasa bahwa pelayanan pap smear masih sulit didapatkan di puskesmas. Untuk pernyataan tentang biaya pap smear, hampir sebagian responden (44%) merasa biaya pap smear belum terjangkau bagi masyarakat seluruh golongan ekonomi.

d. Sosialisasi Puskesmas

Salah satu upaya promotif dan preventif terhadap pencegahan kanker serviks yang dilakukan puskesmas adalah sosialisasi tentang kanker serviks dan pap smear. Sosialisasi dilakukan dengan memberikan penyuluhan kepada kader, dan menempelkan poster di puskesmas. Dari jumlah total pertanyaan sosialisasi yang diberikan, responden dikatakan memiliki

persepsi baik terhadap sosialisasi yang dilakukan puskesmas jika mendapat skor $\geq 70\%$, sedangkan responden yang memiliki skor $< 70\%$ digolongkan ke dalam kelompok responden dengan persepsi kurang terhadap sosialisasi yang dilakukan puskesmas.

Banyak responden yang merasa bahwa sosialisasi yang dilakukan puskesmas belum maksimal, bahkan ada responden yang merasa belum pernah mendapat sosialisasi. Sebanyak 64 responden (85,3%) merasa puskesmas belum pernah melakukan penyuluhan secara langsung kepada masyarakat tentang kanker serviks dan ada sebanyak 55 responden (73,3%) merasa puskesmas belum pernah memberikan penyuluhan tentang pap smear. Responden merasa informasi tentang penyebab, penularan, pengobatan, dan pencegahan kanker serviks yang diberikan oleh kader lewat PKK dirasakurang lengkap dan masih sebatas permukaan saja. Hal ini berkaitan dengan penyampaian informasi yang dirasa kurang menarik dan terkesan masih biasa saja karena kader hanya menyampaikan dengan membaca saja lembaran informasi yang diberikan oleh petugas puskesmas.

e. Keterjangkauan

Keterjangkauan pelayanan merupakan indikator akses responden terhadap pelayanan kesehatan. Keterjangkauan dilihat berdasarkan 3 hal, yaitu keterjangkauan secara biaya, waktu, dan jarak. Tabel 2 menunjukkan bahwa paling banyak responden merasa akses paling besar yang bisa mereka capai adalah keterjangkauan secara waktu dan paling sedikit responden yang dapat menjangkau secara biaya.

f. Dukungan Suami

Suami merupakan orang terdekat dengan responden. Dalam rumah tangga, perlakuan suami akan mempengaruhi perilaku istri. Termasuk di tempat penelitian, dukungan suami dapat berpengaruh terhadap perilaku responden. Dari jumlah total pertanyaan dukungan suami yang diberikan, responden dikatakan memiliki persepsi baik terhadap

dukungan suami jika mendapat skor $\geq 70\%$, sedangkan responden yang memiliki skor $< 70\%$ digolongkan ke dalam kelompok responden dengan persepsi kurang terhadap dukungan suami yang diperolehnya. Dukungan yang dimaksud adalah dukungan secara sikap, bersedia mengantar ke layanan kesehatan, dukungan dana, dan dukungan persetujuan.

Tabel 2 menunjukkan adanya faktor risiko yang dimiliki responden, yaitu variabel umur dan jumlah anak. Risiko tinggi bagi seseorang untuk terkena kanker serviks adalah usia dekade 40–45 tahun. Menurut WHO (2005), wanita yang berusia 40–45 tahun memiliki risiko tertinggi untuk mengidap kanker serviks⁽¹²⁾. Ketika seorang wanita telah memasuki masa premenopause seharusnya wanita tersebut telah mulai melakukan pemeriksaan pap smear sebagai upaya deteksi dini keganasan kanker serviks⁽¹³⁾. Jumlah anak juga menjadi faktor yang meningkatkan risiko kanker serviks. Mekanisme dasar yang menghubungkan antara lain trauma pada serviks yaitu trauma yang terjadi karena persalinan berulang kali, perubahan hormonal akibat kehamilan, dan adanya infeksi dan iritasi menahun⁽¹⁴⁾. Dari segi paritas, wanita multiparitas (jumlah anak lebih dari 4 orang) memiliki risiko terkena penyakit kanker serviks lebih tinggi daripada wanita yang tidak multiparitas⁽¹²⁾. Paritas merupakan keadaan dimana seorang wanita pernah melahirkan bayi yang dapat hidup atau *viable*. Paritas yang berbahaya adalah dengan memiliki anak lebih dari 2 orang atau jarak persalinan terlampau dekat sebab dapat menimbulkan perubahan sel-sel abnormal pada mulut rahim dan dapat berkembang menjadi keganasan. Jumlah kelahiran anak lebih dari 4 orang dapat menimbulkan terjadinya trauma karena adanya infeksi dan iritasi menahun. Diperkirakan risiko 3-5 kali lebih besar pada wanita yang sering melahirkan untuk terjadi kanker serviks. Robekan pada bagian leher rahim yang tipis kemungkinan dapat menyebabkan timbulnya suatu peradangan dan selanjutnya berubah menjadi kanker⁽¹⁵⁾. Meskipun begitu, tabel 2 menunjukkan tidak adanya hubungan

yang signifikan antara kedua karakteristik yang menjadi faktor risiko ini dengan keikutsertaan responden melakukan pap smear. Tidak adanya hubungan yang signifikan antara umur dengan keikutsertaan pap smear didukung oleh beberapa penelitian^(13,14). Hal ini mungkin dikarenakan responden tidak memiliki pengetahuan yang baik mengenai gejala dan penyebab kanker serviks sehingga responden tidak menyadari bahwa dirinya memiliki merupakan kelompok risiko. Selama responden merasa dirinya masih sehat dan tidak ada gejala yang berarti, mereka tidak akan memeriksakan diri.

Tabel 2 juga menunjukkan adanya faktor karakteristik lainnya yang tidak memiliki hubungan signifikan dengan keikutsertaan pap smear, yaitu variabel pendidikan dan pekerjaan. Pendidikan adalah sebuah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Menurut Meliono (2007), pendidikan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka ia akan mudah menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal baru tersebut⁽¹⁶⁾. Menurut Notoatmodjo (1997), pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan dan bantuan yang diberikan kepada anak yang ditujukan pada kedewasaan. Sedangkan pendidikan dalam arti formal adalah suatu proses penyampaian materi guna mencapai perubahan dan tingkah laku⁽¹⁴⁾. Tingkat pendidikan responden akan menentukan sikap dan tindakannya dalam menghadapi masalah, khususnya masalah kesehatan. Ibu yang berpendidikan tinggi akan semakin mudah menyerap informasi tentang kesehatan sehingga dapat menimbulkan respon positif terhadap informasi yang diperoleh dan diharapkan mampu menerapkan informasi yang sudah diperoleh dalam kehidupan sehari-hari, termasuk menerapkan informasi yang pap smear yang diterimanya⁽¹⁵⁾. Meskipun perbedaan latar belakang pendidikan dasar yang dimiliki responden sangat mempengaruhi dalam penerimaan dan

pemahaman serta daya ingatan responden terhadap informasi kesehatan yang dia terima, namun beberapa penelitian mendukung bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan praktik pap smear^(13, 15).

Pemberian informasi dapat menjadi salah satu usaha untuk meningkatkan motivasi wanita agar lebih berperan aktif mengikuti program pap smear. Menurut WHO (Notoatmodjo, 2003), salah satu strategi perubahan perilaku adalah pemberian informasi. Pemberian informasi tentang bahaya kanker serviks dan pentingnya pap smear bagi wanita dapat meningkatkan pengetahuan wanita tentang permasalahan kesehatan yang rentan mereka alami. Pengetahuan yang semakin baik dapat mempengaruhi sikap seseorang. Sikap yang positif diharapkan membuat wanita berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya, dalam hal ini wanita diharapkan berpartisipasi dalam program pap smear. Pemberian informasi dapat dilakukan oleh tenaga-tenaga kesehatan di masing-masing tempat pelayanan kesehatan⁽¹⁶⁾. Sosialisasi di sini adalah sosialisasi informasi tentang kanker serviks dan pap smear. Dalam RUU Teknologi Informasi, informasi diartikan sebagai suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisa, dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Seseorang dengan sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas. Sosialisasi informasi tentang kanker serviks dan pap smear dapat berpengaruh terhadap pengetahuan responden mengenai kanker serviks dan pap smear. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan Meliono (2007) bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh faktor media dan keterpaparan informasi⁽¹⁶⁾. Meskipun begitu, hasil penelitian di lokasi tidak menemukan adanya hubungan yang signifikan antara sosialisasi dengan keikutsertaan pap smear. Hal ini mungkin dikarenakan pemberian sosialisasi hanya dilakukan oleh kader yang tidak memiliki kemampuan yang cukup di dalam menyampaikan informasi dalam kegiatan sosialisasi sehingga responden

merasa kurang mendapat informasi yang lengkap dan dapat mendorong mereka untuk melakukan pap smear.

Keterjangkauan menjadi variabel yang tidak memiliki hubungan signifikan dengan pap smear. Keterjangkauan dilihat dari biaya, waktu, dan jarak. Keterjangkauan biaya berkaitan dengan persepsi responden terhadap kemampuannya membayar biaya untuk mendapatkan pelayanan pap smear. Keterjangkauan jarak adalah persepsi responden terhadap jauh dan dekatnya jarak antara tempat tinggal responden dengan tempat pelayanan kesehatan dan akses transportasi yang bisa digunakan untuk mencapai tempat penyedia layanan pap smear. Sedangkan keterjangkauan waktu berkaitan dengan persepsi responden mengenai jam buka penyedia layanan pap smear. Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara variabel keterjangkauan akses pelayanan dengan keikutsertaan pap smear. Peneliti tidak menemukan studi pustaka yang dapat menjelaskan hubungan langsung antara variabel keterjangkauan dengan keikutsertaan pap smear untuk mendukung hasil penelitian. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa faktor biaya sering menjadi penyebab rasa enggan untuk melakukan pap smear^(17,18). Keterjangkauan secara waktu dan biaya kemungkinan berhubungan dengan pekerjaan responden. Sebagian besar responden yang bekerja mengaku kesulitan untuk menyediakan waktu mengakses pelayanan kesehatan untuk pap smear walaupun mereka memiliki biaya secara mandiri. Berbeda dengan responden yang tidak bekerja. Sebagian besar responden yang tidak bekerja menyebutkan bahwa mereka memiliki cukup banyak waktu untuk mengakses pelayanan kesehatan penyedia layanan pap smear tetapi mereka tidak memiliki uang untuk biaya transportasi dan pemeriksaan. Ketergantungan finansial kepada suami menjadi alasan yang sering dikemukakan oleh responden.

Variabel sikap memiliki sedikit hubungan berdasarkan uji *chi square*. Menurut Purwanto (1999) sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan

untuk bertindak terhadap suatu obyek⁽¹⁵⁾. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003). Menurut Azwar (2007), sikap adalah keteraturan dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya. Sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus atau objek yang berupa masalah kesehatan termasuk penyakit dan upaya pencegahannya. Setelah seseorang mengetahui stimulus, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus kesehatan⁽¹⁴⁾.

Berdasarkan uji hubungan, didapatkan variabel pengetahuan dan dukungan suami memiliki hubungan yang signifikan dengan keikutsertaan pap smear, sedangkan variabel sikap memiliki sedikit hubungan dengan keikutsertaan pap smear. Pengetahuan adalah informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang⁽¹²⁾. Menurut Meliono (2007), pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan inderawi. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indera atau akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya⁽¹⁶⁾. Responden yang memiliki tingkat pendidikan dasar tetap bisa memperoleh pengetahuan yang cukup lewat sumber informasi lainnya. Sama halnya dengan tingkat pendidikan, paparan informasi lewat media juga dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang suatu informasi. Seseorang yang lebih sering terpapar media massa atau media elektronik atau media komunikasi lainnya akan memperoleh informasi yang lebih banyak dibandingkan dengan orang yang tidak pernah terpapar media⁽¹⁵⁾. Hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan keikutsertaan pap smear didukung oleh penelitian lainnya. Dengan adanya pengetahuan yang baik maka seseorang akan mencari informasi tentang kesehatannya, terutama dalam hal pemeriksaan pap smear. Pengetahuan tidak hanya diperoleh dari pendidikan formal,

tetapi juga diperoleh dari penyuluhan, brosur, pesan di koran, TV, dan radio. Dengan makin banyaknya pengetahuan yang diperoleh tentang pap smear maka semakin besar kemungkinan seseorang untuk melakukan pap smear⁽¹⁵⁾.

Menurut teori Lawrence Green, dukungan keluarga dapat menjadi faktor penguat (*reinforcing factor*) seseorang melakukan pemeriksaan pap smear. Dukungan keluarga merupakan bentuk dukungan sosial terdekat yang berlangsung sepanjang masa kehidupan seseorang. Suami adalah orang yang paling dekat dengan wanita, bahkan menjadi seorang yang dapat mempengaruhi keputusan yang diambil seorang wanita. Dukungan suami adalah bentuk dukungan sosial sebagai respon yang dapat dirasakan bermanfaat oleh anggota keluarga. Oleh karena itu, suami yang mendukung isterinya melakukan pap smear dapat menjadi pendorong bagi seorang wanita untuk berpartisipasi dalam pemeriksaan pap smear⁽¹⁵⁾. Minat dan dukungan adalah pertukaran sumber daya diantara sekurang-kurangnya dua individu dengan maksud untuk meningkatkan kesejahteraan si penerima⁽¹⁶⁾. Menurut Friedman, dukungan suami dapat berupa⁽¹⁹⁾:

a. Dukungan pengharapan.

Dukungan pengharapan dalam bentuk ekspresi yang positif kepada istri sehingga istri mempunyai seseorang yang bisa diajak berkomunikasi tentang masalah yang dihadapi. Ekspresi positif dapat berupa penyemangat dan persetujuan terhadap ide atau perasaan yang diungkapkan istri.

b. Dukungan nyata.

Dukungan nyata dapat berupa penyediaan dukungan jasmaniah, finansial, dan material secara nyata sehingga dapat memecahkan masalah yang dialami istri, termasuk di dalamnya memberikan dukungan dengan memberi uang dan menyediakan transportasi.

c. Dukungan informasi.

Dukungan ini dapat berupa memberikan solusi dari masalah, memberikan

nasehat, pengarahan, saran atau umpan balik tentang kondisi istrinya. Suami dapat menyediakan informasi bagi istrinya sehingga dapat meningkatkan pencegahan kanker serviks terhadap istrinya.

d. Dukungan emosional.

Seorang istri perlu mendapatkan penguatan emosional. Dukungan emosional dari suami dapat memberikan rasa nyaman dan semangat kepada istri. Yang termasuk dukungan emosional adalah ekspresi empati, kepedulian dan perhatian kepada istrinya.

PEMBAHASAN

Suami adalah faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang dapat mempengaruhi perilaku responden. Dari tabel 2, dapat dilihat adanya hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan keikutsertaan pap smear. Dukungan tersebut dapat berupa pemberian informasi tentang kanker serviks atau pap smear dari suami. Mobilitas suami yang lebih banyak membuat suami responden juga mendapatkan informasi tentang kanker serviks dan pap smear dari lingkungan kerjanya. Dukungan yang diberikan juga berupa respon atau tanggapan yang positif jika responden mengajak diskusi tentang masalah kesehatan wanita, salah satunya kanker serviks dan pap smear. Suami yang merespon baik biasanya akan diikuti dengan pemberian dukungan berupa uang untuk biaya pap smear, dan suami menyatakan tidak keberatan bila responden minta diantar ke tempat periksa pap smear. Sebagian besar suami yang mendukung justru memiliki inisiatif terlebih dahulu untuk memotivasi responden melakukan pap smear, sayangnya tidak semua responden melakukan apa yang disarankan suaminya karena ada faktor penghambat dari dirinya sendiri. Sikap-sikap negatif yang masih dimiliki responden membuat responden menunda untuk melakukan pap smear. Walaupun begitu, responden yang demikian berjanji akan melakukan pap smear dalam jangka waktu dekat karena menghormati dukungan yang diberikan

suaminya agar dirinya tetap sehat. Dari hasil penelitian dapat dijelaskan bahwa apabila responden memiliki kesadaran dan minat terhadap pap smear dari diri sendiri, ditambah dengan adanya dukungan dari suami secara signifikan dapat meningkatkan keinginan wanita untuk melakukan praktik pap smear. Adanya budaya patriarki diduga menjadi penyebab responden tidak melakukan pap smear meskipun dirinya memiliki pendidikan dan pekerjaan yang baik. Hal ini mengindikasikan adanya nilai kebudayaan yang disadari atau tidak telah mewarnai sikap dan perilaku responden dalam mengambil keputusan. Responden merasa setiap keputusan yang diambil harus berdasarkan keputusan suami. Responden yang tidak mendapat dukungan dari suaminya merasa suaminya tidak tahu menahu soal kesehatan wanita. Demikian juga dengan responden yang memiliki sikap positif, tidak akan melakukan pap smear jika tidak mendapat dukungan yang positif dari suaminya. Selama responden tidak mengeluhkan gejala-gejala tertentu maka suami responden akan berpikir bahwa responden sehat-sehat saja. Responden juga merasa bahwa suami tidak banyak mengerti soal masalah kewanitaan sehingga jika responden ingin memeriksakan kesehatannya, biasanya mereka akan melakukannya sendiri walaupun mereka tetap meminta pertimbangan suami sebelum melakukan suatu tindakan kesehatan. Selain itu, responden merasa sudah tertanam budaya bahwa pekerjaan suami adalah mencari nafkah dan tidak sempat memikirkan hal yang lain termasuk kesehatan anggota keluarganya. Jika ada anggota keluarga yang sakit, maka istri lah yang seharusnya banyak melakukan tindakan termasuk memeriksakan anggota keluarga yang sakit. Hasil penelitian menjelaskan bahwa apabila responden memiliki kesadaran dan minat terhadap pap smear dari diri sendiri ditambah dengan adanya dukungan dari suami secara signifikan dapat meningkatkan keinginan wanita untuk melakukan praktik pap smear. Hasil penelitian ini didukung dengan hasil penelitian lain yang menyatakan bahwa masalah lain dalam usaha skrining kanker

serviks ialah keengganan wanita diperiksa karena malu. Penyebab lain ialah kerepotan, keraguan akan pentingnya pemeriksaan, kurangnya pengetahuan tentang pentingnya pemeriksaan, takut terhadap kenyataan hasil pemeriksaan yang akan dihadapi, ketakutan merasa sakit pada pemeriksaan, rasa segan diperiksa oleh dokter pria dan kurangnya dorongan keluarga terutama suami⁽¹⁹⁾.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Keikutsertaan pap smear di lokasi penelitian masih rendah (20%). Faktor yang berhubungan dengan keikutsertaan pap smear adalah variabel pengetahuan ($p=0,002$), dan dukungan suami (0,0001). Variabel sikap memiliki sedikit hubungan dengan keikutsertaan pap smear ($p = 0,066$). Variabel karakteristik, dan sosialisasi tidak memiliki hubungan dengan keikutsertaan pap smear ($p > 0,05$).

Saran

Diperlukan sosialisasi yang lebih sering atau rutin tentang pap smear kepada warga, baik kepada ibu-ibu maupun kepada para suami karena terbukti bahwa dukungan suami berhubungan secara signifikan terhadap keikutsertaan pap smear. Pemberian informasi dapat dilakukan dengan menggunakan media promosi kesehatan ataupun dengan pendekatan melalui pertemuan-pertemuan warga.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. *Cervical Cancer and The Human Papilloma Virus (HPV)*, (online), (diakses tanggal 2 Juni 2010)
2. Anonim. *Kanker Serviks*, (online), ed. 31 Maret 2009, (diakses tanggal 2 Juni 2010)
3. Dinkes Provinsi Jateng. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2008*, (online), (diakses tanggal 2 Juni 2010)
4. Anonim. *HPV dan Kanker Serviks*, (online), ed. 19 April 2008.
5. Hendratno T. *Rumah Sakit Kanker di Semarang*. Semarang: Universitas Diponegoro; 2008.

6. Anonim. *Asuhan Kebidanan Khususnya Pada Gangguan Sistem Reproduksi dengan Karsinoma Serviks Uteri dengan Pendekatan Manajemen Varney*, (online), 2010, (diakses tanggal 2 Juni 2010)
7. Nurcahyo, Bagus. *Metode Penelitian*, (online), tanpa tahun, (diakses tanggal 15 Januari 2011)
8. Sugiyono. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta: 2007
9. Green, Lawrence W. 2000. *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach*. London: Mayfield Publishing Company
10. Notoatmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta: 2005
11. Anonim. *Kuantitatif*, (online), 2009, (diakses tanggal 18 Juli 2010)
12. Oktavia C. *Gambaran Pengetahuan Ibu Mengenai Pemeriksaan Pap Smear di Keurahan Petisah Tengah Tahun 2009*. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2009.
13. Darnindro, Nikko dkk. *Pengetahuan Sikap Perilaku Perempuan yang Sudah Menikah Mengenai Pap Smear dan Faktor-Faktor yang Berhubungan di Rumah Susun Klender Jakarta 2006*, dalam *Majalah Kedokteran Indonesia*, Vol. 57, No 7, 2007
14. Nurhasanah C. *Pengaruh Karakteristik dan Perilaku Pasangan Usia Subur (PUS) Terhadap Pemeriksaan Pap Smear di RSUZA Banda Aceh Tahun 2008*. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2008.
15. Izza K. *Perbedaan Pengetahuan dan Sikap Wanita Terhadap Pemeriksaan Pap Smear Sebelum dan Sesudah Penyuluhan Tentang Pap Smear di Rumah Bersalin Budi Rahayu Kelurahan Tandang Kecamatan Tembalang Kota Semarang Tahun 2009*. Semarang: Universitas Muhammadiyah; 2009
16. Dewi AN. *Hubungan Pengetahuan Tentang Kanker Serviks dengan Partisipasi Wanita dalam Program Deteksi Dini Kanker Serviks di Kel. Joho Kec. Mojobalan Kab. Sukoharjo*. Solo: Universitas Negeri Solo; 2010.
17. Yamani RZ, Mukarromah N, Uliyah M. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Kanker Serviks dengan Perilaku Ibu dalam Melakukan Pemeriksaan Pap Smear di Desa Ketawang Daleman Kecamatan Ganding Kabupaten Sumenep*. Surabaya: Universitas Muhammadiyah Surabaya; 2010
18. Sitopu SD. *Hubungan Karakteristik, Pengetahuan, dan Sikap Ibu Serta Dukungan Suami dengan Tindakan Pap Smear di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan*. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2011.
19. Puspitasati Y, indrawati ND, Pujiati N. *Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Ibu tentang Kanker Serviks dengan Pemeriksaan Pap Smear di Wilayah Kerja Puskesmas Pegandan Kota Semarang Tahun 2011*. *Jurnal UNIMUS*. 2011.
20. Sjamsuddin, Sjahrul. *Pencegahan dan Deteksi Dini Kanker Serviks*, dalam *Cermin Dunia Kedokteran* No. 133, 2001: hal 9

HUBUNGAN TINGKAT SOSIAL EKONOMI DENGAN KADAR HAEMOGLOBIN

The Relationship between Socio-Economic Status with Haemoglobin Level

Ugi Sugiarsih*, Wariyah

Jurusan Kebidanan Karawang Poltekkes Bandung

*Email: sugiarsihugi@yahoo.co.id

Abstract

Background: The percentage of pregnant women who are anaemic from poor family increased along with the increased gestational age (8 percent in the first trimester, 12 percent in the second trimester, and 29 percent in the third trimester). The prevalence of anaemia amongst pregnant women was 51.7 percent in West Java Province.

Objective: To examine the association between social economic status and haemoglobin level amongst pregnant women in primary health centres in the serving area of Karawang District Health Office.

Methods: This was a descriptive study using a cross sectional method. Samples were 97 pregnant women with gestational age of 36-40 weeks selected using random sampling method. Data were analysed using univariate, bivariate, and multivariate analyses.

Results: Our study found that 54.6 percent pregnant women suffered from anaemia, and 45.4 percent were not anaemic. From the bivariate analyses it was found that all four variables included in the analysis did not have significant association with the study outcome ($P > 0,05$).

Conclusions: The results indicate that economic status did not correlate with haemoglobin level amongst pregnant woman. Counselling to pregnant woman to take iron supplements regularly and correctly, along with the counselling about nutritious food, are recommended.

Keywords: Social economic level, level of haemoglobin

Abstrak

Pendahuluan: Persentase wanita hamil anemia dari keluarga miskin terus meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan (8% trimester I, 12% trimester II dan 29 % pada trimester III). Prevalensi ibu hamil dengan anemia di Jawa Barat 51,7 persen.

Tujuan: Mengetahui hubungan tingkat sosial ekonomi dengan kadar haemoglobin pada ibu hamil di Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang.

Metode: Penelitian ini dilakukan secara deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Sampel adalah ibu hamil usia kehamilan 36-40 minggu sebanyak 97 responden, yang terpilih melalui *random sampling*. Analisa data menggunakan analisa univariat, bivariat dan multivariat.

Hasil: Ibu hamil yang mengalami anemia sebanyak 54,6 persen dan yang tidak mengalami anemia sebanyak 45,4 persen. Hasil analisa bivariat dari 4 variabel yang diteliti semuanya tidak ada hubungan yang bermakna dengan nilai $p > 0,05$.

Kesimpulan: Status ekonomi tidak terbukti mempengaruhi keadaan haemoglobin pada ibu hamil. Disarankan kepada petugas kesehatan dapat memberikan penyuluhan kepada ibu hamil tentang cara mengkonsumsi Fe dengan benar dan teratur serta memberikan penyuluhan tentang makanan yang baik untuk ibu hamil.

Kata kunci: Tingkat sosial ekonomi, kadar haemoglobin

PENDAHULUAN

Tingginya angka kematian ibu di Indonesia masih merupakan masalah prioritas di bidang kesehatan. Disamping menunjukkan derajat kesehatan masyarakat, juga dapat menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat dan kualitas pelayanan kesehatan. Menurut Mc. Carty dan Maine, angka kematian ibu dapat diturunkan secara tidak langsung dengan memperbaiki status sosial ekonomi yang mempunyai efek terhadap salah satu dari seluruh penyebab langsung kematian ibu.¹

Penyebab langsung kematian ibu adalah trias klasik yang meliputi perdarahan, infeksi, dan keracunan kehamilan. Salah satu penyebab kematian ibu akibat perdarahan adalah anemia. Menurut data profil kesehatan Indonesia, kematian wanita dengan anemia adalah empat kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita tanpa anemia.²

Anemia adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin (Hb) dalam darahnya kurang dari 12 gr%. Sedangkan anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar <10,5 gr% pada trimester II.³

Anemia pada ibu hamil umumnya disebabkan oleh perubahan fisiologis saat kehamilan dan diperberat dengan keadaan kurang gizi. Anemia yang sering dijumpai pada kehamilan adalah akibat kekurangan zat besi. Hal ini terjadi karena meningkatnya kebutuhan zat besi untuk mensuplai fetus dan plasenta, dalam rangka pembesaran jaringan dan masa sel darah merah.²

Pengaturan gizi yang optimal saat kehamilan akan memberikan hasil akhir yang positif, tetapi keadaan malnutrisi dapat membawa akibat yang merugikan kesehatan dan tumbuh kembang janin. Kebutuhan makanan yang dikonsumsi ibu hamil tidak hanya ditekankan dalam jumlah takarannya, tetapi pada nilai atau kualitas gizinya. Selain bermutu tinggi, jumlah zat gizi yang

dikonsumsi ibu hamil perlu diatur dengan baik, sebab kekurangan zat besi dalam makanan sehari-hari secara berkelanjutan dapat meningkatkan risiko terjadinya anemia gizi.⁴ Kurangnya pengetahuan tentang makanan yang mengandung banyak gizi serta cara pengolahan makanan dan pola makan yang benar merupakan faktor tidak langsung terjadinya anemia pada ibu hamil.⁵

Menurut *World Health Organization* (WHO), kejadian anemia pada ibu hamil berkisar antara 20-89 persen dengan menetapkan kadar haemoglobin (Hb) 11gr% sebagai dasarnya. Di negara maju, prevalensi anemia antara 2-6 persen dan di negara berkembang berkisar hingga 50 persen.⁶

Di Indonesia, anemia pada ibu hamil cukup tinggi, sementara persentase wanita hamil dari keluarga miskin yang mengalami anemia terus meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan (8% trimester I, 12% trimester II dan 29% pada trimester III). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aminudin di Puskesmas Bantimuning tahun 2004, persentase anemia ibu hamil sebesar 83,6 persen. Sementara prevalensi ibu hamil dengan anemia di Provinsi Jawa Barat sebesar 51,7 persen. Sedangkan di Kabupaten Karawang untuk tahun 2009, persentase anemia pada ibu hamil belum diketahui secara pasti.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan status sosial ekonomi dengan kadar haemoglobin ibu hamil di Puskesmas Kabupaten Karawang. Tujuan pada penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan status sosial ekonomi dengan kadar haemoglobin pada ibu hamil.

METODE

Desain penelitian secara kuantitatif dengan menggunakan rancangan *Cross Sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh ibu hamil dengan usia kehamilan 36 minggu atau lebih di Puskesmas Kabupaten Karawang, dengan jumlah sampel sebanyak 97 ibu hamil, yang

terpilih melalui *random sampling*.⁷

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner terstruktur, yaitu setiap item pertanyaan sudah disediakan pilihan jawaban. Tingkat sosial ekonomi dalam penelitian ini diukur berdasarkan pendapatan setiap bulan, pendidikan dan jumlah anggota keluarga, yang terbagi menjadi dua kategori, yaitu tingkat sosial ekonomi tinggi (pendapatan perbulan sebesar Rp.1.100.000 berdasarkan upah minimum regional (UMR) Kabupaten Karawang, pendidikan tamat SLTA/ perguruan tinggi, jumlah anggota keluarga kurang dari 4 orang) dan tingkat sosial ekonomi rendah (pendapatan perbulan kurang dari 1.100.000, pendidikan SD sampai SMP, jumlah anggota keluarga lebih 4 orang).

Variabel pengetahuan diukur dengan memberikan beberapa pertanyaan tentang anemia pada kehamilan, yang dibagi menjadi dua kategori. Pertama pengetahuan tinggi (nilai ≥ 70) dan pengetahuan rendah (nilai < 70). Variabel konsumsi zat besi (Fe) dibagi menjadi dua kategori, yaitu teratur (konsumsi Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan) dan tidak teratur (konsumsi Fe < 90 tablet selama kehamilan). Variabel status gizi menggunakan pengukuran indeks massa tubuh (IMT), yang terbagi dalam tiga kategori (kurus (IMT $\leq 17,0$), normal (IMT $> 17,1 - 25,0$) dan gemuk (IMT > 25)). Sementara untuk pemeriksaan kadar Hb dilakukan oleh petugas laboratorium dengan metode *cyanmethemoglobin*, kemudian dibagi menjadi dua kategori untuk menentukan status anemia, yaitu anemia (kadar Hb < 11 gr%) dan tidak anemia (kadar Hb ≥ 11 gr%). Seluruh alat yang digunakan untuk mengukur berat badan, tinggi badan, dan kadar Hb telah dikalibrasi sebelumnya. Analisis data yang dilakukan meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

HASIL

1. Analisa Univariat

Dari tabel 1 terlihat bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, yang dilihat dari kadar Hb, sebesar 54,6 persen.

Sementara itu, tingkat sosial ekonomi terlihat tidak berbeda. 50,5 persen ibu memiliki tingkat ekonomi rendah dan 49,5 persen memiliki tingkat ekonomi tinggi.

Tabel 1. Hasil analisa univariat

Variabel	Jumlah	Persentase
Kadar Hb		
- Anemia	53	54,6
- Tidak anemia	44	45,4
Tingkat Sosial Ekonomi		
- Tinggi	48	49,5
- Rendah	49	50,5
Pengetahuan		
- Tinggi	56	57,7
- Rendah	41	42,3
Status Gizi		
- Kurus	6	6,2
- Normal	77	79,4
- Gemuk	14	14,4
Konsumsi Fe		
- Teratur	37	38,1
- Tidak teratur	60	61,9

Lebih dari 57 persen ibu memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi, berstatus gizi normal sebesar 79,4 persen, serta mengkonsumsi Fe secara tidak teratur sebesar 61,9 persen.

Berdasarkan tabel 2, terlihat bahwa dari 4 variabel yang diteliti, yaitu tingkat sosial ekonomi, pengetahuan, status gizi, pengetahuan dan konsumsi Fe, tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kadar haemoglobin pada ibu hamil, yang dilihat berdasarkan nilai 95%CI. Selanjutnya, menentukan variabel yang akan masuk dalam pemodelan berdasarkan nilai $P < 0,25$ atau yang dianggap secara substansi penting.⁸

Dari tabel 3, tampak variabel yang masuk dalam pemodelan adalah status ekonomi dengan P value 0,31, pengetahuan P value 0,09, status gizi dengan P value 0,32 dan konsumsi Fe dengan nilai P value 0,14. Sedangkan pada tabel 4, terlihat bahwa seluruh variabel tidak memiliki interaksi antar variabel independen. Setelah dilakukan

analisis multivariat, diketahui bahwa tingkat sosial ekonomi tidak berhubungan dengan kadar haemoglobin pada ibu hamil (Tabel 5).

Tabel 2. Hasil analisa bivariat

No	Variabel	Kadar Hb				Jumlah		P value	OR	CI 95%
		Anemia		Tidak anemia		N	%			
		N	%	N	%					
1	Tingkat sosial ekonomi									
	- Rendah	24	49,0	25	51,0	49	100,0	0,31	1,6	0,711-3,557
	- Tinggi	29	60,4	19	39,6	48	100,0			
2	Pengetahuan							0,09	0,4	0,196-1,033
	- Rendah	27	65,9	14	34,1	41	100,0			
	- Tinggi	26	46,4	30	53,6	56	100,0			
3	Status gizi							0,32	-	-
	- Kurus	5	83,3	1	16,7	6	100,0			
	- Normal	40	42,1	37	48,1	77	100,0			
	- Gemuk	8	7,6	6	6,4	14	100,0			
4	Konsumsi Fe							0,14	1,1	0,849-4,589
	- Teratur	29	48,3	31	51,7	60	100,0			
	- Tidak teratur	24	64,9	13	35,1	37	100,0			

Tabel 3. Hasil analisis bivariat variabel independen dengan kadar Hb ibu Hamil

No	Variabel	P Value	OR	CI 95%	Ket
1.	Tingkat sosial Ekonomi	0,31	1,6	0,711-3,557	*
2.	Pengetahuan	0,09	0,4	0,196-1,033	*
3.	Status Gizi	0,32	-	-	*
4.	Konsumsi Fe	0,14	1,9	0,849-4,589	*

Ket : * = Masuk sebagai kandidat multivariat

- = Tidak masuk sebagai kandidat multivariat

Tabel 4. Hasil analisa multivariat

No.	Variabel	P Value	OR	CI 95%
1.	Sosek dengan pengetahuan	0,838	0,8	0,133-5,13
2.	Gizi dengan sosek	0,085	0,1	0,14-1,31
3.	Fe dengan sosek	0,217	0,3	0,49-1,98

Tabel 5. Model Akhir

No.	Variabel	P Value	OR	CI 95%
1.	Sosek	0,334	1,5	0,661-3,38
2.	Fe	0,141	1,9	0,809-4,43

Analisis multivariat, diketahui bahwa tingkat sosial ekonomi tidak berhubungan dengan kadar haemoglobin pada ibu hamil (Tabel 5).

PEMBAHASAN

a. Kadar Haemoglobin

Dari 97 responden diketahui bahwa ibu hamil yang mengalami anemia sebanyak 54,6 persen. Hal tersebut menunjukkan bahwa di Kabupaten Karawang masih banyak ibu hamil yang mengalami anemia. Angka kejadian anemia di Puskesmas Kabupaten Karawang lebih besar dari angka

kejadian anemia di Jawa barat yaitu 51,7 persen.

Prevalensi anemia yang tinggi memberikan berbagai dampak negatif pada ibu hamil, seperti meningkatnya morbiditas dan mortalitas, baik pada ibu sendiri maupun anak yang dilahirkan. Hal ini mengakibatkan terjadinya konsekuensi fungsional, yaitu menurunnya kualitas sumber daya manusia secara keseluruhan, yang berakibat pada timbulnya gangguan atau hambatan pada pertumbuhan, baik sel tubuh maupun sel otak.⁹

b. Hubungan Tingkat Sosial ekonomi dengan Kadar Haemoglobin

Responden dengan status ekonomi rendah sebanyak 49 persen yang mengalami anemia lebih rendah daripada responden dengan status ekonomi tinggi yaitu 60,4 persen. Hasil uji statistik menunjukkan nilai P sebesar 0,31 yang artinya tidak ada hubungan antara status ekonomi dengan kadar Hb pada ibu hamil. Nilai OR sebesar 1,6 pada hubungan tersebut memiliki arti bahwa status ekonomi yang rendah berpeluang 1,6 kali dibanding ibu hamil yang status ekonominya tinggi

Tingkat sosial ekonomi diantaranya adalah (pendapatan, pendidikan dan jumlah anggota keluarga). Tingkat ekonomi (pendapatan) yang rendah dapat mempengaruhi pola makan. Sebagian besar pengeluaran ditujukan untuk memenuhi kebutuhan pangan, dengan berorientasi pada jenis pangan karbohidrat. Hal ini disebabkan makanan yang mengandung banyak karbohidrat, lebih murah dibandingkan dengan makanan sumber zat besi, sehingga kebutuhan zat besi akan sulit terpenuhi, dan dapat berdampak pada terjadinya anemia gizi besi.¹⁰

Pendidikan merupakan salah satu ukuran yang digunakan dalam status sosial ekonomi.¹¹ Ibu hamil yang memiliki pendidikan yang kurang, akan mempengaruhi kemampuan ibu dalam mendapatkan informasi mengenai anemia pada kehamilan. Berdasarkan penelitian Muhamad menunjukkan adanya hubungan

yang signifikan antara pendidikan dengan status anemia.

Besarnya suatu keluarga serta komposisi

dari suatu keluarga dan tingkat pendapatan keluarga, berasosiasi dengan kualitas dan kuantitas diet yang berlaku didalam keluarga itu. Jumlah anggota keluarga yang besar tentu berbeda dengan jumlah anggota keluarga kecil dalam hal pemerataan makanan dan pendapatan. Pada keluarga dengan jumlah anggota yang besar, pemerataan dan kecukupan makanan dalam keluarga kurang, sehingga menyebabkan kekurangan gizi dan berdampak pada anemia.¹²

Menurut hasil penelitian, anemia sering terjadi pada ibu hamil dengan angka kejadian kira-kira 20-60 persen, insiden ini bervariasi tergantung pada keadaan sosial ekonomi yang rendah yang mengakibatkan anemia defisiensi besi.¹²

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori, dikarenakan walaupun status ekonominya rendah tetapi pengetahuan responden baik, sehingga anemia tidak terjadi karena responden mengerti dan tahu tentang makanan yang harus dikonsumsi ibu hamil, sehingga responden berusaha untuk memenuhi kebutuhan gizi sesuai dengan daya belinya.

c. Hubungan Pengetahuan dengan Kadar Haemoglobin

Responden dengan pengetahuan rendah yang mengalami anemia sebesar 65,9 persen lebih tinggi dari responden yang pengetahuannya tinggi yaitu 46,4 persen. Hasil uji statistik menunjukkan nilai P 0,09 yang artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kadar Hb. Nilai OR 0,4 memiliki arti bahwa responden yang pengetahuan rendah berpeluang 0,4 kali untuk mengalami anemia. Kurangnya pengetahuan ibu terhadap anemia akan mempengaruhi ibu dalam mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi dan dalam mengolah makanan yang benar, sehingga mengakibatkan asupan makanan yang mengandung zat besi tidak adekuat. Dalam hal ini, zat besi sangat berpengaruh

sekali dalam kejadian anemia.¹³ Berdasarkan hasil penelitian Nanik, tampak bahwa ada hubungan yang kuat antara pengetahuan dengan status anemia pada ibu hamil dengan r hitung (r_{xy}) sebesar 0,597.¹⁴

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan anemia. Hal ini karena pengetahuan bukanlah satu-satunya faktor yang bisa mempengaruhi terjadinya anemia pada ibu hamil, sebab meskipun ibu hamil memiliki pengetahuan yang kurang tentang anemia namun jika mereka terbiasa mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi sehingga anemia tidak terjadi.

d. Hubungan Status Gizi dengan Kadar Haemoglobin

Responden dengan status gizi kurus yang mengalami anemia sebesar 83,3 persen lebih tinggi dari responden dengan status gizi gemuk yaitu 57,1 persen. Hasil uji statistik menunjukkan nilai P sebesar 0,32 yang artinya tidak ada hubungan antara status gizi dengan kadar haemoglobin.

Status gizi ibu selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Ibu dengan kondisi gizi kurang pada masa kehamilan, sering melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), vitalitas yang rendah dan kematian yang tinggi, terlebih lagi bila menderita anemia. Dampak pada ibu hamil dapat menyebabkan risiko komplikasi antara lain anemia, perdarahan, BB ibu tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi.¹⁵

Tidak adanya hubungan antara status gizi dengan anemia. Hal ini dimungkinkan walaupun responden dengan status gizi kurus namun asupan zat besi dari makanan yang dikonsumsinya cukup maka kemungkinan ibu hamil tersebut tidak mengalami anemia.

e. Hubungan Konsumsi Fe dengan Kadar Haemoglobin

Responden yang mengkonsumsi Fe secara teratur mengalami anemia sebesar 64,9

persen lebih tinggi dibandingkan yang mengkonsumsi Fe secara teratur yaitu 48,3 persen. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p=0,16$ yang artinya tidak ada hubungan antara konsumsi Fe dengan kadar Hb. Nilai OR 1,1 yang berarti bahwa responden yang konsumsi Fe-nya tidak teratur berpeluang 1,1 kali untuk terjadinya anemia

Saat kehamilan, zat besi yang dibutuhkan oleh tubuh lebih banyak dibandingkan saat tidak hamil. Proses haemodilusi yang terjadi pada masa hamil dan meningkatnya kebutuhan ibu dan janin, serta kurangnya asupan zat besi lewat makanan mengakibatkan kadar Hb ibu hamil menurun.¹⁶ Zat besi bagi wanita hamil dibutuhkan untuk memenuhi kehilangan basal. Juga untuk pembentukan sel-sel darah merah yang semakin banyak serta janin dan plasentanya. Seiring dengan bertambahnya umur kehamilan, zat besi yang dibutuhkan semakin banyak, dengan demikian risiko anemia zat besi semakin besar. Untuk mencegah kejadian tersebut, maka kebutuhan akan tablet besi harus dipenuhi.¹⁷

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengatasi tingginya prevalensi ibu hamil yang menderita anemia gizi adalah suplementasi tablet besi pada ibu hamil sebanyak 1 tablet setiap hari berturut turut selama 90 hari selama masa kehamilan. Namun ada masalah yang dihadapi dalam suplementasi tablet besi yaitu ibu hamil sukar untuk mengkonsumsinya setiap hari dengan alasan lupa, 'eneg' dan sebagainya. Agar penyerapan besi menjadi maksimal dianjurkan minum zat besi dengan air minum yang sudah dimasak dan vitamin C, serta mengurangi konsumsi makanan yang dapat menghambat penyerapan zat besi, seperti konsumsi teh saat minum tablet besi.^{17, 18, 19}

Tidak adanya hubungan antara konsumsi Fe dengan kadar Hb terjadi karena responden banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi (sayuran yang berdaun hijau dan lainnya), walaupun tidak mengkonsumsi Fe secara teratur, sehingga dapat terhindar dari anemia.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Kejadian ibu hamil yang mengalami anemia sebanyak 54,6%. Tingkat sosial ekonomi tidak terbukti mempengaruhi kadar haemoglobin pada ibu hamil.

Saran

Bagi ibu hamil dengan tingkat sosial ekonomi rendah, dapat diberikan penyuluhan mengenai pemenuhan akan bahan makanan yang bernilai gizi tinggi dan terjangkau, serta cara pengolahan makanan yang baik dan benar. Selain itu, petugas kesehatan dapat juga memberikan penyuluhan kepada ibu hamil tentang cara mengkonsumsi Fe dengan benar dan teratur.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada, Drs. Sutikno, M.Kes, Selaku direktur Poltekkes Bandung; DR. Ir. Aryani Sudja, M.Kes. Bagian UPPM Poltekkes Bandung; Ns Lia Komalasari, S.Kep, Selaku ketua Jurusan Kebidanan Karawang; Dr Asep Hidayat Lukman, M.Kes, Selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang; Kepala Puskesmas di Kabupaten Karawang yang telah memberikan kontribusi besar bagi terlaksananya penelitian dan penulisan artikel ilmiah ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mc. Cathy J and Maine, A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. *Studies in Family Planning*, January/February 1992; 23(1):23-33
2. Depkes, BKKBN, BPS, USAID. *Survey dan Data Statistic*. 2008. Jakarta
3. Fatimah, Hadju et al. Pola Konsumsi dan Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil di Kabupaten Maros, Sulawesi Selatan. *Makara Kesehatan*, 2011; 5
4. Idrus, Dwiyana Ocviayanti. *Gizi ibu hamil*. 2008. Jakarta: PT Gaya Paovorit Press
5. Depkes. *Pedoman Praktis Memantau Status Gizi Orang Dewasa*. 1996. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
6. WHO. *Report of Working Group on Anemia*, WHO Report. 1992.
7. Lemeshow. S, et all. *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. cetakan pertama, diterjemahkan oleh Dibyso Pramono. 1997. Yogyakarta: UGM Press
8. Hastono, Sutanto Priyo. *Modul praktikum Biostatistik*. 2006. Depok: FKM Universitas Indonesia
9. Depkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2008. 2009*. Jakarta: Depkes RI
10. Winarno FG. *Kimia Pangan dan Gizi*. 1997. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
11. Timmreck C. *Epidemiologi Suatu Pengantar, Pekerjaan dan Pendidikan Sebagai Karakteristik Orang*. 2005. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC
12. Mulyono Joyomartono. *Pengantar Antropologi Kesehatan*. 2004. Semarang: UNNES Press
13. Tarwoto. *Anemia pada Ibu Hamil Konsep dan Penatalaksanaan*. 2007. Jakarta: Trans Info Medi
14. Nanik, Faridati. *Hubungan Pendapatan Rumah Tangga Dalam Pengetahuan Terhadap Status Anemia Pada Ibu Hamil 2005-2006 di Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang*. Semarang
15. Lubis, Z. *Status Gizi Ibu Hamil serta Pengaruhnya terhadap Bayi yang Dilahirkan*. Jakarta. Diunduh dari <http://tumoutou.net/7020734/zulhaidalubis.htm>
16. Hanifa, Winkjosastro. *Ilmu Kebidanan*. 2002. Jakarta: Penerbit PT.EGC
17. Wirakusumah E. S. *Perencanaan Menu Anemia Gizi Besi*. 1998. Jakarta: Trubus Agriculture
18. Institute of Medicine. *Nutrition During Pregnancy*. 1990. National Academis Press
19. Wiknjastro. *Ilmu Kebidanan (3rd ed) Cetakan ke 7*. 2005. Jakarta: EGC

GAMBARAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF BAYI 0-6 BULAN DI WILAYAH PUSKESMAS SAMIGALUH II TAHUN 2013

Exclusive Breast Feeding Description in Area of Primary Health Centre Samigaluh II 2013

Tutik Inayah Susilaningsih
Pusat Kesehatan Masyarakat Samigaluh II

Abstract

Background: Exclusive breastfeeding in area of primary health centre Samigaluh II was still in the low standard 80%.

Objective: The aims of this survey to know exclusive breastfeeding description.

Methods: Cross sectional study design was used, data collected by recall 24 hour combined with delivery recall. Exclusive breastfeeding coverage got from five composites question list. The data got from all of mothers who have baby 0-6 month in area of primary health centre Samigaluh II, Kulon Progo, DIY (48 responden) which is consist of three villages Pagerharjo, Kebonharjo, and Banjarsari.

Results: Exclusive breastfeeding in area of primary health centre still in the low rate (68,75%) the part of 6 months exclusive breastfeeding 6,3%. Majority mothers had finished high education, graduated from senior high school (66,7%). All of delivery process have been helped by health workers. Mother who failed for giving exclusive breastfeeding since after delivered the baby caused of caesarean and gave formula milk to the baby in early period.

Conclusions: The coverage of exclusive breastfeeding still in the low rate of targetted number so need some efforts to increase the knowledge and understanding of mother and family by giving information about nutrition correctly.

Keywords : coverage, exclusive breastfeeding, Primary Health Centre of Samigaluh II.

Abstrak

Pendahuluan: Cakupan ASI eksklusif di wilayah Puskesmas Samigaluh II masih di bawah target 80%.

Tujuan: Survei ini untuk mengetahui gambaran cakupan ASI eksklusif.

Metode: Desain survei adalah *cross sectional*, pengumpulan data dilakukan dengan metode *recall* 24 jam dikombinasikan dengan *recall* sejak lahir. Cakupan pemberian ASI eksklusif diperoleh dari komposit lima pertanyaan. Data diperoleh dari seluruh ibu yang mempunyai bayi usia 0-6 bulan di wilayah Puskesmas Samigaluh II, Kulon Progo, DIY (48 responden) yang meliputi tiga desa Pagerharjo, Kebonharjo, dan Banjarsari.

Hasil: Cakupan pemberian ASI di wilayah Puskesmas Samigaluh II tahun 2013 mencapai 68,75%; dimana ASI eksklusif 6 bulan 6,3%. Mayoritas ibu telah tamat pendidikan SMA (66,7%). Keseluruhan (100%) persalinan telah ditolong oleh tenaga kesehatan. Ibu yang gagal memberikan ASI eksklusif sejak lahir disebabkan pasca melahirkan secara *caesarean section* dan pemberian susu formula secara dini.

Kesimpulan: Cakupan ASI eksklusif masih rendah sehingga diperlukan upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman ibu dan keluarga dengan pemberian informasi tentang perilaku gizi yang baik dan benar.

Kata kunci : cakupan, ASI eksklusif, Puskesmas Samigaluh II

PENDAHULUAN

Upaya peningkatan penggunaan air susu ibu (ASI) telah disepakati secara global. WHO dan UNICEF dengan Deklarasi Innocenti (September 1990) dan Konferensi Puncak untuk anak (September 1991) menetapkan bahwa untuk mencapai status kesehatan ibu dan anak yang optimal, semua wanita harus dapat memberikan ASI saja sampai bayi berusia 4-6 bulan (menyusui secara eksklusif), memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) tepat pada waktunya dan terus memberikan ASI sampai anak berusia 2 tahun.¹ WHO mendefinisikan ASI Eksklusif sebagai pemberian makan kepada bayi hanya dengan ASI saja, tanpa makanan atau cairan lain (termasuk susu formula) kecuali obat, vitamin, dan mineral.^{2,3}

Praktik pemberian ASI telah dilakukan di seluruh lapisan masyarakat di seluruh dunia. Pemberian ASI eksklusif memberikan banyak keuntungan karena biayanya yang murah, nutrisi yang lengkap bagi bayi, perlindungan terhadap infeksi termasuk diare pada bayi,^{2,4,5} infeksi saluran nafas, obesitas atau kegemukan,⁵ serta perdarahan dan paritas ibu.² Pada kondisi yang kurang menguntungkan seperti di negara-negara berkembang, di mana masyarakat mempunyai keterbatasan ekonomi dan higiene, pemberian ASI merupakan cara pemberian makanan yang sangat tepat dan kesempatan terbaik bagi kelangsungan hidup bayi, serta dapat mempertemukan kebutuhan ibu dan anak.⁶

ASI merupakan makanan yang bergizi sehingga tidak memerlukan tambahan komposisi. Di samping itu, ASI mudah dicerna oleh bayi dan langsung terserap. Diperkirakan 80% dari jumlah ibu yang melahirkan ternyata mampu menghasilkan air susu dalam jumlah yang cukup untuk keperluan bayinya secara penuh tanpa makanan tambahan selama enam bulan pertama. Bahkan ibu yang gizinya kurang baik pun sering dapat menghasilkan ASI cukup tanpa makanan tambahan selama tiga bulan pertama.⁷

Bayi yang sehat akan mengkonsumsi sekitar 700-800 ml ASI setiap hari. Akan

tetapi penelitian yang dilakukan pada beberapa kelompok ibu dan bayi menunjukkan terdapatnya variasi dimana seseorang bayi dapat mengkonsumsi sampai 1 liter selama 24 jam, meskipun kedua anak tersebut tumbuh dengan kecepatan yang sama. Konsumsi ASI selama satu kali menyusui atau jumlahnya selama sehari penuh sangat bervariasi. Ukuran payudara tidak ada hubungannya dengan volume air susu yang diproduksi.⁷ Pemberian ASI eksklusif akan memberikan sistem imun/kekebalan tubuh alami bagi bayi baru lahir hingga berusia 1 tahun yang masih rentan terhadap penyakit, sehingga secara tidak langsung ASI eksklusif berperan dalam penurunan angka kematian neonatal. ASI mengandung kolostrum yang sangat diperlukan bayi dalam tumbuh kembangnya. Dengan memberikan susu pertama yang mengandung kolostrum, diharapkan bayi mampu melampaui tahun pertamanya dari penyakit yang dapat menyebabkan penurunan kesehatan.⁸

Cakupan pemberian ASI eksklusif di Indonesia dari tahun 2003 sampai dengan 2007 berturut-turut 43,42%, 54,28%, 58,25%, 54,92% dan 74,2%⁶. Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan salah satu propinsi di Indonesia dengan cakupan pemberian ASI eksklusif yang masih dibawah target. Tahun 2006 dan 2007 tercatat cakupan pemberian ASI eksklusif 36,51% dan 33,09%. Sedangkan di kabupaten Kulon Progo sendiri berturut-turut 45% dan 32,6%.⁹ Puskesmas Samigaluh II merupakan satu diantara 21 puskesmas yg ada di wilayah Kabupaten Kulon Progo. Wilayah kerja Puskesmas Samigaluh II terdiri dari tiga desa yaitu Desa Pagerharjo, Banjarsari, dan Kebonharjo dengan kondisi geografis yang merupakan daerah berbukit-bukit.¹⁰ Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Samigaluh II sebagian besar berprofesi sebagai petani (sesuai kondisi geografis) dan masih menjunjung tinggi adat budaya setempat.

Keadaan topografi ketiga desa di wilayah Puskesmas Samigaluh II terdiri dari daerah perbukitan/ pegunungan 70% dan dataran rendah 30% dengan ketinggian rata-rata

300-700m di atas permukaan laut. Jarak seluruh desa dengan pusat pemerintahan kabupaten 49 km. Dalam hal transportasi di saat musim kemarau seluruh dusun sudah dapat terjangkau kendaraan roda 4, namun di saat musim hujan hanya dapat menjangkau dusun-dusun yang jalannya telah diperkeras dengan aspal ataupun beton. Keadaan pemukiman penduduk terpencar-pencar, dengan jalan setapak untuk menghubungkan antara rumah yang satu dengan rumah yang lain.¹⁰

Cakupan ASI eksklusif di wilayah Puskesmas Samigaluh II dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2013 mengalami peningkatan. Berdasarkan laporan akhir tahun program gizi tahun 2011, cakupan pemberian ASI eksklusif di wilayah Puskesmas Samigaluh II sebesar 21 % dihitung hanya berdasarkan bayi yang mendapatkan ASI saja sampai dengan 6 bulan.¹¹

Pada tahun 2012, metode yang digunakan untuk menghitung cakupan pemberian ASI eksklusif sudah berdasarkan rekomendasi WHO menggunakan metode *recall 24 jam* sesuai dengan kelompok umur bayi 0-6 bulan. Angka cakupan pemberian ASI eksklusif tahun 2012 meningkat menjadi 46, 8%. Perbedaan metode penghitungan juga mempengaruhi angka cakupan pemberian ASI eksklusif.¹²

Survei ini bertujuan untuk mengetahui gambaran cakupan ASI eksklusif di wilayah Puskesmas Samigaluh II tahun 2013. Landasan yang digunakan adalah teori perubahan perilaku oleh Lawrence Green, dimana perilaku seseorang itu dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat.¹³ Hal ini menjadi bahan penguat analisis.

METODE

Metode yang digunakan dalam penulisan ini adalah *Cross Sectional* secara deskriptif. Responden yang diambil datanya berjumlah 48 orang, melibatkan seluruh ibu-ibu yang mempunyai bayi pada rentang usia 0-6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Samigaluh II yang meliputi tiga desa yaitu

Desa Pagerharjo, Banjarsari, dan Kebonharjo.

Pengumpulan data dilakukan dengan metode *recall 24 jam* dikombinasikan dengan *recall* sejak lahir. Sebagian ahli menganggap bahwa metode *recall 24 jam* mempunyai keterbatasan karena periode waktu yang terlalu singkat yaitu satu hari sebelum survei.⁶ Sedangkan pada metode *recall* sejak lahir memperhitungkan riwayat pemberian ASI sejak lahir.

Survei ini dilakukan di seluruh wilayah kerja Puskesmas Samigaluh II pada bulan Januari sampai Februari 2013. Kuesioner yang digunakan merupakan adopsi dari Dinas Kesehatan setempat. Pada survei ini, data cakupan pemberian ASI eksklusif diperoleh dari komposit lima pertanyaan berikut :

1. Apakah ibu menyusui bayi ibu?

Pertanyaan ini menanyakan riwayat status menyusui ibu ke bayi terakhir.

2. Jika iya, mulai kapan ibu menyusui bayi ibu?

Pertanyaan ini merupakan pertanyaan lanjutan apabila riwayat status ibu pernah menyusui bayinya yang terakhir dengan menanyakan waktu ibu mulai menyusui.

3. Sudah pernahkah bayi ibu diberikan makanan selain ASI?

Pertanyaan ini berhubungan dengan pemberian makanan atau minuman prelakteal pada bayi yang terakhir. Bayi dinyatakan diberikan ASI eksklusif hanya jika dalam 24 jam terakhir bayi disusui/diberi ASI saja; sejak lahir sampai saat survei bayi belum diberi makanan atau minuman selain ASI; dan sebelum ASI keluar bayi tidak diberi makanan prelakteal berupa makanan atau minuman lain, termasuk air putih, selain menyusui (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes; ASI perah juga diperbolehkan).⁶

4. Jika sudah pernah, pada umur berapa dan apa yang diberikan?

Pertanyaan ini merupakan pertanyaan lanjutan tentang pemberian makanan atau minuman prelakteal pada bayi dengan menanyakan umur bayi terakhir ketika diberikan makanan atau minuman prelakteal pertama dan jenis makanan yang diberikan.

5. Kemarin anak ibu diberi makan apa?

Pertanyaan ini hanya sebagai *crosscheck* jawaban responden untuk mengetahui konsistensi jawaban yang diberikan pada pertanyaan sebelumnya.

Selain lima pertanyaan tersebut ditanyakan pula pertanyaan tentang :

1. tingkat pendidikan ibu yaitu jenjang pendidikan formal yang ditamatkan oleh ibu yang terakhir
2. status tempat tinggal ibu yaitu dengan siapa ibu tinggal pada saat dilakukan wawancara
3. tempat ibu melahirkan atau tempat persalinan yaitu tempat/ fasilitas dimana ibu melahirkan pada persalinan terakhir
4. penolong persalinan yaitu tenaga yang terakhir membantu proses persalinan ibu pada persalinan terakhir
5. proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yaitu kegiatan bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir dengan cara diletakkan di dada ibu agar bayi merangkak mencari payudara ibu¹⁴

Kemudian cakupan pemberian ASI eksklusif dikategorikan menurut kelompok umur 0-1 bulan, 2-3 bulan, 4-5 bulan, 6 bulan, dan tidak ASI eksklusif. Analisis data dilakukan secara deskriptif, kemudian hasilnya disimpulkan berdasarkan studi literatur.

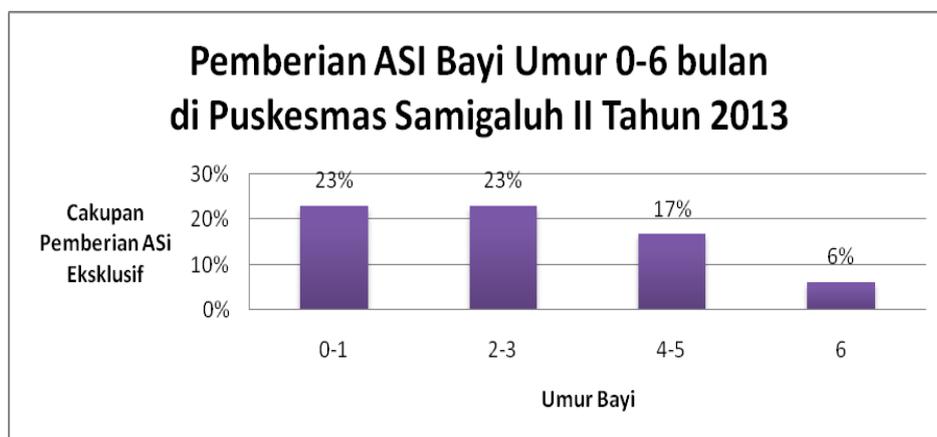
HASIL

Berdasarkan gambar 1 dapat dilihat bahwa cakupan ASI eksklusif cenderung menurun seiring dengan bertambahnya kelompok umur.

Pengelompokan umur hanya dapat merepresentasikan cakupan pemberian ASI eksklusif pada kelompok umur tersebut dan tidak dapat merepresentasikan proporsi bayi yang diberi ASI eksklusif sampai umur di bawah 6 bulan. Cakupan pemberian ASI eksklusif pada kelompok umur 4-5 bulan adalah angka estimasi pemberian ASI eksklusif di populasi.⁶

Cakupan pemberian ASI bayi 0-6 bulan di wilayah Puskesmas Samigaluh II tahun 2013 mencapai 68,75 persen. Walaupun demikian, hanya enam persen ibu yang menyusui bayisecara ASI eksklusif atau penuh selama enam bulan dan kelompok tertinggi pemberian ASI eksklusif pada kelompok umur 0-1 bulan dan 2-3 bulan sebesar 23 persen. Secara keseluruhan hasilnya dapat dilihat pada gambar 1.

Gambar 1. Cakupan Pemberian ASI Eksklusif Berdasarkan Kelompok Umur

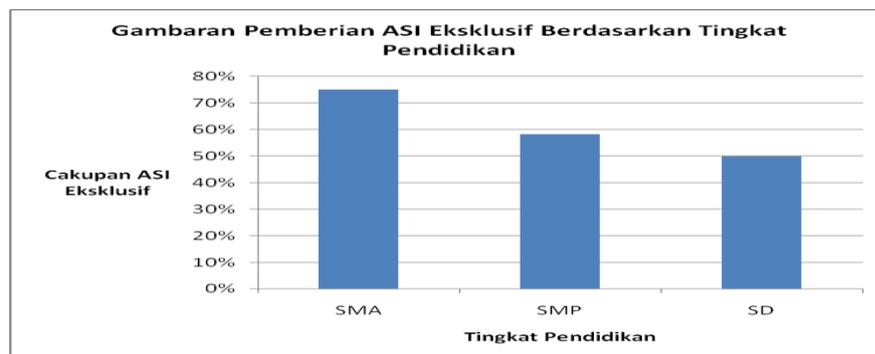


Berdasarkan gambar 2 dapat dilihat bahwa semakin rendah tingkat pendidikan persentase ASI eksklusif semakin kecil. Proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD) juga memberikan kontribusi dalam pemberian ASI eksklusif. Sebanyak 83% bayi yang melakukan IMD mendapatkan ASI eksklusif. IMD merupakan proses penting dalam mendukung keberhasilan ASI eksklusif. Namun, belum semua tenaga kesehatan yang melaksanakan proses IMD setelah melahirkan. Meskipun keseluruhan (100%) persalinan telah ditolong oleh tenaga kesehatan, akan tetapi belum seluruhnya melaksanakan IMD setelah melahirkan.

Mayoritas ibu bayi telah tamat pendidikan SMA (66,7%), sedangkan yang lainnya telah menyelesaikan pendidikan 9 tahun atau SMP (25%) dan hanya sebagian kecil yang masih tamat SD (8,3). Gambaran

tingkat pendidikan dengan menyusui secara eksklusif dapat dilihat pada gambar 2. Dengan tingkat pendidikan yang beragam tersebut dapat terlihat perbedaan tingkat pendidikan juga menentukan pemberian ASI eksklusif terhadap bayi. Ibu dengan pendidikan tinggi telah sadar untuk memberikan ASI Eksklusif. Tingkat pendidikan SMA mencapai 70 persen lebih cakupannya pada tingkat SMA 59 persen, sedangkan tingkat SD hanya 50 persen cakupan ASI eksklusifnya.

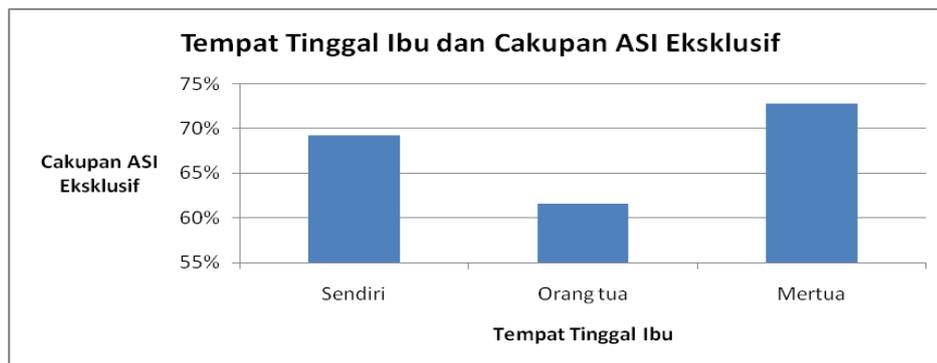
Gambaran pelaksanaan IMD dengan tempat bersalin dapat dilihat pada gambar 3. Berdasarkan gambar tersebut dapat dilihat bahwa cakupan pelaksanaan IMD ibu yang melahirkan di rumah sakit hanya > 30 %, jauh lebih rendah daripada ibu-ibu yang melahirkan di bidan praktek yang cakupan IMD nya mencapai 90 persen.



Gambar 2. Grafik Pemberian ASI Eksklusif dan Tingkat Pendidikan



Gambar 3. Grafik tempat persalinan dengan IMD



Gambar 4. Grafik tempat tinggal ibu

Gambar 4 memperlihatkan bahwa ibu yang tinggal dengan mertua (orang tua suami) mempunyai cakupan pemberian ASI eksklusif paling tinggi (73%).

Tabel 1. Hasil analisis sederhana Chi_Square

	ASI Eksklusif (n)	Tidak ASI Eksklusif (n)	X ²
Tk. Pendidikan			0,546
SD	2	2	
SMP	8	4	
SMA	24	8	
Tempat tinggal			0,665
Sendiri	10	3	
Orang tua	8	5	
Mertua	16	6	
Status IMD			0,003
IMD	29	6	
Tidak IMD	5	8	

Selain variabel yang telah dibahas pada grafik diatas, ditanyakan pula tentang status tempat tinggal ibu yaitu dengan siapa ibu tinggal, karena ada kemungkinan dengan tinggal bersama orang tua atau tinggal sendiri akan berpengaruh terhadap cakupan ASI. Analisis hubungan antar variabel dalam survei ini dilakukan melalui uji hubungan *Chi Square*. Variabel yang dihubungkan adalah tingkat pendidikan, tempat tinggal, dan status IMD dengan pemberian ASI eksklusif. Hasilnya dapat dilihat pada tabel 1 yang merupakan hasil analisa sederhana *Chi Square*.

PEMBAHASAN

Analisis data dalam survei ini dilakukan secara deskriptif sederhana. Uji hubungan terhadap variabel menggunakan analisis *Chi Square*. Kuesioner yang dibagikan merupakan kuesioner awal dimana kuesioner ini akan dibagikan secara rutin setiap enam bulan sekali guna memonitor cakupan ASI eksklusif di wilayah Puskesmas Samigaluh II.

Keterbatasan dalam survei ini adalah kemungkinan adanya *recall bias* pada komposit pertanyaan awal mulai menyusui, umur pemberian makanan selain ASI dan jenis makanan yang pernah diberikan selain ASI. Keterbatasan pertanyaan dalam kuesioner juga mempengaruhi hasil survei karena kuesioner yang disusun merupakan kuesioner program kegiatan di puskesmas yang merupakan hasil adaptasi dinas kesehatan setempat sehingga tidak ada uji validitas terhadap kuesioner.

Namun, survei ini juga memiliki kelebihan yaitu keseluruhan ibu yang memiliki bayi usia 0-6 bulan diambil datanya sehingga hasil yang diperoleh merupakan gambaran yang sebenarnya bukan angka estimasi cakupan pemberian ASI eksklusif di wilayah Puskesmas Samigaluh II karena pengambilan data pada seluruh populasi.

Meskipun cakupan pemberian ASI eksklusif dari tahun 2011 sampai dengan 2013 meningkat, akan tetapi persentase ibu-ibu yang gagal memberikan ASI eksklusif masih tinggi (31,3%). Persentase ibu yang pernah menyusui bayinya masih lebih rendah dari target cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi di bawah usia 6 bulan yaitu 80%.¹⁵ Kegagalan pemberian ASI eksklusif ini disebabkan karena

pasca melahirkan secara *caesarean section* sehingga setelah melahirkan bayi langsung dipisahkan dari ibu, disisi lain ibu takut karena efek samping seperti obat antibiotik yang akan berpengaruh terhadap bayinya,^{4,16} adanya perubahan struktur masyarakat dan keluarga, kemudahan yang didapat sebagai hasil kemajuan teknologi pembuatan makanan bayi, gengarnya iklan tentang susu formula, kesibukan ibu di luar rumah karena bekerja maupun karena tugas-tugas sosial.⁷ Adanya anggapan bahwa produksi ASI yang tidak mencukupi juga menyebabkan kegagalan pemberian ASI eksklusif.^{16,17} Selain itu, kurangnya rasa percaya diri pada sebagian ibu untuk dapat menyusui bayinya akan mendorong ibu untuk lebih mudah memberikan pengganti ASI seperti susu formula atau bahkan pengenalan makanan prelakteal.

Adat budaya yang masih kental di masyarakat Samigaluh juga memberikan kontribusi terhadap rendahnya cakupan pemberian ASI eksklusif. Tidak sedikit ibu yang masih membuang kolostrum karena dianggap susu yang kotor.¹⁴ Padahal kolostrum merupakan cairan yang pertama keluar dan suatu *laxanif* yang ideal untuk membersihkan *meconium* usus bayi yang baru lahir serta mempersiapkan saluran pencernaan bayi untuk menerima makanan selanjutnya.⁷ Hal ini sangat disayangkan mengingat pentingnya kolostrum bagi bayi.

Cakupan ASI eksklusif semakin menurun seiring dengan bertambahnya kelompok umur. Hal ini sejalan dengan survei yang dilaksanakan pada tahun 2002 oleh *Nutrition & Health Surveillance System* (NSS) kerjasama dengan Balitbangkes dan *Helen Keller International* yang menuliskan bahwa cakupan ASI eksklusif 4-5 bulan di pedesaan antara 4%-25%. Sedangkan di usia 5-6 bulan menurun menjadi hanya sebesar 1%-13%.¹⁸ Penyebab menurunnya cakupan ASI eksklusif adalah ibu merasa bahwa semakin bertambahnya umur anak maka ASI tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya walaupun sebenarnya hanya sedikit sekali (2-5%) yang secara biologis memang kurang produksi ASInya, ketakutan jika anak tumbuh menjadi anak yang manja,¹⁴ dan ibu yang bekerja dimana masa cuti hanya sampai 3

bulan sehingga setelah 3 ulan lebih ibu terpaksa memberikan makanan tambahan maupun susu formula.

Rendahnya cakupan pemberian ASI eksklusif terkait dengan pemahaman dan pengetahuan ibu tentang ASI. Pengetahuan itu sendiri berkorelasi positif dengan tingkat pendidikan. Responden yang diwawancarai di wilayah kerja Puskesmas Samigaluh II tahun 2013 mempunyai pendidikan tertinggi SMA/ sederajat (66,7%) bahkan yang lain masih berpendidikan SMP dan SD. Hal ini dapat dijelaskan bahwa ibu dengan tingkat pendidikan tinggi terpapar berbagai sumber informasi dan pengetahuan yang lebih baik tentang pola makan bayi.^{13,14} Sedangkan ibu dengan pendidikan yang lebih rendah memungkinkan ia lambat dalam mengadopsi pengetahuan baru, khususnya tentang hal-hal yang berhubungan dengan pola pemberian ASI.

Meskipun angka cakupan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Samigaluh II masih rendah, namun penolong persalinan secara keseluruhan sudah dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan persentase paling besar adalah bidan. Ada fenomena yang menarik namun ironis dalam rangkaian perawatan kesehatan bayi sejak lahir,⁶ yaitu: cakupan persalinan bayi yang ditolong oleh tenaga kesehatan tinggi (100%) dan cenderung meningkat; **tetapi** cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi umur 0-6 masih rendah dibawah target. Masyarakat memilih bidan sebagai penolong persalinan karena sesuai dengan kondisi geografis Samigaluh yang merupakan daerah perbukitan dengan transportasi massal sulit ditemui. Keberadaan rumah sakit maupun dokter spesialis cukup jauh, sedangkan bidan memang ada di setiap desa.

Inisiasi Menyusu Dini merupakan proses yang memberikan kontribusi terhadap keberhasilan ASI eksklusif. Menurut Sose (1978) menunjukkan hubungan antara kontak ibu-bayi pertama kali terhadap lama menyusui. Bayi yang diberi kesempatan IMD hasilnya dua kali lebih lama disusui. Sejalan dengan Fika dan Syafiq (2003) menunjukkan bayi yang diberi kesempatan untuk menyusu dini hasilnya delapan kali lebih berhasil ASI eksklusif.

Meskipun seluruh proses persalinan sudah ditolong oleh tenaga kesehatan, akan tetapi IMD belum dilakukan pada semua proses persalinan. Terdapat fenomena menarik bahwa hanya 39% ibu yang melahirkan di rumah sakit dan melakukan IMD. Hal ini dapat dipahami karena ibu-ibu melahirkan secara *caesarean section* di rumah sakit sehingga setelah melahirkan bayi langsung dipisahkan dari ibu, disisi lain ibu takut karena efek samping seperti obat antibiotik yang akan berpengaruh terhadap bayinya. Selain itu, banyak rumah sakit yang memang belum melaksanakan teknik rawat gabung dengan bayinya.

Berdasarkan hasil survey diketahui bahwa ibu yang tinggal dengan mertua memiliki cakupan ASI eksklusif yang paling tinggi dan orang tua yang paling rendah. Hal ini terjadi karena rasa *keseganan* dari mertua lebih tinggi daripada dari orang tua. Orang tua yang masih menjunjung adat budaya dan mitos setempat memiliki peluang untuk mempengaruhi kepada ibu yang memiliki bayi dibandingkan dengan mertua.

Dari hasil analisis bivariat didapatkan bahwa Inisiasi Menyusu Dini (IMD) mempunyai hubungan dengan keberhasilan pemberian ASI eksklusif.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Cakupan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Samigaluh II mengalami peningkatan dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2013 yaitu berturut-turut 21%, 46,80% dan 68,75%. Estimasi cakupan pemberian ASI kadang berbeda sesuai dengan batasan umur bayi dan metode yang digunakan.

Dalam hal ini, metode yang digunakan untuk penghitungan adalah *recall* 24 jam dikombinasi dengan *recall* sejak lahir.

Saran

Diperlukan upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman ibu dan keluarga dengan pemberian informasi tentang perilaku gizi yang baik dan benar. Salah satunya adalah melalui kelas ibu dan bisa dikembangkan menjadi kelas ayah atau mertua yang merupakan anggota keluarga yang berpengaruh terhadap keputusan ibu.

Peningkatan komitmen pada petugas kesehatan penolong persalinan agar mendukung penuh upaya pemberian ASI eksklusif. Hal ini bisa diterapkan melalui penerapan peraturan berupa pemberian sanksi bagi fasilitas dan tenaga penolong persalinan yang tidak mendukung ASI eksklusif dan sebaliknya pemberian penghargaan bagi fasilitas dan tenaga penolong persalinan yang mendukung penuh ASI eksklusif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada nutrisi Puskesmas Samigaluh II yang telah melaksanakan survei ini serta seluruh ibu-ibu yang telah bersedia untuk menjadi responden dan diwawancarai sehingga survei dapat dilaksanakan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Setiawati, Mexitalia dan Retno Budihartini. 2003. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ientang Pemberian ASI Eksklusif dengan Praktek Menyusui. Fakultas Kedokteran Undip.
2. Perera, Priyanta J, *et al.* 2012. Actual Exclusive Breastfeeding Living in Gampaha District Sri Lanka : A Prospective Observasional Study. License Biomed Control Ltd.
3. Oche, Mo, AS Umar, Ahmed. 2011. Knowledge and practices of exclusive breastfeeding in Kware, Nigeria. Afr Helath Sci.
4. Thu, Huong Nguyen, *et al.* 2012. Breastfeeding practices in urban and rural Vietnam. BMC Public
5. Agho, Kingsley E., *et al.* 2011. Determinant of Exclusive Breastfeeding in Nigeria. BMC Pregnancy and Childbirth.
6. Widodo, Yekti. 2011. Cakupan Pemberian ASI Eksklusif : Akurasi dan Interpretasi Data Survei dan Laporan Program. Gizi Indonesia Vol 34 (2): 101-108.
7. Siregar, MHD Arifin. 2004. Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya. Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
8. Sari, Natalia Desty Kartika. 2012. Motivasi Bidan Desa Dalam Pelaksanaan Program ASI Eksklusif di Puskesmas Bergas, Kabupaten Semarang. Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol. 1 (2): 91-98.

-
- ⁹Harian Jogja. 17 Mei 2012. Cakupan ASI di DIY Rendah.
<http://www.jogjainfo.net/2008/11/cakupan-asi-di-diy-rendah.html>
- ¹⁰Dokumen Rencana Strategi Bisnis Puskesmas Samigaluh II Tahun 2012.
- ¹¹Laporan Akhir Tahun Gizi Puskesmas Samigaluh II tahun 2011.
- ¹²Laporan Akhir Tahun Gizi Puskesmas Samigaluh II tahun 2012.
- ¹³Green, Lawrence W., Kreuter, Marshal W. 1991. Health Promotion Planning, an Educational and Environmental Approach. Mountain View, Mayfield Publishing Company, 2nd Edition.
- Children Less Than 24 Months of Age in Tanzania: a Secondary Analysis of The 2010 Tanzania Demographic and Health Survey. *BMJ Open* 2013;3:e005129.
- ¹⁷Kimani-Murage *et al.* 2011. Patterns and Determinants of Breastfeeding and Complementary Feeding Practices in Urban Informal Settlements, Nairobi Kenya .*BMC Public Health* 2011, 11:396
- ¹⁸Rahmadhanny, Ratih. 2012. Faktor Penyebab Putusnya ASI Eksklusif Pada Ibu Menyusui di Puskesmas Rumbai Kecamatan Rumbai Pesisir Tahun 2011. Skripsi : FKM UI.

¹⁴Roesli, Utami. 2008. Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif. Pustaka Bunda : Jakarta.

¹⁵Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2010. Jakarta: Kementerian Kesehatan, R.I. Jakarta.

¹⁶Victor R, Baines SK, Agho KE *et al.* 2013. Determinants of Breastfeeding Indicators Among

KEBIASAAN MAKAN MENJADI SALAH SATU PENYEBAB KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK) PADA IBU HAMIL DI POLI KEBIDANAN RSI&A LESTARI CIRENDEU TANGERANG SELATAN

The Eating Habit is One of The Cause Chronic Energy Deficiency (CED) on Pregnant Mothers in Obstetrics Polyclinic at Lestari & Hospital Cirendeu South Tangerang

Deuis Nurul Hasanah*,Febrianti,Minsarnawati

Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah
e-mail: *deu88nh@gmail.com

Abstract

Background: *Chronic Energy Deficiency (CED) is one of the malnutrition problems that often occur in pregnant women, caused by the energy deficiency in a long period.*

Objective: *Analyze the Eating Habits Causing the Chronic Energy Deficiency (CED) in Pregnant Women in the Midwifery Polyclinic RSI&A Lestari Cirendeu South Tangerang .*

Methods: *Used a qualitative approach, through in-depth interviews and observations conducted at the residence of pregnant women. Main informants in this study were pregnant women who suffer from Chronic Energy Deficiency (CED) by determining the size of the Upper Arm Circumference (UAC).*

Results: *Behavioral aspects of eating habits are the cause of chronic energy deficiency in pregnant women. Those aspects consist of: dining etiquette, the pattern of food eaten, the frequency and amount of food, trust and taboos of food, family food distribution, and how they select the food. All aspects of eating behavior such as the habit of not eating with the family, food pattern that has less choices and energy, less frequency and amount of food, taboos of not eating the foods that are good to eat, worse way in distributing food to the family, and worse way in choosing the food is the cause of the CED in pregnant women.*

Conclusions: *Pregnant women should be care about food to consume high energy foods for they are health care.*

Keyword: *Eating Habits, CED, Pregnant women*

Abstrak

Pendahuluan : Kurang Energi Kronis (KEK) merupakan salah satu masalah kurang gizi yang sering terjadi pada wanita hamil, yang disebabkan oleh kekurangan energi dalam jangka waktu yang cukup lama.

Tujuan: Penelitian ini menganalisis perilaku kebiasaan makan penyebab KEK pada ibu hamil di Poli Kebidanan Rumah Sakit Ibu dan Anak Lestari Cirendeu Tangerang Selatan.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, melalui wawancara mendalam dan observasi di kediaman ibu hamil. Informan utama dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang menderita Kekurangan Energi Kronis (KEK) dengan penentuan ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA).

Hasil: Aspek kebiasaan makan merupakan salah satu penyebab KEK pada ibu hamil, semua aspek perilaku kebiasaan makan seperti kebiasaan tidak makan bersama keluarga, pola makanan yang kurang beragam dan bersumber energi, frekuensi dan porsi makanan yang kurang, pantangan terhadap makanan yang memang baik untuk dikonsumsi, cara mendistribusikan makanan keluarga yang kurang baik, dan cara memilih bahan makanan yang kurang baik merupakan penyebab terjadinya KEK pada ibu hamil.

Kesimpulan: Ibu hamil harus bisa menjaga pola makan dengan mengkonsumsi makanan yang tinggi gizi untuk menjaga kelangsungan kesehatannya.

Kata Kunci: *Kebiasaan Makan, KEK, Ibu Hamil*

PENDAHULUAN

Berdasarkan data SDKI 2007, angka kematian ibu di Indonesia sekitar 228 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Pendarahan menempati persentase tertinggi penyebab kematian ibu (28 persen). Anemia dan kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil menjadi penyebab utama terjadinya pendarahan dan infeksi yang merupakan faktor kematian utama ibu.¹

Sedangkan menurut Riskesdas tahun 2010 menunjukkan bahwa konsumsi energi di bawah kebutuhan minimal (kurang dari 70% AKG 2004) di propinsi Banten sebesar 35,2%.² Berdasarkan data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan tahun 2009, Cirendeu merupakan daerah yang termasuk wilayah kerja puskesmas Ciputat Timur dengan prevalensi ibu hamil yang menderita KEK sebanyak 6,47% dari jumlah ibu hamil di wilayah tersebut.

Menurut hasil penelitian Albugis (2008), menunjukkan bahwa ibu hamil yang beresiko KEK di Puskesmas Jembatan Serong, Depok sebanyak 21,8 % dengan ukuran LILA < 23,5 cm. Sedangkan konsumsi energi ibu hamil mempunyai hubungan yang signifikan dengan ibu hamil risiko KEK. Ibu hamil yang mengonsumsi energi < 100 % AKG mempunyai peluang 6,08 kali berisiko KEK.³

Sedangkan menurut hasil penelitian Fadrija (2008), perilaku kebiasaan makan remaja putri terbentuk dikarenakan beberapa faktor yaitu: praktek terhadap makanan, alasan makan, jenis makanan yang dimakan, dan pengetahuan gizi. Faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku kebiasaan makan pada remaja putri adalah pengetahuan gizi yang masih kurang yaitu sebanyak 28,8% dari 59 sampel remaja putri.⁴ Risiko kekurangan zat gizi tertentu pada ibu hamil dapat dipengaruhi dari kebiasaan makan ibu tersebut mulai saat masih remaja atau sebelum menikah. Pada saat usia remaja, seorang wanita sudah

memasuki masa reproduksi, dimana dibutuhkan asupan makanan yang cukup gizi sejak remaja.

Mahluk hidup memerlukan asupan makanan untuk kelangsungan hidupnya, manusia termasuk di dalamnya, juga membutuhkan makanan tersebut agar selalu hidup sehat sempurna sehingga dapat melaksanakan berbagai pekerjaan atau kegiatan selama hidupnya. Untuk itu dibutuhkan berbagai jenis makanan yang mengandung zat gizi yang cukup sebagai sumber tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur.⁵ Untuk memenuhi agar zat gizi seseorang tersebut cukup gizi maka diperlukan kebiasaan makan yang baik.

Kebiasaan makan adalah suatu istilah untuk menggambarkan kebiasaan dan perilaku yang berhubungan dengan makanan dan makan, seperti tata krama makan, pola makanan yang dimakan, frekuensi dan porsi makanan, kepercayaan dan penerimaan terhadap makanan (misalnya pantangan dan rasa suka atau tidak suka terhadap makanan), distribusi makanan di antara anggota keluarga, dan cara pemilihan bahan makanan yang hendak dimakan.⁶ Kebiasaan makan seseorang dapat diketahui dengan melihat konsumsi makanan sehari-hari orang tersebut. Apabila tidak terpenuhinya asupan makanan yang cukup gizi pada ibu hamil maka cenderung akan kekurangan zat gizi tertentu pada ibu tersebut seperti Kurang Energi Kronis (KEK).

Kurang Energi Kronis (KEK) merupakan salah satu masalah kurang gizi yang sering terjadi pada wanita hamil, yang disebabkan oleh kekurangan energi dalam jangka waktu yang cukup lama. KEK pada wanita di negara berkembang merupakan hasil kumulatif dari keadaan kurang gizi sejak masa janin, bayi, dan kanak-kanaknya, dan berlanjut hingga dewasa. Ibu hamil yang menderita KEK mempunyai risiko kematian ibu mendadak pada masa perinatal atau risiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR).⁷

Secara spesifik penyebab KEK adalah akibat dari ketidakseimbangan antara asupan untuk pemenuhan kebutuhan dan

pengeluaran energi. Selain itu, beberapa hal penting yang berkaitan dengan status gizi seorang ibu adalah kehamilan pada ibu berusia muda (kurang dari 20 tahun), kehamilan dengan jarak pendek dengan kehamilan sebelumnya (kurang dari 2 tahun), kehamilan yang terlalu sering, serta kehamilan yang terlalu tua (lebih dari 35 tahun).⁷

Keadaan gizi ibu hamil dipengaruhi oleh ketidakseimbangan asupan zat gizi, pernah tidaknya menderita penyakit infeksi dan keadaan sosial ekonomi.⁸ Ibu hamil memerlukan tambahan zat gizi untuk pertumbuhan janin, plasenta dan organ atau jaringan lainnya. Ibu hamil memerlukan tambahan energi rata-rata 200 kkal per hari.³ Untuk itu ibu hamil harus menambah asupan makan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi. Selain itu, ibu hamil harus menerapkan pola konsumsi yang baik agar kebutuhan zat gizinya selama kehamilan terpenuhi dan terhindar dari risiko kekurangan gizi.

Agar masalah gizi seperti Kekurangan Energi Kronis (KEK) dapat diatasi maka diperlukan suatu program perbaikan gizi. Tujuan program perbaikan gizi masyarakat adalah meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat terutama pada ibu hamil, bayi, dan balita serta usia produktif.⁹

Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSI&A) Lestari merupakan salah satu instansi kesehatan yang berada di kota Tangerang Selatan. RSI&A Lestari adalah rumah sakit ibu dan anak yang mempunyai pelayanan *Antenatal Care* (ANC) yang dijadikan rujukan sebagai tempat pencarian pengobatan dan pelayanan kesehatan ibu hamil di wilayah Cirendeudeu dan sekitarnya. Kegiatan intervensi gizi belum pernah dilakukan di rumah sakit tersebut.

Studi pendahuluan yang telah dilakukan pada bulan Februari 2010 yang ditujukan pada ibu hamil yang melakukan pemeriksaan di RSI&A Lestari sebanyak 4 orang. Berdasarkan hasil recall konsumsi 1x 24 jam didapatkan hasil data konsumsi, dari hasil yang didapat menunjukkan bahwa

kecukupan energi ibu hamil masih sangat kurang pada usia kehamilan trimester I dan trimester II. Tingkat pemenuhan energi pada trimester I hanya 67 % (1227-1228 kkal) dari AKG yang seharusnya (1980-2080 kkal). Sedangkan pada ibu hamil dengan usia kehamilan trimester 2, tingkat pemenuhan energi hanya 27 % (512,5 kkal) dari AKG yang seharusnya (2100 - 2200 kkal). Hal ini tentunya menjadi masalah bagi ibu hamil karena akan berisiko kekurangan zat gizi tertentu yaitu risiko KEK selama kehamilan dan persalinan. Asupan energi yang tidak terpenuhi pada ibu hamil dapat mengakibatkan ibu hamil menderita KEK. Selain dengan metode recall 1x 24 jam, penentuan KEK pada ibu hamil dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik yaitu salah satunya dengan mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA). LILA tidak dapat digunakan untuk monitoring, tetapi hanya digunakan untuk skrining, yaitu menyaring ibu hamil yang akan mendapatkan intervensi.

Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kebiasaan makan ibu hamil yang menderita KEK. Peneliti menganggap ada masalah gizi khususnya pada ibu hamil yang melakukan pemeriksaan di RSI&A Lestari dengan melihat hasil recall konsumsi 1x24 jam yang telah dilakukan peneliti. Tulisan ini adalah bagian dari penelitian kesehatan reproduksi yang bertujuan akan menggambarkan asupan energi ibu hamil yang dikaitkan dengan kesehatan reproduksi ibu tersebut.

METODE

Jenis penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif melalui studi kasus (case study) tentang analisis kebiasaan makan penyebab KEK pada ibu hamil. Pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara mendalam dan observasi yang dilakukan di kediaman ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di poli kebidanan RSI&A Lestari Cirendeudeu Tangerang Selatan pada bulan Desember 2010 sampai Januari 2011.

Informan dalam penelitian ini terdiri dari 2 jenis informan yaitu informan utama dan informan pendukung. Informan utama dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan di poli kebidanan RSI&A Lestari. Kriteria dalam penentuan informan adalah ibu hamil yang memiliki ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) < 23,5 cm yang melakukan serangkaian pelayanan ANC di poli kebidanan RSI&A Lestari. Jumlah informan utama dalam penelitian ini adalah 3 orang ibu hamil.

Informan pendukung dalam penelitian ini adalah keluarga terdekat dari ibu hamil yaitu sebanyak 3 orang dan bidan yang menangani pasien ibu hamil sebanyak 2 orang.

Instrumen penelitian dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara yang disusun berdasarkan tujuan yang hendak dicapai serta mengacu pada teori-teori pendukung yang berhubungan pada fokus penelitian.

Selain pedoman wawancara, peneliti juga menggunakan alat perekam dan alat tulis sebagai alat pengumpulan data agar data yang diperoleh selama wawancara tidak ada yang hilang. Selain pedoman wawancara digunakan juga pedoman observasi dan

pedoman frekuensi makanan yang diisi dengan metode check list. Pedoman observasi dan pedoman frekuensi makanan digunakan untuk memperkuat informasi yang diperoleh dari hasil wawancara.

1. Karakteristik Informan

Dalam penelitian ini, informan yang digunakan dibedakan menjadi dua jenis yaitu informan utama dan informan pendukung. Berikut adalah pemaparan karakteristik dari setiap jenis informan.

1.1 Informan Utama

Informan utama dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang menderita KEK (Kekurangan Energi Kronis) atau memiliki ukuran LILA (Lingkar Lengan Atas) < 23,5 cm dan ibu hamil yang melakukan serangkaian pelayanan ANC (*Antenatal Care*) di RSI&A Lestari yaitu sebanyak tiga orang.

Penggalian informasi diperoleh dari hasil wawancara dan hasil observasi selama tiga hari yang dilakukan di kediaman masing - masing informan. Karakteristik informan yang diperoleh dapat dilihat dari tabel di bawah ini:

Tabel 1. Karakteristik informan Utama

Karakteristik	Informan R	Informan F	Informan S
Usia	31 tahun	28 tahun	20 tahun
Ukuran LILA (cm)	23,0	22,5	22,5
Berat badan sekarang (kg)	58	42	55,5
Berat badan sebelum hamil (kg)	47	40	48
Riwayat penyakit	Gangguan pencernaan (Maag)	Flek paru-paru	Gangguan pencernaan (Maag)
Pekerjaan	Wiraswasta	Ibu rumah tangga	Pelajar/mahasiswa
Pendidikan	SMA	SMA	S1
Jumlah anak	4 orang	1 orang	-
Gravida	Lima	Dua	satu

1.2 Informan Pendukung

Untuk Informan pendukung dalam penelitian ini berjumlah lima orang yang terdiri dari tiga orang keluarga terdekat dari ibu hamil dan dua orang bidan yang menangani ibu hamil.

Penggalian informasi diperoleh melalui wawancara mendalam yang dilakukan secara personal sehingga informasinya lebih akurat. Informan tersebut berusia 24 – 44 tahun, pendidikan SMA hingga S2, dan semua bekerja

HASIL

Aspek Kebiasaan Makan Ibu Hamil

Tata Krama Makan

Aspek tata krama yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kebiasaan makan bersama keluarga yang dilihat dari beberapa aspek pembentuk perilaku seperti pemikiran dan perasaan. Pemikiran dan perasaan yang dimaksud dalam hal ini adalah mood ibu hamil terhadap makanan. Bagian yang dapat dilihat adalah pengetahuan dan sikap ibu hamil mengenai kebiasaan makan bersama keluarga, referensi orang yang dianggap penting bagi ibu hamil untuk menerapkan kebiasaan makan bersama. Sumber daya yang dimiliki oleh ibu hamil dalam aspek ini yang dapat dilihat adalah waktu, aspek kebudayaan (tradisi) yang dilihat dari kebiasaan makan bersama keluarga yang selalu diterapkan. Dari hasil pengamatan didapatkan bahwa ibu hamil tidak memiliki waktu untuk makan bersama keluarga, dikarenakan suami mereka sibuk bekerja. Namun dari hasil wawancara ibu hamil menjawab bahwa ibu hamil memiliki waktu untuk melakukan kebiasaan tersebut:

“ Ada, setiap sabtu minggu..yaah pentinglah kan kumpul-kumpul gitu..biasanya bareng sama bapak, ibu, suami kalau sama anak-anak mah setiap hari” (Informan R).

“ Ada, tetapi tidak sama suami sama anak-anak setiap harinya karena suami kerja” (Informan F).

“Ada, biasanya pagi dan siang bareng bapak, ibu kalau ada adik yaa sama adik tapi kalau makan malam engga makan bersama” (Informan S).

Pola Makanan Yang Dimakan

Berdasarkan hasil pengamatan didapatkan hasil mengenai jenis-jenis makanan yang dikonsumsi ibu hamil terutama untuk pemenuhan energi dari karbohidrat dan protein.

Dari hasil wawancara dengan informan utama didapatkan hasil bahwa pengetahuan

seluruh informan utama mengenai jenis makanan bersumber energi dan protein sudah cukup baik. Seluruh informan dapat menjelaskan dengan benar jenis makanan bersumber energi dan protein. Berikut adalah kutipannya:

“Sumber energi kaya roti, nasi, kalau gak ubi-ubi atau singkong. Kalau sumber protein telur, ikan”. (Informan R)

“Kalau ikan mengandung protein, kalau sumber energi kaya nasi”. (Informan F)

“Ibu hamil bagusnya tempe, telur untuk proteinnnya. Kalau energinya dari daging-dagingan sama susu”. (Informan S)

Frekuensi Dan Porsi Makanan

Pada bagian ini yang dibahas adalah frekuensi dan porsi makanan ibu hamil yang dikaji dari aspek pembentuk perilaku. Aspek yang dapat dilihat adalah pengetahuan seputar frekuensi dan porsi yang baik dan sikap serta ada tidaknya kepercayaan terhadap frekuensi dan porsi makan tersebut. Pengetahuan mengenai frekuensi dan porsi yang baik bagi ibu hamil tidak hanya ditanyakan pada informan utama tapi juga pada informan pendukung.

Hal ini dilakukan agar data yang didapat dari informan utama dapat dibandingkan dengan data yang diperoleh dari informan pendukung. Oleh sebab itu digunakan triangulasi sumber dalam penelitian ini, yang artinya menggunakan lebih dari satu sumber dalam hal ini adalah informan.

Dari hasil wawancara diperoleh gambaran frekuensi dan porsi kudapan yang cukup baik pada informan S, namun porsi makanan utamanya kurang baik. Hal ini sesuai dengan pendapat Suhardjo, (1989). Berikut kutipannya:

“Seringslah pokoknya, soalnya kalo lapar saya gak mau makan terlalu berat. Kalo

bolu bisa 2 potong, biskuit bisa banyaklah sampe 6 keping”

Selanjutnya kutipan jawaban dari pertanyaan mengenai porsi makanan utama:

“Nasinya gak terlalu banyaklah paling banyak 2 ciduk, harus ada sayur sama lauk-lauk inti, harus ada daging terus tempe tahu kalo buah saya engga terlalu suka buah”(Informan S).

Kepercayaan Dan Pantangan Terhadap Makanan

Berikut akan dijelaskan mengenai kepercayaan mengenai pantangan / larangan untuk makan makanan tertentu. Dari hasil wawancara mendalam dengan informan utama, seluruh informan memiliki pantangan atau larangan terhadap makanan tertentu. Makanan yang dipantang bagi mereka ada makanan yang tidak baik dimakan oleh ibu hamil. Selain itu mereka juga mengenal makanan yang baik dimakan oleh ibu hamil.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama didapatkan makanan pantangan bagi ibu tersebut yaitu seperti *fastfood*, makanan berkaleng, telur, bakso, makanan pedas, minuman bersoda, dan kopi.

Dari hasil wawancara dengan informan utama, informan R dan S tidak memilih makanan tertentu yang memang baik untuk dipantang bagi ibu hamil. Berikut adalah kutipannya:

“Biasanya? Makanan yang fast food atau junk food terus makanan pengawet yang di kaleng, kaya mie kalo bisa dikurangin kalo berhenti sama sekali sih masih belum bisa”(Informan R).

“Kalo makanan yaa paling terlalu pedes banget kalo lagi hamil kan gak boleh. Kalo minuman kaya soda dan kopi karena dasarnya juga saya gak suka minum soda dan kopi”(Informan S).

Informan S juga juga cukup memahami tentang jenis makanan yang bergizi bagi ibu hamil seperti daging, susu dan vitamin ibu hamil. Berikut adalah kutipannya:

“Makan yang mengandung zat gizi? Makan apa aja jangan dipantang dan yang memenuhi kriteria yaa paling itu daging-dagingan, susu, dan vitamin” (Informan S).

Di satu sisi, ada informan yang memilih makanan tertentu untuk dipantang padahal makanan tersebut baik untuk dikonsumsi bagi ibu hamil. Makanan tersebut diyakini mengandung protein tinggi yang baik untuk gizi ibu hamil. (Almatsier,2004). Berikut adalah kutipannya:

“Telur,kenapa?karena gak baik buat anak karena proteinya terlalu tinggi takut ada efek sampingnya kaya bisul, cacat. Terus baso,kenapa?takut anak-anaknya gak besar dalam perut, es juga begitu”(Informan F).

Distribusi Makanan Dalam Keluarga

Pada bagian ini akan dijelaskan mengenai cara mendistribusikan makanan dalam keluarga saat masakan siap untuk dihidangkan. Aspek yang dilihat dari pengetahuan adalah pengetahuan informan dalam mendistribusikan makanan keluarga dan cara mendistribusikan makanan keluarga yang baik. Dari hasil wawancara mendalam, setiap informan memiliki pengetahuan yang berbeda dalam mendistribusikan makanan keluarga yang baik. Berikut adalah kutipannya:

“Yaa sesuai umurnya dan porsinya, gimana anak-anaknya juga sih” (Informan R).

“Yang baik yaa makanan yang sehat, terjamin kesehatannya dan bergizi kalo kaya ikan satu potong per anak”(Informan F).

“Emmmh paling buat anak kecilnya kaya adik saya, dia kan susah makan, ngakalannya misalnya sosisnya dibentuk-bentuk”(Informan S).

Berdasarkan dari hasil wawancara dengan informan utama mengenai sikap terhadap porsi makanan masing-masing anggota

keluarga, didapatkan hasil bahwa seluruh informan utama menunjukkan sikap dan respon yang kurang baik seperti respon mereka ketika ditanya mengenai porsi makan mereka.⁶ Berikut adalah kutipannya:

“Karena emang saya tidak pernah menjatah makanan jadi sikap saya biasa saja”(Informan R)

“Biasa saja, tapi walaupun porsinya sedikit saya senang karena bisa makan dan kumpul bersama”(Informan F)

“Sebenarnya kalau lihat porsi ayah, saya wajar aja karena memang dia laki-laki tapi kalau saya lihat porsi makan saya sendiri sebenarnya agak kurang senang karena saya tidak biasa makan banyak”(Informan S)

Cara Pemilihan Makanan

Bagian ini akan menjelaskan mengenai cara pemilihan makanan ibu hamil. Aspek pengetahuan yang dilihat adalah pengetahuan ibu hamil dalam memilih bahan makanan dan pengetahuan ibu hamil seputar jenis makanan yang bergizi bagi ibu hamil.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama, masing-masing informan memiliki pengetahuan yang berbeda mengenai cara memilih bahan makanan. Ada informan yang sudah mengerti dan paham tetapi ada juga informan yang belum paham bagaimana memilih bahan makanan yang baik. Berikut adalah kutipannya:

“Biasanya sih yang seger, karena lebih banyak vitaminnya pasti”(Informan R).

Dari hasil wawancara mendalam dengan informan, informan S dan F kurang paham bagaimana cara memilih bahan makanan yang baik dalam hal ini yang dilihat adalah makanan yang masih segar dan memiliki kualitas gizi yang baik. Berikut adalah kutipannya:

“Kalo disini aku engga tau terima jadi aja karena ada pembantu”(Informan S).

“Yang seadanya yang pengen dimasak, yang seadanya di tukang sayur tergantung selera”(Informan F).

Selanjutnya kutipan jawaban dari pertanyaan mengenai makanan bersumber energi dan protein seperti nasi, telur, tempe, tahu dan susu. Berikut adalah kutipannya:

“Kalo protein ibu hamil bagusya makan tempe, tahu, daging-dagingan, kalo energinya dari susu”(Informan S).

“Ikan, sayur, susu..”

Selanjutnya kutipan jawaban dari pertanyaan mengenai makanan bersumber energi dan protein, berikut adalah kutipannya:

“kalo ikan ada proteinnya, sumber energi kaya nasi”(Informan F). *“Susu, telur, sayur, ikan karena gak ada pantangan yaaa..masuk semua”*

Selanjutnya kutipan jawaban dari pertanyaan mengenai makanan bersumber energi dan protein, berikut adalah kutipannya:

“Sumber energi kaya roti, nasi kalo gak ubi-ubi atau singkong.kalo sumber protein telur, ikan” (Informan R).

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa kebiasaan makan ibu hamil sangat berpengaruh untuk terjadinya KEK (Kekurangan Energi Kronis).⁶

PEMBAHASAN

Tata Krama Makan

Tata krama yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tata krama makan bersama keluarga yang dilihat dari beberapa aspek pembentuk perilaku seperti pemikiran dan perasaan yang dapat dilihat adalah pengetahuan dan sikap ibu hamil mengenai tata krama makan individu maupun keluarga, referensi orang yang dianggap penting bagi ibu hamil untuk menerapkan kebiasaan makan bersama, sumber daya yang dimiliki oleh ibu hamil dalam aspek ini yang dapat dilihat adalah waktu, aspek kebudayaan yang dilihat dari kebiasaan

makan bersama keluarga yang selalu diterapkan.⁶

Berdasarkan hasil penelitian, pengetahuan informan mengenai tata krama makan keluarga kurang baik. Sebagian besar informan utama tidak dapat menjelaskan bagaimana kebiasaan makan yang baik menurut mereka. Informan tersebut tidak dapat menjelaskan dengan baik apa arti kebiasaan makan bersama yang baik. Mereka menjawab bahwa kebiasaan makan yang baik itu yang memenuhi kaidah empat sehat lima sempurna. Namun, ada informan utama yang dapat menjelaskan dengan baik apa itu kebiasaan makan atau norma makan bersama keluarga yang baik. Informan tersebut menjawab bahwa kebiasaan makan bersama itu seperti makan bersama setiap pagi dan siang. Tetapi dalam praktiknya, seluruh informan utama tidak menerapkan kebiasaan makan bersama tersebut sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki informan utama.

Selain itu, aspek waktu dalam menerapkan kebiasaan makan bersama dari setiap informan berbeda. Berdasarkan hasil wawancara, seluruh informan utama memiliki waktu untuk menerapkan kebiasaan makan bersama keluarga namun waktunya berbeda. Menurut Notoatmodjo (2010), waktu merupakan hal yang sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat, pengaruh tersebut dapat bersifat positif terhadap perilaku kebiasaan makan ibu hamil tersebut.¹⁰ Hal ini sudah sesuai dengan praktiknya, seluruh informan memiliki waktu untuk menerapkan kebiasaan makan bersama keluarga.

Pola Makanan Yang Dimakan

Pola makanan adalah susunan beragam makanan yang biasa dikonsumsi ibu hamil selama kehamilan.⁶ Aspek yang dilihat adalah susunan jenis makanan ibu hamil terutama makanan bersumber energi yang dikaji dari aspek pembentuk perilaku. Dari hasil pengamatan dengan informan utama didapatkan bahwa jenis makanan seluruh informan kurang beragam dan asupan energinya masih kurang pemenuhannya yang tidak sesuai dengan nilai AKG

seharusnya. Sedangkan pengetahuan seluruh informan utama mengenai jenis makanan bersumber energi dan protein sudah cukup baik. Seluruh informan dapat menjelaskan dengan benar jenis makanan yang bersumber energi dan protein. Hal ini sudah sesuai dengan pendapat Suhardjo (1989) yang mengatakan bahwa faktor konseptual dan pengetahuan umum maupun pengetahuan kesehatan dan gizi merupakan faktor yang menonjol dalam mempengaruhi komposisi dan pola konsumsi pangan. Dari pendapat tersebut, seorang ibu hamil yang sudah mengetahui jenis makanan yang bergizi tentunya ibu tersebut dapat memilih bahan makanan yang bernilai gizi tinggi khususnya zat energi.⁶

Tetapi dalam praktiknya, seluruh informan utama memang kurang menerapkan pola makan atau kebiasaan makan yang baik. Berdasarkan analisa pada wawancara diketahui bahwa pola makanan seluruh informan kurang baik dan tidak beragam. Menurut Rumdasih (2004), pola makanan yang baik akan cukup menyediakan gizi yang dibutuhkan untuk kesehatan kehamilan, dan mengurangi risiko lahirnya bayi cacat. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar informan utama memiliki pengetahuan yang cukup baik mengenai pola makanan yang baik, namun ada informan utama yang belum bisa menjelaskan dengan benar mengenai pola makanan yang baik. Hal ini juga didukung oleh jawaban dari informan pendukung yang berasal dari keluarga terdekat yaitu suami. Mereka tidak dapat menjelaskan dengan baik bagaimana kebiasaan makan yang baik untuk ibu hamil. Hal ini dikarenakan kurangnya pemahaman mereka mengenai kebiasaan makan yang baik dan mereka tidak mendapatkan edukasi dari dokter kandungan atau bidan.

Namun di satu sisi, informan pendukung yang berasal dari keluarga terdekat yaitu ibu kandung informan utama dapat menjelaskan jika kebiasaan makan atau pola makan yang baik dapat menyebabkan ibu dan bayi sehat. Hal ini sudah sesuai dengan pendapat Rumdasih (2004) yang mengatakan bahwa pola makanan yang

baik akan cukup menyediakan gizi yang dibutuhkan untuk kesehatan kehamilan, dan mengurangi risiko lahirnya bayi cacat. Selain itu, makanan yang baik akan membantu sistem pertahanan tubuh ibu hamil terhadap terjadinya infeksi dan kekurangan zat gizi tertentu khususnya energi dan protein.⁵

Frekuensi Dan Porsi Makanan

Hasil yang diperoleh dari aspek ini adalah frekuensi dan porsi makanan ibu hamil yang dikaji dari aspek pembentuk perilaku. Pada aspek pemikiran dan perasaan yang dikaji adalah pengetahuan ibu hamil mengenai frekuensi dan porsi kudapan dan porsi makanan utama ibu hamil yang baik dan gambaran frekuensi dan porsi kudapan serta porsi makanan utama tersebut.⁶

Frekuensi makan merupakan seringnya seseorang melakukan kegiatan makan dalam sehari baik makanan utama ataupun selingan. Frekuensi makan seseorang yang merupakan kebiasaan makan berhubungan erat dengan kecukupan kebutuhan zat gizi. Hal ini karena semakin banyak masukan zat gizi yang diperoleh. Sedangkan porsi merupakan suatu ukuran maupun takaran makanan yang dikonsumsi pada tiap kali makan.⁶

Dalam praktiknya, sebagian besar informan utama tidak memiliki gambaran frekuensi dan porsi kudapan yang baik. Mereka jarang mengonsumsi kudapan, porsinya hanya ± 100 gram dalam sehari. Namun, ada informan yang dalam praktiknya sudah memiliki gambaran frekuensi dan porsi kudapan yang baik. Informan tersebut sering mengonsumsi kudapan sejenis biskuit atau krakers dan kue bolu. Frekuensinya setiap hari dan dimakan pada selang waktu makan. Porsinya untuk biskuit $\pm 60-80$ gram sekali makan, dan untuk bolu ± 100 gram sekali makan.

Hal ini sudah sejalan dengan pendapat Admin (2008) yang mengatakan bahwa makanan selingan tidak lagi dikonsumsi sore hari saja namun di berbagai waktu baik pagi, siang, ataupun malam.¹¹

Sebagian besar informan utama memiliki gambaran porsi makanan utama yang

kurang baik. Mereka tidak mengonsumsi makanan dengan lengkap dan sedikit jumlahnya. Bahkan salah satu dari mereka yang memiliki porsi makanan utama serba satu, artinya nasinya 1 centong, lauknya satu potong dan sayurinya satu centong. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Almatsier (2004) yang mengatakan bahwa takaran konsumsi makanan sehari pada orang dewasa umur 20-59 tahun, yaitu: nasi/pengganti 3-5 piring (1 porsi 200 gram), lauk-pauk hewani 3-4 potong ayam/daging/ikan (1 porsi 25 gram/100 gram sehari), lauk nabati 2-3 potong tempe/tahu/kacang-kacangan (1 porsi 50 gram/100-150 gram sehari), sayuran 1 ½ - 2 mangkok (1 porsi 100 gram/150-200 gram sehari) dan buah-buahan 2-3 potong (1 porsi 100 gram). Dengan catatan dalam keadaan berat badan ideal.¹² Sedangkan informan tersebut tidak memiliki gambaran porsi makanan utama yang baik.

Hal ini bertentangan dengan hasil penelitian Fatma (2009), yang mengatakan bahwa dalam sehari ibu hamil makan 4-5 kali aneka ragam makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi selama hamil, termasuk makanan sumber zat besi yaitu bahan makanan hewani, kacang-kacangan dan sayuran hijau tua.¹³ Disamping itu untuk menambah asupan energi, ibu hamil mengonsumsi makanan selingan pada pagi dan sore seperti kolak pisang, dan bubur kacang hijau.

Menurut hasil observasi mengenai porsi makanan utama dan kudapan selama tiga hari, asupan energi informan utama tersebut dalam tiga hari rata-rata 1125,6 kkal dari AKG seharusnya (2080 kkal) dan 1443,7 kkal dari AKG seharusnya (2200 kkal). Sedangkan rata-rata informan yang memiliki gambaran porsi makanan utama yang baik, asupan energi pada hari pertama sudah cukup baik yaitu 2054,4 kkal dari AKG seharusnya (2100 kkal). Namun kekurangan asupan energi pada hari kedua dan ketiga, sehingga tidak dapat dihitung rata-rata kecukupan energinya selama pengamatan.

Menurut hasil survei konsumsi makanan yang dilakukan dengan metode FFQ (*Food*

Frequency) didapatkan gambaran frekuensi makanan dari informan utama. Bahan makanan nasi dan cabe merupakan bahan makanan yang paling sering dikonsumsi oleh informan utama. Namun ada informan utama yang berasal dari golongan ekonomi menengah ke atas, informan tersebut juga paling sering mengonsumsi sereal, telur, dan buah-buahan seperti: pepaya, pir, dan semangka.

Selain itu, intensitas penggunaan bahan makanan yang paling jarang atau hampir tidak pernah sama sekali dikonsumsi oleh informan utama juga berbeda dari setiap informan utama. Sebagian besar informan utama jarang mengonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran tertentu. Hal ini sangat dipengaruhi oleh keadaan ekonomi mereka yang membeli dan memilih makanan tertentu yang dapat dikonsumsi sesuai dengan daya belinya. Hal ini juga dijelaskan pada penelitian Mulyaningrum (2008) yang menjelaskan bahwa proporsi KEK didapatkan pada ibu yang memiliki pengeluaran bahan makanan rumah tangga < 80% atau kurang dari total pengeluaran rumah tangga, sedangkan tidak ditemukan risiko KEK pada ibu yang memiliki pengeluaran rumah tangga di atas 80%.¹⁴

Berdasarkan hasil penelitian melalui hasil wawancara mendalam dengan informan diperoleh informasi bahwa pengetahuan informan mengenai frekuensi dan porsi makanan ibu hamil yang kurang baik. Menurut Almatsier (2004) yang mengatakan bahwa takaran konsumsi makanan sehari pada orang dewasa umur 20-59 tahun, yaitu: nasi/pengganti 3-5 piring (1 porsi 200 gram), lauk-pauk hewani 3-4 potong ayam/daging/ikan (1 porsi 25 gram/100 gram sehari), lauk nabati 2-3 potong tempe/tahu/kacang-kacangan (1 porsi 50 gram/100-150 gram sehari), sayuran 1 ½ - 2 mangkok (1 porsi 100 gram/150-200 gram sehari) dan buah-buahan 2-3 potong (1 porsi 100 gram).

Sebagian dari mereka tidak dapat menjelaskan frekuensi dan porsi makanan ibu hamil dengan jelas dan tepat. Mereka hanya menjawab bahwa porsi makanan ibu hamil harus dua kali lebih banyak dari

wanita yang tidak hamil. Padahal pengetahuan ibu hamil akan gizinya sangat berpengaruh terhadap asupan makanan. Hal ini juga diperkuat dengan penelitian Fadjria (2008), perilaku kebiasaan makan terbentuk dikarenakan beberapa faktor yaitu: praktek terhadap makanan, alasan makan, jenis makanan yang dimakan, dan pengetahuan gizi. Faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku kebiasaan makan adalah pengetahuan gizi.⁴ Anwar (1997) juga menambahkan bahwa *intake* makanan yang tinggi bagi pertumbuhan janin, kehamilan, dan laktasi sangat penting. Kebutuhan nutrisi pada masa kehamilan dan menyusui merupakan tambahan bagi kebutuhan gizi pada masa reproduksi.¹⁵

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama mengenai kepercayaan tentang frekuensi dan porsi makan yang baik dikonsumsi ibu hamil didapatkan hasil bahwa sebagian besar informan utama yaitu sebagian besar informan utama tidak memiliki kepercayaan mengenai frekuensi dan porsi makanan yang baik untuk konsumsinya. Hal ini juga diperjelas oleh Notoatmodjo (2010) yang mengatakan bahwa kepercayaan dibentuk oleh pengetahuan, kebutuhan, dan kepentingan, hal ini dimaksudkan bahwa seseorang percaya kepada sesuatu dapat disebabkan karena ia mempunyai pengetahuan tentang itu.¹⁰

Kepercayaan Dan Pantangan Terhadap Makanan

Kepercayaan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah ada tidaknya pantangan atau larangan untuk makan makanan tertentu. Berdasarkan hasil penelitian, seluruh informan utama memiliki pantangan makan makanan tertentu. Makanan yang dipantang ada yang memang baik untuk dimakan dan baik untuk dipantang. Pantangan atau tabu adalah suatu larangan untuk mengonsumsi jenis makanan tertentu, karena terdapat ancaman bahaya atau hukuman terhadap barang siapa yang melanggarnya. Ancaman bahaya yang dimaksud dalam pernyataan Suhardjo (1989) adalah gangguan kesehatan

jika mengonsumsi makanan pantangan tersebut.⁶

Dari hasil penelitian melalui wawancara mendalam dengan informan utama, sebagian besar mereka memiliki pantangan makanan tertentu yang memang baik untuk tidak dikonsumsi seperti *junk food*, makanan pengawet, makanan pedas, kopi dan minuman soda. Hal ini sudah sesuai dengan Rumdasih (2004) yang mengatakan bahwa makanan yang tidak baik dikonsumsi oleh ibu hamil adalah makanan kaleng, makanan manis yang berlebihan, makanan pedas yang berlebihan, susu berlemak, margarin yang berlebihan, dan makanan yang sudah tidak segar.⁵

Berdasarkan hasil penelitian, ada informan yang memiliki pantangan makanan yang sebenarnya makanan tersebut baik untuk dikonsumsi untuk ibu hamil seperti telur dan baso. Hal ini dikarenakan mereka beranggapan jika mengonsumsi telur atau baso bayi yang dikandung akan besar dan bisul. Padahal telur dan baso memiliki kandungan energi dan protein yang baik untuk kecukupan gizi ibu hamil tersebut. Kandungan energi dalam 1 butir telur adalah 155 kkal, dan baso 370 kkal. Sedangkan kandungan protein dalam sebutir telur adalah 12,6 gram dan baso 23,5 gram. (angka kalori didapat berdasarkan perhitungan software *nutrisurvey*)

Angka ini tentu baik untuk pensuplai zat gizi khususnya untuk ibu hamil. Hal ini juga diperkuat oleh Arisman (2004) yang mengatakan bahwa budaya yang menabukan makanan tertentu dan mengonsumsi bahan bukan pangan akan memicu dan melestarikan KKP (Kekurangan Kalori dan Protein) dalam hal ini khususnya kekurangan energi. Seorang ibu yang KEK selama kurun waktu selama hamil pada gilirannya akan melahirkan bayi berberat badan rendah.⁸

Hasil penelitian Suhardjo (1989) di Kalimantan Tengah, ditemui bahwa ada 27 jenis ikan yang berhasil dikumpulkan, yang merupakan makanan pantangan. Alasannya dapat menyebabkan gangguan kesehatan jika mengonsumsi ikan tersebut. Hal ini

tidak sesuai jika ditinjau dari konteks gizi, dimana kandungan zat gizi dalam ikan sangat baik untuk dikonsumsi ibu hamil. Kandungan energi pada ikan cukup tinggi yaitu sekitar 84-450 kkal. Hal ini juga tidak sesuai dengan pendapat Suhardjo (1989) yang mengatakan bahwa makanan pantangan tersebut jika ditinjau dari konteks gizi, bahan makanan tersebut justru mengandung nilai gizi yang tinggi, tetapi tabu itu tetap dijalankan dengan alasan takut menanggung resiko yang akan timbul.⁶ Sehingga masyarakat yang demikian akan mengonsumsi bahan makanan bergizi dalam jumlah yang kurang, dengan demikian maka penyakit kekurangan gizi akan mudah timbul di masyarakat, terutama pada anak-anak dan ibu hamil.

Selain itu, tentang pengetahuan mengenai dampak dan alasan ibu hamil tidak memilih makanan tertentu didapatkan informasi bahwa sebagian besar informan utama mengetahui dampak dan alasan untuk tidak memilih makanan tertentu yang memang baik untuk dipantang. Namun, ada informan yang kurang memahami dampak dan alasan untuk tidak memilih makanan tertentu untuk dimakan padahal makanan tersebut baik untuk ibu hamil seperti baso dan telur. Menurut pendapat Suhardjo (1989), dalam hal makanan, masyarakat biasanya mempunyai penilaian terhadap jenis makanan sehingga makanan itu mempunyai status yang berbeda. Dalam hal ini ibu memegang peranan penting karena bertanggung jawab terhadap pengolahan, menyiapkan dan memasak makanan.⁶ Untuk itu, ibu tersebut harus mempunyai pengetahuan gizi agar dapat membedakan mana makanan yang baik secara gizi dan makanan yang tidak baik untuk dikonsumsi.

Distribusi Makanan Dalam

Keluarga

Menyusun dan menilai hidangan merupakan pengetahuan dan keterampilan dasar yang diperlukan oleh semua orang, terutama mereka yang bertanggung jawab atas pengurusan dan penyediaan makanan, baik bagi keluarga maupun berbagai institusi. Seorang ibu rumah tangga yang bukan ahli gizi, juga harus dapat menyusun

dan menilai hidangan yang akan disajikan kepada para anggota keluarganya.⁶

Pada bagian ini yang akan dibahas adalah cara mendistribusikan makanan dalam keluarga saat masakan siap untuk dihidangkan yang dikaji dari aspek pembentuk perilaku. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa setiap informan memiliki gambaran yang berbeda mengenai cara pendistribusian dan porsi makanan keluarga.

Dalam hal ini, ada informan utama yang memang bukan dia yang mengurus pendistribusian makanan keluarga jadi informan tersebut memiliki gambaran yang kurang baik.

Dalam praktiknya, pada pendistribusian makanan keluarga informan utama tersebut dilakukan oleh pembantu sehingga informan utama tidak memiliki informasi rutin mengenai makanan yang disajikan. Hal ini bertolak belakang dengan pendapat Suhardjo (1989) yang mengatakan bahwa pada umumnya penyelenggaraan makanan dalam rumah tangga sehari-hari dikoordinir oleh ibu.⁶ Informan utama yang lainnya merupakan peran utama dalam mengatur pendistribusian makanan keluarga tersebut, namun mereka memiliki gambaran cara distribusi makanan yang baik. Mengenai porsi, mereka tidak terlalu terampil dalam mendistribusikan makanan untuk anak-anaknya. Dalam praktiknya, informan tersebut kurang terampil dalam membagi-bagikan makanan untuk anak-anak mereka. Notoatmodjo (2003) juga menambahkan bahwa porsi bagi masing-masing anggota keluarga harus diperhatikan, apakah sesuai dengan kebutuhan masing-masing umur dan jenis kelamin serta jenis pekerjaan yang menjadi tugasnya sehari-hari.¹⁶

Menurut Suhardjo (1989) yang mengatakan bahwa ibu yang mempunyai pengetahuan gizi dan berkesadaran gizi yang tinggi akan melatih kebiasaan makan yang sehat sedini mungkin kepada semua putra dan putrinya.⁶

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil bahwa pengetahuan informan utama berbeda seperti pendistribusian dilakukan oleh pembantu rumah tangga dan ada yang dilakukan sendiri oleh informan tersebut.

Notoatmodjo (2003) juga menambahkan mengenai cara menyusun hidangan bagi ibu rumah tangga, yaitu sebagai berikut :

- a. Makanan harus dapat menyediakan zat-zat gizi
- b. Makanan harus dalam jangkauan keuangan keluarga
- c. Hidangan harus dinikmati oleh seluruh keluarga
- d. Suasana ketika makan harus menyenangkan
- e. Makanan harus memenuhi syarat sosial budaya¹⁶

Dari hasil penelitian diketahui bahwa seluruh informan utama kurang dapat menjelaskan cara distribusi makanan keluarga yang baik. Ada informan utama yang dapat menjawab sedikit seperti makanan harus bergizi dan suasana ketika makan harus menyenangkan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo (2003) di atas, namun cara distribusi makanan keluarga informan tersebut hanya memenuhi satu kriteria saja yaitu makanan tersebut harus terjamin kesehatannya. Informan lainnya tidak dapat menjelaskan dengan tepat bagaimana cara mendistribusikan makanan keluarga yang baik.

Pada aspek sumber daya yang dimiliki yang dilihat adalah waktu yang dimiliki informan utama dalam mendistribusikan makanan keluarga. Berdasarkan hasil wawancara, waktu pendistribusian makanan keluarga dari setiap informan utama berbeda. Sedangkan dari hasil wawancara dengan informan pendukung keluarga terdekat mengenai waktu mendistribusikan makanan keluarga oleh kerabatnya didapatkan hasil bahwa seluruh informan pendukung keluarga terdekat memiliki jawaban yang sama dari waktu kerabatnya mendistribusikan makanan keluarga yaitu setelah masak. Menurut Sediaoetama (2004), hidangan makanan sebaiknya langsung disajikan setelah masakan matang agar tidak berkurang nilai gizinya.¹⁷

Cara Pemilihan Makanan

Menurut Suhardjo (1989), sebagai ibu rumah tangga, diperlukan keterampilan untuk memilih bahan yang murah dan sesuai dengan kebutuhan keluarga,

meskipun selera masih menjadi masalah utama.⁶ Pada bagian ini yang akan dibahas adalah cara pemilihan makanan yang ditinjau dari aspek pembentuk perilaku yakni pemikiran dan perasaan, referensi orang penting, sumber daya yang dimiliki, dan kebudayaan. Dalam hal ini, aspek yang paling berpengaruh adalah pengetahuan ibu hamil yang kurang mengenai cara memilih makanan yang baik.

Berdasarkan hasil wawancara mengenai aspek kepercayaan tentang memilih bahan makanan didapatkan bahwa seluruh informan utama tidak memiliki kepercayaan mengenai cara memilih bahan makanan untuk dikonsumsi keluarganya. Mereka sudah memiliki bekal pengetahuan yang bagi mereka cukup dalam memilih bahan makanan sehingga mereka tidak memiliki kepercayaan dari orang atau pengalaman siapapun mengenai cara pemilihan bahan makanan.

Dalam praktiknya, sebagian besar informan utama tidak dapat memilih bahan makanan yang baik. Hal ini dikarenakan sebenarnya mereka kurang memiliki bekal pengetahuan yang cukup dalam memilih bahan makanan yang baik. Hal ini juga tidak sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo (2003), yang menyatakan bahwa pengetahuan dan kemauan yang utuh akan membentuk suatu perilaku dalam penelitian ini adalah kebiasaan memilih bahan makanan.¹⁶ Menurut Sarwono (1989), kondisi psikologis seseorang sangat mempengaruhi sikap orang tersebut untuk menerima dan memilih objek tertentu, dalam hal ini adalah bahan makanan.¹⁸

Pengetahuan informan mengenai cara pemilihan makanan, diperoleh hasil bahwa hanya sedikit informan yang dapat menjelaskan bagaimana cara memilih makanan yang baik. Informan tersebut menjelaskan kalau memilih bahan makanan itu yang masih segar karena lebih banyak kandungan vitaminnya. Sedikit lebih mengerti jika dibandingkan dengan informan lainnya yang kurang begitu memahami bagaimana cara memilih bahan makanan yang baik.

Salah seorang informan utama bukanlah orang yang mengatur penyelenggaraan makanan dimulai dari pemilihan bahan makanan, karena hal itu dilakukan oleh pembantu dan ibu kandungnya. Hal ini menyebabkan informan tersebut kurang mengetahui bagaimana cara memilih bahan makanan yang baik. Hasil penelitian ini bertentangan dengan pendapat Suhardjo (1989) yang mengatakan bahwa kesanggupan menyusun hidangan tidaklah diturunkan dalam pengertian hereditas, tetapi merupakan kepandaian yang diajarkan dari leluhur melalui orang tua, terus ke generasi lebih muda.⁶

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Ibu hamil masih banyak yang tidak menerapkan kebiasaan makan bersama keluarga, pola makanan ibu hamil yang kurang beragam, porsi makanan utama ibu hamil masih kurang adekuat. Masih ada pantangan terhadap makanan bersumber energi dan protein tinggi seperti ikan dan telur, distribusi makanan keluarga yang kurang tepat. Cara pemilihan makanan yang kurang baik menjadi salah satu penyebab terjadinya kekurangan energi kronis pada ibu hamil di poli kebidanan RSI&A Lestari Cirendeu Tangerang Selatan.

Saran

Petugas kesehatan diharapkan dapat memberikan Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) tentang kebiasaan makan yang baik kepada ibu hamil, suami dan ibu kandung dari ibu hamil agar ibu hamil memiliki bekal pengetahuan gizi yang baik sehingga terhindar dari kekurangan zat gizi terutama KEK. Selain itu, penyuluhan khusus terkait masalah kebiasaan makan yang baik untuk ibu hamil perlu diadakan di rumah sakit tersebut. Rumah sakit juga dapat mengadakan pelatihan keterampilan khusus seperti memasak makanan yang bergizi dimulai dari cara pemilihan bahan makanan, penyiapan, pengolahan, penyajian, dan distribusi makanan tersebut untuk keluarga.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih saya haturkan untuk Ibu Febrianti, M.Si dan Ibu Minsarnawati, SKM, M.Kes yang telah memberikan pengarahan dan bimbingannya sehingga penelitian dan karya tulis ini dapat diselesaikan dengan baik. Selain itu, saya juga ucapkan terima kasih kepada Kepala RSI&A Lestari Cirendeu Tangerang Selatan yang telah memberikan ijin peneliti dalam pengambilan data sehingga dapat melancarkan proses penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. *Angka Kematian Ibu (AKI) Melahirkan*. 2010. Jakarta
2. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2010. Jakarta: Departemen Kesehatan
3. Albugis, Djamilah. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian KEK pada ibu hamil di wilayah Puskesmas Jembatan Serong Kecamatan Pancoran Mas Depok Jawa Barat Tahun 2008*. 2008. FKM UI Depok
4. Fadjria, Nur. *Hubungan Antara Citra Raga Dengan Perilaku Makan Pada Remaja Putri*. Fakultas Psikologi. 2008. Universitas Muhammadiyah Surakarta
5. Rumdasih, Yuyum. *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. 2004. Jakarta : EGC
6. Suhardjo. *Sosio Budaya Gizi*. 1989. IPB PAU Pangan dan Gizi.
7. Achadi, E.L. *Gizi Ibu dan Kesehatan Reproduksi Dalam: Dep.Gizi dan Kesehatan Masyarakat, FKM UI*. “ Gizi dan Kesehatan Masyarakat”. 2007. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
8. Arisman. *Gizi Dalam Daur Kehidupan : Buku Ajar Ilmu Gizi*. 2004. Jakarta : EGC.
9. Depkes RI. *Rencana Pembangunan Kesehatan tahun 2005-2009*. 2006. Jakarta
10. Notoatmodjo, Soekidjo. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. 2010. Jakarta: Rineka Cipta
11. Admin 2008. jenis makanan. <http://duniamakanan.com>. Diakses tanggal 14 agustus 2010. pukul 13.00 wib
12. Almtsier, Sunita. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. 2004. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
13. Fatma. *Gambaran Pola Makan dan Perilaku Sehat Ibu Hamil di Kotif Depok*. 2009. Pusat Penelitian Keluarga Sejahtera Universitas Indonesia (PUSKA UI) Depok Jawa Barat
14. Mulyaningrum, Sri. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan risiko Kurang Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil di DKI Jakarta tahun 2007*. 2009.FKM UI Depok
15. Anwar, Mochamad. *Kesehatan Wanita Sebuah Perspektif Global*. 1997. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
16. Notoatmodjo, Soekidjo. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. 2003. Jakarta: Rineka Cipta
17. Sediaoetama, Achmad Djaeni. *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa dan Profesi, Jilid 1*. 2004. Jakarta: Dian Rakyat
18. Sarwono, S. W. *Pengantar Psikologi Umum*. 1989. Jakarta: Bulan Bintang