BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Data yang diperoleh dari *World Health Statistik* 2011 menyebutkan bahwa terdapat perbedaan yang mencolok Angka Kematian Balita (AKB) diantara negara-negara anggota ASEAN pada tahun 2009. Angka kematian balita terendah di Singapura yaitu 3 kematian per 1.000 kelahiran hidup sedangkan yang tertinggi di Kamboja yaitu 88 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Di Indonesia sebanyak 34 kematian per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2011).

Menurut Survey Demografi Kesehatan Rumah Tangga (SDKRT) Angka kematian bayi di Indonesia tahun 2007 mencapai 34 per 1000 kelahiran hidup dengan AKB terendah Yogyakarta yaitu 19 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2011). Angka kematian bayi di Kabupaten Bantul pada tahun 2011 mencapai 19 per 1000 kelahiran hidup. Kecamatan dengan kematian bayi tertinggi yaitu di wilayah Kecamatan Banguntapan dengan 19 kasus dan Kecamatan Jetis dengan 15 kasus. Sedangkan untuk Kecamatan Kasihan, angka kematian bayi berjumlah 11 per 1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian bayi di Kabupaen Bantul tertinggi adalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yaitu 33% (Dinkes Bantul, 2012)

Penyebab langsung kematian bayi adalah komplikasi pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), asfiksia dan infeksi. Penyebab tidak langsung AKB

adalah faktor lingkungan, perilaku, genetik, dan pelayanan kesehatan sendiri (Retnasih, 2005 dalam Nurliawati, 2014). Penyebab utama tingginya angka kematian bayi dan balita adalah gangguan pada saat bayi baru lahir (neonatal) dan penyakit infeksi, seperti diare dan pneumonia serta kekurangan gizi (gizi buruk) akibat tidak mendapatkan ASI eksklusif (Ririn, 2011).

Upaya pemerintah dalam menekan AKB dituangkan dalam konteks rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2015 yaitu dalam rencana strategik nasional *Making Pregnancy Safer (MPS)* yaitu menurunkan Angka Kematian Bayi Baru Lahir dari 35/1000 KH menjadi 23/1000 KH (BKKBN, 2010). Upaya tersebut antara lain dengan mendekatkan fasilitas kesehatan tingkat puskesmas dan puskesmas pembantu di tengah masyarakat, peningkatan segi sosial pelayanan dan meningkatkan partisispasi masyarakat dengan "Gerakan Sayang Ibu" (Manuaba, 2008).

Tingkat kesadaran masyarakat untuk memberikan air susu ibu (ASI) kepada bayinya masih sangat memprihatinkan, karena masih banyak ibu menyusui yang tidak memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Selain itu, peningkatan pemakaian susu formula sampai tiga kali lipat merupakan faktor lain yang menyebabkan turunnya pemberian ASI secara eksklusif. Faktor yang menjadi penyebab rendahnya penggunaan ASI di Indonesia ada beberapa faktor antara lain: faktor sosial budaya, kurangnya pengetahuan tentang pentingnya ASI, serta jajaran kesehatan yang belum sepenuhnya mendukung.

Fakta menunjukkan pemberian ASI eksklusif masih belum maksimal, bahkan sebagian ayah atau suami belum mengatahui pengertian dari ASI

eksklusif padahal suami atau ayah adalah figur utama dalam memberikan dukungan kepada ibu dalam memberikan ASI eksklusif pada bayinya (Prasetyono, 2012).

Menurut data survei demografi dan kesehatan indonesia (SDKI) tahun 2006-2007, jumlah pemberian ASI eksklusif pada bayi di bawah usia dua bulan hanya mencakup 67% dari total bayi yang ada. Persentase tersebut menurun dengan bertambahnya usia bayi, 54% pada bayi usia 2-3 bulan dan 19% pada bayi usia 7-9 bulan. Kondisi yang lebih memprihatinkan, 13% bayi di bawah dua bulan telah diberi susu formula dan satu dari tiga bayi usia 2-3 bulan telah diberikan makanan tambahan (BPS, 2007). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, jumlah pemberian ASI eksklusif pada bayi di bawah usia nol (0) bulan hanya mencakup 39,8% sedangkan bayi usia 5 bulan hanya 15% dari total bayi yang ada (Kemenkes, 2011).

Tahun 2009 di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), cakupan ASI di propinsi DIY sebesar 34,56% sedangkan target nasionalnya sebesar 80% selama 5 tahun cakupan pemberian ASI eksklusif secara umum mengalami peningkatan, tetapi pada tahun 2008 cakupan ASI eksklusif sedikit menurun, hal ini dikarenakan masa transisi ASI eksklusif yang semula 4 bulan menjadi 6 bulan (Dep.Kes RI, 2010). Cakupan bayi yang diberi ASI eksklusif di Kabupaten Bantul tahun 2011 sebesar 42,3 % meningkat bila dibandingkan tahun 2010 sebanyak 29,87% (Dinkes Bantul, 2012)

Fenomena yang ada di masyarakat menunjukan bahwa masih banyak ibu-ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif pada bayinya secara optimal.

Berbagai penelitian menyebutkan akibat/dampak dari tidak optimalnya pemberian ASI eksklusif tersebut sangat besar. Apabila bayi dibawah 4 bulan telah diberi makanan tambahan maka bayi akan sulit tidur di malam hari, selain itu bayi akan mengalami gangguan-gangguan lain seperti sakit perut, diare, sembelit, infeksi, kurang darah, dan alergi (Purwanti, 2004). Menurut Wiji (2013), dampak kegagalan pemberian ASI eksklusif adalah bayi sangat rentan terserang penyakit. Beberapa penyakit yang bisa disebabkan karena kegagalan pemberian ASI eksklusif antara lain meningkatkan resiko kematian, infeksi saluran pencernaan, infeksi saluran pernapasan dan meningkatkan gizi buruk.

Penelitian Kohort Boyd-Orr yang pertama kali mempelajari dampak jangka panjang dari pemberian ASI pada masa bayi terhadap panjang badan pada masa kanak-kanak dan dewasa, memperlihatkan anak yang mendapat ASI pada masa bayinya secara bermakna lebih tinggi dibanding mereka yang mendapat susu formula (Sekartini, 2010).

Keberhasilan dan kesuksesan dalam pemberian ASI eksklusif pada bayi tidak hanya dapat dilakukan oleh ibu saja, tetapi juga harus mendapatkan dukungan dari keluarga ataupun orang-orang terdekat ibu seperti suami. Peran suami sama besarnya dengan peran ibu terutama dalam segi psikologis, sehingga jika seseorang ibu berhasil memberi ASI eksklusif selama 6 bulan, maka ini merupakan keberhasilan ibu dan suami (Roesli, 2008).

Menurut Purwanti (2004), dukungan yang diberikan oleh suami dalam pemberian ASI eksklusif dipengaruhi oleh tingkat usia suami, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, tingkat penghasilan, tingkat pengetahuan suami

tentang pemberian ASI eksklusif dan sikap suami terhadap pemberian ASI eksklusif. Sedangkan bentuk dari dukungan suami dalam keluarga itu meliputi, dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasional dan penghargaan Friedman (2003). Peran keluarga terutama suami merupakan hal yang sangat penting dalam mengsukseskan pemeberian ASI eksklusif.

Bentuk dukungan suami yang dapat diberikan antara lain menggantikan popok, menemani istri sedang menyusui, ikut merawat bayi, ikut merawat bayi, dan memberikan kata-kata pujian, memberikan semangat sehingga istri terus merasa percaya diri. Pikiran positif dan perasaan tenang, senang, dan aman itu akan meningkatkan pengaliran ASI. Ibu bisa jadi tenang dan positif karena dibantu ayah dalam merawat bayi. Ayah juga berperan menciptakan suasana nyaman untuk ibu dan bayinya (Soetjiningsih, 2010).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Kasihan I Bantul, wilayah kerja Puskesmas Kasihan I Bantul terbagi menjadi dua desa yaitu Tamantirto dan Bangunjiwo. Dengan melihat data sekunder pada buku pemantauan wilayah setempat (PWS) KIA di Puskesmas Kasihan I yang melakukan kunjungan pertama di bulan Desember 2013 didapatkan jumlah ibu menyusui di dua desa wilayah kerja Puskesmas Kasihan I Bantul Yogyakarta yaitu 33 orang sedangkan di desa Tamantirto dan 37 orang. Menurut hasil wawancara dengan perawat di Puskesmas Kasihan I Bantul Yogyakarta, dari hasil wawancara dengan perawat yang memiliki tempat praktek di rumah, ada sekitar 9 ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif pada bayinya karena tidak mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suaminya.

Berdasarkan permasalahan di atas, peneliti tertarik melakukan penelitian tentang hubungan dukungan suami terhadap pemberian ASI eksklusif untuk bayi usia 0-6 bulan.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah "Adakah hubungan antara dukungan suami dengan pemberian ASI eksklusif untuk bayi 0-6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I Bantul?".

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Diketahuinya hubungan dukungan suami dengan pemberian ASI eksklusif untuk bayi 0-6 bulan di Puskesmas Kasihan I Bantul Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

   a. Diketahuinya dukungan suami dalam pemberian ASI eksklusif baik dalam segi dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi dan dukungan penghargaan.

   b. Diketahuinya tingkat pemberian ASI eksklusif yang diberikan untuk bayinya.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ibu dan Suami

   Memberikan motivasi kepada orang tua terlebih ibu dalam memberikan ASI eksklusif untuk mengoptimalkan tumbuh kembang anak, dan memberikan motivasi pada suami untuk berperan aktif memberikan dukungan kepada ibu dalam proses pemberian ASI eksklusif.

2. Bagi Perawat

   a. Perawat sebagai tenaga kesehatan dapat mengetahui pentingnya dukungan suami dalam pemberian ASI eksklusif sehingga perawat dapat melibatkan suami dalam pemberian ASI eksklusif.

   b. Sebagai bahan untuk lebih mengetahui hubungan dukungan suami terhadap ibu dalam pemberian ASI eksklusif pada bayinya.

   c. Diharapkan dapat memberikan informasi pentingnya ASI eksklusif kepada ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya secara efektif.

3. Bagi Peneliti

   a. Peneliti dapat mengembangkan pengetahuan tentang ASI eksklusif, dan dapat mengetahui secara langsung tentang hubungan dukungan suami terhadap pemberian ASI eksklusif untuk usia bayi 0-6 bulan.

   b. Diharapkan dari penelitian ini peneliti dapat mengaplikasikannya ke RS dan masyarakat.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang ASI eksklusif telah banyak dilakukan antara lain,

1. Penelitian yang dilakukan oleh Noorrubbiyanti (2005) dengan judul "Pengetahuan Dan Sikap Ibu Serta Suami Terhadap Perilaku Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskemas Mlati 1 Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman Yogyakarta". Jenis penelitian ini adalah Obesrvasional dengan pendekatan *Cross Sectional*. Hasil penelitian ini pengetahuan dan sikap ibu mempunyai hubungan dengan perilaku

pemberian ASI eksklusif, sedangkan pengetahuan dan sikap suami tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif.

Perbedaan penelitian di atas dengan penelitian ini adalah berbeda variabel yang diteliti, sedangkan persamaannya adalah sama-sama meneliti tentang ASI Eksklusif.

2. Penelitian serupa juga pernah dilakukan oleh Nurmala (2001) dengan judul "Hubungan Penyuluhan Puskemas Tegal Rejo Dengan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif". Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* dan hasilanya ada hubungan penyuluhan dalam pemberian ASI eksklusif, perilaku dari pemberian ASI eksklusif dari ibu klien puskesmas Tegal Rejo adalah 97,6% namun pemberian ASI eksklusif hanya 61, 90%.

   Perbedaan penelitian di atas dengan penelitian ini adalah berbeda variabel yang diteliti, sedangkan persamaannya adalah sama-sama meneliti tentang ASI eksklusif.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Hapsari (2012) dengan judul **"**Perbedaan Status Gizi Bayi Usia 0-6 Bulan yang Diberi ASI Eksklusif dan Tidak Eksklusif di BPS Suratni Bantul Yogyakarta". Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional komparasi dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki bayi berusia 0-6 bulan yang berkunjung ke BPS Suratni Bantul berjumlah 40 orang. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik sampling jenuh didapatkan 40

responden. Analisis data yang digunakan adalah uji statistik *Mann-Withney*. Hasil penelitian memberikan kesimpulan ada perbedaan status gizi bayi usia 0-6 bulan yang diberi ASI eksklusif dan tidak eksklusif di BPS Suratni Bantul Yogyakarta.

Perbedaan penelitian diatas dengan penelitian ini adalah berbeda variabel yang diteliti dan metode penelitian yang digunakan, sedangkan persamaannya adalah sama-sama meneliti tentang ASI eksklusif.