

RIWAYAT PEMBERIAN ASI (AIR SUSU IBU) TERHADAP MORBIDITAS BAYI UMUR 0-6 BULAN

Hepti Mulyati¹

¹Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, STIKES Widya Nusantara Palu
Email: heptimulyati@stikeswnpalu.ac.id

ABSTRAK

Masalah gizi seperti gizi kurang dan infeksi akan mengakibatkan peningkatan angka kejadian morbiditas dan mortalitas. Pemberian ASI perlu ditingkatkan untuk menurunkan angka morbiditas bayi. Meskipun Departemen Kesehatan RI telah menganjurkan agar bayi menerima ASI saja selama 6 bulan pertama, namun hanya 32% dari bayi di bawah umur 6 bulan menerima ASI secara eksklusif. Cakupan ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan di Indonesia mengalami peningkatan yaitu dari 52,3% tahun 2014 (Kemenkes RI, 2015) menjadi 55,7% tahun 2015 (Kemenkes RI 2016). Sementara itu, cakupan ASI eksklusif bayi 0-6 bulan di Sulawesi Tengah juga mengalami peningkatan yaitu dari 55,5% (tahun 2014) menjadi 56,0% (tahun 2015). Walaupun cakupan tersebut telah mengalami peningkatan, namun belum mencapai target RPJMD yang telah ditetapkan yaitu sebesar 85% (Dinkes Provinsi Sulawesi Tengah, 2016). Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*. Sampel penelitian ini sebanyak 45 ibu yang memiliki bayi. Teknik pengambilan sampel secara *purposive*. Uji statistik yang digunakan adalah statistik deskriptif dan statistik inferensia. Statistik inferensia menggunakan uji *Chi-Square*. Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan terdapat hubungan IMD, pemberian kolostrum dan ASI eksklusif dengan morbiditas bayi umur 0-6 bulan dengan masing-masing nilai $p=0,045$; $0,045$; $0,001$, namun tidak terdapat hubungan antara pemberian makanan atau minuman prelakteal dan makanan atau minuman tambahan selain ASI dengan morbiditas bayi umur 0-6 bulan.

Kata kunci : ASI eksklusif, bayi, IMD, kolostrum, morbiditas

BREASTFEEDING PRACTICES ON MORBIDITY OF INFANT 0-6 MONTH

ABSTRACT

Malnutrition like undernutrition and infection could increased the rate of morbidity and mortality. Breastfeed milk administration should be improved to decreased infant morbidity. Even then, Indonesia's ministry of health have given recommendation to give only breastfeed milk during the first six month, but only 32% of them received breastfeed milk exclusively. The coverage of breastfeed milk was increased from 52.3% in 2014 (ministry of health, 2015) to 55.7% in 2015 (ministry of health 2016). The coverage in Central Sulawesi also showed increasing trend, from 55.5% in 2014 to 56.0% in 2015. Even though the coverage had increased, the value was far from Regional Medium Term Development Plan, with the target is 85% (Central Sulawesi's Public Health Office, 2016). This research was using cross-sectional design with 45 breastfeed mother as its samples. Sampling technique using in this research was purposive sampling. Data then analyzed with descriptive and inferensia statistical test, like chi-square test. Result from chi-square test showed there were relation between early breastfeed initiation, colostrum administration and exclusive breastfeed with morbidity in 0-6 month infants, with p value were 0.045, 0.045, and 0.001 respectively. There were no relation between prelacteal foods and foods or beverage aside from breastfeed milk with infant morbidity.

Keywords : *exculsive breastfeed, infant, early breastfeed initiation, colostrum, morbidity.*

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral pembangunan nasional, yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Depkes RI, 2009). Derajat kesehatan suatu bangsa tercapai apabila status gizi masyarakat sudah baik dan masalah gizi terselesaikan (Safitri & Briawan, 2013). Masalah gizi merupakan masalah yang kompleks dan memiliki dimensi yang luas karena penyebabnya multi faktor dan multi dimensi, tidak hanya merupakan masalah kesehatan tetapi juga meliputi masalah sosial, ekonomi, budaya, pola asuh, pendidikan dan lingkungan (Utari, 2011). Hal ini sejalan dengan pernyataan WHO (1997) bahwa gizi adalah pilar utama dari kesehatan dan kesejahteraan sepanjang siklus kehidupan. Menurut Calder & Jackson (2000), masalah gizi seperti gizi kurang dan infeksi akan mengakibatkan peningkatan angka kejadian morbiditas dan mortalitas.

Pemberian ASI perlu ditingkatkan untuk menurunkan angka morbiditas ibu serta bayi. Program ASI eksklusif juga telah ditetapkan WHO melalui The Innocenty Declaration pada tahun 1990 yang menyatakan bahwa semua bayi diberi ASI eksklusif sampai 6 bulan dan setelah 6 bulan bayi diberi pendamping ASI kemudian diteruskan sampai 2 tahun. Departemen Kesehatan RI menetapkan sasaran program yang ingin dicapai pada Indonesia Sehat 2010 adalah meningkatkan sekurang-kurangnya 80% dari ibu menyusui dapat memberikan ASI secara eksklusif (Depkes RI, 2005). Meskipun Departemen Kesehatan RI telah menganjurkan agar bayi menerima ASI saja selama 6 bulan pertama, namun hanya 32% dari bayi di bawah umur 6 bulan menerima ASI secara eksklusif. Cakupan ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan di Indonesia mengalami peningkatan yaitu dari 52.3% tahun 2014 (Kemenkes RI, 2015) menjadi 55.7% tahun 2015 (Kemenkes RI 2016). Sementara itu, cakupan ASI eksklusif bayi 0-6 bulan di Sulawesi Tengah juga mengalami peningkatan yaitu dari 55.5% (tahun 2014) menjadi 56.0% (tahun 2015).

Walaupun cakupan tersebut telah mengalami peningkatan, namun belum mencapai target RPJMD yang telah ditetapkan yaitu sebesar 85% (Dinkes Provinsi Sulawesi Tengah, 2016).

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis karakteristik ibu, karakteristik keluarga dan riwayat pemberian ASI terhadap morbiditas bayi umur 0-6 bulan.

METODE

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Talise Kecamatan Mantikulore, Kota Palu. Pemilihan lokasi penelitian dilakukan secara purposive dengan pertimbangan bahwa Puskesmas Talise merupakan salah satu puskesmas dimana beberapa penyakit yang berhubungan dengan vitamin A seperti ISPA dan diare merupakan penyakit dengan jumlah terbanyak yang diderita bayi di puskesmas tersebut. Kemudahan akses peneliti dan belum pernah dilakukan penelitian serupa juga menjadi pertimbangan dasar dalam pemilihan lokasi penelitian. Penelitian dilakukan dari tanggal 5 Juni sampai dengan 31 Oktober 2017.

Variabel dari penelitian ini meliputi karakteristik ibu, karakteristik keluarga, riwayat pemberian ASI (variabel independen) dan morbiditas bayi (variabel dependen). Sampel penelitian ini sebanyak 45 ibu yang memiliki bayi yang diperoleh dari perhitungan rumus Lemeshow dan David (1997). Teknik pengambilan sampel secara *purposive*. Cara penarikan sampel dimulai dengan mendata populasi bayi umur 0-6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Talise. Data diperoleh dari 3 wilayah kerja Puskesmas Talise (Kelurahan Talise, Kelurahan Tondo, dan Kelurahan Layana Indah) melalui bidan desa dan kader penanggung jawab masing-masing wilayah. Jumlah populasi bayi umur 0-6 bulan sebanyak 212 orang. Penentuan sampel menggunakan kriteria inklusi sebagai berikut: 1) bayi berumur 0-6 bulan yang tidak memiliki penyakit hereditas, 2) bersedia menjadi responden, 3) berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Talise berdasarkan KTP atau surat keterangan dari

pemerintah setempat, 4) dapat berkomunikasi dengan baik.

Jenis data yang dikumpulkan pada penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara langsung dengan menggunakan instrumen kuesioner meliputi: riwayat pemberian ASI (IMD, pemberian kolostrum, pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan atau minuman

HASIL

Puskesmas Talise berada di wilayah Kecamatan Mantikulore yang memiliki luas wilayah 206,80 km² dan secara administratif terdiri atas 7 kelurahan. Wilayah kerja Puskesmas Talise mencakup tiga kelurahan yaitu, Kelurahan Talise dengan luas 12,37 km² terdiri dari 8 RW 50 RT, Kelurahan Tondo dengan luas 55,16 km² terdiri dari 15 RW 42 RT, dan Kelurahan Layana Indah dengan luas 15,00 km² terdiri dari 6 RW dan 19 RT.

Karakteristik Ibu

Tabel 1 Sebaran responden (ibu) berdasarkan karakteristik (umur, pendidikan, pekerjaan, paritas)

Karakteristik Ibu	n	%
Umur Ibu		
Remaja akhir (17-25 tahun)	7	15,6
Dewasa awal (26-35 tahun)	25	55,6
Dewasa akhir (36-45 tahun)	13	28,9
Total	45	100,0
Pendidikan Ibu		
SD/ sederajat	6	13,3
SMP/ sederajat	3	6,7
SMA/ sederajat	11	24,4
Perguruan Tinggi	25	55,6
Total	45	100,0
Pekerjaan Ibu		
Tidak bekerja	18	40,0
Bekerja	27	60,0
Total	45	100,0
Paritas Ibu		
Primipara (1 anak)	3	6,7
Multipara (2-3 anak)	30	66,7
Grade Multipara (≥4 anak)	12	26,7
Total	45	100,0

Sumber: Data Primer 2017

prelakteal dan makanan atau minuman tambahan selain ASI); morbiditas (jenis penyakit, lama dan frekuensi sakit). Data sekunder meliputi gambaran umum wilayah, jenis penyakit yang sering terjadi.

Uji statistik yang digunakan adalah statistik deskriptif dan statistik inferensia. Statistik inferensia menggunakan uji *Chi-Square*.

Persentase tertinggi umur ibu berada pada rentang 20-35 tahun, yaitu sebesar 71,1%. Pendidikan formal terendah ibu adalah SD/ sederajat (13,3%) dan tertinggi menempuh perguruan tinggi (55,6%). Sementara itu, persentase terendah umur ibu berada pada > 35 tahun, yaitu sebesar 28,9%. Sebagian besar ibu (60,0%) berkerja dan sisanya (40,0%) ibu tidak bekerja. Paritas ibu sebagian besar (66,7%) tergolong multipara (2-3 anak).

Karakteristik Keluarga

Tabel 2 Sebaran responden berdasarkan karakteristik keluarga (besar keluarga, pendapatan keluarga)

Karakteristik Keluarga	n	%
Besar Keluarga		
Keluarga kecil (≤4 orang)	18	40,0
Keluarga sedang (5-6 orang)	21	46,7
Keluarga besar (≥ 7 orang)	6	13,3
Total	45	100,0
Pendapatan Keluarga		
Miskin (<Rp 358 892)	6	13,3
Tidak miskin (≥Rp 358 892)	39	86,7
Total	45	100,0

Sumber: Data Primer 2017

Riwayat Pemberian ASI

Tabel 3 Sebaran responden berdasarkan riwayat pemberian ASI (IMD, pemberian kolostrum, pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan atau minuman prelakteal dan makanan atau minuman tambahan selain ASI)

Riwayat Pemberian ASI	n	%
Pelaksanaan IMD		

Ya	38	84,4
Tidak	7	15,6
Total	45	100,0
Pemberian kolostrum		
Tidak	7	15,6
Ya	38	84,4
Total	45	100,0
Pemberian ASI eksklusif		
Tidak	29	64,4
Ya	16	35,6
Total	45	100,0
Pemberian makanan/minuman prelakteal		
Ya	10	22,2
Tidak	35	77,8
Total	45	100,0
Pemberian makanan/minuman tambahan selain ASI		
Ya	6	13,3
Tidak	39	86,7
Total	45	100,0

Sumber: Data Primer 2017

Data hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separuh (84,4%) ibu responden melakukan IMD dan sebesar 15,6% ibu responden yang tidak melakukan IMD. Sebagian besar (84,4%) ibu responden memberikan kolostrum kepada bayinya dan hanya sebagian kecil (15,6%) ibu yang tidak memberikan kolostrum dikarenakan ibu menganggap kolostrum merupakan ASI yang kotor dan basi. sebagian kecil (35,6%) responden yang diberikan ASI eksklusif dan sebesar 64,4% responden tidak diberikan ASI eksklusif. Sebesar 22,2% responden diberi makanan atau minuman prelakteal sebelum ASI keluar.

Morbiditas Bayi

Tabel 4 Sebaran responden berdasarkan morbiditas bayi

Morbiditas Bayi	n	%
Jenis penyakit		
ISPA	17	37,8
Diare	10	22,2
Demam	18	40,0
Total	45	100,0
Frekuensi sakit		
Tinggi	13	28,9
Rendah	32	71,1
Total	45	100,0
Lama sakit		

Tinggi	14	31,1
Rendah	31	68,9
Total	45	100,0
Tingkat Morbiditas		
Tinggi	19	42,2
Rendah	26	57,8
Total	45	100,0

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan hasil penelitian, jenis penyakit yang paling sering diderita oleh responden yaitu demam, ISPA, dan diare. frekuensi sakit sebagian besar responden tergolong rendah yaitu 71,1% dengan lama sakit yang juga tergolong rendah yaitu 68,9%. Lama dan frekuensi sakit dikategorikan berdasarkan median yaitu rendah jika frekuensi sakit \leq median dan tinggi jika frekuensi sakit $>$ median.

Frekuensi dan lama sakit digunakan untuk menentukan tingkat morbiditas bayi. Tingkat morbiditas bayi ditentukan dengan skor morbiditas bayi. Skor morbiditas bayi dihitung dengan cara mengalikan lama sakit dan frekuensi sakit. Sehingga diperoleh tingkat morbiditas responden sebagian besar tergolong rendah yaitu 57,8%.

Riwayat Pemberian ASI terhadap Morbiditas Bayi

Tabel 5 Riwayat pemberian ASI terhadap morbiditas bayi

Riwayat Pemberian ASI	Morbiditas Bayi				Nilai p
	Tinggi		Rendah		
n ASI	n	%	n	%	
Pelaksanaan IMD					
Tidak	9	5,5	4	7,5	0,045
Ya	10	31,2	22	68,8	
Total	19	42,2	26	57,8	
Pemberian kolostrum					
Tidak	9	5,5	4	7,5	0,045
Ya	10	31,2	22	68,8	
Total	19	42,2	26	57,8	
Pemberian ASI eksklusif					
Tidak	18	62,1	11	37,9	0,001
Ya	1	6,2	15	93,8	
Total	19	42,2	26	57,8	

Pemberian makanan/minuman prelakteal					
Ya	9	64,3	5	35,7	0,091
Tidak	10	32,3	21	67,6	
Total	19	42,2	26	57,8	
Pemberian makanan/minuman tambahan selain ASI					
Ya	3	50,0	3	50,0	1,000
Tidak	16	41,0	23	59,0	
Total	19	42,2	26	57,8	

Sumber: Data Primer 2017

Tabel 5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang tidak diberikan IMD memiliki morbiditas yang tinggi dan sebagian besar responden yang diberikan IMD memiliki morbiditas yang rendah. Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara IMD dengan morbiditas bayi dengan nilai $p=0,045$ ($<0,05$).

Sebagian besar responden yang tidak diberikan kolostrum memiliki morbiditas yang tinggi dan sebagian besar responden yang diberikan kolostrum memiliki morbiditas yang rendah. Hasil uji *Chi-Square* pada menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kolostrum dengan morbiditas bayi dengan nilai $p=0,045$ ($<0,05$).

Sebagian besar responden yang tidak diberikan ASI eksklusif memiliki morbiditas yang tinggi dan hampir keseluruhan responden yang diberikan ASI eksklusif memiliki morbiditas yang rendah. Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara ASI eksklusif dengan morbiditas bayi dengan nilai $p=0,001$ ($<0,05$).

Lebih dari setengah responden yang diberikan makanan/minuman prelakteal memiliki morbiditas yang rendah. Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara makanan atau

minuman prelakteal dengan morbiditas bayi dengan nilai $p=0,091$ ($>0,05$).

Responden yang diberikan makanan/minuman tambahan selain ASI memiliki kesempatan yang sama menderita morbiditas yang tinggi dan rendah. Hasil *Chi-Square* menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pemberian makanan atau minuman tambahan selain ASI dengan morbiditas bayi dengan nilai $p=1,000$ ($>0,05$).

PEMBAHASAN

Karakteristik Ibu

Umur ibu menurut Depkes RI (2009) berada pada tahap remaja akhir hingga dewasa akhir. Sebagian besar ibu berada pada tahap dewasa awal. Hurlock (1999) menyatakan bahwa umur ibu berpengaruh terhadap pengasuhan anak karena ibu dengan umur muda cenderung lebih memperhatikan kepentingannya sendiri dibandingkan dengan kepentingan anak dan keluarga. Hasil studi yang dilakukan Tafta (2003) menunjukkan indeks harapan hidup bayi pada ibu yang dewasa lebih tinggi dari pada ibu remaja, tetapi tidak ada perbedaan yang signifikan diantara keduanya.

Pendidikan akhir orang tua dapat mempengaruhi pola pengasuhan anak oleh orang tua. Orang tua dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih memahami pentingnya peranan orang tua terhadap anak. Semakin tinggi pendidikan orang tua diduga akan semakin baik pengetahuan gizinya sehingga keadaan gizi anak akan terjamin, yang pada akhirnya tingkat kesehatan anak akan lebih baik (Astari *et al.* 2005).

Ibu yang bekerja dapat meningkatkan pendapatan keluarga, sehingga dapat meningkatkan akses terhadap makanan dan perawatan kesehatan. Namun, ibu yang bekerja dapat mengurangi waktu ibu untuk mengawasi dan mengurus anak, sehingga juga dapat menurunkan tingkat kesehatan anak (Gennetian *et al.* 2010).

Banyaknya anak akan mempengaruhi kesehatan ibu dan merupakan faktor terjadinya BBLR, tumbuh kembang bayi lebih lambat, pendidikan anak lebih rendah dan nutrisi kurang (Depkes RI, 2007).

Karakteristik Keluarga

Pendapatan dan struktur keluarga berpengaruh terhadap kesehatan. Orang yang termasuk dalam kelas sosial yang lebih rendah memiliki angka kesakitan lebih tinggi, penyakit yang lebih parah dan angka harapan hidup yang lebih rendah (Bastable, 2002). Pendapatan keluarga dinyatakan dalam pendapatan/kapita/bulan dari anggota keluarga yang bekerja. Pendapatan per kapita merupakan hasil pembagian dari total pendapatan keluarga dengan jumlah anggota keluarga. Pendapatan per kapita dikategorikan menjadi dua yaitu miskin dan tidak miskin. Pengkategorian ini berdasarkan ketetapan garis kemiskinan menurut BPS (2015) untuk Provinsi Sulawesi Tengah sebesar Rp358 892.

Riwayat Pemberian ASI

IMD yaitu proses membiarkan bayi menyusu sendiri setelah kelahiran dengan cara bayi diletakkan di dada ibunya kemudian bayi mencari sendiri puting ibunya. IMD memiliki manfaat diantaranya dapat mengurangi perdarahan pada ibu serta kontak langsung antara ibu dan anak dapat meningkatkan kasih sayang (Yuliarti, 2010). Menurut Depkes RI (2008), menyusui bayi 30 menit segera setelah melahirkan dapat mencegah perdarahan dan merangsang ASI cepat keluar.

Berdasarkan hasil penelitian Fikawati dan Syafiq (2003), ibu yang tidak memberikan *immediate breastfeeding* (menyusui segera =30 menit setelah melahirkan) berisiko memberikan makanan atau minuman pralakteal 1,8 kali sampai 5,3 kali lebih besar dibandingkan ibu yang *immediate breastfeeding*. Juga ditemukan bahwa ibu yang memberikan *immediate breastfeeding* 2 sampai 8 kali lebih besar kemungkinannya untuk memberikan ASI secara eksklusif sampai 4 bulan dibandingkan dengan ibu yang tidak *immediate breastfeeding*.

Kolostrum merupakan cairan kekuningan yang pertama kali keluar. Kolostrum mengandung zat kekebalan terutama immunoglobulin A (IgA) untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi seperti diare, mengandung protein dan vitamin A yang tinggi, serta

mengandung karbohidrat dan lemak yang rendah sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran bayi (Yuliarti, 2010). Kolostrum sangat baik diberikan kepada bayi karena mengandung zat kekebalan terutama immunoglobulin A (IgA) untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi, mengandung protein dan vitamin A yang tinggi, serta mengandung karbohidrat dan lemak yang rendah sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran bayi (Yuliarti, 2010). Namun, faktor *hygiene* dalam pemberian kolostrum maupun ASI juga harus diperhatikan karena meskipun diberikan kolostrum, kemungkinan contoh tertular penyakit terutama penyakit infeksi tetap ada jika praktek *hygiene* ibu contoh buruk.

Menurut Depkes RI (2010), pola menyusui dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu 1) menyusui eksklusif, 2) menyusui dominan, 3) menyusui parsial. Menyusui eksklusif adalah praktek menyusui dengan tidak memberikan makanan atau minuman lain kepada bayi termasuk air putih selain menyusui (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes, namun ASI perah diperbolehkan). Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian Sringati *et al.* (2016) yang menyebutkan bahwa persentase pemberian ASI eksklusif di Desa Jono'oge, Kabupaten Sigi sebesar 40,6%. Sebagian besar alasan tidak diberikan ASI eksklusif karena ASI belum keluar atau ASI sedikit, bayi sering menangis dan ibu menganggap ASI saja tidak cukup sehingga diberikan makanan atau minuman selain ASI. Selain itu alasan tidak diberikan ASI eksklusif antara lain karena puting terlalu kecil, ibu bekerja atau sibuk, serta ibu atau bayi sakit. Menurut Calder dan Jackson (2000), penyebab utama morbiditas dan mortalitas di negara berkembang adalah gizi kurang dan infeksi. ASI mengandung komponen yang baik bagi bayi sehingga ASI eksklusif sebaiknya diberikan pada bayi 0-6 bulan. Menurut Roesli (2000), angka kesakitan (morbiditas) bayi yang menerima ASI eksklusif lebih rendah daripada bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif.

Makanan atau minuman prelakteal merupakan makanan atau minuman yang diberikan kepada bayi baru lahir sebelum

ASI keluar (Depkes RI, 2010). Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan Kemenkes (2010) yang menyatakan bahwa sebesar 44.7% bayi umur 0-5 bulan diberi makanan prelakteal.

Hasil penelitian Madanijah (2004) juga menyebutkan bahwa hampir 50% bayi umur 0-3 bulan telah menerima susu formula. Sebaiknya makanan atau minuman tersebut tidak diberikan kepada bayi baru lahir karena saluran pencernaan bayi belum berkembang secara optimal sehingga dapat meningkatkan morbiditas pada bayi. Selain itu, pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuan bayi untuk menghisap.

Morbiditas Bayi

Morbiditas merupakan derajat sakit, cedera, atau gangguan pada suatu populasi. Selain itu, suatu penyimpangan dari status sehat dan sejahtera atau keberadaan suatu kondisi sakit juga disebut morbiditas (Timmreck, 2001).

Morbiditas mempunyai peranan penting yang lebih penting dibandingkan dengan mortalitas. Karena apabila morbiditas tinggi maka akan memicu kematian sehingga menyebabkan mortalitas juga tinggi (Kardjati *et al.* 1985).

Morbiditas lebih mencerminkan keadaan kesehatan yang sesungguhnya sebab mempunyai hubungan yang erat dengan faktor lingkungan seperti kemiskinan, kurang gizi, penyakit infeksi, perumahan, air minum yang sehat, kebersihan lingkungan dan pelayanan kesehatan (Kardjati *et al.* 1985). Derajat kesehatan masyarakat ditentukan dari indeks kesehatan berupa angka kematian (mortalitas) dan kesakitan (morbiditas) (Budiarto & Anggraeni, 2001).

Berdasarkan hasil penelitian, jenis penyakit yang paling sering diderita oleh responden yaitu demam, ISPA, dan diare. Demam adalah suatu keadaan dimana suhu rektal lebih dari 38.0C (Schwartz 1996). Pada umumnya, ketika suhu tubuh naik, pembuluh darah di dalam kulit membesar dan kulit menjadi merah dan terasa panas. Dahi dan bagian atas perut anak merupakan titik yang menunjukkan bahwa anak demam (Sears W & Sears M, 2007).

ISPA merupakan infeksi saluran pernapasan akut dengan gejala demam, batuk, nyeri tenggorok, pilek, sesak napas, mengi, atau kesulitan bernapas. ISPA merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas penyakit menular di dunia. Patogen yang sering menyebabkan ISPA adalah virus, atau infeksi gabungan virus-bakteri. Penyebaran dan dampak penyakit berkaitan dengan: 1) kondisi lingkungan (misalnya polutan udara, kepadatan anggota keluarga), kelembaban, kebersihan, musim, temperatur, 2) ketersediaan dan efektivitas pelayanan kesehatan dan langkah pencegahan infeksi untuk mencegah penyebaran (vaksin, akses terhadap pelayanan kesehatan), 2) faktor pejamu (usia, kebiasaan merokok, kemampuan pejamu menularkan infeksi, status kekebalan, status gizi, kondisi kesehatan umum, infeksi sebelumnya), 4) karakteristik patogen (cara penularan, daya tular, jumlah atau dosis mikroba) (WHO, 2007).

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan frekuensi lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari dan konsistensinya lembek atau cair. Diare dapat disebabkan oleh infeksi (bakteri, virus), malabsorpsi, alergi, keracunan, imunodefisiensi dan lain-lain namun penyebab yang sering ada di lapangan yaitu infeksi dan keracunan. Diare dikategorikan menjadi dua antara lain diare akut atau diare yang berlangsung kurang dari 14 hari dan diare kronis atau diare yang berlangsung lebih dari 14 hari (Depkes RI, 2011).

Frekuensi dan lama sakit digunakan untuk menentukan tingkat morbiditas bayi. Tingkat morbiditas bayi ditentukan dengan skor morbiditas bayi. Skor morbiditas bayi dihitung dengan cara mengalikan lama sakit dan frekuensi sakit. Sehingga diperoleh tingkat morbiditas responden sebagian besar tergolong rendah yaitu 57,8%. Hasil penelitian Suharwati, Fatchan, & Budijanto (2013) menunjukkan bahwa tingkat morbiditas balita di Desa Klampar tergolong sedang yaitu sebanyak 58%, namun akan terus meningkat apabila masyarakat khususnya ibu yang memiliki balita tidak mengubah pola hidup mereka dengan pola hidup yang sehat, yakni diawali dari

lingkungan sekitar tempat mereka tinggal. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa perawatan balita memiliki keterkaitan dengan morbiditas balita di Desa Klampar. Morbiditas pada balita di Desa Klampar disebabkan karena seringnya balita terjangkau penyakit, diantaranya yaitu: demam, diare, batuk, dan gatal-gatal (Budiarso dalam Singarimbun, 1988).

Riwayat Pemberian ASI terhadap Morbiditas Bayi

IMD yaitu proses membiarkan bayi menyusu sendiri setelah kelahiran dengan cara bayi diletakkan di dada ibunya kemudian bayi mencari sendiri puting ibunya. IMD memiliki manfaat diantaranya dapat mengurangi perdarahan pada ibu serta kontak langsung antara ibu dan anak dapat meningkatkan kasih sayang (Yuliarti, 2010)

Hasil uji *Chi-Square* pada Tabel 5 menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara IMD dengan morbiditas bayi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Edmond *et al.* (2006), risiko morbiditas dan mortalitas neonatal dan bayi bisa dicegah dengan IMD dan menyusui eksklusif selama 6 bulan. Menurut Clemens *et al.* (1999), IMD dapat menurunkan risiko tertelannya patogen infeksius.

Hasil uji *Chi-Square* pada Tabel 5 menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kolostrum dengan morbiditas bayi. Kolostrum mengandung zat kekebalan terutama immunoglobulin A (IgA) untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi seperti diare, mengandung protein dan vitamin A yang tinggi, serta mengandung karbohidrat dan lemak yang rendah sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran bayi (Yuliarti, 2010).

Hasil uji *Chi-Square* pada Tabel 5 menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara ASI eksklusif dengan morbiditas bayi. Hasil ini sejalan dengan pendapat Roesli (2000), angka kesakitan (morbiditas) bayi yang menerima ASI eksklusif lebih rendah daripada bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif. Depkes RI (2010), pemberian ASI eksklusif dapat memberikan perlindungan kepada bayi dan memperkecil risiko beberapa jenis penyakit seperti diare, ISPA,

dan penyakit alergi. Menurut Calder dan Jackson (2000), penyebab utama morbiditas dan mortalitas di negara berkembang adalah gizi kurang dan infeksi. ASI mengandung komponen yang baik bagi bayi sehingga ASI eksklusif sebaiknya diberikan pada bayi 0-6 bulan.

Hasil uji *Chi-Square* pada Tabel 5 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara makanan atau minuman prelakteal dengan morbiditas bayi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa contoh yang tidak diberikan makanan atau minuman prelakteal tetap memiliki kemungkinan mengalami sakit dengan morbiditas tinggi. Menurut Darmadi (2008), proses terjadinya penyakit disebabkan oleh tiga faktor yang saling berinteraksi antara lain faktor penyebab penyakit (agen), faktor manusia (host), dan faktor lingkungan.

Hasil uji *Chi-Square* pada Tabel 5 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pemberian makanan atau minuman tambahan selain ASI dengan morbiditas bayi. Dari hasil penelitian ini terlihat bahwa meskipun bayi tidak diberi makanan atau minuman tambahan selain ASI, kemungkinan menderita penyakit seperti yang telah disebutkan diatas tetap ada atau sebaliknya.

KESIMPULAN

Adapun simpulan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan karakteristik ibu responden, sebagian besar bekerja dan memiliki paritas yang tergolong multipara. Dilihat dari karakteristik keluarga, sebagian besar keluarga responden memiliki besar keluarga yang tergolong sedang dan memiliki pendapatan di atas garis kemiskinan.
2. Sebagian besar ibu responden melakukan IMD dan memberikan ASI pertama pada waktu lebih dari 30 menit setelah melahirkan. Sebagian besar ibu responden memberikan kolostrum kepada bayinya dan hanya sebagian kecil ibu yang tidak memberikan kolostrum dikarenakan ibu menganggap kolostrum merupakan ASI yang kotor dan basi. Sebagian besar responden tidak diberikan

- ASI eksklusif, tidak diberikan makanan prelakteal dan tidak diberikan makanan atau minuman tambahan lain selain ASI.
3. Jenis penyakit yang paling sering diderita oleh responden yaitu demam, ISPA, dan diare. Frekuensi dan lama sakit sebagian besar responden tergolong rendah, sehingga diperoleh tingkat morbiditas responden sebagian besar tergolong rendah.
 4. Terdapat hubungan IMD, pemberian kolostrum dan ASI eksklusif dengan morbiditas bayi umur 0-6 bulan, namun tidak terdapat hubungan antara pemberian makanan atau minuman prelakteal dan makanan atau minuman tambahan selain ASI dengan morbiditas bayi umur 0-6 bulan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astari, LD., Nasoetion, A., Dwiriani, CM. 2005. *Hubungan Karakteristik Keluarga, Pola Pengasuhan dan Kejadian Stunting Anak Usia 6-12 Bulan*. Media Gizi dan Keluarga. 29 (2) : 40-46.
- Badan Pusat Statistik. 2015. Tingkat Kemiskinan di Sulawesi Tengah Maret 2015 [Internet]. [diunduh 2017 April 13]. Tersedia pada <http://sulteng.bps.go.id/linkTabelStatistik/view/id/541>
- Bastable, SB. 2002. *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip Pengajaran*. Jakarta: EGC
- Budiarto, E., Anggraeni D. 2001. *Epidemiologi*. Ed ke- 2. Jakarta: EGC
- Calder, PC., Jackson, AA. 2000. *Undernutrition, Infection And Immune Function*. Nutrition Research Review. (13):3-29.
- Clemens, J., Elyazeed, RA., Rao, M., Savarino, S., Morsy, BZ., Kim, Y., Wierzba, T., Naficy, A., et al. 1999. Early Initiation Of Breastfeeding And The Risk Of Infant Diarrhea In Rural Egypt. *Pediatrics*. 104, e3
- Darmadi. 2008. *Infeksi Nosokomial*. Jakarta: Salemba.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005. *Profil Kesehatan Indonesia 2003, Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah 2016*. Palu: Dinkes Provinsi Sulawesi Tengah.
- Edmond, KM., Zandoh, C., Quigley, MA., Amenga, S., Owusu, S., Kirkwood, BR. 2006. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk Of Neonatal Mortality. *Pediatrics*. 117: e380. DOI: 10.1542/peds.2005-1496
- Gennetian, L., Hill, H., Lopoo, L., London, A. 2010. *Mothers' Employment and Health of Low Income Children*. *J health econ*. 29(3) : 353–363.doi:10.1016/j.jhealeco.2010.02.007.
- Hurlock, EB. 1999. *Perkembangan Anak*. Tjandrasa M, Zarkasih M, penerjemah; Jakarta: Erlangga. Terjemahan dari: Child Development.
- Kardjati, Alisjahbana, A., Kusin, JA. 1985. *Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lemeshow, S., David, WHJ. 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan (terjemahan)*. Yogyakarta: Gadjahmada University Press.
- Madanijah, S. 2004. *Dampak Intervensi Pendidikan "GI-PSI-SEHAT" bagi Ibu terhadap Konsumsi Pangan dan Status Gizi Anak Usia Dini*. *Gizi Indon*. 27(2):59-76.
- Roesli, U. 2000. *Mengenal ASI Eksklusif Edisi I*. Jakarta: Trubus Agriwidya
- Safitri, M., Briawan, D. 2013. *Hubungan Suplementasi Vitamin A Pada Ibu Nifas Dan Morbiditas Bayi Umur 0-6 Bulan Di Kecamatan Ciampea, Kabupaten Bogor*. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 8 (2): 89-94.
- Sears W dan Sears M. 2007. *The Baby Book, Segala Hal yang Perlu Anda*

- Ketahui Tentang Bayi Anda Sejak Lahir Hingga Usia Dua tahun. Jakarta: PT Serambi Ilmu Semesta.
- Sringati., Walean J., Ahmil., Fitrihanur, WL., Pangli, VU. *Hubungan Pengetahuan Dan Motivasi Ibu Terhadap Pemberian Asi Eksklusif Di Desa Jono'oge*. 2016. *Jurnal Kesehatan Tadulako*. 2(1): 58-67
- Singarimbun, M. 1988. *Kelangsungan Hidup Anak*. Yogyakarta: Gajah MadaTaffa,
- N. 2003. *A Comparison of Pregnancy and Child Health Outcomes Between Teenage And Adult Mothers In The Slums Of Nairobi, Kenya*. *Int J Adolesc Med Health*.15(4):321 -329.
- Suharwati, SI., Fatchan A., Budijanto. 2013. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Morbiditas Balita Di Desa Klampar Kecamatan Proppo Kabupaten Pamekasan*. *Tesis*. Malang: Universitas Negeri Malang.
- Timmreck, TC. 2001. *Epidemiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: EGC.
- Utari, AAAW. 2011. *Perkembangan Masalah Gizi Kurang Kaitannya Dengan Kebijakan Dan Program Ketahanan Pangan Dan Perbaikan Gizi Di Indonesia*. *Skripsi*. Bogor: IPB.
- World Health Organization. 1997. *WHO Global Database Child Growth and Malnutrition*. Geneva: WHO.