



SEMINAR SEKOLAH PASCASARJANA  
INSTITUT PERTANIAN BOGOR

---

NAMA : AI NURHAYATI

NOMOR POKOK : A 561030031

PROGRAM STUDI : GIZI MASYARAKAT

JUDUL PENELITIAN : PENGARUH INTERVENSI KONSELING GIZI PADA  
IBU KELUARGA MISKIN TERHADAP PEMBERIAN  
ASI EKSKLUSIF

DOSEN PEMBIMBING : Prof. Dr. Ir. H.HARDINSYAH, MS (KETUA)  
Prof. Dr. Ir. H.HIDAYAT SYARIEF, MS (ANGGOTA)  
Dr. Ir. SITI MADANIJAH, MS (ANGGOTA)

KELOMPOK/BIDANG ILMU : ILMU-ILMU SOSIAL

HARI/TANGGAL : KAMIS/ 16 AGUSTUS 2007

WAKTU : 11.00 – 12.00

TEMPAT : AUDITORIUM FAPERTA

---

**PENGARUH INTERVENSI KONSELING GIZI PADA IBU  
KELUARGA MISKIN TERHADAP PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF**  
*(The Effect of Nutrition Counseling Intervention to Poverty Mother in  
Giving Exclusive Breastfeeding)*

Ai Nurhayati

**ABSTRACT**

Breastfeeding is able to babies necessary until they reach six month, but in the fact breastfeeding, particularly exclusive breastfeeding is rarely given. Nutrition counseling becomes an approach to change the act in nutrition field. This research purposes to notice nutrition counseling affect for knowledge, behavior and practice which support, duration and frequency of breastfeeding it self specially exclusive breastfeeding. This research applies Randomized Controlled Trial method. Research samples, which consist of mothers from poor families, are taken randomly; 30 mothers are experimental group and 29 mothers are control group. The result of research shows that experimental group have better score for knowledge, behavior and enthusiastic in practicing breastfeeding process than control group. Duration and frequency of breastfeeding is longer to be done by mothers are as experimental group. 20% of experimental group gives exclusive breastfeeding, in contrast only 3,4% of control group implement the activity as such. Nutrition counseling intervention does not influence significantly in exclusive breastfeeding for 95% of trusting level.

*Key word: nutrition counseling, exclusive breastfeeding, duration, frequency*

**PENDAHULUAN**

Air Susu Ibu (ASI) telah terbukti bermanfaat bagi optimalisasi imunitas, pertumbuhan, dan perkembangan bayi. WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif sejak bayi lahir sampai berusia 6 bulan (WHO 2001). Sejalan dengan hal ini, pemerintah Indonesia telah menetapkan kebijakan pemberian ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan dengan mengeluarkan Kepmenkes RI No.450/MENKES/IV/2004.

Praktek pemberian ASI di Indonesia masih memprihatinkan. Berdasarkan data SDKI 2003, bahwa pemberian ASI saja cenderung terus menurun seiring dengan bertambahnya usia bayi. Pemberian ASI saja pada bayi 2-3 bulan sebanyak 45,5 %, pada bayi 4-5 bulan sebanyak 13,9 % dan pada bayi 6-7 bulan hanya 7,8 % . Penelitian Hardinsyah dkk (2001) di kota Bogor menemukan pemberian ASI eksklusif antara 4 - 5 bulan adalah 23,9 %, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Irawati (2004) di Kecamatan Sukaraja Kabupaten Bogor hanya 2,6 %.

Pemberian ASI pada bayi erat kaitannya dengan keputusan ibu bayi. Penelitian Hannon *et al* (1997) di Amerika Serikat pada ibu keluarga miskin menemukan bahwa faktor utama yang mempengaruhi keputusan ibu dalam praktek pemberian ASI, yaitu pengetahuan ibu mengenai manfaat ASI dan cara mengatasi kesulitan menyusui. Hal senada dikemukakan oleh Dermer (2001) bahwa faktor yang mempengaruhi keputusan

ibu memberikan ASI adalah paparan informasi tentang manfaat ASI dan cara menyusui. Sedangkan menurut Killewo *et al* (2002) faktor yang mempengaruhi keputusan pemberian ASI di daerah pedesaan Bangladesh adalah persepsi ibu tentang ASI eksklusif. Berdasarkan hasil penelitian Ruowei *et al* (2002) di US bahwa ibu yang mempunyai persepsi negatif tentang ASI adalah ibu dari keluarga yang berpendidikan dan berpendapatan rendah.

Kurangnya pengetahuan ibu tentang manfaat ASI eksklusif dan persepsi yang kurang tepat tentang ASI eksklusif akan mempengaruhi praktek ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayi. Oleh karena itu ibu perlu memperoleh informasi yang tepat tentang ASI eksklusif. Konseling menurut WHO (1993) dan Guise JM *et al* (2003) merupakan pendekatan komunikasi interpersonal yang sering digunakan dalam peningkatan pengetahuan serta perubahan sikap dan perilaku di bidang kesehatan.

Sampai saat ini masih terbatas jumlah studi efikasi konseling khususnya konseling gizi tentang pemberian ASI eksklusif. Berbagai studi yang dilakukan di bidang ini pada umumnya dilakukan berbasis klinik atau rumah sakit oleh tenaga kesehatan di daerah miskin perkotaan di mancanegara (Morrow *et al.* 1999; Haider *et al.* 2000; Aidam *et al.* 2005; Leite *et al.* 2005). Belum ada studi efikasi konseling gizi dalam pemberian ASI eksklusif yang dilakukan ibu pada masyarakat pedesaan miskin. Mencermati hal tersebut perlu dilakukan penelitian efikasi konseling gizi pada ibu dari keluarga miskin di pedesaan terhadap pemberian ASI eksklusif.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk : 1) Menganalisis pengetahuan, sikap dan praktek yang mendukung pemberian ASI eksklusif pada ibu yang diberi konseling gizi dan yang tidak diberi konseling gizi; 2) Menganalisis pengaruh intervensi konseling gizi terhadap durasi pemberian ASI; 3) Menganalisis pengaruh intervensi konseling gizi terhadap frekuensi pemberian ASI dan 4) Menganalisis pengaruh intervensi konseling gizi terhadap status pemberian ASI eksklusif.

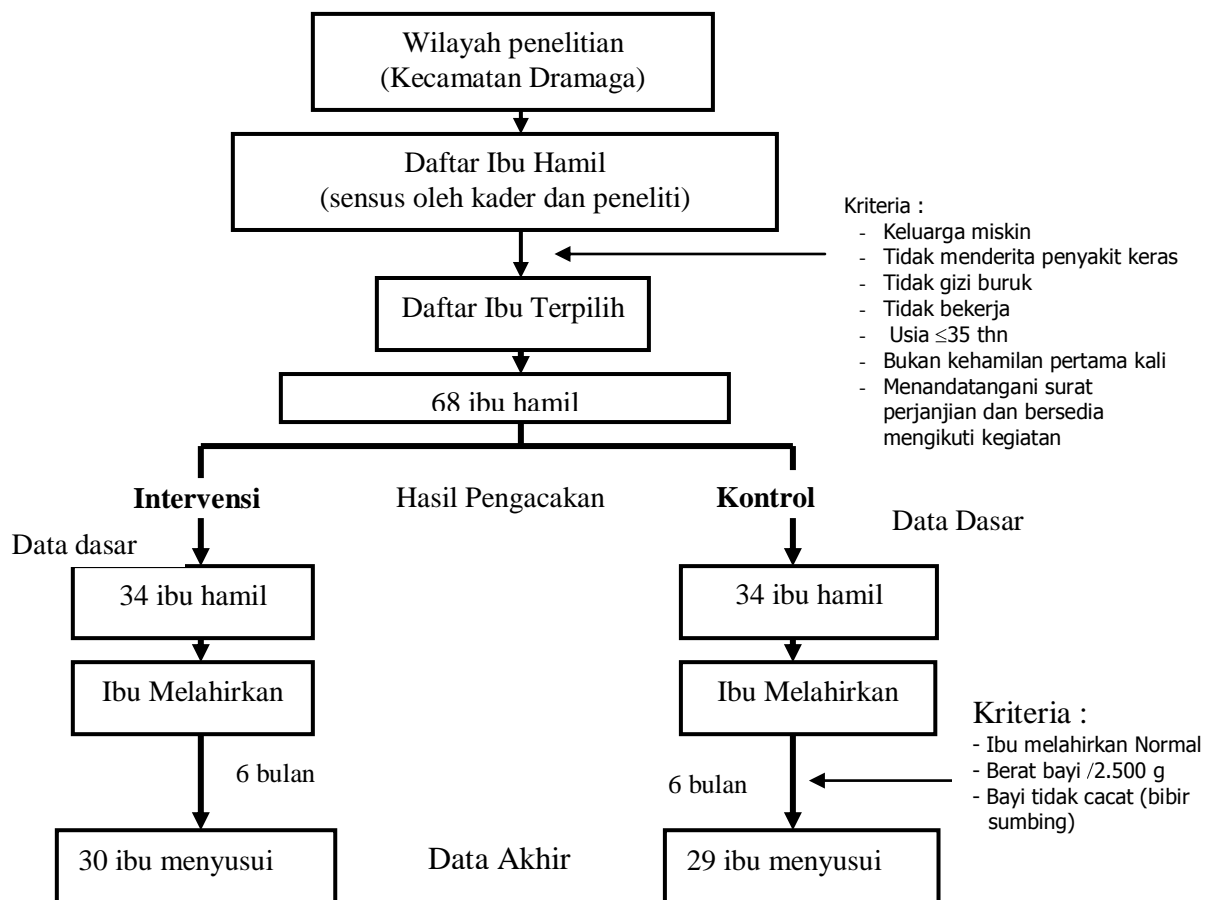
## **METODE**

### **Desain, Tempat dan Waktu**

Penelitian ini menggunakan desain *Randomized Controlled Trial*. Penelitian dilaksanakan di Kecamatan Dramaga Kabupaten Bogor selama 18 bulan efektif, yaitu dari bulan Agustus 2004 sampai Februari 2006. Konseling gizi dilakukan sebanyak 7 kali, yaitu 2 kali pada saat hamil dan 5 kali setelah melahirkan.

### **Cara Pengambilan Contoh**

Contoh pada awalnya adalah ibu hamil sebanyak 68 ibu yang terdiri dari 34 ibu sebagai kelompok perlakuan dan 34 ibu sebagai kelompok kontrol (Gambar 1). Ukuran contoh ditentukan berdasarkan rumus perbedaan proporsi (Ariawan 1997). Contoh merupakan bagian dari "Studi Pengaruh Pemberian Biskuit dan Mie yang Diperkaya Zat Gizi Mikro terhadap status Gizi Mikro Ibu dan Anak" yang dilakukan oleh Hardinsyah dkk, atas kerjasama Institut Pertanian Bogor (IPB) dengan World Food Programme (WFP)-Indonesia.



Gambar 1 Cara penarikan contoh

### Jenis dan Cara Pengumpulan Data

Data dasar yang dikumpulkan meliputi data primer dan data sekunder. Data primer terdiri dari data awal dan data akhir. Data awal yang dikumpulkan yaitu : (1) karakteristik ibu meliputi umur, tingkat pendidikan, besar keluarga dan pendapatan keluarga; (2) pengetahuan, sikap dan praktek ibu yang mendukung pemberian ASI eksklusif. Data akhir meliputi (1) pengetahuan, sikap dan praktek ibu yang mendukung pemberian ASI eksklusif; (2) durasi pemberian ASI; (3) frekuensi pemberian ASI dan (4) status pemberian ASI eksklusif.

Pengambilan data dilakukan oleh peneliti dan dibantu oleh 4 orang enumerator yang sebelumnya telah dilatih. Data kesehatan diperoleh dengan melakukan pemeriksaan oleh dokter, data pengetahuan, sikap dan praktek menggunakan pre-test dan post-test. Data dikumpulkan dengan teknik wawancara menggunakan kusioner.

### Pengolahan dan Analisa Data

Pengolahan data penelitian dilakukan dengan tabulasi, kemudian dianalisis secara statistik deskriptif dan inferensia. Data pengetahuan gizi, sikap dan praktek yang mendukung ASI eksklusif diolah berdasarkan skor.

Pengolahan statistik inferensia untuk mengetahui perbedaan skor pengetahuan, sikap dan praktek yang mendukung pemberian ASI eksklusif sebelum dan setelah intervensi konseling gizi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, perbedaan durasi dan frekuensi pemberian ASI antara kedua kelompok dilakukan dengan menggunakan *Independent Samples T-Test* dan *Paired Samples T-Test*. Regresi logistik dilakukan untuk mengetahui pengaruh intervensi terhadap ASI eksklusif (Ariawan 1992).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Pendidikan merupakan salah satu aspek penting dalam menunjang kualitas manusia. Tingkat pendidikan ibu sebagai responden pada umumnya rendah pada kedua kelompok. Persentase terbesar untuk tingkat pendidikan pada kedua kelompok adalah sekolah dasar (Tabel 1).

Tabel 1 Karakteristik ibu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Variabel	Perlakuan		Kontrol		Total		Nilai <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Pendidikan							0,407
SD	17	56,7	18	62,1	35	59,3	
SLTP	10	33,3	6	20,7	16	27,1	
SLTA	3	10,0	5	17,2	8	13,6	
Besar Keluarga							0,490
Kecil [ 4	13	43,3	11	37,9	24	40,7	
Sedang 4 – 6	13	43,3	11	37,9	24	40,7	
Besar /7	4	13,4	7	24,2	11	18,6	

Pengaruh pendidikan ibu terhadap pemberian ASI eksklusif ada yang menyatakan berpengaruh secara signifikan seperti penelitian Hasnim *et al* (2002) di daerah perdesaan Bangladesh, ada pula yang menyatakan tidak berpengaruh secara signifikan seperti penelitian Killewo *et al* (2002) di daerah yang sama. Pendidikan yang rendah menurut Hasnim *et al* (2002) akan berhubungan dengan pengetahuan tentang ASI, kolostrum dan menyusui secara eksklusif sehingga akan berpengaruh pada pemberian ASI eksklusif.

Besar keluarga berdasarkan Tabel 1 pada kedua kelompok merupakan keluarga kecil dan sedang. Besar keluarga akan tingkat pendidikan berdasarkan uji statistik tidak berbeda antara kedua kelompok. Hal ini menunjukkan bahwa kedua kelompok pada mempunyai karakteristik keluarga yang homogen.

Pendapatan rumah tangga responden dihitung dengan menggunakan pendekatan pengeluaran pangan dan non pangan per bulan. Pendapatan keluarga berdasarkan pengeluaran pangan, seperti yang disajikan pada Tabel 2, tidak berbeda antara kedua kelompok dengan nilai  $p \geq 0,05$ , sedangkan untuk pengeluaran non pangan terdapat perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

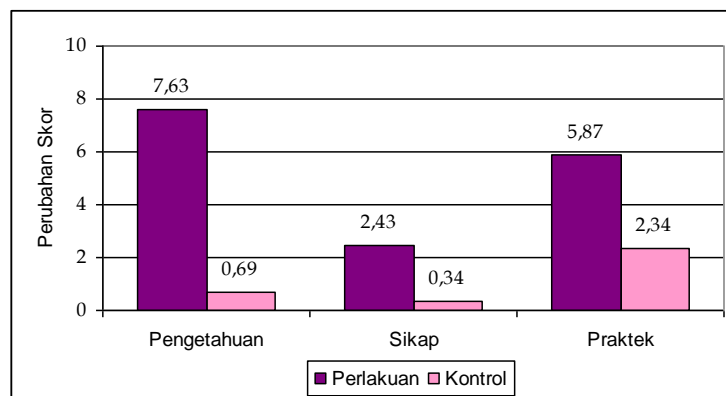
Tabel 2 Pendapatan keluarga berdasarkan pengeluaran pangan dan non pangan

Variabel	Perlakuan (rata-rata±SD)	Kontrol (rata-rata±SD)	Total (rata-rata±SD)	Nilai <i>p</i>
Pendapatan Keluarga (Rp/bln)	510.503689.232	535.6316110.435	522.8546100.147	0,534
Pdpt. per kapita (Rp/perkapita/bln)	103.657624.977	103.001623.918	103.335624.253	0,879
Pengeluaran pangan (Rp/bln)	85.899620.077	83.136619.277	84.541619.567	0,767
Penge. Non Pangan (Rp/bln)	19.86665.880	17.75866.179	18.79466.075	0,033

Pangan merupakan kebutuhan utama, oleh karena itu pada keluarga miskin persentase pengeluaran pangan akan lebih besar dibandingkan pengeluaran untuk non pangan. Persentase pengeluaran untuk pangan pada kedua kelompok merupakan persentase pengeluaran terbesar dibandingkan pengeluaran untuk non pangan, yaitu sebesar 83,0 % pada kelompok perlakuan dan 80,6 % pada kelompok kontrol.

### Pengetahuan, Sikap dan Praktek yang Mendukung Pemberian ASI Eksklusif

Pengetahuan dan sikap tentang ASI eksklusif, kolostrum, konsumsi ibu, perawatan payudara, serta praktek yang mendukung pemberian ASI eksklusif meliputi inisiasi ASI, pemberian kolostrum, makanan prelaktal, MP-ASI, konsumsi ibu dan perawatan payudara, ditanyakan kepada ibu sebelum dan setelah intervensi konseling gizi. Perbedaan skor yang diperoleh ibu setelah intervensi konseling gizi dikurangi sebelum intervensi konseling gizi disajikan pada Gambar 2.



Gambar 2 Perbedaan skor pengetahuan, sikap dan praktek pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Berdasarkan uji statistik terdapat perbedaan pengetahuan, sikap dan praktek yang mendukung pemberian ASI eksklusif antara kelompok ibu yang diberi konseling gizi dengan ibu yang tidak diberi konseling gizi dengan masing-masing nilai *P*50,000. Pada kelompok perlakuan terdapat perbedaan pengetahuan, sikap dan praktek yang

mendukung pemberian ASI eksklusif sebelum intervensi dan setelah intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan pengetahuan dan sikap sebelum dan setelah intervensi konseling gizi, tetapi terdapat perbedaan untuk praktek yang mendukung pemberian ASI eksklusif. Menurut Notoatmojo (2003) perubahan perilaku melalui tahap perubahan pengetahuan, sikap dan praktek. Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya membuktikan bahwa bahwa seseorang telah berperilaku positif meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif.

Perbedaan jumlah skor pengetahuan, sikap dan praktek yang mendukung pemberian ASI eksklusif pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah intervensi konseling gizi sebesar 14,1, sedangkan pada kelompok kontrol hanya 3,9. Hal ini menunjukkan bahwa berdasarkan perbedaan skor pengetahuan, sikap dan praktek pada kelompok perlakuan 3,6 kali lebih baik dibandingkan kelompok kontrol.

### Frekuensi dan Durasi ASI

Pemberian ASI eksklusif terkait dengan frekuensi dan durasi pemberian ASI. Berdasarkan uji statistik terdapat perbedaan frekuensi dan durasi pemberian ASI antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai  $p = 0,000$ . Hal ini menunjukkan bahwa frekuensi pemberian ASI lebih sering dengan durasi lebih lama pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol. Frekuensi dan durasi pemberian ASI per hari antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol disajikan pada Tabel 4.

Tabel 4 Frekuensi dan durasi pemberian ASI per hari menurut usia bayi pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

Umur bayi (bulan)	Perlakuan		Kontrol	
	Frekuensi (/hr)	Durasi (menit/hr)	Frekuensi (/hr)	Durasi (menit/hr)
1	15,2 6 1,1	15,4 6 1,3	13,7 6 2,8	14.1 6 2,1
2	14,9 6 1,5	15,1 6 1,6	13,2 6 2,5	13.5 6 2,3
3	14,6 6 1,6	14,6 6 1,6	12,8 6 2,5	13.1 6 2,3
4	14,2 6 1,8	14,0 6 1,7	10,4 6 2,1	10.6 6 2,4
5	12,3 6 2,6	13,1 6 1,9	9,8 6 2,1	10.3 6 2,4
6	12,0 6 2,8	12,3 6 2,1	9,7 6 2,4	10.0 6 2,2

Berdasarkan Tabel 4, terjadi penurunan rata-rata frekuensi dan durasi pemberian ASI pada kedua kelompok seiring dengan bertambahnya usia bayi. Penurunan tertinggi perubahan rata-rata frekuensi dan durasi pemberian ASI pada kelompok perlakuan adalah dari bulan keempat ke bulan kelima, sedangkan pada kelompok kontrol dari bulan ketiga ke bulan keempat. Bayi pada kedua kelompok mulai berkurang frekuensi dan durasi ASI-nya seiring dengan mulai diperkenalkan pada MP-ASI. Total frekuensi selama 6 bulan pemberian ASI pada kelompok perlakuan yaitu 2.509 kali dan 2.083 kali pada kelompok kontrol. Sedangkan total durasi pemberian ASI selama 6 bulan pada kelompok perlakuan yaitu selama 35.538 menit, dan 25.693 menit pada kelompok kontrol

## Pengaruh Konseling Gizi pada ASI Eksklusif

Salah satu keberhasilan dalam pemberian ASI eksklusif adalah pemberian ASI kepada bayi segera setelah bayi dilahirkan. Inisiasi ASI pertama kali pada kelompok perlakuan sebagian besar (83,3%) termasuk pada inisiasi cepat, sebaliknya pada kelompok kontrol lebih dari setengahnya (62,1%) termasuk inisiasi lambat, seperti yang disajikan pada Tabel 5. Penelitian Kaizen *et al* (2002) di Polandia menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang positif dan signifikan apabila bayi segera disusukan. Bayi yang segera disusukan setelah dilahirkan akan menyusu 1,35 bulan lebih lama dibandingkan bayi yang 2 jam kemudian disusukan setelah dilahirkan.

Tabel 5 Periode inisiasi ASI pertama pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Periode inisiasi ASI Pertama	Perlakuan		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Inisiasi Cepat :						
' 1 jam	20	66,6	10	34,5	30	50,8
1 – 6 jam	5	16,7	1	3,4	1	1,7
Inisiasi Lambat :						
7 – 12 jam	3	10,0	1	3,4	6	10,2
12 – 24 jam	0	0,0	8	27,6	10	16,9
24 – 48 jam	2	6,7	5	17,3	8	13,6
48 – 72 jam	0	0	4	13,8	4	6,8
Jumlah	30	100	29	100	59	100

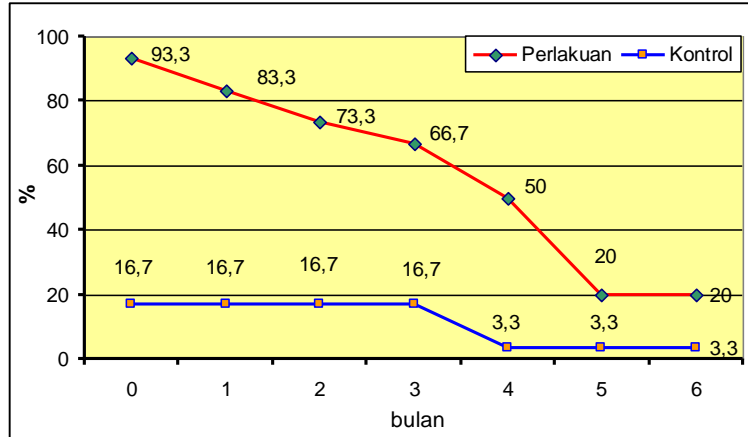
Penundaan inisiasi ASI menurut WHO (2000) akan mendorong ibu memberikan makanan prelaktal. Persentase pemberian makanan prelaktal lebih tinggi pada kelompok kontrol dibandingkan kelompok perlakuan, yaitu 82,8% bayi pada kelompok kontrol menerima makanan prelaktal dan hanya 6,7% bayi pada kelompok perlakuan menerima makanan prelaktal. Jenis makanan prelaktal yang diberikan yaitu teh manis, air madu, pisang, air kopi, sari kunyit dan susu formula.

Pemberian ASI secara eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa cairan lainnya, kecuali obat atau vitamin karena anjuran medis. ASI eksklusif sebelumnya diberikan sampai bayi berusia 4 bulan, tetapi sekarang ini ASI eksklusif diberikan pada bayi sampai usia 6 bulan. Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan merupakan inovasi baru atau perubahan dalam program pembangunan kesehatan dalam masyarakat. Setiap orang ada yang cepat dalam menerima suatu inovasi atau perubahan ada pula yang lambat. Hal tersebut dikarenakan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah (*readines of change*) yang berbeda-beda.

Persentase pemberian ASI eksklusif pada kelompok perlakuan lebih besar dibandingkan kelompok kontrol yaitu sebanyak 20% pada kelompok perlakuan dan 3,4% pada kelompok kontrol. Pemberian ASI saja pada bulan-bulan pertama kehidupan bayi lebih tinggi persentasenya pada kelompok perlakuan dibandingkan pada kelompok kontrol. Seiring bertambah usia bayi, pemberian ASI saja semakin menurun persentasenya pada kelompok perlakuan. Persentase terbesar penurunan pemberian ASI saja pada kelompok perlakuan adalah setelah bayi berusia empat bulan. Pada kelompok kontrol pemberian ASI saja mulai dari awal kehidupan bayi sudah sangat rendah, yaitu sebesar 16,7% dan hanya 3,3% bayi yang diberikan ASI secara eksklusif selama enam bulan. Sama halnya dengan kelompok perlakuan, pada kelompok kontrol presentase

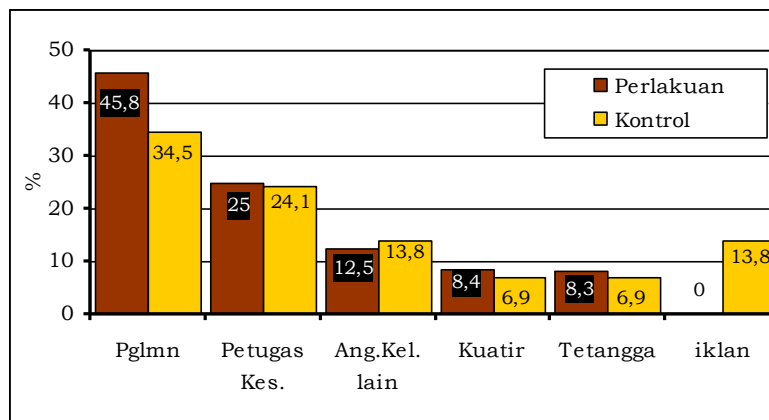


terbesar penurunan pemberian ASI saja setelah bayi berusia empat bulan. Penurunan persentase pemberian ASI secara eksklusif pada kedua kelompok disajikan pada Gambar 3.



Gambar 3 Persentase penurunan pemberian ASI saja per bulan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Pemberian MP-ASI dini pada kedua kelompok akan menghambat pemberian ASI eksklusif. Pendorong utama yang mempengaruhi keputusan ibu untuk tidak memberikan ASI eksklusif (Gambar 4) karena pengalaman anak sebelumnya, dorongan petugas kesehatan, anggota keluarga lain, tetangga dan iklan. Persentase terbesar yang mendorong keputusan ibu memberikan MP-ASI dini adalah pengalaman ibu pada anak sebelumnya. Berdasarkan pengalaman, ibu menganggap bahwa bayi akan sehat ketika diberi MP-ASI tertentu. Pada kelompok perlakuan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan menimbulkan kekhawatiran pada ibu bahwa bayi tidak mendapatkan konsumsi gizi sesuai dengan kebutuhan bayi, sehingga ibu bertanya kepada bidan tentang waktu pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan. Pada saat penelitian bidan lebih menganjurkan pemberian ASI eksklusif selama 4 bulan.



Gambar 4 Pengambil keputusan pemberian MP-ASI dini pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Terdapat perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol untuk rata-rata lamanya pemberian ASI saja dengan nilai  $P=0,000$ . Hal ini menunjukkan bahwa bayi pada kelompok yang diberi intervensi konseling gizi mendapat ASI saja lebih lama dengan rata-rata 98,1659,4 hari, dibandingkan bayi pada kelompok kontrol yaitu 18,9644,6 hari.

Rata-rata waktu pemberian MP-ASI berbeda antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai  $P=0,024$ . Hal ini menunjukkan bahwa pemberian MP-ASI pada kelompok perlakuan lebih lambat dibandingkan kelompok kontrol. Waktu pemberian MP-ASI pada kelompok perlakuan rata-rata bayi berusia 98,1659,4 hari dibandingkan pada kelompok kontrol dengan rata-rata bayi berusia 70,7644,6 hari.

Berdasarkan uji regresi logistik diperoleh nilai  $P = 0,162$  (Tabel 6). Hal ini menunjukkan bahwa konseling gizi tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan. ASI eksklusif dipengaruhi secara bermakna oleh frekuensi pemberian ASI ( $p<0,05$ ) dan praktek ( $p<0,10$ )

Tabel 6 Hasil uji regresi logistik terhadap ASI eksklusif

Variabel	B	Exp (B)	Sig
Konseling Gizi (1=perlakuan, 0=kontrol)	9,132	9242,171	0,162
Durasi	,000	1,000	0,335
Frekuensi	,018	1,018	0,039*
Pengetahuan Gizi	-1,474	,229	0,190
Sikap	-3,179	,042	0,091**
Praktek	4,352	77,640	0,095**
Constant	-69,704	,000	0,041

\*berbeda nyata pada  $p<0,05$

\*\*berbeda nyata pada  $p<0,10$

Pemberian intervensi konseling gizi dalam peningkatan pemberian ASI eksklusif pada ibu, tidak hanya dinyatakan bermakna atau tidak bermakna secara statistik. Hal ini dikarenakan berdasarkan berbagai hasil penelitian memberikan banyak keuntungan bagi bayi dan ibu, sehingga harus selalu diupayakan agar ibu memberikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan.

## SIMPULAN DAN SARAN

Ibu yang diberi konseling gizi akan mempunyai pengetahuan, sikap dan praktek yang mendukung pemberian ASI eksklusif lebih baik dibandingkan kelompok kontrol. Hal ini ditunjukkan dengan adanya perbedaan skor yang lebih baik pada ibu kelompok perlakuan dibandingkan ibu kelompok kontrol.

Frekuensi dan durasi pemberian ASI lebih tinggi pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol. Total frekuensi selama 6 bulan pemberian ASI pada kelompok perlakuan yaitu 2.509 kali dan 2.083 kali pada kelompok kontrol. Sedangkan total durasi pemberian ASI selama 6 bulan pada kelompok perlakuan yaitu selama 35.538 menit, dan 25.693 menit pada kelompok kontrol

Terdapat perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol untuk rata-rata lamanya pemberian ASI saja. Bayi pada kelompok perlakuan memperoleh ASI saja lebih lama dengan rata-rata 98,1659,4 hari, dibandingkan bayi pada kelompok kontrol yaitu 18,9644,6 hari. Pemberian ASI eksklusif, berdasarkan analisa statistik

tidak dipengaruhi oleh intervensi konseling gizi, tetapi dipengaruhi oleh frekuensi pemberian ASI dan praktek yang mendukung pemberian ASI eksklusif. Ibu sebagai penentu pemberian ASI eksklusif atau tidak eksklusif kepada bayi, pada umumnya belum siap untuk melakukan perubahan perilaku yang baru yaitu memberikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan. Hal ini ditunjukkan dengan presentase yang memberikan ASI eksklusif sebanyak 20 % pada ibu yang diberi konseling gizi.

Pemberian ASI eksklusif kepada bayi selama 6 bulan, harus terus diupayakan, oleh karena itu ibu memerlukan dorongan atau dukungan dari keluarga dan masyarakat terhadap nilai kepercayaan praktek pemberian ASI eksklusif yang baru. Untuk memberikan dorongan atau dukungan ibu perlu memperoleh informasi dalam atmosfer kepercayaan dan respek.

Upaya yang dapat dilakukan dalam meningkatkan pemberian ASI eksklusif, yaitu dengan meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan dan kader sebagai ujung tombak pendekatan dengan masyarakat tentang ASI eksklusif. Kemudian dibuat kelompok sebagai pertukaran informasi dan untuk saling mendukung serta memberikan dukungan kepada ibu yang sedang menyusui.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aidam B.A., Escamilla R.P., Lartey Anna. 2005. *Lactation Counselling Increases Exclusive Breast-Feeding Rates in Ghana. Journal Nutrition*.135:1691-1695
- Ariawan I. 1997. *Besar Sampel pada Penelitian Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Depok.
- Ariawan I., Adisasmita A., Riono P. 1992. *Aplikasi Regresi Logistik*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Dermer A . 2001.If Breastfeeding so Wonderful Why Aren't More Women Doing It? <http://www.medicalreport.com/25/artikel> htm
- Guisse J.M., et. al. 2003. The Effectiveness of Primary Care-Based Interventions to Promote Breastfeeding: Systematic Evidence Review and Meta-Analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine* 1:70-78.
- Haider Rukhsana, Kabir Iqbal, Huttly S., Ashworth. 2002. Training Peer Counselors to Promote and Support Exclusive Breastfeeding in Bangladesh. *Journal Human Lactation*, 18 (1) : 7 – 12.
- Hanon PR, SKWillis, V Bishop-Townsend, IM.Marinez, Schrimshaw.2000. African-American and Latina Adolescent Mother' Infant Feeding decicions and Breastfeeding Practises: a Qualitative Study. *Journal of Adolescent Health*, 26:399-407
- Hardinsyah et. al. 2001. *Infant Feeding Practice in Urban Bogor*. Departement of Community Nutrition and Family Resources, Bogor Agricultural University in Collaboration with WHO Indonesia, Ministry of Health, and National Agency for Drug and Food Control, Bogor.
- Hasnim S.S., Barua S.M., Islam M.S. 2002. Effect of Education Level of Father and Monther on Perception of Breastfeeding. Bangladesh Breastfeeding Foundation. Mohammadpur. Dhaka.
- Irawati A. 2004. Pengaruh Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini Terhadap Gangguan Pertumbuhan Bayi dengan Berat Lahir Normal Sampai Umur Empat Bulan (Studi Kohor Prospektif). Disertasi, Universitas Indonesia.
- Kaizen M.K. et al.2002. Effect of Early Skin-to-skin Contact after Delivery on Duration of Breastfeeding:a Prospective Cohort Study. *Acta Paediatr*. 91:1301-1306.

- Khomsan. 2000. *Teknik Pengukuran Pengetahuan Gizi*. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga Fakultas Pertanian IPB.
- Killewo et al. 2002 *Determinant of Exclusive Breastfeeding in a Rural Area of Bangladesh*. Malnutrition: Meeting the Challenges in South Asia Programme and Abstracts of the 10<sup>th</sup> Annual Scientific Conference of ICDDR, Dhaka, 11-13 June : 43.
- Leite, Pucini, Atalah, Cunha, Machado. 2005. Effectiveness of Home-Based Peer Counseling to Promote Breastfeeding in the Northeast of Brazil: A Randomized Clinical Trial. *Acta paediatrica*; 94:1-7.
- Morrow,A.L., Guerrero,M.L., Shults,J., Calva,J.J., Lutter,C., Bravo,J., Ruiz-Palacion,G., Morrow,R.C. & Butterfoss,F.D.1999. Efficacy of Home-Based Peer Counselling to Promote Exclusive Breastfeeding: a Randomised Controlled Trial. *Lancet* 353:1226-1231
- Notoatmodjo. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta
- Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997; 12: 38-48
- Ruowei. 2002. Public Perceptions on Breastfeeding Constraints. *Journal of Human Lactation*. Vol.18,No.3. 227-235.
- Surya M. 2003. *Psikologi Konseling*. Penerbit Pustaka Bani Quraisy. Bandung.
- Syarief H. 1992. *Metoda Statistika untuk Pangan dan Gizi Masyarakat*. PAU Pangan dan Gizi. IPB.Bogor
- WHO.2001. *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding*: Result of a WHO Systematic Review.
- WHO & UNICEF. 1993. Breastfeeding Counselling a Training Course. Directors Guide. Geneva.