

**HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI IBU MENURUT TEORI
HEALTH BELIEF MODEL DENGAN PEMBERIAN ASI
EKSKLUSIF DI KOTA MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



Oleh:

Audrey Patricia Tandayu

185070101111019

**PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2021**



**HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI IBU MENURUT TEORI
HEALTH BELIEF MODEL DENGAN PEMBERIAN ASI
EKSKLUSIF DI KOTA MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



Oleh:

Audrey Patricia Tandayu

185070101111019

**PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2021**



HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI IBU MENURUT TEORI *HEALTH BELIEF MODEL*
DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI KOTA MALANG**

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**

Oleh :

**Audrey Patricia Tandayu
185070101111019**



Menyetujui untuk diuji:

Pembimbing I,



dr. Yulia Dwi Setia, M. Biomed.
NIP. 2013048807032001

Pembimbing II,



dr. Devita Rahmani Ratri, M. Sc.
NIP. 198605042019032013





HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI IBU MENURUT TEORI *HEALTH BELIEF MODEL*
DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI KOTA MALANG**

Oleh :

Audrey Patricia Tandayu
185070101111019

Telah diuji pada

Hari: Selasa

Tanggal: 21 Desember 2021

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I

Dr. Diah Royani Meisani, S. S., M. Pd.
NIP. 198405102019032007

Pembimbing-I/ Penguji-II,

dr. Yulia Dwi Setia, M. Biomed.
NIP. 2013048807032001

Pembimbing-II/ Penguji-III,

dr. Devita Rahmani Ratri, M. Sc.
NIP. 198605042019032013

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Dokter,



dr. Tri Wahyu Astuti, M. Kes, Sp. P (K)
NIP 196310221996012001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangandi bawah ini:

Nama : Audrey Patricia Tandayu
 NIM : 185070101111019
 Program Studi : Program Studi Sarjana Kedokteran
 Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 29 Oktober 2021

Yang membuat pernyataan,



(Audrey Patricia Tandayu)

NIM. 185070101111019



ABSTRAK

Tandayu, Audrey Patricia. 2021. *Hubungan Antara Persepsi Ibu Menurut Teori Health Belief Model dengan Pemberian Asi Eksklusif di Kota Malang*. Tugas Akhir, Program Studi Sarjana Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Yulia Dwi Setia, M. Biomed., (2) dr. Devita Rahmani Ratri, M. Sc.

ASI eksklusif telah terbukti menyediakan nutrisi dan cairan yang cukup dan sesuai dengan kebutuhan bayi untuk mencapai tumbuh kembang yang optimal. Sejak tahun 2014, cakupan ASI eksklusif di Indonesia telah ditargetkan mencapai angka 80%, sedangkan cakupan ASI eksklusif di Kota Malang masih sebesar 74,75%. Sebagai kota dengan prevalensi *stunting* tertinggi di Jawa Timur (51.7%), seharusnya dapat menggalakkan pemberian ASI eksklusif sebagai upaya pencegahan *stunting* sedini mungkin. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara persepsi ibu menurut teori *health belief model* dengan pemberian ASI eksklusif di kota Malang. Penelitian ini menggunakan jenis studi observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Responden penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan di kota Malang, sebanyak 215 responden yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi terlibat dalam penelitian. Pengambilan data dilakukan dengan pembagian kuesioner mengenai ASI eksklusif dan persepsi ibu. Hasil penelitian ini didapatkan 60,5% responden memberikan ASI secara eksklusif. Hasil analisis bivariat dengan uji *Chi-Square* didapatkan variabel yang berhubungan secara signifikan dengan pemberian ASI eksklusif adalah persepsi kerentanan ($p= 0,001$, OR= 2,980 | 95% CI 1,567-5,667), persepsi keparahan ($p=0,046$, OR= 1,785 | 95% CI 1,007-3,164), persepsi manfaat ($p= 0,008$, OR= 3,268 | 95% CI 1,319 - 8,094) dan persepsi hambatan ($p= 0,003$, OR= 5,178 | 95% CI 1,611 – 16,646). Penelitian ini menyimpulkan bahwa keempat persepsi ibu pada teori *health belief model* memiliki hubungan yang signifikan dengan pemberian ASI eksklusif di kota Malang.

Kata Kunci: ASI Eksklusif, Persepsi Ibu, *Health Belief Model*

ABSTRACT

Tandayu, Audrey Patricia. 2021. *The Relationship Between Mother's Perception According to the Health Belief Model Theory and Exclusive Breastfeeding in Malang City*. Final Assignment, School of Medicine, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya. Supervisor: (1) dr. Yulia Dwi Setia, M. Biomed., (2) dr. Devita Rahmani Ratri, M. Sc.

Exclusive breastfeeding has been proven to provide adequate nutrition and fluids according to the baby's needs to achieve optimal growth and development. Since 2014, the coverage of exclusive breastfeeding in Indonesia has been targeted to reach 80%, while the coverage in Malang is still at 74.75%. As a city with high stunting prevalence (51.7%), Malang should promote exclusive breastfeeding as a prevention effort. The purpose of this study was to determine the relationship between maternal perception according to health belief model theory and exclusive breastfeeding in Malang. This study used analytic observational study with a cross sectional approach. Respondents of this study were 215 mothers who had children aged 6-24 months in the city of Malang and met the inclusion and exclusion criteria. Data were collected by distributing questionnaires regarding exclusive breastfeeding and mother's perception. The results of this study obtained 60.5% of respondents exclusively breastfed. The results of the bivariate analysis using chi-square test showed that the variables that were significantly related to exclusive breastfeeding were perceived susceptibility ($p = 0.001$, OR = 2.980 | 95% CI 1.567-5.667), perceived severity ($p = 0.046$, OR = 1.785 | 95% CI 1.007 - 3.164), perceived benefits ($p = 0.008$, OR = 3.268 | 95% CI 1.319 - 8.094) and perceived barriers ($p = 0.003$, OR = 5.178 | 95% CI 1.611 – 16.646). This study concludes that the four perceptions of mothers on the theory of health belief model have a significant relationship with exclusive breastfeeding in the city of Malang.

Keywords: Exclusive Breastfeeding, Maternal Perception, Health Belief Model



DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Manfaat Akademik.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 ASI Eksklusif.....	6



2.1.1	Pengertian.....	6
2.1.2	Kandungan ASI.....	6
2.1.3	Manfaat ASI Eksklusif.....	9
2.1.4	Akibat Tidak ASI Eksklusif.....	13
2.1.5	Faktor-faktor yang Memengaruhi Pemberian ASI Eksklusif.....	14
2.1.5.1	Faktor Internal.....	14
2.1.5.2	Faktor Eksternal.....	17
2.2	Teori <i>Health Belief Model</i>	20
2.2.1	Pengertian <i>Health Belief Model</i>	20
2.2.2	Variabel-variabel <i>Health Belief Model</i>	22
2.2.3	Teori <i>Health Belief Model</i> pada Pemberian ASI Eksklusif.....	26
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konsep.....	29
3.2	Hipotesis Penelitian.....	31
BAB 4 METODE PENELITIAN		
4.1	Rancangan Penelitian.....	32
4.2	Populasi dan Sampel.....	32
4.2.1	Populasi.....	32
4.2.2	Sampel.....	33
4.3	Variabel Penelitian.....	34
4.3.1	Variabel Bebas (Independen).....	34
4.3.2	Variabel Terikat (Dependen).....	34
4.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	34
4.5	Bahan dan Alat/ Instrumen Penelitian.....	35

4.5.1	Kuesioner tentang Pemberian ASI Eksklusif.....	35
4.5.2	Kuesioner tentang Persepsi Ibu.....	36
4.6	Definisi Istilah/ Operasional.....	36
4.7	Prosedur Penelitian/ Pengumpulan Data.....	38
4.7.1	<i>Ethical Clearance</i>	38
4.7.2	Pengujian Instrumen Penelitian.....	38
4.7.3	Teknik Pengmpulan Data.....	39
4.8	Analisis Data.....	40
4.9	Jadwal Kegiatan.....	44
4.10	Alur Penelitian.....	45
BAB 5 HASIL PENELITIAN		
5.1	Karakteristik Responden.....	46
5.1.1	Distribusi Responden menurut Kelurahan di Kota Malang.....	46
5.1.2	Distribusi Responden menurut Usia.....	47
5.1.3	Distribusi Responden menurut Jumlah Anak.....	47
5.1.4	Distribusi Responden menurut Pendidikan Terakhir.....	48
5.1.5	Distribusi Responden menurut Status Pekerjaan.....	48
5.2	Hasil Analisis Univariat.....	49
5.2.1	ASI Eksklusif.....	49
5.2.2	Persepsi Kerentanan.....	49
5.2.3	Persepsi Keparahan.....	51
5.2.4	Persepsi Manfaat.....	53
5.2.5	Persepsi Hambatan.....	54
5.3	Hasil Analisis Bivariat.....	56





5.3.1 Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	56
5.3.2 Hubungan antara Persepsi Kerentanan dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	58
5.3.3 Hubungan antara Persepsi Keparahan dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	58
5.3.4 Hubungan antara Persepsi Manfaat dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	59
5.3.5 Hubungan antara Persepsi Hambatan dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	59
BAB 6 HASIL PENELITIAN	
6.1 Karakteristik Responden.....	61
6.2 Hubungan antara Persepsi Kerentanan dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	62
6.3 Hubungan antara Persepsi Keparahan dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	64
6.4 Hubungan antara Persepsi Manfaat dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	66
6.5 Hubungan antara Persepsi Hambatan dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	69
6.6 Keterbatasan Penelitian.....	70
BAB 7 HASIL PENELITIAN	
7.1 Kesimpulan.....	71
7.2 Saran.....	71

DAFTAR PUSTAKA

74

LAMPIRAN

81

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 *The Health Belief Model* (Strecher dan Rosenstock, 1997).....23

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Hubungan antara Persepsi Ibu Menurut Teori Health Belief Model dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang..... 29

Gambar 4.1 Rancangan Penelitian.....32

Gambar 4.2 Kerangka Operasional Penelitian.....45



DAFTAR TABEL

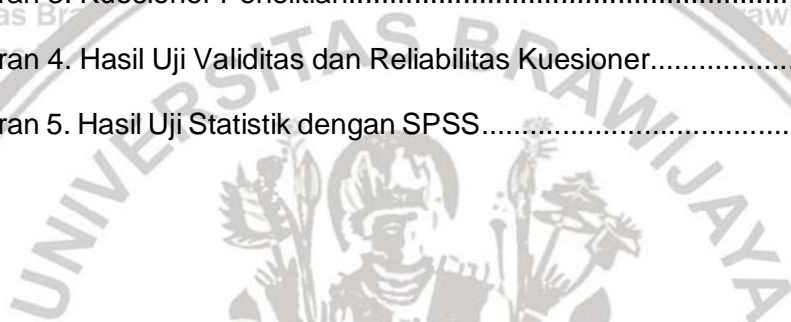
	Halaman
Tabel 4.1 Distribusi Kuesioner Pemberian ASI Eksklusif.....	35
Tabel 4.2 Distribusi Kuesioner Persepsi Ibu.....	36
Tabel 4.3 Definisi Operasional Variabel.....	37
Tabel 4.4 Jadwal Kegiatan.....	44
Tabel 5.1 Distribusi Responden menurut Kelurahan di Kota Malang.....	46
Tabel 5.2 Distribusi Responden menurut Usia.....	47
Tabel 5.3 Distribusi Responden menurut Jumlah Anak.....	47
Tabel 5.4 Distribusi Responden menurut Pendidikan Terakhir.....	48
Tabel 5.5 Distribusi Responden menurut Status Pekerjaan.....	48
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasar Status Pemberian ASI Eksklusif...49	49
Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasar Persepsi Kerentanan.....	50
Tabel 5.8 Distribusi Jawaban Responden pada Item Pernyataan Kuesioner Persepsi Kerentanan.....	50
Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasar Persepsi Keparahan.....	51
Tabel 5.10 Distribusi Jawaban Responden pada Item Pernyataan Kuesioner Persepsi Keparahan.....	52
Tabel 5.11 Distribusi Responden Berdasar Persepsi Manfaat.....	53
Tabel 5.12 Distribusi Jawaban Responden pada Item Pernyataan Kuesioner Persepsi Manfaat.....	53
Tabel 5.13 Distribusi Responden Berdasar Persepsi Hambatan.....	54
Tabel 5.14 Distribusi Jawaban Responden pada Item Pernyataan Kuesioner Persepsi Hambatan.....	55
Tabel 5.15 Hubungan antara Kelurahan Ibu di Kota Malang dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	56
Tabel 5.16 Hubungan antara Usia Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	56

Tabel 5.17	Hubungan antara Jumlah Anak dengan Pemberian ASI Eksklusif..	57
Tabel 5.18	Hubungan antara Pendidikan Terakhir Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	57
Tabel 5.19	Hubungan antara Status Pekerjaan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif.....	58
Tabel 5.20	Hubungan antara Persepsi Kerentanan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang.....	58
Tabel 5.21	Hubungan antara Persepsi Keparahan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang.....	59
Tabel 5.22	Hubungan antara Persepsi Manfaat Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang.....	59
Tabel 5.23	Hubungan antara Persepsi Hambatan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang.....	60



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Kelaikan Etik.....	80
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Sebagai Responden.....	81
Lampiran 3. Kuesioner Penelitian.....	83
Lampiran 4. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner.....	87
Lampiran 5. Hasil Uji Statistik dengan SPSS.....	93



DAFTAR SINGKATAN

AAP	<i>American Academy of Pediatrics</i>
ASI	<i>Air Susu Ibu</i>
CI	<i>Confident Interval</i>
HBM	<i>Health Belief Model</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSV-1	<i>Herpes Simplex Virus type 1</i>
IMD	<i>Inisiasi Menyusui Dini</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
PPGBM	<i>Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat</i>
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SIDS	<i>Sudden Infant Death Syndrome</i>
UNICEF	<i>United Nation Childrens Fund</i>
USDA	<i>United States Department of Agriculture</i>
VEGF	<i>Vascular Endothelial Growth Factor</i>
WABA	<i>World Alliance for Breastfeeding Action</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perihal menyusui telah ditetapkan pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. ASI eksklusif menyediakan nutrisi dan cairan yang cukup dan sesuai dengan kebutuhan bayi untuk mencapai tumbuh kembang yang optimal (SDKI, 2013). Pemberian ASI eksklusif ternyata berperan besar dalam mewujudkan tujuan dari *Sustainable Development Goals* (SGDs) terutama pada poin ke-2 dan ke-3, yaitu dengan meningkatkan status gizi bayi Bawah Lima Tahun (balita) dan menurunkan angka kematian bayi (Fadhila dan Ninditya, 2016).

Status gizi balita sangat besar pengaruhnya dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas pada setiap negara. Nutrisi yang tidak adekuat atau tidak cukup, akan berdampak pada gangguan status gizi seperti kependekan atau *stunting*, yang menjadi penyebab 2,2 juta kematian balita di dunia pada tahun 2008 (Sulistianingsih dan Yanti, 2016). Hingga tahun 2019, Indonesia masih menjadi negara dengan prevalensi *stunting* tertinggi keempat di dunia dengan prevalensi 27.67% (Teja, 2019). Bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif ternyata 61 kali lebih berisiko mengalami *stunting* (Latifah dkk, 2020). Sedangkan untuk angka kematian bayi di Indonesia yang cukup tinggi (21 kematian/ 1000 lahir hidup), dua dari tiga penyebab utamanya masih merupakan penyakit infeksi, yaitu pneumonia (36%) dan diare (10%) (UNICEF Indonesia, 2020). Permasalahan ini ternyata dapat dicegah dan dikurangi dengan ASI eksklusif. Pemberian ASI eksklusif terbukti dapat menurunkan kejadian diare sebesar 50% dan mencegah

1/3 kejadian infeksi saluran pernapasan atas (Fadhila dan Ninditya, 2016). Tidak hanya manfaat bagi bayi, menyusui juga dapat menurunkan risiko kanker payudara pada ibu, yang menyumbang sebesar 43.1% kematian karena kanker. (Kemenkes RI, 2016).

Besarnya keuntungan pemberian ASI eksklusif ini belum diimbangi dengan kenyataan pelaksanaan pemberiannya di Indonesia. Pada tahun 2013, cakupan pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-5 bulan di Indonesia adalah 54,3%, (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Selanjutnya terus meningkat hingga pada tahun 2017 menjadi 61,33% (Kemenkes RI, 2019). Berdasarkan data terbaru tahun 2018, cakupan ASI Indonesia menjadi 68,74%, khususnya pada provinsi Jawa Timur adalah 77,51%. Sedangkan, cakupan ASI eksklusif di kota Malang adalah sebesar 74,57% (Dinkes Kota Malang, 2014). Mengacu pada target program Kemenkes RI pada tahun 2014 sebesar 80%, maka secara nasional cakupan pemberian ASI eksklusif masih belum mencapai target (Kemenkes RI, 2019). Padahal sebagai kota dengan prevalensi *stunting* tertinggi di Jawa Timur (51.7%), seharusnya dapat menggalakkan pemberian ASI eksklusif sebagai upaya pencegahan *stunting* sedini mungkin (Kemenkes RI, 2018).

Dari uraian di atas diketahui bahwa pemberian ASI eksklusif sangat penting dan dibutuhkan upaya promosi kesehatan agar semakin banyak ibu yang dapat berhasil memberikan ASI eksklusif. Telah menjadi pemahaman umum, bahwa upaya promosi kesehatan ditujukan untuk menciptakan perubahan dalam perilaku kesehatan (Susilowati, 2016). Salah satu teori yang dapat menjelaskan tentang penentu perilaku kesehatan ini adalah teori *Health Belief Model* (Hamidah, 2017).

Teori ini memaparkan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh keyakinan atau persepsi individu tentang kerentanannya terhadap suatu penyakit

dan penyakit tersebut tergolong berat, ditambah dengan keyakinan tentang manfaat yang diperoleh dan hambatan untuk melakukannya. Selain empat jenis persepsi utama tersebut, petunjuk untuk melakukan yang merupakan faktor dari luar juga turut berperan. Hal-hal inilah yang akan memengaruhi keputusan seseorang untuk melakukan perilaku sehat atau tidak (Abraham dan Sheeran, 2014).

Berdasarkan kajian terhadap penelitian sebelumnya, terdapat beberapa penelitian yang menggali bagaimana faktor-faktor persepsi memengaruhi perilaku ibu dengan pendekatan *Health Belief Model* yang dilakukan di kota Tangerang (Hamidah, 2017) dan kabupaten Banyuwangi (Nabilla, 2016). Namun pada kota Malang dengan karakteristik penduduk yang berbeda, sebagaimana tingkat pendidikan masyarakatnya sudah cukup tinggi namun budaya dan tradisi dari yang kurang mendukung ASI eksklusif masih mengintervensi (Dinkes, 2016), belum terdapat penelitian yang serupa. Maka dari itu dibutuhkan penelitian yang menganalisis dan mengeksplorasi lebih dalam mengenai hubungan antara persepsi ibu menurut teori *health belief model* dengan pemberian ASI eksklusif di kota Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan antara persepsi ibu menurut teori *health belief model* dengan pemberian ASI eksklusif di kota Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara persepsi ibu menurut teori *health belief model* dengan pemberian ASI eksklusif di kota Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran persepsi ibu menurut teori *Health Belief Model*.
- b. Mengetahui gambaran pemberian ASI eksklusif oleh ibu di Kota Malang.
- c. Mengetahui hubungan persepsi ibu menurut teori *Health Belief Model* terhadap pemberian ASI eksklusif di Kota Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

- a. Penelitian ini diharapkan mampu menambah wawasan dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat, khususnya mengenai gambaran persepsi-persepsi ibu yang memengaruhi pemberian ASI eksklusif berdasarkan teori *health belief model*.
- b. Penelitian ini diharapkan mampu menambah wawasan mengenai penerapan teori perilaku kesehatan dalam bentuk nyata.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Dapat memberikan pandangan mengenai hubungan persepsi ibu dengan pemberian ASI eksklusif.
- b. Dapat memberikan pandangan bagi praktisi kesehatan dalam menentukan jenis promosi kesehatan untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif.
- c. Dapat meningkatkan kesadaran para ibu menyusui untuk melakukan perubahan perilaku dalam rangka menghindari risiko penyakit bagi ibu dan bayi.
- d. Dapat menjadi masukan kepada pemerintah atau pembuat regulasi setempat dalam membuat program-program kesehatan, sebagai upaya

meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif, khususnya bagi ibu menyusui di daerah kota Malang.

e. Dapat meningkatkan pengetahuan mengenai pelaksanaan pemberian ASI eksklusif di kota Malang.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 ASI Eksklusif

2.1.1 Pengertian

Air Susu Ibu (ASI) merupakan cairan yang disekresi dari kelenjar payudara ibu. Pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 tahun 2012 Bab III pasal 6, setiap ibu yang melahirkan diharuskan memberi ASI secara eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya. ASI eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI pada bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa ada penambahan dan/ atau penggantian dengan makanan atau minuman lain. Pemberian ASI eksklusif ini hanya tidak berlaku apabila terdapat indikasi medis yang ditentukan dokter, ibu tidak ada, atau ibu terpisah dari bayi (PP RI No. 33 tahun 2012).

Berdasarkan pasal 6 dan 9 pada peraturan pemerintah yang sama, setiap ibu yang melahirkan harus melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) paling singkat selama 1 jam dan memberikan ASI eksklusif kepada bayi. Bahkan sejak tahun 2005, *United Nation Childrens Fund* (UNICEF) dan *World Health Organization* (WHO) telah merekomendasikan pemberian makanan padat setelah 6 bulan dapat tetap disertai pemberian ASI hingga 2 tahun karena begitu pentingnya ASI pada kehidupan awal seseorang (Bhandari dan Chowdhury, 2016).

2.1.2 Kandungan ASI

ASI memiliki kandungan yang spesifik, ideal, dan cukup dalam memenuhi kebutuhan bayi selama enam bulan awal kehidupan. Kandungan ASI jauh lebih superior dibanding susu formula bayi atau substitusi lainnya (Motee dan Jeewon, 2014). Menurut Ballard dan Morrow (2013), berdasarkan komposisinya, ASI terdiri

atas komponen nutrisional dan faktor bioaktif non-nutrisi yang dapat meningkatkan kemampuan bertahan hidup dan perkembangan kesehatan bayi, dengan uraian sebagai berikut:

1. Komponen Nutrisional

Komponen nutrisi pada ASI berasal dari tiga sumber, yaitu sintesis dalam laktosit, kandungan dari makanan yang dikonsumsi ibu, dan cadangan maternal.

Secara keseluruhan, kualitas nutrisi ASI sangat terjaga, namun perhatian pada pola makan ibu penting untuk menjaga komposisi vitamin dan asam lemak ASI (Butts, 2018). Butts (2018) juga mengatakan bahwa komponen nutrisional ASI terbagi menjadi dua komponen:

a. Makronutrien

Komposisi makronutrien pada ASI bervariasi antara ibu menyusui, namun tetap sangat terjaga meskipun status gizi ibu bervariasi. Rata-rata komposisi makronutrien pada ASI matur umumnya adalah 0,9-1,2 g/dL untuk protein, 3,2-3,6 g/dL untuk lemak, dan 6,7-7,8 g/dL untuk laktosa. Perkiraan jumlah energi yang berasal dari ASI adalah 65-70 kkal/ 100mL (Ballard dan Morrow, 2013).

Kebutuhan energi pada bayi dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk jenis kelamin, ukuran tubuh saat kelahiran, usia bayi, berat dan panjang badan bayi, aktivitas fisik, kecepatan pertumbuhan, kondisi medis, suhu lingkungan, dan faktor genetik. Estimasi kebutuhan energi bayi usia 1-6 bulan yang direkomendasikan oleh WHO adalah 438-645 kkal/ hari (dibedakan berdasarkan jenis kelamin dan usia dalam bulan (USDA, 2009). Apabila diberikan dengan tepat, ASI saja sudah dapat menyediakan semua komponen makronutrien dan jumlah energi yang cukup bagi bayi berusia 0-6 bulan (WHO, 2015).

b. Mikronutrien

Jumlah mikronutrien dalam ASI bervariasi, tergantung pada makanan ibu dan simpanan tubuh ibu. Mikronutrien yang dapat diperoleh bayi dari ASI antara lain, thiamin, riboflavin, vit. A, vit. B-1, vit. B-2, vit. B-6, vit. B-12, vit. D, vit. E, dan vit. C, asam folat, kolin. Hampir semua komponen vitamin ini dipengaruhi oleh pola konsumsi ibu, kecuali folat dan vitamin E. Maka dari itu, ibu harus mendapat nutrisi yang adekuat dan optimal selama menyusui dan dianjurkan juga untuk menambahkan dengan multi vitamin selama menyusui (Dror dan Allen, 2018). Paparan terhadap sinar matahari juga diperlukan ibu agar meningkatkan jumlah vitamin D dalam ASI. Selain mikronutrien di atas, vitamin K juga terdapat dalam ASI namun dalam jumlah yang sangat rendah, sehingga *American Academy of Pediatrics* merekomendasikan injeksi vitamin K untuk menghindari penyakit hemoragik pada bayi baru lahir (Ballard dan Morrow, 2013).

2. Komponen Bioaktif

Komponen bioaktif merupakan elemen yang memengaruhi proses atau substrat biologis yang berdampak pada fungsi atau kondisi tubuh dan akhirnya pada kesehatan. Beberapa komponen bioaktif pada asi diproduksi dan disekresikan oleh sel-sel epitel payudara, sementara lainnya berasal dari serum ibu dan dibawa melalui epitel payudara dengan transpor yang dimediasi reseptor. Lebih lanjut, sekresi gumpalan lemak susu membawa berbagai simpanan protein dan lemak ke dalam ASI. Pada wanita menyusui, sel B spesifik antigen menjadi tempat bagi kelenjar susu, di mana reseptor imunoglobulin primer mengangkut imunoglobulin A ke dalam lumen saluran. Selain itu faktor pertumbuhan endotel

vaskular (VEGF) bahkan ditemukan secara signifikan lebih tinggi pada susu ibu dibanding pada serum ibu (Patki, 2012).

Berbagai bukti ilmiah mengenai komponen bioaktif pada susu manusia menjelaskan bahwa ASI bukan hanya sekedar nutrisi. Namun ASI juga mengandung berbagai faktor imunitas yang berperan dalam kelangsungan hidup dan kesehatan bayi. Bahkan pengenalan atas mekanisme spesial yang dimiliki ASI dalam melindungi dan meningkatkan perkembangan, memberikan model pendekatan pencegahan dan terapeutik baru dalam pengobatan (Ballard dan Morrow, 2013).

2.1.3 Manfaat ASI Eksklusif

Fadhila dan Ninditya (2016) mengatakan bahwa ASI eksklusif tidak hanya memberikan manfaat dan keuntungan bagi bayi, namun juga bagi ibu menyusui dan lebih luas lagi bagi komunitas dan negara:

1. Manfaat ASI eksklusif bagi bayi

ASI merupakan sumber gizi yang ideal karena memiliki komposisi yang sesuai dengan kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan bayi. ASI masih menjadi sumber nutrisi dan energi yang terpenting bagi anak usia 6-23 bulan. Lebih dari setengah kebutuhan energi anak usia 6-12 bulan dan sepertiga kebutuhan energi anak usia 12-24 bulan dapat terpenuhi oleh ASI (Kemenkes, 2018). Pada sebuah penelitian di kota Malang, didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ASI eksklusif dengan angka kejadian *stunting* atau balita pendek dan sangat pendek dibandingkan anak seusianya yang merupakan akibat dari kegagalan pertumbuhan karena kekurangan gizi dalam waktu yang lama. Sebanyak 75% dari balita *stunting* di Malang tidak mendapatkan ASI secara eksklusif saat berusia 0-6 bulan (Anggraeni, 2019). ASI mempunyai

manfaat besar dalam hal imunitas dan ketahanan bayi. Sangat banyak bukti tegas yang mendukung bahwa ASI eksklusif melindungi dari berbagai penyakit dan kondisi bayi. Bahkan ASI juga berdampak pada kondisi kesehatan mental emosional, sosial, dan kecerdasan saat beranjak dewasa (AAP, 2020).

Penyakit utama yang dapat dicegah adalah pneumonia dan diare yang merupakan penyebab kematian pertama dan ketiga pada bayi di Indonesia.

Berdasarkan kumpulan penelitian yang dilakukan oleh *American Academy of Pediatrics*, bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif, empat kali lebih berisiko untuk terkena pneumonia. Bayi yang mendapatkan ASI selama enam bulan penuh menurunkan risiko infeksi saluran pernapasan bawah pada bayi yang berusia di bawah 1 tahun sebesar 72% dan menurunkan risiko penyakit infeksi tenggorok dan telinga yang serius hingga 63%. ASI eksklusif juga terbukti menurunkan insiden infeksi saluran pencernaan sebesar 64% dan penyakit usus parah pada bayi prematur sebesar 58%, bahkan efek tersebut dapat bertahan hingga dua bulan setelah ASI berhenti diberikan (Eidelman dan Schanler, 2012).

Pemberian ASI eksklusif tidak hanya mencegah penyakit pada saat bayi, namun juga berpengaruh pada kondisi kesehatan anak di masa depan. Jumlah obesitas pada anak yang mendapat ASI saja selama enam bulan secara signifikan lebih rendah 15-30% daripada yang tidak ASI eksklusif, bahkan kampanye nasional telah mendukung pemberian ASI eksklusif sebagai upaya pencegahan obesitas. Lebih jauh lagi, terdapat penurunan insiden diabetes mellitus tipe 1 sebesar 30% pada anak (Eidelman dan Schanler, 2012) dan penurunan risiko diabetes mellitus tipe 2 sebesar 35% pada saat dewasa pada anak yang ASI eksklusif dan menghindari susu formula (Mosca dan Gianni, 2017).

Tidak hanya tumbuh kembang secara fisik, ASI eksklusif turut berpengaruh pada perkembangan sosial dan mental emosional, serta kecerdasan anak. Pemberian ASI secara langsung akan mengadakan kontak kulit ke kulit dapat mendorong keterikatan emosional antara anak dan ibu, terutama pada anak yang terus diberi ASI hingga berusia dua tahun (Yuliani, 2017). Perkembangan saraf (*neurodevelopment*) jangka panjang pada anak yang mendapat ASI eksklusif terbukti mendapat efek yang positif. Namun perbedaan tingkat kecerdasan antara anak dengan ASI eksklusif dan susu formula masih dirancu dengan perbedaan cara orang tua mengedukasi, lingkungan keluarga, dan status ekonomi (Eidelman dan Schanler, 2012).

2. Manfaat ASI Eksklusif bagi Ibu

Stimulasi puting susu saat menyusui eksklusif, baik secara langsung ataupun menggunakan pompa, merupakan salah satu metode untuk mengurangi perdarahan setelah melahirkan (*postpartum bleeding*). Menyusui secara langsung setelah melahirkan, yang juga merupakan salah satu penentu keberlanjutan ASI eksklusif, dapat meningkatkan sekresi hormon oksitosin ibu. Hormon oksitosin akan meningkatkan kontraksi uterus sehingga *postpartum bleeding* akan lebih cepat berhenti (Abedi, 2013). Pada penelitian lebih jauh lagi tentang menyusui, telah diketahui bahwa menyusui membantu memberi jarak pada kehamilan berikutnya atau sering disebut kontrasepsi alami, yaitu melalui supresi ovulasi dan menunda kembalinya menstruasi (Victoria, 2016).

Dalam sebuah studi pada tahun 2002, ditemukan bahwa untuk setiap 12 bulan seorang wanita menyusui, risiko kanker payudara dapat menurun sebesar 4,3% (*Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer*, 2002). Tidak hanya kanker payudara, ternyata menyusui juga terbukti menurunkan insiden

kanker ovarium hingga 30%. Selain penyakit kanker, dari sebuah penelitian meta analisis ditemukan bahwa menyusui juga merupakan faktor proteksi terhadap diabetes mellitus tipe 2 pada ibu (Mosca dan Gianni, 2017). Durasi ASI yang lebih panjang, terutama ASI eksklusif dapat mengurangi risiko perdarahan, penyakit kardiovaskuler, dan risiko osteoporosis (Mufdillah *et al.*, 2017).

3. Manfaat ASI Eksklusif bagi Komunitas dan Negara

ASI eksklusif memiliki peran yang sangat luas dalam mewujudkan tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030. Pekan ASI Sedunia yang selalu dicanangkan oleh WHO tiap tahunnya, pada tahun 2020 mengangkat tema “*Support breastfeeding for a healthier planet*”. Tema ini diangkat sekaligus sebagai langkah untuk mewujudkan tujuan SDGs nomor 12, yaitu konsumsi yang bertanggung jawab. Menyusui dapat menekan pengeluaran untuk membeli kebutuhan susu formula, sehingga lebih hemat dan ramah lingkungan (WHO, 2020).

Selain pada poin dua belas, ASI eksklusif juga berpengaruh terutama pada poin pertama, delapan, dan sepuluh yaitu menghapus kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, dan mengurangi ketidakadilan di dalam dan di antara negara-negara (WHO, 2017). Berdasarkan studi dari *The Global Breastfeeding Collective* pada tahun 2017, sebuah negara dapat mengurangi kerugian ekonomi akibat kejadian penyakit infeksi diare dan pneumonia, yaitu sebesar 300 milyar per tahun hanya dengan pemberian ASI eksklusif. Pada penelitian yang sama, juga ditemukan bahwa ASI eksklusif dapat meningkatkan IQ anak. Hal ini berdampak pada meningkatnya potensi mendapat pekerjaan yang lebih baik dan penghasilan yang lebih optimal karena fungsi kecerdasan yang tinggi. Lebih jauh lagi, hal ini ditambah dengan penghematan sebesar 14% dari penghasilan orang tua karena

tidak perlu membeli susu formula untuk bayi dibawah 6 bulan akan meningkatkan pendapatan perkapita negara. Berdasarkan uraian di atas, ASI eksklusif dapat mendorong seluruh faktor penentu kualitas penduduk, yaitu pendapatan penduduk, tingkat kesehatan, dan tingkat pendidikan. Kualitas penduduk yang baik dan menyeluruh akan berdampak pada penurunan kesenjangan di dalam dan di antara negara-negara (Fadhila dan Ninditya, 2016).

2.1.4 Akibat Tidak ASI Eksklusif

Berdasarkan penelitian Riskesdas 2018, prevalensi balita malnutrisi masih jauh dari angka yang diharapkan, 17.7% balita mengalami gizi buruk dan gizi kurang, 30.8% balita sangat pendek dan pendek, 10.2% balita sangat kurus dan kurus, dan 8% balita gemuk (Kemenkes, 2018). Angka ini menempatkan Indonesia menjadi negara dengan angka balita pendek atau *stunting* tertinggi keempat di dunia. Salah satu provinsi di Indonesia yang merupakan penyumbang angka *stunting* yang tinggi adalah Jawa Timur (36.81%), khususnya dari kota Malang yang memiliki prevalensi tertinggi yaitu 51.7% (PPGBM, 2019).

Pemberian ASI memiliki hubungan yang erat dengan kondisi gizi kurang dan gizi lebih pada anak. Bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif 61 kali lebih berisiko mengalami *stunting* (Latifah *et al.*, 2020). Kejadian gizi kurang ini juga diperparah dengan penyakit infeksi yang berulang pada bayi dan balita, yang seharusnya risikonya dapat diturunkan dengan hanya melakukan pemberian ASI eksklusif. Sebaliknya, berdasarkan *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA) balita yang mendapat susu formula, juga lebih rentan untuk mengalami gizi lebih (kelebihan berat badan dan obesitas) (Kemenkes, 2018)

Tidak hanya berdampak pada permasalahan gizi, berdasarkan studi yang dilakukan oleh *American Academy of Pediatrics* (AAP), ditemukan bahwa bayi

yang tidak mendapat ASI eksklusif 50% lebih beresiko mengalami *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS). Penyebab pasti dari SIDS atau sindrom kematian bayi mendadak masih belum diketahui hingga saat ini. Hanya diketahui bahwa SIDS paling sering terjadi pada bayi berusia di bawah enam bulan, khususnya pada usia dua hingga empat bulan. Maka dari itu AAP sangat merekomendasikan penegakkan ASI eksklusif selama enam bulan sebagai upaya pencegahan SIDS (AAP, 2020).

2.1.5 Faktor-faktor yang Memengaruhi Pemberian ASI Eksklusif

2.1.5.1 Faktor Internal

Faktor internal merupakan faktor yang berasal dari dalam diri seseorang (KBBI, 2020) yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Berdasarkan teori kognitif sosial (*Social Cognitive Theory*), faktor internal terbagi menjadi tiga dimensi, yaitu biologis, kognitif dan efektif. Domain biologis ibu mencakup usia dan kondisi kesehatan, kognitif mencakup pengetahuan ibu, dan efektif mencakup persepsi ASI eksklusif (Kristanti *et al.*, 2019).

1. Usia dan Paritas Ibu

Usia dapat mencerminkan kesiapan seseorang secara fisik, mental, dan sosial. Ibu yang berusia kurang dari 20 tahun, dikatakan belum matang secara emosional dalam mengurus bayinya. Sedangkan pada ibu yang berusia lebih dari 35 tahun, lebih berpengalaman dan siap secara mental dalam mengurus anak. Tetapi seiring bertambahnya usia, produksi hormon mengalami penurunan dan berpotensi mengganggu proses laktasi (Maulida *et al.* 2015).

Pada hasil penelitian terdahulu, paritas ibu atau jumlah kelahiran hidup dari seorang ibu, juga didapatkan memiliki hubungan yang signifikan dengan pemberian ASI eksklusif. Ibu yang memiliki tingkat paritas rendah akan memiliki

waktu lebih banyak untuk memberikan ASI eksklusif, sedangkan ibu dengan paritas yang tinggi harus membagi waktunya sehingga tidak dapat bersama bayi setiap waktu (Devita, 2013).

2. Kondisi Kesehatan Ibu

Kondisi medis ibu sangat menentukan apakah ASI eksklusif dapat dilakukan atau tidak. Beberapa keadaan menyebabkan ibu yang tidak dapat memberikan ASI eksklusif karena harus mendapat pengobatan sesuai standar. Ibu yang terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* dapat dibenarkan untuk tidak menyusui secara permanen, namun harus mampu memberi pengganti ASI yang memenuhi kriteria, yaitu dapat diterima, layak, terjangkau, berkelanjutan, dan aman. Sedangkan ibu yang memiliki penyakit parah (misalnya *sepsis*) atau terinfeksi *Herpes Simplex Virus type 1* (HSV-1) di payudara atau ibu dalam pengobatan dengan obat penenang, obat *anti-epilepsi*, opioid, radioaktif *iodine-131*, iodofor topikal, dan sitotoksik kemoterapi, dibenarkan untuk menghentikan menyusui sementara waktu (PP RI No. 33 tahun 2012).

Beberapa kondisi medis ibu lainnya yang sering menjadi masalah adalah puting susu yang datar atau tenggelam, nyeri, bengkak dan penuh, merah, lecet, dan mastitis. Seharusnya dengan metode edukasi, konseling, motivasi, dan *follow-up* yang tepat, hal-hal tersebut dapat dikurangi dan tidak menjadi penghambat dalam pemberian ASI eksklusif (Karaçam, 2018). Puting yang lecet dapat dicegah dengan mengoleskan ASI setiap sebelum dan sesudah menyusui, mastitis dapat dihindari dengan merawat saluran susu yang tersumbat, yaitu dengan kompres panas dingin secara bergantian. Menyusui lebih sering dan lebih lama dapat mengurangi bengkak pada payudara dan menurunkan tegangan payudara. Bila sudah terjadi mastitispun, bayi tetap disusukan pada payudara yang sakit dahulu

agar payudara kosong, bila masih terasa penuh juga dapat dikeluarkan secara manual atau dengan pompa (NHS, 2020).

3. Tingkat Pengetahuan Ibu

Pada sebuah penelitian yang dilakukan di kota Malang, didapatkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu dengan kepatuhan pemberian ASI eksklusif (Iriyanti, Utami dan Dewi, 2017). Ibu yang memiliki pengetahuan kurang tentang ASI cenderung tidak menyusui secara eksklusif (Devita, 2013).

Namun menurut penelitian oleh Eugenie (2015), seseorang yang berpengetahuan baik juga tidak tentu akan berperilaku baik jika kesadaran dalam berperilaku tersebut tidak ada. Pemberian ASI eksklusif akan terwujud bila ibu memahami dan mau melakukan. Salah satu hal yang terbukti memengaruhi kesadaran ini adalah dukungan dari lingkungan sekitar (Eugenie, 2015).

4. Persepsi Ibu

Pengertian persepsi menurut Robbins (2004) merupakan kesan yang diperoleh individu melalui panca indera yang dianalisa, diinterpretasi, dan dievaluasi, hingga individu tersebut memperoleh makna. Menurut Slameto (2010), persepsi manusia terus mengadakan hubungan dengan lingkungannya melalui panca indera. Persepsi tertentu akan membuat sebuah perilaku menjadi lebih atau malah kurang menarik bagi seseorang (Abraham dan Sheeran, 2014). Persepsi tertentu yang dimiliki ibu akan membuat ibu memiliki penilaian tertentu terhadap pemberian ASI eksklusif. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Anggraeni (2017), ibu yang memiliki persepsi negatif terhadap ASI eksklusif terbukti secara signifikan tidak melakukan pemberian ASI eksklusif. Setiap orang memiliki persepsi yang berbeda-beda meskipun yang dinilai adalah objek yang sama (Nabilla, 2016).

Berdasarkan sebuah studi yang dilakukan oleh Karaçam (2018) pada 12 penelitian yang berbeda, salah satu masalah penghambat ASI eksklusif yang paling sering ditemukan adalah ibu khawatir ASI saja tidak mencukupi/ produksi ASI kurang/ merasa bahwa bayinya kurang puas/ kenaikan berat badan bayi yang kurang (15.7%). Padahal, produksi ASI yang kurang dari ibu merupakan kasus yang jarang ditemukan. Memang kadang bayi tidak mendapat ASI yang cukup, namun biasa disebabkan oleh karena isapan bayi yang kurang efektif. Tanda reliabel atau yang dapat dipercaya bahwa bayi tidak mendapat ASI cukup adalah kenaikan berat badan yang kurang dari 500 gram per bulan dan konsentrasi urin sangat kecil, kurang dari 6 kali dalam satu hari (WHO, 2020). Persepsi ini menyebabkan ibu cenderung memberikan makanan tambahan karena dirasa ASI saja tidak cukup (Akhmadi, 2016).

2.1.5.2 Faktor Eksternal

Faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar diri seseorang (KBBI, 2020), meliputi lingkungan sekitar ibu, baik fisik maupun non fisik. Faktor eksternal terbagi menjadi tiga dimensi yaitu meliputi institusi, sosial, dan sosial demografi. Dimensi Institusi meliputi fasilitas kesehatan, sosial meliputi dukungan dari lingkungan sekitar dan promosi susu formula, dan sosial demografi meliputi pendidikan, pekerjaan, dan kebudayaan (Kristanti *et al.*, 2019).

1. Kondisi Kesehatan Bayi

Bayi yang memiliki kondisi kesehatan tertentu tidak memungkinkan untuk mendapat air susu ibu. Menurut *American Academy of Pediatrics*, kontraindikasi pasti dari pemberian ASI adalah pada bayi dengan galaktosemia klasik (AAP, 2020). Galaktosemia memiliki arti "terdapat galaktosa pada darah". Kondisi metabolik ini menyebabkan bayi tidak mampu untuk memetabolisme jenis gula

tertentu (galaktosa) yang secara primer ditemukan pada ASI, susu sapi, dan produk susu sapi lainnya. Sifat galaktosa pada darah adalah racun, sehingga galaktosemia dapat menjadi keadaan yang mengancam nyawa bila tidak segera ditindak lanjuti (Boston Children's Hospital, 2020). Selain galaktosemia, bayi dengan penyakit kemih beraroma sirup maple (*maple syrup urine disease*) dan bayi dengan *fenilketonuria* juga hanya dapat mengonsumsi formula dengan kandungan khusus, meskipun dimungkinkan beberapa kali menyusui di bawah pengawasan (PP RI No. 33 tahun 2012).

Beberapa masalah lain pada bayi yang mempengaruhi kegiatan menyusui menurut Dinkes DIY (2017) adalah bayi rewel atau banyak menangis, bayi tidak tidur sepanjang malam, bayi menolak susu, bayi banyak tidur, dan bayi bingung puting. Penanganan dari masalah-masalah tersebut justru adalah menyusui lebih sering, menawarkan payudara secara bertahap, menyusui hingga payudara kosong, jangan memberikan makanan selain ASI, dan tentunya membutuhkan edukasi yang tepat seperti mengenai perlekatan yang benar serta tanda bayi kenyang dan lapar (Mufdillah et al., 2017).

2. Dukungan Petugas Kesehatan

Pada sebuah penelitian yang dilakukan di Malang, didapatkan bahwa dukungan petugas kesehatan berhubungan positif dan signifikan dengan pemberian ASI eksklusif (Putri, 2017). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lestari (2018), dimana dikatakan bahwa petugas kesehatan memegang peran kunci dalam penyampaian pemberian ASI eksklusif.

Namun pada penelitian yang dilakukan di Jakarta oleh Eugenie *et al.* (2015) tidak ditemukan hubungan positif antara dukungan petugas kesehatan dengan pemberian ASI eksklusif. Hal ini disebabkan karena adanya responden yang masih

mendapatkan bekal susu formula setelah pulang dari melahirkan (Eugenie *et al.* 2015).

3. Dukungan Keluarga

Keluarga bertanggung jawab untuk menjalin komunikasi dan memberikan dukungan yang baik bagi ibu, baik dalam kebutuhan fisik maupun psikologis ibu menyusui. Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan pemberian ASI eksklusif pada penelitian yang dilakukan di Malang, dimana peran keluarga yang paling berpengaruh adalah dukungan suami (Ipaenin, 2019). Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan di kabupaten Lamongan, bahwa ibu yang mendapatkan dukungan dari suami cenderung lebih berhasil memberikan ASI eksklusif dan pengalaman memiliki anak sebelumnya juga dapat membuat suami memberikan masukan yang baik pada istri terkait menyusui (Masykur dan Nurafifah, 2014).

4. Promosi Susu Formula

Perkembangan teknologi dapat berdampak pada pergeseran nilai sosial budaya di masyarakat, hingga pemberian ASI saja dianggap tidak modern dan menggambarkan ibu dalam posisi yang rendah. Didukung dengan promosi susu formula yang gencar dan menarik, membuat susu formula dianggap sebagai pengganti yang lebih baik dibandingkan ASI (Masykur dan Nurafifah, 2014).

5. Pekerjaan Ibu

Ibu yang bekerja di luar rumah dan harus meninggalkan anaknya lebih dari 7 jam, berpotensi terhalang untuk menyusui karena jadwal bekerja, dibandingkan dengan ibu rumah tangga (Dinkes, 2016). Selain karena harus meninggalkan bayi, hal terkait pekerjaan yang menghambat pemberian ASI eksklusif adalah karena tidak tersedianya fasilitas khusus untuk melakukan pemerahan ASI dan masa cuti

hamil dan menyusui yang ditetapkan pemerintah kurang dari masa ASI eksklusif, yaitu hanya 3 bulan. Ibu bekerja cenderung memberikan pengganti ASI ketika mulai aktif bekerja. Namun berdasarkan penelitian, ibu bekerja yang memiliki pengetahuan yang benar tentang menyusui serta lingkungan kerja yang mendukung, akan tetap dapat memberikan ASI secara eksklusif (Fadliyyah, 2015).

6. Pendidikan Ibu

Pada beberapa studi dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang jelas antara tingkat pendidikan ibu dengan pemberian ASI eksklusif. Didapat hasil bahwa ibu yang memiliki pendidikan lanjut cenderung tidak memberikan ASI eksklusif (Fadliyyah, 2015). Namun pada penelitian lain, disebutkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, maka semakin baik pula perilakunya dalam memberikan ASI eksklusif (Aprilia 2012).

2.2 Teori *Health Belief Model*

2.2.1 Pengertian *Health Belief Model*

Sejak tahun 1974, teori *Health Belief Model* (HBM) yang dikemukakan oleh Rosenstock telah menjadi perhatian para peneliti. Teori ini merupakan salah satu dari berbagai model perilaku kesehatan yang dikembangkan oleh para ilmuwan dengan tujuan mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku kesehatan (Rosmalia dan Sriani, 2017). HBM pertama kali dibentuk pada tahun 1950an untuk memahami dan menjelaskan kegagalan partisipasi masyarakat dalam program pencegahan atau deteksi dini penyakit, sehingga HBM sering digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan preventif. Selanjutnya model ini diperluas dan dikembangkan untuk melihat respon perilaku seseorang terhadap gejala-gejala penyakit, respon perilaku terhadap diagnosis penyakitnya, dan

kepatuhan terhadap pengobatan medis. Hingga saat ini, teori HBM digunakan sebagai prediktor terhadap berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Dalam perjalanan upaya untuk menjelaskan, memprediksi, dan memengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, model ini telah menjadi salah satu model yang paling berpengaruh dan menghasilkan lebih banyak penelitian daripada teori pendekatan lainnya. (Abraham dan Sheeran, 2014).

Model merupakan sebuah pola atau representasi dari sesuatu yang akan dibuat atau dihasilkan (KBBI, 2020). Dalam konteks HBM, kata model mengacu pada representasi dari suatu ide dari sebuah kondisi yang dirasakan oleh seseorang. Kata "*health*" menurut WHO didefinisikan sebagai kondisi yang lengkap secara jasmani, mental, dan sosial, tidak hanya sekedar terbebas dari suatu penyakit atau kecatatan dan ketidakmampuan (WHO, 2020). Sedangkan kata "*belief*" atau "keyakinan" adalah karakteristik individu yang bertahan lama dan membentuk perilaku, yang dapat diperoleh melalui sosialisasi primer. Keyakinan memberikan hubungan penting antara sosialisasi dan perilaku, sehingga *Health Belief Model* (HBM) dapat didefinisikan sebagai model yang menggambarkan bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh keyakinan individu (Abraham dan Sheeran, 2014).

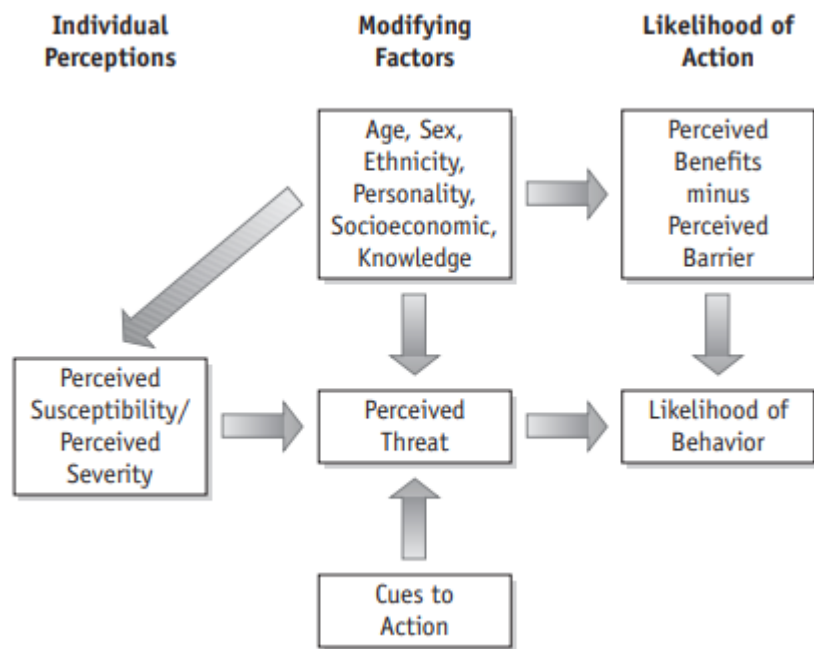
HBM merupakan sebuah model psikologis yang berupaya menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan dengan menempatkan fokus pada sikap dan keyakinan individu. Keyakinan disini dapat berupa persepsi tentang penyakit dan sarana atau tindakan yang tersedia untuk menghindari terjadinya suatu penyakit. Keyakinan juga dapat dimodifikasi dan dapat menghasilkan perbedaan perilaku individu dari latar belakang yang sama sekalipun (LaMorte, 2019). Jika teknik

edukasi atau konseling yang persuasif dapat digunakan untuk memengaruhi keyakinan, intervensi tersebut dapat menghasilkan perubahan perilaku. Karena HBM dibentuk untuk menjelaskan perubahan perilaku pada kesehatan, maka akan memungkinkan untuk dibuat rencana intervensi yang tepat (Rosmalia dan Sriani, 2017).

Hubungan antara keyakinan dan perilaku kesehatan, lebih jauh lagi dikonseptualisasikan dalam istilah "valensi" oleh Lewin (1951). Keyakinan tertentu dianggap membuat sebuah perilaku menjadi lebih atau malah kurang menarik. Hal ini menghasilkan sebuah model nilai ekspektasi dari hubungan keyakinan-perilaku, dimana perilaku yang diyakini lebih atau kurang, dievaluasi secara positif atau negatif oleh individu. Secara khusus, keyakinan utama yang membentuk perilaku terkait kesehatan adalah kemungkinan mengalami penyakit atau masalah kesehatan, tingkat keparahan sebagai konsekuensi dari masalah tersebut, dan manfaat yang dirasakan dari perilaku penegahan beserta kombinasinya dengan kendala yang berpotensi menghambat. (Abraham dan Sheeran, 2014).

2.2.2 Variabel-variabel *Health Belief Model*

Variabel karakteristik demografis seperti status sosial-ekonomi, jenis kelamin, etnis, dan usia diketahui memiliki hubungan dengan pola perilaku kesehatan preventif (seperti pola perilaku prediksi terhadap perbedaan morbiditas dan mortalitas) serta perbedaan penggunaan layanan kesehatan (Rosenstock, 1974). Variabel demografi dan sosial-ekonomi tidak dapat dimodifikasi melalui edukasi kesehatan. Namun dihipotesiskan, karakteristik individu lain yang terkait dengan pola perilaku kesehatan berpotensi untuk dimodifikasi melalui intervensi pendidikan. Dengan demikian dapat mengubah pola perilaku kesehatan di tingkat populasi (Abraham dan Sheeran, 2014).



Gambar 2.1 The Health Belief Model (Strecher dan Rosenstock, 1997)

Berdasarkan Strecher dan Rosenstock (1997) variabel atau komponen dasar *health belief model* dibagi menjadi empat komponen persepsi atau keyakinan yang merupakan konstruksi utama dan satu komponen lain yang merupakan pelengkap, komponen-komponen tersebut diantaranya:

1. *Perceived Susceptibility* (Persepsi Kerentanan)

Persepsi kerentanan mengacu pada persepsi subjektif seseorang terhadap risiko mendapat penyakit atau masalah dari kondisi kesehatannya. Dalam kasus penyakit secara medis, kerentanan ini meliputi kepekaan terhadap penyakit secara umum (bila belum jatuh sakit), penerimaan terhadap hasil diagnosa, dan perkiraan pribadi terhadap timbulnya kepekaan kembali (LaMorte, 2019).

Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Janz dan Becker (1984), didapatkan bahwa persepsi kerentanan terutama berpengaruh pada tindakan

preventif yang dilakukan. Ketika seorang individu menyadari bahwa dirinya berisiko terkena suatu penyakit, maka akan muncul keyakinan bahwa dirinya memang rentan. Maka dari itu, hal-hal yang dianggap dapat mengurangi risiko tersebut akan berusaha dilakukan atau dikurangi. Semakin baik atau tinggi persepsi kerentanan seseorang, maka semakin tinggi pula motivasinya untuk berperilaku sehat. Namun hal ini juga berlaku sebaliknya, ketika seseorang tidak sadar bahwa dirinya berisiko, ia cenderung melanjutkan perilaku yang tidak mendukung tersebut, serta pernyataan ini bukan merupakan hukum yang mutlak (Hayden, 2014).

2. *Perceived Severity* (Persepsi Keparahan)

Persepsi keparahan merupakan persepsi seseorang terhadap tingkat keparahan dari suatu penyakit yang diderita oleh individu. Persepsi ini akan lebih berpengaruh pada perilaku *sick role* atau tindakan yang dilakukan bila sudah jatuh sakit (Conner, 2021). Persepsi ini juga mengacu pada tingkat keparahan kondisi (konsekuensi medis yang meliputi morbiditas dan mortalitas) dan dampaknya terhadap fungsi hidup sehari-hari meliputi konsekuensi sosial dan kemampuan bekerja (Subagiyo, 2014). Kombinasi dari persepsi kerentanan dan keparahan akan menghasilkan *perceived threat* atau persepsi ancaman yang akan memotivasi seseorang untuk melakukan perilaku kesehatan sebagai tindakan pencegahan maupun pengobatan (Strecher dan Rosenstock, 1997).

3. *Perceived Benefits* (Persepsi Manfaat)

Persepsi manfaat yang dirasakan merupakan persepsi seseorang tentang efektivitas berbagai tindakan yang dapat mengurangi ancaman penyakit, penyakit, atau bahkan menyembuhkan penyakit (LaMorte, 2019).

Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh seseorang, bergantung pada pertimbangan dan evaluasi dari keuntungan yang didapatkan. Meski persepsi kerentanan dan keparahan telah dipegang oleh seseorang, tetapi ia tidak akan menerima begitu saja tindakan yang disarankan kepadanya. Individu akan melakukan penilaian dan memutuskan untuk melaksanakannya bila yakin bahwa manfaat yang didapatkan lebih besar daripada kerugian atau kesusahannya (Anies, 2016).

4. *Perceived Barriers* (Persepsi Hambatan)

Persepsi hambatan mengacu pada pemikiran seseorang terhadap hambatan untuk melakukan tindakan kesehatan yang disarankan. Terdapat variasi yang luas dalam persepsi individu tentang hambatan. Pertimbangan yang termasuk sebagai hambatan antara lain, pertimbangan terhadap keefektifan, biaya yang mahal, bahaya dari tindakan (misalnya, efek samping obat), tidak menyenangkan atau menyakitkan, memakan waktu, dan tidak nyaman (LaMorte, 2019).

5. *Cues to Action*

Cues to Action merupakan petunjuk/ isyarat untuk bertindak yang dapat mengaktifkan perilaku kesehatan ketika keyakinan atau persepsi yang sesuai telah dipegang. Petunjuk yang menjadi pemicu terbagi menjadi dua, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor yang berasal dari dalam atau internal adalah intensitas gejala penyakit yang dirasakan, sedangkan faktor yang berasal dari luar dapat berupa pengaruh atau tekanan lingkungan sosial, pengalaman keluarga, saran tenaga kesehatan, kampanye edukasi, dan bahkan media massa (Abraham dan Sheeran, 2014).

Setiap persepsi berikut, baik secara individu atau dalam kombinasi, dapat digunakan untuk menjelaskan perilaku kesehatan (Masturoh dan Anggita, 2018).

Persepsi ancaman yang tinggi, persepsi manfaat yang tinggi, dan persepsi hambatan yang rendah akan meningkatkan kemungkinan sebuah perilaku kesehatan dilakukan (Orji, 2012). Pada beberapa penelitian yang dianalisa oleh Orji (2012), yang sering menjadi prediktor kuat suatu perilaku adalah persepsi keparahan dan halangan, sedangkan persepsi kerentanan memiliki hubungan yang lemah.

2.2.3 Teori *Health Belief Model* pada Pemberian ASI Eksklusif

1. *Perceived Susceptibility* (Persepsi Kerentanan)

Persepsi kerentanan merupakan persepsi ibu terhadap risiko mendapat penyakit atau masalah dari kondisi kesehatan bayinya maupun dirinya (LaMorte, 2019). Bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif akan lebih rentan terhadap penyakit infeksi dan masalah gizi, baik gizi kurang maupun gizi lebih (Kemenkes, 2018). Sedangkan dari sisi ibu, menyusui lebih sering dan lebih lama akan membantu mencegah payudara bengkak dan menurunkan tegangan payudara (Mufdillah et al., 2017).

2. *Perceived Severity* (Persepsi Keparahan)

Bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif berada dalam risiko terkena penyakit diare, karena belum siap mencerna makanan selain ASI dan juga infeksi saluran pernapasan atas dan bawah. Penyakit infeksi yang berulang pada bayi dan balita mengakibatkan tingginya kejadian gizi kurang dan gizi buruk, selain itu penyakit infeksi khususnya diare dan pneumonia merupakan penyebab kematian tersering pada bayi (Kemenkes, 2018).

3. *Perceived Benefits* (Persepsi Manfaat)

ASI eksklusif memiliki berbagai manfaat bagi bayi maupun ibu. Tindakan pencegahan akan bermanfaat apabila ibu merasa rentan terhadap penyakit dan mengetahui bahwa penyakit tersebut dapat dicegah dengan ASI eksklusif. Besarnya keuntungan ataupun manfaat yang didapat dari sebuah tindakan pencegahan, akan meningkatkan peluang ibu untuk menjalankan pemberian ASI eksklusif. Namun sebaliknya, bila manfaat yang dirasakan kecil atau tidak bermanfaat, maka peluang dilakukannya pemberian ASI eksklusif akan semakin kecil (Nabilla, 2016)

4. *Perceived Barriers* (Persepsi Hambatan)

Persepsi hambatan ibu merupakan persepsi ibu mengenai ada atau tidaknya konsekuensi negatif atau kendala saat tindakan kesehatan dilakukan. Adanya hambatan dalam menyusui seperti puting susu nyeri atau lecet, saluran susu tersumbat, produksi ASI yang kurang, ibu bekerja, dan kurangnya dukungan dari keluarga akan memengaruhi pertimbangan ibu untuk melakukan ASI eksklusif. Bila menurut ibu terdapat banyak hambatan yang dalam menjalankan ASI eksklusif, ibu akan cenderung memberikan susu formula atau makanan pendamping atau pengganti ASI sebelum bayi berusia 6 bulan. Namun apabila ibu memiliki persepsi yang mendukung ASI eksklusif dan tidak menganggap bahwa masalah tersebut merupakan hambatan yang cukup besar untuk menghentikan ASI eksklusif, maka ASI eksklusif akan dapat terus berjalan (Notoadmodjo, 2012)

5. *Cues to Action*

Pemicu timbulnya (*cues to action*) perilaku pemberian ASI eksklusif adalah hal-hal yang memicu ibu untuk mulai bergerak. Pada penelitian yang

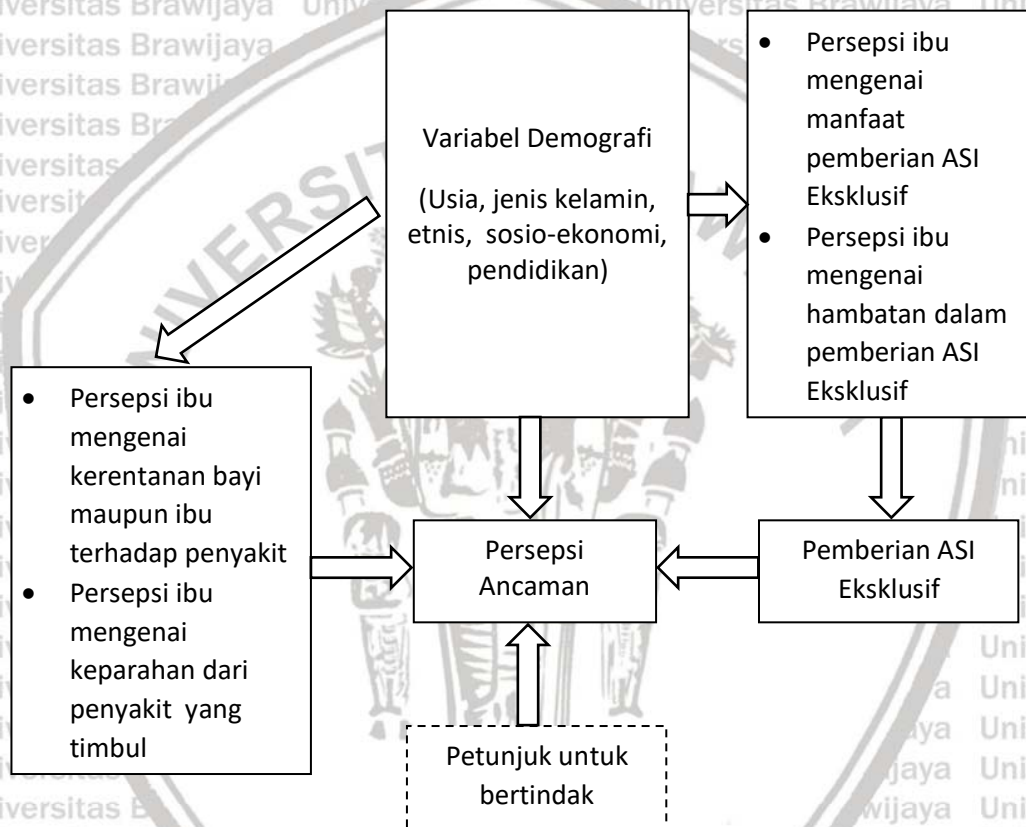
dilakukan oleh Emmanuel (2015) menyatakan pemicu perilaku pemberian ASI eksklusif dari ibu adalah dukungan dalam mengatasi hambatan. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Utami (2018), yaitu dukungan bidang dan dukungan keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan keberhasilan ASI eksklusif (Utami, 2018). Selain itu, pedoman berupa buletin atau poster tentang ASI eksklusif yang terutama diberikan sejak *prenatal* juga merupakan pemicu ibu untuk melakukan pemberian ASI eksklusif (Kemenkes, 2018).



BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Hubungan antara Persepsi Ibu Menurut Teori *Health Belief Model* dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang

Keterangan:

: Diteliti

: Tidak diteliti

Penelitian ini menggunakan teori *health belief model* sebagai pendekatan untuk menggambarkan faktor-faktor yang memengaruhi sebuah perilaku kesehatan. Konsep ini memiliki konstruksi utama yang terdiri atas empat macam persepsi dan tambahan yaitu petunjuk untuk bertindak. Pada kerangka konsep

ditunjukkan terdapat empat persepsi ibu yang dipengaruhi oleh karakteristik demografi ibu yang menjadi dasar seorang ibu untuk melakukan pemberian ASI eksklusif pada bayinya.

Pertama, persepsi ibu tentang kerentanan bayi maupun ibu terhadap suatu penyakit bila ibu tidak memberikan ASI eksklusif. Persepsi yang kedua adalah persepsi ibu tentang keparahan penyakit sebagai konsekuensi apabila tidak memberikan ASI eksklusif. Kombinasi dari kedua persepsi ini akan menghasilkan *perceived threat* atau persepsi ancaman yang akan membuat ibu bertindak melakukan pemberian ASI eksklusif untuk mencegah penyakit tersebut (Strecher dan Rosenstock, 1997)

Persepsi ketiga dan keempat akan mendorong ibu untuk melakukan evaluasi terhadap pemberian ASI eksklusif. Persepsi manfaat merupakan keyakinan ibu tentang besar manfaat atau keuntungan yang didapat dari pemberian ASI. Sedangkan persepsi hambatan merupakan persepsi ibu tentang hambatan dalam pemberian ASI eksklusif, baik hambatan, pribadi, sosial, lingkungan, maupun biaya. Di luar keempat persepsi tersebut, terdapat petunjuk untuk bertindak yang merupakan faktor yang dapat mengaktifkan pemberian ASI eksklusif ketika keyakinan yang sesuai telah dipegang (Abraham dan Sheeran, 2014).

Setiap persepsi yang dimiliki ibu akan memengaruhi pemberian ASI eksklusif pada bayinya. Bila persepsi ibu baik, maka akan mendukung pemberian ASI eksklusif, sehingga semakin banyak bayi yang diberikan ASI eksklusif dan ternutrisi dengan baik (Nabilla, 2016). Nutrisi yang baik akan meningkatkan

kualitas hidup bayi, serta menurunkan angka *stunting* dan angka kematian bayi karena penyakit infeksi (Kemenkes, 2018).

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini adalah:

- H0= Tidak terdapat hubungan antara persepsi ibu menurut teori *health belief model* dengan pemberian ASI eksklusif di kota Malang.
- H1= Terdapat hubungan antara persepsi ibu menurut teori *health belief model* dengan pemberian ASI eksklusif di kota Malang.

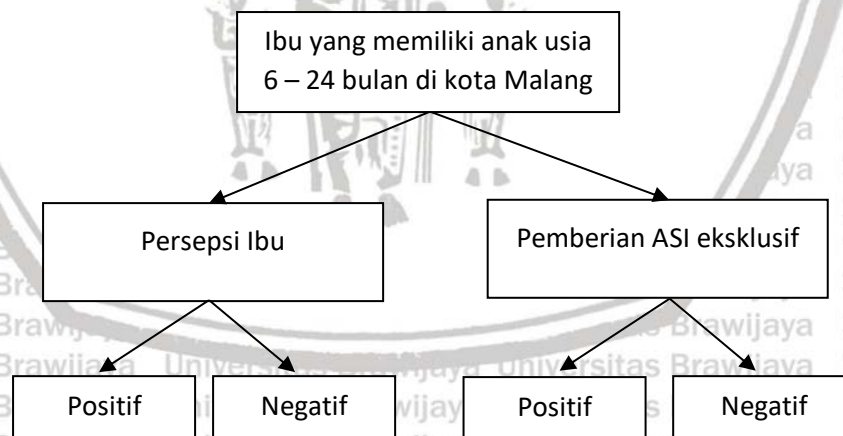


BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah observasional analitik, yaitu penelitian yang tidak memberi intervensi terhadap variabel, dengan pendekatan *cross sectional*. *Cross sectional* merupakan suatu desain penelitian yang mempelajari korelasi antara variabel independen dengan variabel dependen, yang pengambilan datanya dilakukan secara serentak pada waktu yang sama (*point time approach*) (Masturoh dan Anggita, 2018). Pada penelitian ini, yang akan dipelajari adalah hubungan antara persepsi ibu (variabel independen) dengan pemberian ASI eksklusif (variabel dependen).



Gambar 4.1 Rancangan Penelitian

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan di kota Malang.

4.2.2 Sampel

Responden pada penelitian ini adalah sebagian ibu yang memiliki anak usia 6 – 24 bulan di kota Malang. Pengambilan sampel ini dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu pemilihan sampel yang dilakukan dengan memilih subjek berdasarkan pada karakteristik tertentu yang dianggap memiliki hubungan dengan karakteristik populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Masturoh dan Anggita, 2018).

Besar sampel minimal yang diperlukan dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus Slovin (Masturoh dan Anggita, 2018):

$$n = \frac{N}{1 + Nd^2}$$

$$n = \frac{23,902}{1 + 23,902 (0.07^2)}$$

$$n = 202,35 \text{ (dibulatkan 202 sampel)}$$

n: Jumlah sampel

N: Jumlah populasi

D: Derajat kesalahan dalam penelitian (7%=0.07)

Penentuan sampel juga dilakukan menggunakan kriteria pemilihan sampel yang telah ditentukan, yang dibagi menjadi 2 macam kriteria, yaitu:

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang secara teori sesuai dan terkait dengan topik penelitian yang dapat digunakan untuk menyaring anggota populasi menjadi sampel (Masturoh dan Anggita, 2018). Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak usia 6 - 24 bulan di kota Malang yang bersedia menjadi responden dan yang dapat menggunakan media digital sebagai sarana pengisian kuesioner.

2) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi berguna untuk mengeluarkan anggota sampel yang memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab (Masturoh dan Anggita, 2018).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- Ibu yang dibenarkan menghentikan pemberian ASI secara permanen maupun sementara waktu karena memiliki kondisi medis yang telah ditetapkan oleh dokter, misalnya ibu dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) positif, menderita penyakit parah, menderita *virus herpes simplex* tipe 1 di payudara, atau ibu dalam pengobatan kemoterapi.
- Ibu yang memiliki bayi yang tidak dapat menerima ASI karena memiliki kontraindikasi secara medis, seperti bayi galaktosemia.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Bebas (Independen)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah persepsi ibu, yang terbagi menjadi persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, dan persepsi hambatan.

4.3.2 Variabel Terikat (Dependen)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pemberian ASI eksklusif.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kota Malang. Pengambilan data dalam penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari sampai dengan April 2021.

4.5 Bahan dan Alat/ Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan sebagai alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah berupa kuesioner online.

4.5.1 Kuesioner tentang Pemberian ASI eksklusif.

Kuesioner ini digunakan untuk mengetahui perilaku pemberian ASI eksklusif. Kuesioner tentang pemberian ASI eksklusif ini memodifikasi kuesioner dari penelitian Kinasih (2017). Responden diminta untuk mengisi jawaban dalam dua macam kategori pernyataan, yaitu mendukung pemberian ASI eksklusif atau tidak mendukung, sesuai dengan perilaku pemberian ASI eksklusif dari responden.

Pada kuesioner ini skala pengukuran yang digunakan adalah skala *Guttman* dengan jawaban ya-tidak. Jika pada pernyataan *favourable* (mendukung pemberian ASI eksklusif) responden menjawab “Ya” mendapat skor 1, “Tidak” mendapat skor 0. Sedangkan pada pernyataan *unfavourable* (tidak mendukung pemberian ASI eksklusif) reponden yang menjawab “Ya” mendapat skor 0, “Tidak” mendapat skor 1.

Tabel 4.1 Distribusi Kuesioner Pemberian ASI Eksklusif

No.	Indikator	Nomor Soal		Jumlah Soal
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1.	Waktu pemberian ASI eksklusif	1, 5	-	2
2.	Pemberian tambahan makanan padat	-	2, 3	2
3.	Pemberian tambahan cairan selain ASI	-	6	1
4.	Pemberian ASI ketika ibu terpisah dengan bayi	4, 7	-	2

4.5.2 Kuesioner tentang Persepsi Ibu

Kuesioner ini digunakan sebagai alat ukur persepsi ibu, yaitu persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, dan persepsi hambatan.

Kuesioner dalam penelitian ini memodifikasi kuesioner dari penelitian Nabila (2016) dan Hamidah (2017) dengan pengembangan pada tiap item pertanyaan.

Pada kuesioner persepsi, skala pengukuran yang digunakan adalah skala *Likert*. Responden diminta menyatakan kesetujuannya terhadap isi pernyataan dalam empat macam jawaban. Pada pernyataan *favourable* (mendukung) responden yang menjawab “Sangat Setuju” mendapat skor 4, “Setuju” mendapat skor 3, “Kurang Setuju” mendapat skor 2, dan “Tidak Setuju” mendapat skor 1.

Sedangkan pada pernyataan *unfavourable* (tidak mendukung) responden yang menjawab “Sangat Setuju” mendapat skor 1, “Setuju” mendapat skor 2, “Kurang Setuju” mendapat skor 3, dan “Tidak Setuju” mendapat skor 4.

Tabel 4.2 Distribusi Kuesioner Persepsi Ibu

No.	Persepsi	Nomor Soal		Jumlah Soal
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1.	Persepsi kerentanan	1, 3, 6	2, 4, 5	6
2.	Persepsi keparahan	1, 2, 4, 6	3, 5	6
3.	Persepsi manfaat	1, 2, 3, 4, 6	5	6
4.	Persepsi hambatan	3, 4	1, 2, 5, 6	6

4.6 Definisi Istilah/ Operasional

Definisi operasional dibuat untuk membatasi pengertian variabel yang diamati.

Tabel 4.3 Definisi Operasional Variabel

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Skala	Skor
1	Pemberian ASI eksklusif	Perilaku memberi ASI saja selama enam bulan pertama kehidupan oleh ibu kepada bayinya, tanpa memberi makanan atau minuman selain ASI, kecuali vitamin dan obat-obatan (WHO, 2020).	Kuesioner yang terdiri dari 7 pertanyaan dengan 2 alternatif jawaban	Nominal	1. Ya (bila nilai pemberian ASI eksklusif =7) 2. Tidak (bila nilai pemberian ASI eksklusif <7)
2	Persepsi kerentanan	Persepsi ibu mengenai kerentanan bayi atau dirinya terhadap suatu penyakit (LaMorte, 2019).	Kuesioner yang terdiri dari 6 pertanyaan dengan 4 alternatif jawaban	Ordinal	1. Baik (bila nilai persepsi ibu ≥18) 2. Kurang baik (bila nilai persepsi ibu <18)
3	Persepsi keparahan	Persepsi ibu mengenai keparahan sebagai konsekuensi dari suatu penyakit (Kemenkes, 2018).	Kuesioner yang terdiri dari 6 pertanyaan dengan 4 alternatif jawaban	Ordinal	1. Baik (bila nilai persepsi ibu ≥18) 2. Kurang baik (bila nilai persepsi ibu <18)
4	Persepsi manfaat	Persepsi ibu mengenai besar manfaat atau keuntungan yang didapat bila memberikan ASI eksklusif (Nabilla, 2016).	Kuesioner yang terdiri dari 6 pertanyaan dengan 4 alternatif jawaban	Ordinal	1. Baik (bila nilai persepsi ibu ≥18) 2. Kurang baik (bila nilai persepsi ibu <18)
5	Persepsi hambatan	Persepsi ibu tentang hambatan dalam pemberian ASI eksklusif (Notoatmodjo, 2012)	Kuesioner yang terdiri dari 6 pertanyaan dengan 4 alternatif jawaban	Ordinal	1. Baik (bila nilai persepsi ibu ≥18) 2. Kurang baik (bila nilai persepsi ibu <18)

4.7 Prosedur Penelitian/ Pengumpulan Data

4.7.1 Ethical Clearance

Proses pengambilan data untuk penelitian ini memerlukan persetujuan dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya jurusan Pendidikan Dokter.

Proses pengerjaan etik ini diawali dengan pembuatan proposal dan dilanjutkan dengan seminar proposal. Setelah mendapat persetujuan dari dosen pembimbing penelitian dan surat izin yang diperlukan telah didapat, berkas-berkas yang diperlukan diserahkan pada Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya jurusan Pendidikan Dokter. Keterangan Kelaikan Etik telah didapat dengan nomor surat No. 91 / EC / KEPK – S1 – PD / 03 / 2021. Surat Kelaikan Etik terlampir pada halaman Lampiran.

4.7.2 Pengujian Instrumen Penelitian

Kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian ini dilakukan uji coba terlebih dahulu untuk dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas. Pengujian ini bertujuan untuk mengukur tingkat ketepatan dan keandalan dari instrumen penelitian yang akan digunakan.

A. Uji Validitas Instrumen

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji validitas Pearson (*Product Moment*) yang dilakukan dengan mengkorelasikan setiap skor item dengan skor total. Kriteria pengujian dikatakan mampu mengukur variabel yang diukurnya (valid) bila koefisien korelasi (r_{TT}) lebih besar atau sama dengan korelasi tabel (r_{tabel}). Pada penelitian ini, uji validitas dilakukan pada 33 responden, dengan nilai r_{tabel} sebesar 0,319. Hasil uji Validitas terlampir pada halaman Lampiran.

B. Uji Reliabilitas Instrumen

Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan uji reliabilitas *Cronbach's Alpha* untuk melihat apakah kuesioner memiliki konsistensi jika dilakukan pengukuran dengan kuesioner yang sama secara berulang. Kuesioner dikatakan reliabel atau konsisten mengukur variabelnya jika koefisien *Cronbach's Alpha* ≥ 0.6 . Hasil uji Reliabilitas terlampir pada halaman Lampiran.

4.7.3 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian adalah dengan pengumpulan data primer. Pengumpulan data primer dilakukan menggunakan kuesioner *online* yaitu *Google Form*, dengan cara memberikan sejumlah pernyataan tertulis kepada responden. Kuesioner digunakan sebagai teknik pengambilan data dalam penelitian ini karena merupakan teknik yang efisien apabila telah dipahami variabel yang akan diukur dan jawaban yang diharapkan dari responden (Masturoh dan Anggita, 2018). Penjelasan penelitian dan lembar persetujuan responden terlampir pada Lampiran. Mekanisme pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Peneliti menyebarkan kuesioner dilakukan secara dalam jaringan (daring) yang berupa link *Google Form* kepada responden.
- 2) Responden yang telah membaca *informed consent* pada bagian pertama kuesioner dan menyetujui akan dimasukkan sebagai subjek penelitian.
- 3) Responden mengisi kuesioner bagian identitas responden.
- 4) Responden mengisi kuesioner bagian pemberian ASI eksklusif.
- 5) Responden mengisi kuesioner bagian persepsi kerentanan.
- 6) Responden mengisi kuesioner bagian persepsi keparahan.
- 7) Responden mengisi kuesioner bagian persepsi manfaat.

- 8) Responden mengisi kuesioner bagian persepsi hambatan.
- 9) Apabila semua bagian kuesioner telah terisi, kuesioner akan dikumpulkan kembali pada peneliti.
- 10) Setelah semua data responden terkumpul, peneliti akan melakukan analisis data.

4.8 Analisis Data

Berdasarkan pedoman “Metodologi Penelitian Kesehatan” edisi tahun 2018 yang disusun oleh Kemenkes RI, pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Penyuntingan Data (*Editing*)

Penyuntingan data dilakukan dengan memeriksa data yang telah dikumpulkan berupa daftar pertanyaan. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan kesesuaian data, kelengkapan data dan keakuratan data, dan data yang tidak dibutuhkan tidak diambil.

2. Membuat Lembaran Kode (*Coding*)

Memberi kode/ coding bertujuan untuk mempermudah pengolahan, sebaiknya semua variabel diberi kode terutama data klasifikasi sebagai berikut.

- 1) Pemberian ASI eksklusif: Ya diberi kode 1, Tidak diberi kode 0
- 2) Persepsi ibu:
 - Persepsi kerentanan: Baik diberi kode 1, kurang baik diberi kode 0
 - Persepsi keparahan: Baik diberi kode 1, kurang baik diberi kode 0
 - Persepsi manfaat: Baik diberi kode 1, kurang baik diberi kode 0
 - Persepsi hambatan: Baik diberi kode 1, kurang baik diberi kode 0

3. Skoring

Kriteria penilaian masing-masing persepsi, yaitu persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, dan persepsi hambatan didasarkan pada perhitungan skala Likert sebagai berikut:

1) Kriteria penilaian pemberian ASI eksklusif:

- a) Ya bila skor = 6
- b) Tidak bila skor < 6

2) Kriteria penilaian persepsi ibu:

- Persepsi Kerentanan:

- a) Baik jika skor ≥ 18
- b) Kurang baik jika skor < 18

- Persepsi Keparahannya:

- a) Baik jika skor ≥ 18
- b) Kurang baik jika skor < 18

- Persepsi Manfaat:

- a) Baik jika skor ≥ 18
- b) Kurang baik jika skor < 18

- Persepsi Hambatan:

- a) Baik jika skor ≥ 18
- b) Kurang baik jika skor < 18

4. Memasukkan data (Data Entry)

Mengisi kolom-kolom lembar kode sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.

5. Tabulasi Data

Membuat tabel data sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti. Tahapan pengolahan data dilakukan dengan menggunakan *software IBM SPSS Statistics 24*.

6. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Pada penelitian ini, akan dilakukan analisis deskriptif univariat pada setiap variabel penelitian, meliputi pemberian ASI eksklusif dan persepsi ibu dengan rumus:

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P= persentase subjek pada kategori tertentu

f= jumlah sampel dengan karakteristik tertentu

n= jumlah sampel total

b. Analisis Bivariat

1. Uji Chi-Square (χ^2 test)

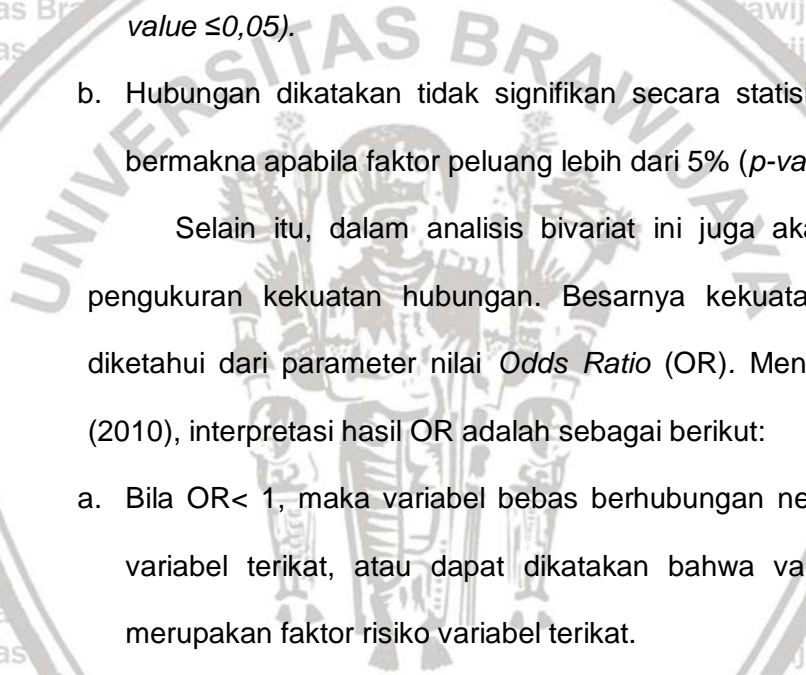
Pada penelitian ini analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan *Chi-Square*, yang merupakan teknik statistik untuk menguji hipotesis bila populasi terdiri atas dua kelompok atau lebih dan skala data pada setiap variabel merupakan variabel kategorik tidak berpasangan. Namun apabila syarat uji *Chi-Square* tidak terpenuhi, maka akan digunakan uji *Fisher's Exact* sebagai uji alternatif (Dahlan, 2014).

Menurut Dahlan (2014) melalui uji statistik ini akan disimpulkan adanya hubungan antara dua variabel dalam penelitian ini bermakna atau tidak, dengan *confident interval* (CI) 95% atau α sama dengan 5%, maka:

- a. Hubungan dapat dikatakan signifikan secara statistik atau bermakna apabila faktor peluang kurang dari sama dengan 5% ($p\text{-value} \leq 0,05$).
- b. Hubungan dikatakan tidak signifikan secara statistik atau tidak bermakna apabila faktor peluang lebih dari 5% ($p\text{-value} > 0,05$).

Selain itu, dalam analisis bivariat ini juga akan dilakukan pengukuran kekuatan hubungan. Besarnya kekuatan hubungan diketahui dari parameter nilai *Odds Ratio* (OR). Menurut Sumilaz (2010), interpretasi hasil OR adalah sebagai berikut:

- a. Bila $OR < 1$, maka variabel bebas berhubungan negatif dengan variabel terikat, atau dapat dikatakan bahwa variabel bebas merupakan faktor risiko variabel terikat.
- b. Bila $OR = 1$, maka variabel bebas tidak memiliki pengaruh terhadap variabel terikat, atau dengan kata lain variabel tersebut bersifat netral.
- c. Bila $OR > 1$, maka variabel bebas berhubungan positif dengan variabel terikat, atau dapat dikatakan bahwa variabel bebas merupakan faktor protektif variabel terikat.



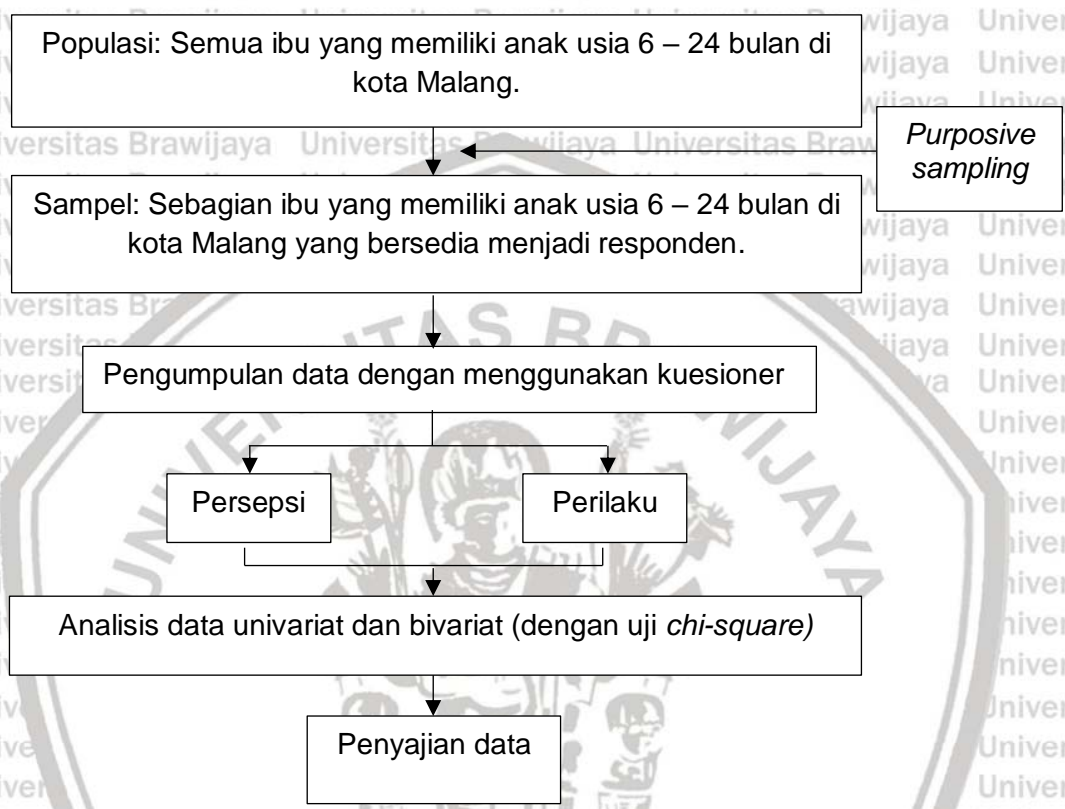
4.9 Jadwal Kegiatan

Tabel 4.4 Jadwal Kegiatan

No.	Jenis Kegiatan	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun
1.	Penyelesaian Proposal									
2.	Pengurusan Etik									
3.	Pelaksanaan Penelitian									
4.	Pengolahan Data									
5.	Pelaporan Hasil Penelitian									



4.10 Alur Penelitian



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Penelitian

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan dengan menyebarkan kuesioner secara langsung kepada ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan di Kota Malang. Penelitian dilakukan di Kota Malang yang terdiri atas lima kelurahan, yaitu Kelurahan Blimbing, Kedungkandang, Klojen, Lowokwaru, dan Sukun. Pemilihan responden dilakukan dengan teknik *purposive sampling* dan menghasilkan 215 responden yang memenuhi kriteria inklusi.

5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden didapatkan dari responden yang telah disaring menurut kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Karakteristik responden penelitian berikut dipaparkan berdasar pada kelurahan di Kota Malang, usia, jumlah anak, pendidikan terakhir, dan status pekerjaan ibu.

5.1.1 Distribusi Responden menurut Kelurahan di Kota Malang

Distribusi responden menurut kelurahan tempat ibu dengan anak berusia 6-24 bulan tinggal di Kota Malang dapat dilihat pada Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi Responden menurut Kelurahan di Kota Malang

Kelurahan	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
Blimbing	47	21,9
Kedungkandang	34	15,8
Klojen	68	31,6
Lowokwaru	42	19,5
Sukun	24	11,2
Jumlah	215	100%



Berdasarkan Tabel 5.1, responden yang didapat pada penelitian ini paling banyak bertempat tinggal di Kelurahan Klojen, Kota Malang dengan jumlah 68 responden (31,6%).

5.1.2 Distribusi Responden menurut Usia

Distribusi responden menurut usia ibu dengan anak berusia 6-24 bulan di Kota Malang yang terlibat dapat dilihat pada Tabel 5.2.

Tabel 5.2 Distribusi Responden menurut Usia

Usia (Tahun)	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
<20 tahun	2	0,9%
20-35 tahun	174	80,9%
>35 tahun	39	18,2%
Jumlah	215	100%

Berdasarkan Tabel 5.2, sebagian besar ibu yang menjadi responden penelitian ini berusia 20-35 tahun, yaitu sebesar 174 responden (80,9%).

5.1.3 Distribusi Responden menurut Jumlah Anak

Distribusi responden menurut jumlah anak ibu dengan anak berusia 6-24 bulan di Kota Malang yang terlibat dapat dilihat pada Tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi Responden menurut Jumlah Anak

Jumlah Anak	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
1 (<i>Primigravida</i>)	86	40%
>1 (<i>Multigravida</i>)	129	60%
Jumlah	215	100%

Berdasarkan Tabel 5.3, sebagian besar ibu yang menjadi responden penelitian ini memiliki anak lebih dari satu (*multigravida*), yaitu dengan jumlah 129

responden (60%).

5.1.4 Distribusi Responden menurut Pendidikan Terakhir

Distribusi responden menurut pendidikan terakhir ibu dengan anak berusia

6-24 bulan di Kota Malang yang terlibat dapat dilihat pada Tabel 5.4.

Tabel 5.4 Distribusi Responden menurut Pendidikan Terakhir

Pendidikan Terakhir	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
Tidak Sekolah	1	0,5%
SD Sederajat	5	2,3%
SMP Sederajat	9	4,2%
SMA Sederajat	74	34,4%
Diploma (D1/D3)	27	12,6%
Sarjana (S1)	84	39%
Magister (S2)	14	6,5%
Doktor (S3)	1	0,5%
Jumlah	215	100%

Berdasarkan Tabel 5.4, status pendidikan terakhir ibu yang paling banyak adalah tingkat Sarjana (S1) dengan jumlah 84 responden (39%) dan diikuti dengan tingkat SMA Sederajat dengan jumlah 74 responden (34,4%).

5.1.5 Distribusi Responden menurut Status Pekerjaan

Distribusi responden menurut status pekerjaan ibu dengan anak berusia 6-24 bulan di Kota Malang yang terlibat dapat dilihat pada Tabel 5.5.

Tabel 5.5 Distribusi Responden menurut Status Pekerjaan

Status Pekerjaan	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
Tidak Bekerja	130	60,5%
Bekerja	85	39,5%
Jumlah	215	100%

Berdasarkan Tabel 5.5, sebagian besar ibu pada penelitian ini dengan jumlah 130 responden (60,5%) tidak bekerja atau merupakan ibu rumah tangga saja.

5.2 Hasil Analisis Univariat

Analisis yang digunakan untuk melihat distribusi frekuensi dan persentase variabel adalah analisis univariat. Variabel dalam penelitian ini meliputi status pemberian ASI Eksklusif, persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, dan persepsi hambatan.

5.2.1 ASI Eksklusif

Hasil analisis univariat terhadap status pemberian ASI Eksklusif pada responden ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan di Kota Malang dipaparkan pada Tabel 5.6.

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasar Status Pemberian ASI Eksklusif

ASI Eksklusif	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
Ya	130	60,5%
Tidak	85	39,5%
Jumlah	215	100%

Pada Tabel 5.6 menunjukkan bahwa cakupan ASI eksklusif dari ibu di Kota Malang yang memiliki anak usia 6 bulan – 2 tahun yang menjadi responden penelitian adalah sebesar 60,5% (130 responden), sedangkan sebanyak 39,5% (85 responden) belum memberikan ASI secara eksklusif.

5.2.2 Persepsi Kerentanan

Hasil analisis univariat terhadap persepsi kerentanan dari ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan di Kota Malang dipaparkan pada Tabel 5.7.

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasar Persepsi Kerentanan

Persepsi Kerentanan	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
Baik	163	75,8%
Kurang Baik	52	24,2%
Jumlah	215	100%

Berdasarkan Tabel 5.7, sebagian besar ibu dengan jumlah 163 responden (75,8%) memiliki persepsi kerentanan yang baik. Ibu dengan persepsi kerentanan baik mengetahui risiko yang rentan timbul bila tidak memberikan ASI eksklusif.

Rincian distribusi frekuensi dari masing-masing pernyataan tentang persepsi kerentanan pada kuesioner dapat dilihat pada Tabel 5.8.

Tabel 5.8 Distribusi Jawaban Responden pada Item Pernyataan Kuesioner Persepsi Kerentanan

No.	Pernyataan Kuesioner Persepsi Kerentanan	Baik N (%)	Tidak Baik N (%)
1.	Payudara bengkak dapat menyerang ibu bila tidak sering menyusui	205 (95,3%)	10 (4,7%)
2.	Bayi yang mendapat ASI eksklusif saja beresiko mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan	208 (96,7%)	7 (3,3%)
3.	Bayi berusia 0-6 bulan akan mudah mengalami diare bila diberi makanan selain ASI	161 (74,9%)	54 (25,1%)
4.	Bayi berusia 0-6 bulan akan mudah terkena penyakit bila hanya diberi ASI	209 (97,2%)	6 (2,8%)
5.	ASI eksklusif tidak mempengaruhi kedekatan emosional ibu	188 (87,4%)	27 (12,6%)
6.	Bayi berusia 0-6 bulan yang diberikan susu formula dapat mengalami obesitas saat bertumbuh	102 (47,5%)	113 (52,5%)



Terdapat enam pernyataan dengan empat pilihan jawaban (sangat setuju, setuju, kurang setuju, tidak setuju) untuk menilai persepsi kerentanan ibu terhadap ASI eksklusif. Tabel 5.8 menunjukkan bahwa pada pernyataan 4, sebanyak 97,2% responden tidak setuju atau kurang setuju dengan pernyataan “Bayi berusia 0-6 bulan akan mudah terkena penyakit bila hanya diberi ASI”, 87,4% tidak setuju atau kurang setuju dengan pernyataan “ASI eksklusif tidak mempengaruhi kedekatan emosional ibu”. Berbeda dengan pernyataan 4, jumlah responden yang tidak mendukung pernyataan nomor 6 lebih banyak, yaitu 52,5% responden tidak setuju atau kurang setuju dengan pernyataan “Bayi berusia 0-6 bulan yang diberikan susu formula dapat mengalami obesitas saat bertumbuh”.

5.2.3 Persepsi Keparahan

Hasil analisis univariat terhadap persepsi keparahan dari ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan di Kota Malang dipaparkan pada Tabel 5.9.

Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasar Persepsi Keparahan

Persepsi Keparahan	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
Baik	86	40%
Kurang Baik	129	60%
Jumlah	215	100%

Berdasarkan Tabel 5.9, sebagian besar ibu dengan jumlah 129 responden (60%) memiliki persepsi keparahan yang kurang baik. Ibu dengan persepsi keparahan kurang baik belum mengetahui risiko keparahan yang dapat timbul bila tidak memberikan ASI eksklusif dengan baik. Rincian distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing pernyataan tentang persepsi keparahan pada kuesioner dapat dilihat pada Tabel 5.10.

Tabel 5.10 Distribusi Jawaban Responden pada Item Pernyataan Kuesioner Persepsi Keperahan

No.	Pernyataan Kuesioner Persepsi Keperahan	Baik N (%)	Tidak Baik N (%)
1.	Penyakit infeksi berulang karena tidak ASI eksklusif akan menyebabkan perburukan gizi pada bayi berusia 0-6 bulan	132 (61,4%)	83 (38,6%)
2.	Pemberian makanan tambahan yang tidak benar pada bayi usia 0-6 bulan akan menyebabkan kualitas kesehatan bayi buruk	191 (88,9%)	24 (11,1%)
3.	Bayi yang hanya mendapat ASI eksklusif beresiko mengalami gagal tumbuh (stunting)	204 (94,9%)	11 (5,1%)
4.	Perdarahan setelah melahirkan merupakan penyebab kematian utama pada ibu melahirkan yang tidak langsung menyusui	62 (28,9%)	153 (71,1%)
5.	Bila payudara saya bengkak, sakitnya akan bertambah parah bila ASI dikeluarkan	193 (89,8%)	22 (10,2%)
6.	Sindroma Kematian Bayi Mendadak lebih banyak terjadi pada bayi berusia 0-6 bulan yang tidak mendapat ASI eksklusif	85 (39,5%)	130 (60,5%)

Terdapat enam pernyataan dengan empat pilihan jawaban (sangat setuju, setuju, kurang setuju, tidak setuju) untuk menilai persepsi keperahan ibu terhadap ASI eksklusif. Pada Tabel 5.10 terlihat bahwa pada pernyataan nomor 3, sejumlah 94,9% responden berpersepsi baik, yaitu tidak setuju atau kurang setuju dengan pernyataan "Bayi yang hanya mendapat ASI eksklusif beresiko mengalami gagal tumbuh". Berbeda dengan pernyataan sebelumnya, pada pernyataan nomor 4, responden yang berpersepsi tidak baik memiliki jumlah yang lebih banyak. Sebesar 71,1% responden menjawab bahwa mereka tidak setuju atau kurang setuju dengan pernyataan "Perdarahan setelah melahirkan merupakan penyebab kematian utama pada ibu melahirkan yang tidak langsung menyusui".

5.2.4 Persepsi Manfaat

Hasil analisis univariat terhadap persepsi manfaat dari ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan di Kota Malang dipaparkan pada Tabel 5.11.

Tabel 5.11 Distribusi Responden Berdasar Persepsi Manfaat

Persepsi Manfaat	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
Baik	192	89,3%
Kurang Baik	23	10,7%
Jumlah	215	100%

Berdasarkan Tabel 5.11, hampir seluruh ibu, yaitu dengan jumlah 192 responden (89,3%) memiliki persepsi manfaat yang baik. Ibu dengan persepsi manfaat yang baik mengerti manfaat yang didapatkan bila memberikan ASI eksklusif dengan baik. Rincian distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing pernyataan tentang persepsi manfaat pada kuesioner dapat dilihat pada Tabel 5.12.

Tabel 5.12 Distribusi Jawaban Responden pada Item Pernyataan Kuesioner Persepsi Manfaat

No.	Pernyataan Kuesioner Persepsi Manfaat	Baik N (%)	Tidak Baik N (%)
1.	Menyusui eksklusif merupakan KB alamiah	159 (73,9%)	56 (26,1%)
2.	Menyusui eksklusif dapat menurunkan stress psikologis	193 (89,8%)	22 (10,2%)
3.	ASI eksklusif membuat sistem kekebalan tubuh bayi menjadi lebih kuat	213 (99%)	2 (1%)
4.	ASI saja sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi sejak lahir hingga berusia 6 bulan	208 (96,8%)	7 (3,2%)
5.	Susu formula memiliki kandungan nutrisi yang lebih baik dibandingkan ASI eksklusif	208 (96,8%)	7 (3,2%)
6.	Menyusui eksklusif dapat mengurangi resiko kanker payudara bagi ibu	207 (96,3%)	8 (3,7%)

Terdapat enam pernyataan dengan empat pilihan jawaban (sangat setuju, setuju, kurang setuju, tidak setuju) untuk menilai persepsi manfaat ibu terhadap ASI eksklusif. Berdasarkan Tabel 5.12 pernyataan nomor 3 mendapat jawaban baik dengan persentase terbesar, hampir seluruh responden yaitu sebesar 99% memberi jawaban sangat setuju atau setuju dengan pernyataan "ASI eksklusif membuat sistem kekebalan tubuh bayi menjadi lebih kuat". Sedangkan pada pernyataan nomor 1 mendapat jawaban baik dengan persentase terkecil, yaitu sebesar 73,9% responden, yang berarti memberikan jawaban sangat setuju atau setuju dengan pernyataan "Menyusui eksklusif merupakan KB alamiah".

5.2.5 Persepsi Hambatan

Hasil analisis univariat terhadap persepsi hambatan dari ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan di Kota Malang dipaparkan pada Tabel 5.13.

Tabel 5.13 Distribusi Responden Berdasar Persepsi Hambatan

Persepsi Hambatan	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
Baik	199	92,6%
Kurang Baik	16	7,4%
Jumlah	215	100%

Berdasarkan Tabel 5.13, hampir seluruh ibu, yaitu dengan jumlah 199 responden (92,6%) memiliki persepsi hambatan yang baik. Ibu dengan persepsi hambatan yang baik mengerti manfaat yang didapatkan bila memberikan ASI eksklusif dengan baik. Rincian distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing pernyataan tentang persepsi hambatan pada kuesioner dapat dilihat pada Tabel 5.14.

Tabel 5.14 Distribusi Jawaban Responden pada Item Pernyataan Kuesioner Persepsi Hambatan

No.	Pernyataan Kuesioner Persepsi Hambatan	Baik N (%)	Tidak Baik N (%)
1.	Keluarga saya memiliki tradisi memberikan makanan tambahan selain ASI sebelum bayi berusia 6 bulan	196 (91,2%)	19 (8,8%)
2.	Memberikan ASI eksklusif adalah hal yang melelahkan	193 (89,7%)	22 (10,3%)
3.	Fasilitas umum (Stasiun, Puskesmas, Tempat Rekreasi, dsb) perlu menyediakan ruangan khusus untuk menyusui	212 (98,6%)	3 (1,4%)
4.	Bayi bingung puting dan bayi mudah tersedak tetap bisa mendapatkan ASI secara eksklusif	202 (94%)	13 (6%)
5.	Saya merasa produksi ASI saya kurang, sehingga saya memberikan makanan tambahan pada bayi sebelum berusia 6 bulan	190 (88,4%)	25 (11,6%)
6.	Memberi ASI eksklusif adalah hal yang merepotkan karena mengganggu pekerjaan saya	210 (97,6%)	5 (2,4%)

Terdapat enam pernyataan dengan empat pilihan jawaban (sangat setuju, setuju, kurang setuju, tidak setuju) untuk menilai persepsi hambatan ibu terhadap ASI eksklusif. Tabel 5.14 menunjukkan bahwa pernyataan 3 mendapat jawaban baik dengan persentase terbesar, hampir seluruh responden (98,6%) sangat setuju atau setuju dengan pernyataan "Fasilitas umum (Stasiun, Puskesmas, Tempat Rekreasi, dsb) perlu menyediakan ruangan khusus untuk menyusui". Sedangkan pernyataan 5 mendapat jawaban baik dengan persentase terkecil, yaitu sebesar 88,4% responden, yang berarti tidak setuju atau kurang setuju dengan pernyataan "Saya merasa produksi ASI saya kurang, sehingga saya memberikan makanan tambahan pada bayi sebelum berusia 6 bulan".

5.3 Hasil Analisis Bivariat

5.3.1 Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Pemberian ASI Eksklusif

Uji statistik karakteristik responden yang pertama, yaitu kelurahan tempat responden tinggal di Kota Malang terhadap status pemberian ASI eksklusif dapat dilihat pada Tabel 5.15.

Tabel 5.15 Hubungan antara Kelurahan Ibu di Kota Malang dengan Pemberian ASI eksklusif

Kelurahan di Kota Malang	Asi Eksklusif				P
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
Blimbing	32	68,1%	15	31,9%	0,097
Kedungkandang	22	64,7%	12	35,3%	
Klojen	32	47,1%	36	52,9%	
Lowokwaru	27	64,3%	15	35,7%	
Sukun	17	70,8%	7	29,2%	
Total	130	60,5%	85	39,5%	

Hasil uji *chi-square* menunjukkan tidak terdapat korelasi yang signifikan antara kelurahan responden di Kota Malang dengan pemberian ASI eksklusif, dengan nilai $p = 0,097$. Uji statistik pada karakteristik responden yang kedua, yaitu usia ibu terhadap status pemberian ASI eksklusif dapat dilihat pada Tabel 5.16.

Tabel 5.16 Hubungan antara Usia Ibu dengan Pemberian ASI eksklusif

Usia	Asi Eksklusif				P
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
<20 tahun	2	100%	0	0%	0,225
20-35 tahun	101	58%	73	42%	
>35 tahun	27	69,2%	12	30,8%	
Total	130	60,5%	85	39,5%	

Hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat korelasi yang signifikan antara usia responden dengan pemberian ASI eksklusif, dengan nilai $p = 0,225$. Uji

statistik karakteristik jumlah anak responden terhadap status pemberian ASI eksklusif dapat dilihat pada Tabel 5.17.

Tabel 5.17 Hubungan antara Jumlah Anak dengan Pemberian ASI eksklusif

Jumlah Anak	Asi Eksklusif				P
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
Primigravida	42	48,8%	44	51,2	0,004
Multigravida	88	68,2%	41	31,8	
Total	130	60,5%	85	39,5%	

Hasil uji statistik menunjukkan terdapat korelasi yang signifikan antara jumlah anak responden dengan pemberian ASI eksklusif, dengan nilai $p = 0,004$.

Uji statistik karakteristik pendidikan terakhir responden terhadap status pemberian ASI eksklusif dapat dilihat pada Tabel 5.18.

Tabel 5.18 Hubungan antara Pendidikan Terakhir ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif

Pendidikan Terakhir	Asi Eksklusif				P
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
Tidak Sekolah	0	0%	1	100%	0,391
SD Sederajat	3	60%	2	40%	
SMP Sederajat	4	44,4%	5	55,6%	
SMA Sederajat	40	54,1%	34	45,9%	
Diploma (D1/D3)	17	63%	10	37%	
Sarjana (S1)	57	67,9%	27	32,1%	
Magister (S2)	9	64,3%	5	35,7%	
Doktor (S3)	0	0%	1	100%	
Total	130	60,5%	85	39,5%	

Hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat korelasi yang signifikan antara usia responden dengan pemberian ASI eksklusif, dengan nilai $p = 0,391$. Uji



statistik karakteristik status pekerjaan responden terhadap status pemberian ASI eksklusif dapat dilihat pada Tabel 5.19.

Tabel 5.19 Hubungan antara Status Pekerjaan ibu dengan Pemberian ASI

Status Pekerjaan	Asi Eksklusif				P
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
Tidak Bekerja	85	65,4%	45	34,6%	0,068
Bekerja	45	52,9%	40	47,1%	
Total	130	60,5%	85	39,5%	

Hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat korelasi yang signifikan antara usia responden dengan pemberian ASI eksklusif, dengan nilai $p = 0,391$.

5.3.2 Hubungan antara Persepsi Kerentanan dengan Pemberian ASI Eksklusif

Tabel 5.20 Hubungan antara Persepsi Kerentanan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang

Persepsi Kerentanan		ASI Eksklusif						p	OR (CI)
		Tidak		Ya		Total			
		n	%	n	%	n	%		
Persepsi Kerentanan	Kurang Baik	31	59,6	21	40,4	52	100	0,001	2,980 (1,567-5,667)
	Baik	54	33,1	109	66,9	163	100		
		85	39,5	130	60,5	215	100		

Hasil uji statistik menunjukkan terdapat korelasi yang signifikan antara persepsi kerentanan dengan pemberian ASI eksklusif, dengan nilai $p = 0,001 (<0,05)$. Ibu dengan persepsi kerentanan yang kurang baik memiliki risiko sebesar 2,98 kali untuk tidak memberikan ASI eksklusif (OR= 2,980 | 95% CI 1,567-5,667).

5.3.3 Hubungan antara Persepsi Keperawatan dengan Pemberian ASI Eksklusif

Tabel 5.21 Hubungan antara Persepsi Keparahan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang

		ASI Eksklusif				p	OR (CI)		
		Tidak		Ya				Total	
		n	%	n	%			n	%
Persepsi Keparahan	Kurang Baik	58	45	71	55	129	100	0,046 (1,007-3,164)	
	Baik	27	31,4	59	68,6	86	100		
		85	39,5	130	60,5	215	100		

Hasil uji statistik menunjukkan terdapat korelasi yang signifikan antara persepsi keparahan dengan pemberian ASI eksklusif, dengan nilai $p = 0,046 (< 0,05)$. Ibu dengan persepsi keparahan yang kurang baik memiliki risiko sebesar 1,785 kali untuk tidak memberikan ASI eksklusif (OR= 1,785 | 95% CI 1,007-3,164).

5.3.4 Hubungan antara Persepsi Manfaat dengan Pemberian ASI Eksklusif

Tabel 5.22 Hubungan antara Persepsi Manfaat Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang

		ASI Eksklusif				p	OR (CI)		
		Tidak		Ya				Total	
		n	%	n	%			n	%
Persepsi Manfaat	Kurang Baik	15	65,2	8	34,8	23	100	0,008 (1,319 - 8,094)	
	Baik	70	36,5	122	63,5	192	100		
		85	39,5	130	60,5	215	100		

Hasil uji statistik menunjukkan terdapat korelasi yang signifikan antara persepsi manfaat dengan pemberian ASI eksklusif, dengan nilai $p = 0,008 (< 0,05)$. Ibu dengan persepsi manfaat yang kurang baik memiliki risiko sebesar 3,268 kali untuk tidak memberikan ASI eksklusif (OR= 3,268 | 95% CI 1,319 - 8,094).

5.3.5 Hubungan antara Persepsi Hambatan dengan Pemberian ASI Eksklusif

Tabel 5.23 Hubungan antara Persepsi Hambatan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang

	ASI Eksklusif						p	OR (CI)
	Tidak		Ya		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Persepsi Hambatan	Kurang Baik	12	75	4	25	16	100	0,003 (1,611 – 16,646)
	Baik	73	36,7	126	63,3	199	100	
		85	39,5	130	60,5	215	100	

Hasil uji statistik menunjukkan terdapat korelasi yang signifikan antara persepsi hambatan dengan pemberian ASI eksklusif, dengan nilai $p = 0,003$ ($< 0,05$). Ibu dengan persepsi hambatan yang kurang baik memiliki risiko sebesar 5,178 kali untuk tidak memberikan ASI eksklusif (OR= 5,178 | 95% CI 1,611 – 16,646).



BAB 6**PEMBAHASAN****6.1 Karakteristik Responden**

Responden yang didapat dari penelitian adalah sebanyak 215 ibu yang memiliki anak berusia 6-24 bulan yang bertempat tinggal di Kota Malang. Jumlah responden dari tiap kecamatan di Kota Malang hampir sama, dengan jumlah terbanyak dari kecamatan Klojen (31,6%).

Karakteristik responden pada penelitian menunjukkan, mayoritas ibu yang menjadi responden berada pada rentang usia 20-35 tahun, yaitu sebesar 174 responden (80,9%). Teori Roesli (2008) mengatakan bahwa Ibu berusia 20-35 tahun (usia reproduksi sehat) lebih berpeluang memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu yang bersalin saat usia <20 dan >35 tahun (usia reproduksi berisiko) karena dianggap cukup matang baik secara fisik maupun kejiwaan.

Namun, pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan keberhasilan ASI eksklusif, seperti yang tertera pada Tabel 5.16. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Hakim (2020) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan nyata antara usia ibu dengan pemberian ASI.

Berdasarkan jumlah anak, mayoritas ibu yang menjadi responden memiliki lebih dari 1 anak atau multigravida, dengan jumlah 129 responden (60%). Pada penelitian ini, didapati hubungan yang signifikan antara status paritas ibu dengan pemberian ASI eksklusif, yang tertera pada Tabel 5.17. Hal ini didukung oleh Ervina dan Ismalita (2018), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara status paritas ibu dengan pemberian ASI eksklusif, dimana pada ibu dengan status multigravida lebih banyak yang berhasil memberikan ASI eksklusif. Hal ini

disebabkan karena perbedaan pengetahuan dan pengalaman ibu dalam menyusui dan merawat anak.

Menurut penelitian oleh Pangestika dkk (2016), terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan ibu dengan keberhasilan ASI eksklusif.

Dimana pada penelitian tersebut, ibu dengan pendidikan yang lebih tinggi lebih banyak memberikan ASI eksklusif. Berdasarkan Tabel 5.4, mayoritas tingkat pendidikan responden adalah Sarjana (S1) dengan jumlah 84 responden (39%) dan diikuti dengan tingkat SMA Sederajat dengan jumlah 74 responden (34,4%).

Ditinjau dari status pekerjaan ibu, sebagian besar responden dengan jumlah 130 (60,5%) merupakan ibu yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga.

Pada penelitian ini, tidak didapati adanya hubungan yang signifikan antara status pekerjaan ibu dengan ASI eksklusif. Namun pada penelitian oleh Timporok dkk (2020) didapatkan hampir seluruh ibu yang bekerja tidak memberikan ASI eksklusif karena terhalang oleh waktu pekerjaan, sedangkan hampir seluruh ibu yang tidak bekerja (IRT) memberikan ASI secara eksklusif.

Sebanyak 60,5% responden telah melakukan pemberian ASI secara eksklusif, sedangkan 39,5% sisanya belum memberikan ASI eksklusif kepada anaknya. Berdasarkan jawaban responden terhadap pernyataan pada kuesioner, penyebab terbanyak dari kegagalan pemberian ASI eksklusif adalah karena ibu pernah memberikan susu formula saat bayi berusia 0-6 bulan.

6.2 Hubungan antara Persepsi Kerentanan dengan Pemberian ASI Eksklusif

Persepsi kerentanan adalah persepsi ibu terhadap risiko mendapat penyakit dari kondisi kesehatan bayinya maupun dirinya (LaMorte, 2019). **Tabel**

5.7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (75,8%) memiliki persepsi kerentanan yang baik, dan dari jumlah tersebut, sebesar 66,9% responden

memberikan ASI secara eksklusif. Sedangkan pada responden dengan persepsi kerentanan kurang baik (24,2%), sebanyak 59,6% responden tidak memberikan ASI eksklusif.

Berdasarkan **Tabel 5.20**, hasil uji statistik dengan *chi-square* menunjukkan bahwa nilai *p* adalah sebesar 0,001, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi kerentanan dengan pemberian ASI Eksklusif oleh ibu di Kota Malang. Pada perhitungan juga didapatkan nilai *odds ratio* sebesar 2,980 (95% CI 1,567-5,667) yang berarti Ibu dengan persepsi kerentanan yang kurang baik memiliki risiko sebesar 2,98 kali untuk tidak memberikan ASI Eksklusif. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahajeng (2021), bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi kerentanan seprang wanita dengan rencana pemberian ASI eksklusif yang akan dilakukannya ($p= 0,005$). Pada penelitian tersebut, sebagian besar responden dengan persepsi kerentanan yang baik memiliki rencana tinggi untuk memberikan ASI secara eksklusif.

Sebuah penelitian di Kota Manado oleh Rahayu (2016) juga menunjukkan bahwa salah satu tema dorongan atau motivasi ibu untuk memberikan ASI adalah kerentanan terhadap penyakit. Pada penelitian didapatkan bahwa tujuan para ibu memberi ASI eksklusif adalah agar bayi dapat bertumbuh dan berkembang secara optimal, tidak mudah terserang penyakit, dan menghindari rasa sakit pada payudara karena tidak menyusui. Dimana pernyataan-pernyataan tersebut merupakan pernyataan yang berhubungan dengan kemudahan menderita penyakit yang juga sesuai dengan item pertanyaan pada kuesioner penelitian ini.

Berlainan dengan hasil penelitian ini, Nabilla (2016) dalam penelitiannya mendapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi kerentanan dengan perilaku ibu menyusui dengan nilai $p= 0,751$. Meski hasil

tersebut tidak signifikan, namun pada data didapatkan bahwa responden yang memberi ASI secara eksklusif memiliki persepsi kerentanan dengan kategori baik (38%) dan cukup baik (33,8%) masih lebih banyak daripada yang memiliki persepsi kurang (28,2%). Perbedaan hasil penelitian ini dapat disebabkan karena adanya perbedaan karakteristik responden. Persepsi terhadap kerentanan dapat terbentuk dari pengetahuan dan kepercayaan yang dimiliki oleh individu tentang seberapa rentan dirinya akan sebuah penyakit (LaMorte, 2019).

Hasil penelitian ini relevan dengan konsep teori *Health Belief Model*. Kemudahan atau kerentanan menderita penyakit adalah salah satu dari berbagai persepsi yang akan mendorong seseorang dalam mengadopsi perilaku sehat. Semakin besar penerimaan risiko maka akan semakin besar kemungkinan terciptanya perilaku sehat, sebaliknya semakin sedikit pengetahuan dan kepercayaan seseorang akan risiko yang menimpa dirinya, maka semakin kecil kemungkinan dilakukannya perilaku sehat. Maka pada ibu yang tidak merasa berisiko terhadap masalah akibat tidak memberikan ASI eksklusif atau dengan kata lain memiliki persepsi kerentanan yang kurang, akan cenderung tidak memberikan ASI secara eksklusif pada bayinya (Yuliani, 2012).

6.3 Hubungan antara Persepsi Keparahan dengan Pemberian ASI Eksklusif

Persepsi keparahan atau keseriusan merupakan persepsi ibu terhadap tingkat keparahan dari suatu penyakit yang dapat diderita bila tidak melakukan perilaku sehat (Conner, 2021). **Tabel 5.9** menunjukkan bahwa jumlah responden dengan persepsi keparahan yang baik lebih sedikit yaitu sebesar 40%, dari jumlah tersebut, sebesar 68,6% responden memberikan ASI secara eksklusif. Sedangkan pada 60% responden dengan persepsi keparahan yang kurang, sejumlah 45% ibu tidak memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

Berdasarkan **Tabel 5.21**, hasil uji statistik dengan *chi-square* menunjukkan nilai p adalah sebesar 0,046, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi keparahan dengan pemberian ASI eksklusif oleh ibu di Kota Malang. Kekuatan hubungan atau *odds ratio* yang didapat adalah sebesar 1,785 (95% CI 1,007-3,164) yang berarti bahwa ibu dengan persepsi keparahan yang kurang baik lebih berisiko 1,785 kali untuk tidak memberikan ASI eksklusif.

Hasil ini sejalan dengan penelitian dari Hamidah (2017). Pada penelitian yang melibatkan 84 ibu tersebut, didapatkan bahwa faktor yang paling mempengaruhi perilaku pemberian ASI adalah persepsi keparahan. Dari seluruh ibu yang memiliki persepsi keparahan yang baik, sebanyak 59% memberikan ASI eksklusif pada penelitian tersebut. Namun hasil ini berbeda dengan penelitian oleh Nabilla (2016), tidak didapatkan hubungan yang signifikan antara persepsi keparahan dengan pemberian ASI eksklusif pada penelitian tersebut.

Persepsi keparahan sangat dipengaruhi oleh pengetahuan akan informasi medis yang dimiliki ibu. Semakin banyak wawasan yang diketahui terkait masalah kesehatan yang serius, maka akan semakin tinggi ancaman keparahan yang dirasa oleh ibu (Yuliani, 2012). Perbedaan pengetahuan ini menjadi salah satu alasan adanya perbedaan hasil dengan penelitian oleh Nabilla (2016). Hal ini juga menjadi salah satu penyebab mengapa pada beberapa item pernyataan di kuesioner, (**Tabel 5.10**) jumlah responden dengan persepsi baik pada pernyataan tentang persepsi keparahan mempengaruhi ASI eksklusif, lebih sedikit daripada yang tidak baik. Beberapa pernyataan tersebut adalah “Perdarahan setelah melahirkan merupakan penyebab kematian utama pada ibu melahirkan yang tidak langsung menyusui” dan “Sindroma Kematian Bayi Mendadak lebih banyak terjadi pada bayi berusia 0-6 bulan yang tidak mendapat ASI eksklusif”. Responden perlu

mendapat edukasi dan informasi medis lebih banyak mengenai masalah serius yang dapat dicegah dengan memberi ASI eksklusif (Kemenkes, 2018).

Kekuatan hubungan pada persepsi keparahan ini memiliki nilai yang terendah bila dibandingkan dengan persepsi lainnya pada penelitian ini. Connor dalam *Cambridge Handbook of Psychology* (2014) menyatakan bahwa persepsi keparahan pada teori *Health Belief Model* ini akan lebih berpengaruh pada perilaku bila seseorang sudah jatuh sakit. Meski memiliki nilai *odds ratio* yang lebih rendah dibanding ketiga persepsi lainnya, persepsi keparahan tetap memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku memberi ASI eksklusif. Maka, bila ancaman keparahan yang dirasa meningkat, kemungkinan ibu memberikan ASI eksklusif juga secara signifikan akan meningkat (Parsa dkk, 2015).

6.4 Hubungan antara Persepsi Manfaat dengan Pemberian ASI Eksklusif

Persepsi manfaat adalah keyakinan ibu tentang besar manfaat atau keuntungan yang didapat dari pemberian ASI eksklusif (Abraham dan Sheeran, 2014). **Tabel 5.11** menunjukkan bahwa sejumlah 192 responden (89,3%) memiliki persepsi manfaat yang baik, dari jumlah tersebut, sebesar 122 responden (63,5%) memberikan ASI secara eksklusif. Sedangkan pada 23 responden (10,7%) dengan persepsi manfaat kurang baik, sebanyak 15 (65,2%) responden tidak memberikan ASI eksklusif.

Berdasarkan **Tabel 5.22**, hasil uji statistik dengan *chi-square* pada persepsi manfaat menunjukkan nilai *p* adalah sebesar 0,008, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi manfaat dengan pemberian ASI eksklusif oleh ibu di Kota Malang. Pada persepsi manfaat, nilai *odds ratio* yang didapat adalah sebesar 3,268 (95% CI 1,319 - 8,094), yang berarti bahwa ibu yang tidak memiliki persepsi manfaat yang baik, 3,268 kali lebih berisiko tidak

memberikan ASI eksklusif. Nabilla (2016) pada penelitiannya juga menyatakan hasil yang sejalan, yaitu terdapat hubungan antara persepsi manfaat dengan perilaku ibu menyusui dengan nilai $p= 0,010$. Hasil serupa juga didukung oleh penelitian Hamidah (2017) yang menyatakan bahwa persepsi manfaat yang kurang merupakan faktor yang menjadi penyebab kegagalan ASI eksklusif.

Berbeda dengan ketiga penelitian di atas, penelitian yang dilakukan oleh Marthiyansyah (2021) mendapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi manfaat dengan rencana pemberian ASI eksklusif ($p \geq 0,999$).

Perbedaan hasil ini dapat terjadi karena adanya perbedaan karakteristik responden. Subjek dari penelitian Marthiyansyah (2021) adalah mahasiswi yang belum menikah, sehingga pemberian ASI eksklusif adalah berupa rencana. Teori yang dikemukakan oleh Anies (2006) dapat memberikan penjelasan, bahwa persepsi manfaat terbentuk dari pertimbangan dan evaluasi dari keuntungan yang didapat bila melakukan sebuah tindakan. Semakin baik persepsi manfaat ibu, maka ibu akan semakin merasa bahwa ASI eksklusif menguntungkan untuk dilakukan dan terdorong untuk melakukan tindakan.

Persepsi manfaat ini juga menjadi kunci penting dalam memutuskan tindakan memberi ASI eksklusif. Persepsi kerentanan dan keparahan yang telah dipegang seseorang tidak akan langsung membuat seseorang menerima tindakan yang disarankan kepadanya. Hal ini juga tampak pada nilai kekuatan hubungan antara persepsi manfaat dengan ASI eksklusif di penelitian ini (3,268) yang lebih tinggi dibandingkan dengan dua persepsi sebelumnya, yaitu persepsi kerentanan dan keparahan. Maka pada program terkait peningkatan cakupan ASI eksklusif, perlu diberikan edukasi tentang pertimbangan manfaat memberikan ASI eksklusif yang jauh lebih besar daripada kerugian atau kesusahannya (Anies, 2006).

6.5 Hubungan antara Persepsi Hambatan dengan Pemberian ASI Eksklusif

Persepsi hambatan merupakan persepsi ibu mengenai tingkat tantangan sosial, pribadi, lingkungan, dan ekonomi untuk perilaku pemberian ASI eksklusif.

Hambatan ini mengarah pada karakteristik pengukuran terhadap sebuah perilaku pencegahan, seperti merepotkan, mahal, tidak menyenangkan, atau tidak didukung budaya dan orang sekitarnya (Notoadmodjo, 2012). **Tabel 5.13**

menunjukkan bahwa hampir seluruh responden dengan jumlah 199 (92,6%) memiliki persepsi hambatan yang baik, dari jumlah tersebut, sebesar 126 responden (63,3%) memberikan ASI secara eksklusif. Sedangkan pada 16 responden (7,4%) dengan persepsi hambatan yang kurang baik, sebanyak 12 (75%) responden tidak memberikan ASI eksklusif.

Berdasarkan **Tabel 5.23**, hasil uji statistik dengan *chi-square* pada persepsi hambatan menunjukkan nilai *p* sebesar 0,003, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi hambatan dengan pemberian ASI eksklusif oleh ibu di Kota Malang. Pada persepsi hambatan, nilai *odds ratio* yang didapat adalah sebesar 5,178 (95% CI 1,611 – 16,646), yang berarti bahwa ibu dengan persepsi hambatan yang kurang baik, memiliki kemungkinan 5,178 kali lebih besar tidak memberikan ASI eksklusif. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuliani (2012), yaitu pada sebagian besar responden yang mempunyai persepsi bahwa pemberian ASI eksklusif bukanlah suatu halangan akan lebih memilih memberikan ASI secara eksklusif. Hasil ini juga didukung oleh penelitian dari Hamidah (2017) yang menyatakan bahwa persepsi hambatan yang tinggi atau yang kurang baik terbukti menjadi penyebab terjadinya kegagalan dalam pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Setu.

Namun hasil ini berbeda dengan penelitian oleh Nabilla (2016), yang mendapatkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi hambatan dengan pemberian ASI oleh ibu di Desa Singojuruh, Banyuwangi. Pada penelitian ini juga didapati bahwa salah satu kendala yang banyak dianggap ibu sebagai penghambat dalam memberi ASI eksklusif adalah ibu merasa ASI yang diberikan tidak cukup (70,3%) dan ibu memiliki masalah pada puting susu (84,4%). Kedua hal tersebut sebenarnya bukan merupakan hambatan karena menurut penelitian, dari 100 ibu yang menyatakan bahwa ASInya kurang, hanya 2 yang sebenarnya memiliki ASI kurang. Banyak cara juga dapat dilakukan oleh ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayinya seperti dikeluarkan rutin secara manual (Wahyuni, 2011). Hasil tersebut berbeda dengan jawaban sebagian besar responden pada penelitian ini. Pada **Tabel 5.14**, ditunjukkan bahwa pada item pertanyaan 4 dan 5 yang merupakan pertanyaan tentang permasalahan puting jumlah ASI menurut persepsi ibu, sebagian besar responden tidak menganggap bahwa hal tersebut merupakan sebuah hambatan.

Pada keempat persepsi yang telah dianalisis secara statistik dengan *chi-square*, didapatkan hasil nilai p yang kurang dari 0,05. Sehingga hipotesis nol (H_0) pada penelitian ini ditolak, dan H_1 diterima. Secara signifikan terbukti bahwa terdapat hubungan antara persepsi ibu menurut teori *health belief model* dengan pemberian ASI eksklusif di kota Malang. Berdasarkan hasil penelitian ini, edukasi dengan pendekatan *health belief model* yang meningkatkan persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, dan persepsi hambatan akan cocok diberikan pada populasi tersebut (Yuliani, 2012).

6.6 Keterbatasan Penelitian

Pelaksanaan pengambilan data dilakukan secara daring menggunakan kuesioner *online*, sehingga yang bisa terlibat dalam penelitian hanya sebatas responden yang memiliki dan mampu menggunakan sarana yang memadai untuk mengisi kuesioner sedara daring.



BAB 7

KESIMPULAN

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari penelitian mengenai Hubungan antara Persepsi Ibu Menurut Teori *Health Belief Model* dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang adalah sebagai berikut:

1. Cakupan ASI eksklusif dari responden ibu di Kota Malang adalah sebesar 60,5%. Karakteristik responden penelitian ini merupakan ibu yang memiliki anak berusia 6-24 bulan di Kota Malang dengan mayoritas usia (80,9%) 20-35 tahun, 60% responden berstatus multigravida, 39% responden adalah Sarjana (S1) dan 60,5% ibu tidak bekerja.
2. Jumlah ibu dengan persepsi yang baik lebih besar daripada yang kurang baik pada persepsi kerentanan (75,8%), persepsi manfaat (89,3%), dan persepsi hambatan (92,6%). Pada persepsi keparahan, jumlah ibu dengan persepsi kurang baik lebih banyak (60%).
3. Terdapat hubungan bermakna antara keempat persepsi ibu menurut teori *health belief model* (persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, persepsi hambatan) dengan pemberian ASI eksklusif di Kota Malang.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka saran yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi wawasan tambahan dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat, khususnya dalam pemberian ASI eksklusif dan dalam implementasi teori *health belief model*.

2. Bagi Masyarakat

Temuan penelitian ini diharapkan dapat mendorong masyarakat, khususnya ibu menyusui untuk lebih banyak menggali informasi tentang ASI eksklusif. Bagi keluarga dan lingkungan sekitar ibu menyusui, dapat memberi bantuan dengan mengurangi hambatan-hambatan yang dapat mengganggu proses pemberian ASI eksklusif dan memberikan dukungan emosional kepada ibu.

3. Bagi Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan lebih banyak dan rutin memberikan edukasi yang tepat mengenai seluruh informasi medis yang berhubungan dengan ASI eksklusif. Pemberian edukasi diberikan kepada ibu hamil maupun menyusui dengan menyinggung manfaat, risiko kerentanan dan keparahan penyakit yang dapat dicegah dengan ASI eksklusif secara langsung saat kunjungan maupun melalui media. Petugas kesehatan juga berperan besar mendukung terlaksananya ASI eksklusif, yang dimulai dari mengupayakan Inisiasi Menyusui Dini, hingga menjaga keberlangsungan dengan pemantauan dan edukasi kepada ibu menyusui dan keluarganya.

4. Bagi Pemerintah

Bagi pemerintah, terkhusus Pemerintah Kota Malang diharapkan dapat menambah program dan regulasi yang mendukung pemberian ASI eksklusif. Program yang dibuat dapat menguatkan persepsi ibu untuk semakin yakin memberikan ASI eksklusif, serta berbagai regulasi seperti

memperbanyak ruangan khusus menyusui pada fasilitas umum untuk membangun lingkungan yang mendukung bagi ibu untuk dapat menyusui secara eksklusif.

5. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya diharapkan dapat membahas aspek lain pada pendekatan *health belief model*, yaitu isyarat untuk bertindak (*cues to action*) yang berpengaruh pada pemberian ASI eksklusif oleh ibu.



DAFTAR PUSTAKA

- Abedi P., Jahanfar S., Namvar F., Lee, J., 2013. Breastfeeding The Newborn or Nipple Stimulation for Reducing Postpartum Haemorrhage in The Third State of Labour. (Pregnancy and Childbirth Group. https://www.cochrane.org/CD010845/PREG_breastfeeding-newborn-or-nipple-stimulation-reducing-postpartum-haemorrhage-third-stage-labour#:~:text=Nipple%20stimulation%20either%20manually%2C%20using,the%20hormone%20called%20oxytocin), diakses 8 November 2020)
- Abraham C. dan Sheeran P., 2014. 'The health belief model', Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, Second Edition, (June 2015), pp. 97–102. doi: 10.1017/CBO9780511543579.022.
- Aini A. N., 2017. GAMBARAN DUKUNGAN SUAMI DALAM PEMBERIAN ASI DI KELURAHAN JATINGALEH KOTA SEMARANG. Tesis. Institutional Repository. Muhammadiyah University of Semarang. Semarang. 2017.
- Akhmadi M. F., 2016. Hubungan Persepsi Produksi Asi Yang Kurang Pada Ibu Dengan Pemberian Asi Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang Periode Agustus 2016. Tesis. Institutional Repository. Universitas Brawijaya. Malang. 2016
- American Academy of Pediatrics. 2020. Benefits of Breastfeeding, (Online), (<https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Breastfeeding/Pages/default.aspx>), diakses 21 November 2020)
- Anggraeni M. D., 2019. HUBUNGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA BALITA USIA (6-60) BULAN DI KELURAHAN SUMBERSARI. Tesis. Institutional Repository. Universitas Muhammadiyah Malang. Malang. 2019
- Anies. 2006. Waspada Ancaman Penyakit Tidak Menular Solusi Pencegahan dari Aspek Perilaku dan Lingkungan. Jakarta: Elex Media Komputindo, pp 16-20.
- Aprilia G., 2012. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Asi Eksklusif dengan Pemberian ASI Eksklusif di Desa Harjobinangun Purworejo. Jurnal Komunikasi Kesehatan. Vol. 3 No. 2
- Ballard O., & Morrow A. L., 2013. Human milk composition: nutrients and bioactive factors, *Pediatric clinics of North America*, 60(1): 49–74.
- Becker M.H., Radius S.M. dan Rosenstock I.M., 1978. Compliance with a medical regimen for asthma: a test of the health belief model, *Public Health Reports*, 93: 268–277.
- Bhandari N. dan Chowdhury R., 2016. 'Infant and young child feeding', *Proceedings of the Indian National Science Academy*, 82(5): 1507–1517.
- Boston Children's Hospital. 2020. Galactosemia Symptoms & Causes, (Online), (<https://www.childrenshospital.org/conditions-and-treatments/conditions/g/galactosemia/symptoms-and->

causes#:~:text=Galactosemia%20means%20galactose%20in%20the, and%20blood%20in%20large%20amounts., diakses 6 Desember 2020)

BPS Kota Malang. 2020. KOTA MALANG DALAM ANGKA (MALANG MUNICIPALITY IN FIGURES) 2020. Malang: Badan Pusat Statistik Kota Malang. hal. 126.

Butts C. A., Hedderley D. I., Herath T. D., Paturi G., Jones S. G., Wiens F., et al., 2018 'Human milk composition and dietary intakes of breastfeeding women of different ethnicity from the manawatu-wanganui region of New Zealand', *Nutrients*, 10(9): 1–16.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. 2002. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* (London, England), 360(9328): 187–195.

Conner, M., Norman, P. 2021. Health Behaviour. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology.

Dahlan M. S., 2014. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan. Seri Evidence Based Medicine 1, Edisi 6. Jakarta: Salemba Medika. hal. 165-251.

Devita R., 2013. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif, *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*. Vol. 9 No. 1.

Dinkes Jatim. 2016. 'PROFIL KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2016 [East Java Health Profile 2016]'. Provinsi Jawa Timur: Dinas Kesehatan.

Dinkes Kota Malang. 2014. Profil Kesehatan Kota Malang Tahun 2014. Malang: Dinas Kesehatan Kota Malang.

Direktorat Gizi Masyarakat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI. 2019. Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (PPGB). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019.

Dror D. K. dan Allen L. H., 2018. Overview of Nutrients in Human Milk. *Advances in nutrition* (Bethesda, Md.), 9(1): 278S–294S.

Eidelman A. I. dan Schanler R. J., 2012. 'Breastfeeding and the use of human milk', *Pediatrics*, 129(3).

Emmanuel A., 2015. A Literature Review of the Factors That Influence Breastfeeding : An Application of the Health Belief Model. *International Journal of Nursing and Health Science*, 2(3): 28-36.

Ervina, A. dan Ismalita, W. 2018. Hubungan Paritas dengan ASI Eksklusif pada Bayi Usia 7-12 Bulan. *Jurnal Obstetrika Scientia*, 6(1): 170-178.

Eugenie T., Batlejeri J., dan Napitupulu, M., 2015. Pengetahuan Ibu Merupakan Faktor Dominan dalam Pemberian ASI Eksklusif. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*. Vol. 2 No. 2.

- Fadhila, S. R. dan Ninditya, L. 2016. Dampak dari Tidak Menyusui di Indonesia. (Online). (<https://www.idai.or.id/artikel/klinik/asi/dampak-dari-tidak-menyusui-di-indonesia>, diakses 25 November 2021)
- Fadliyyah R. 2015. 'PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI INDONESIA: Determinant Factors That Influence to Exclusive Breastfeeding', hal. 37–42.
- Hamidah, L. 2017. Gambaran Faktor-faktor Perilaku Ibu terhadap Pemberian ASI dengan Pendekatan Health Belief Model di Wilayah Kerja Puskesmas Setu Tangerang Selatan. Tugas Akhir. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Hayden dan Aboyoun A. 2014. Introduction to Health Behavior Theory, Second Edition. Burlington: Jones and Bartlett LLC, pp. 31-44.
- Hakim, A. 2020. HUBUNGAN KARAKTERISTIK IBU DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF. Journal Of Healthcare Technology And Medicine, 6(2)
- Ipaenin Z., Mudayatiningsih S., dan Perwirangningtyas P., 2019. HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF PADA BAYI USIA 0-6 BULAN DI PUSKESMAS DINOYO MALANG. Nursing News, 4(2)
- Iriyanti A.D., Utami N. W., dan Dewi N., 2017. 'Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Asi Eksklusif Dengan Kepatuhan Ibu Dalam Pemberian Asi Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo Malang', Nursing News, 2(2): 429–439.
- Karaçam Z., dan Sağlık, M., 2018. Breastfeeding problems and interventions performed on problems: systematic review based on studies made in Turkey. Turk pediatri arsivi, 53(3): 134–148.
- KBBI. 2020. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). (Online) (<http://kbbi.web.id/pusat>, diakses 4 November 2020)
- Kemendes RI. 2014. Situasi dan Analisis ASI Eksklusif. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. hal. 1–7.
- Kemendes RI. 2016. InfoDATIN: Bulan Peduli Kanker Payudara. Jakarta: Pusat data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. ISSN 2442-7659
- Kemendes RI. 2018. InfoDATIN. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian RI. hal. 1–7.
- Kemendes RI. 2019. Profil Kesehatan Indonesia 2018. Jakarta: Kemendes RI. hal. 153-163.
- Kinasih, P. 2017. Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Pemberian ASI Eksklusif di Puskesmas Wonosari I Kabupaten Gunungkidul Tahun 2017. Tugas Akhir. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta.
- Kristanti I., Herawati C., dan Susilawati D., 2019. Kontribusi Faktor Internal dan Eksternal Determinan Perilaku Terhadap Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi Baru Lahir', Dimasejati: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat, 1(2): 245–257.

LaMorte W. W., 2019. The Health Belief Model. Boston: Boston University School of Public Health. (<https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchange/theories/behavioralchange/theories2.html>, diakses pada 30 November 2020)

Latifah A. M., Purwanti L. E., dan Sukamto F. I., 2020. 'Hubungan Pemberian Asi Eksklusif Dengan Kejadian Stunting Pada Balita 1-5 Tahun', Health Sciences Journal, 4(1): 142.

Marthiyansyah, D. 2021. Hubungan Persepsi Tentang Manfaat dengan Rencana Pemberian Asi Eksklusif Pada Mahasiswi Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. Tugas Akhir. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Masturoh I. dan Anggita N. 2018. Metodologi Penelitian Kesehatan: Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Edisi tahun 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Masykur M. dan Nurafifah D., 2014. Hubungan Dukungan Suami dengan Pemberian ASI Eksklusif di Desa Keben Kecamatan Turi Kabupaten Lamongan. SURYA. Vol. 01 No. XVII.

Mosca F. dan Gianni M. L., 2017. 'Human milk: composition and health benefits', La Pediatria medica e chirurgica : Medical and surgical pediatrics, 39(2): 155.

Motee, A. & Jeewon, R. 2014. Importance of Exclusive Breastfeeding and Complementary Feeding among Infants. *Current Research in Nutrition and Food Science Journal*, 2(2): 56-72

Mufdillah, 2017. 'Buku Pedoman Pemberdayaan Ibu Menyusui pada Program ASI Eksklusif', Peduli ASI Eksklusif. hal. 0–38.

Nabilla, 2016. Hubungan antara Persepsi dengan Perilaku Ibu Menyusui menurut Teori Health Belief Model di Desa Singojuruh Kecamatan Singojuruh Kabupaten Banyuwangi. Tugas Akhir. Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

NHS. 2020. Breastfeeding Problems, Your Pregnancy and Baby Guides, (Online), (<https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/problems-breastfeeding/>, diakses 30 November 2020)

Notoatmodjo S. 2012. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta, pp. 231-233.

Orji R., Vassileva J., dan Mandryk R., 2012. Towards an effective health interventions design: an extension of the health belief model. *Online journal of public health informatics*, 4(3).

Pangestika, E. 2016. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Praktik Pemberian Asi Eksklusif Pada Ibu yang Melahirkan di Rsud Wates Kulon Progo. Tugas Akhir. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani, Yogyakarta.

- Parsa, P., Masoumi, Z., Parsa, N., & Parsa, B. 2015. Parents' Health Beliefs Influence Breastfeeding Patterns among Iranian Women. *Oman medical journal*, 30(3), 187–192.
- Patki S, Patki U, Patil R, Indumathi S, Kaingade P, Bulbule A, et al., 2012. Comparison of the levels of the growth factors in umbilical cord serum and human milk and its clinical significance. *Cytokine*. 59(2):305-308.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.
- Putri S., Arifiandi M.D., Hasanah N., dan Milasari, 2017. Faktor Yang Berhubungan dengan Pemberian Asi Eksklusif di Desa Randuagung Kecamatan Tajinan Kabupaten Malang, *Journal of Issues in Midwifery*, 1(2549–6581), pp. 76–81.
- Rahajeng, A. N. 2021. Hubungan Persepsi Kerentanan dengan Rencana Pemberian Asi Eksklusif pada Mahasiswi Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta. Tugas Akhir. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rahayu, S, Widyastuti, Y., dan Muslihatun, W. N. 2020. Hubungan Usia Ibu dengan Pemberian Asi Eksklusif di Desa Beji Kecamatan Andong Kabupaten Boyolali Tahun 2019. Tugas Akhir. Poltekkes Kemenkes, Yogyakarta.
- Lestari, R. R. 2018. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI eksklusif pada Ibu. *Jurnal Obsesi Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 2 (1): 130.
- Roesli, U. 2008. *Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda Arikunto, S.
- Rosmalia D. dan Sriani Y. 2017. *SOSIOLOGI KESEHATAN. Bahan Ajar Keperawatan Gigi*. Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia).
- SDKI. 2013. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Badan Pusat statistik, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional dan Kementrian Kesehatan.
- Stretcher V. dan Rosenstock J.M., 1997. The Health Belief Model. In Glanz, K., Lewis, F.M. and Rimer, B.K., (Eds.). *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Subagiyo A.A.A., 2014. Health Belief Model sebagai pembentuk perilaku sehat. (http://ariqaaynifpsi13.web.unair.ac.id/artikel_detail-112374-perilaku%20sehathealth%20belief%20model%20sebagai%20pembentuk%20perilaku%20sehat.html, diakses 30 November 2020)
- Sulistianingsih A. dan Yanti D. A. M., 2016. Kurangnya Asupan Makan Sebagai Penyebab Kejadian Balita Pendek (Stunting), *Jurnal Dunia Kesehatan*, 5(1): 71–75.

Susilowati D., 2016. PROMOSI KESEHATAN. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Szumilas M., 2010. Explaining odds ratios. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 19(3): 227–229.

Teja, M., 2019. Stunting Balita Indonesia Dan Penanggulangannya, Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI, 9(22): 13–18.

Timporok, A. G. A., Wowor, P. M., dan Rompas, S. 2018. HUBUNGAN STATUS PEKERJAAN IBU DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KAWANGKOAN. *e-Journal Keperawatan (eKp)*. 6 (1): 1-6.

UNICEF Indonesia. 2020. Memberi peluang terbaik untuk bertahan hidup bagi anak-anak, Kesehatan, (Online), (<https://www.unicef.org/indonesia/id/kesehatan#:~:text=Pneumonia%2C%20penyakit%20bawaan%2C%20dan%20diare,dan%20malaria%20di%20daerah%20endemis>, diakses 26 Oktober 2020)

USDA. 2009. Nutritional needs for infants. In *Infant Nutrition and Feeding: A Guide for Use in the WIC and FSF Programs*. hal. 11–40.

Utami U. P., 2018. Hubungan Dukungan Bidan dan Dukungan Keluarga terhadap Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulharjo I Kota Yogyakarta. Skripsi. Institutional Repository. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Yogyakarta. Yogyakarta. 2018.

Vennemann M. M., Bajanowski T., Brinkmann B., Jorch G., Yücesan K., Sauerland C., et al., 2009. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*, 123(3):406–410.

Victora C. G., Bahl R., Barros A. J., França G. V., Horton S., Krasevec, J., et al., 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*, 387(10017): 475–490.

Wahyuni, S. 2011. *Persepsi Ibu yang Tidak Memberikan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Larompong Selatan Kabupaten Luwu*. Tugas Akhir. Fakultas Kedokteran Universitas Husada Makasar.

World Health Organization. 2015. Up to what age can a baby stay well nourished by just being breastfed?, (Online), (<http://tdr.who.int/features/qa/21/en/>), diakses 6 November 2020)

World Health Organization. 2017. 'Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding: Unicef. hal. 7. (<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-collective-investmentcase.pdf?ua=1>), diakses 21 November 2020)

World Health Organization. 2020. What is the WHO definition of health?, (Online), (<https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>), diakses 22 November 2020)

World Health Organization. 2020. World Breastfeeding Week 2020 Message, (Online), (<https://www.who.int/news/item/31-07-2020-world>

breastfeeding-week-2020-
message#:~:text=The%20theme%20of%20World%20Breastfeeding,criti
cal%20component%20of%20breastfeeding%20support., diakses 25
Oktober 2020)

Yuliani, E. 2012. Analisis Pengaruh Faktor Perilaku terhadap Cakupan ASI Eksklusif dengan Theory of Planned Behavior dan Health Belief Model di Kabupaten Bojonegoro. *Jurnal of Health Policy and Administration*. 10(1): 54-59

Yuliani, V. 2017. Pengaruh ASI Eksklusif terhadap Perkembangan Sosial dan Mental Emosional Anak. Publikasi Ilmiah Seminar Nasional Kebidanan 2017. Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran



Lampiran 1. Surat Kelaikan Etik



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN**

Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
<http://www.fk.ub.ac.id> e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 91 / EC / KEPK – S1 – PD / 03 / 2021

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

- JUDUL** : Hubungan antara Persepsi Ibu Dengan Pemberian Asi Eksklusif menurut Teori *Health Belief Model* di Wilayah Kota Malang
- PENELITI** : Audrey Patricia Tandayu
- UNIT / LEMBAGA** : S1 Pendidikan Dokter – Fakultas Kedokteran – Universitas Brawijaya Malang.
- TEMPAT PENELITIAN** : Wilayah Kota Malang.

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Malang
Ketua,



Prof. Dr. dr. Moch. Mubandjaja ES, SpS, SpBS(K), SH, M.Hum, Dr(Hk)
NIPK. 20180246051611001

Catatan :

Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy. Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik Penelitian (Amandemen Protokol).



Lampiran 2. Lembar Persetujuan Sebagai Responden

**LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

Perkenalkan nama saya Audrey Patricia Tandayu, mahasiswa S1 Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, dengan ini meminta Ibu untuk berpartisipasi dengan sukarela menjadi responden dalam penelitian ini.

Gambaran Umum

Ibu diminta untuk berpartisipasi dalam studi yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara persepsi ibu dengan pemberian ASI eksklusif di kota Malang. Pengambilan data hanya dilakukan dengan cara mengisi kuesioner daring yang terdiri dari 30 pertanyaan. Studi ini akan melibatkan 200 responden yang memiliki kriteria:

- Ibu yang memiliki anak berusia 6-24 bulan yang tinggal di kota Malang.
- Ibu tidak mendapat larangan untuk melakukan pemberian ASI secara permanen maupun sementara waktu karena memiliki kondisi medis yang telah ditetapkan oleh dokter (seperti terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) positif, menderita penyakit parah, menderita virus *herpes simplex* tipe 1 di payudara, atau ibu dalam pengobatan kemoterapi).
- Bayi ibu tidak memiliki larangan secara medis untuk menerima ASI (seperti bayi galaktosemia).

Partisipasi dan Pengunduran Diri

Partisipasi ibu dalam studi ini bersifat sukarela dan Ibu bebas untuk memilih bersedia atau tidak menjadi responden. Bila ibu memutuskan untuk mengikuti studi ini, Ibu diperbolehkan memiliki hak undur diri sewaktu-waktu tanpa ada konsekuensi apapun.

Risiko dan Keamanan

Tidak terdapat risiko atau bahaya potensial dalam penelitian ini. Hanya saja pengisian kuesioner ini sedikit menyita waktu ibu karena dibutuhkan waktu 10-15 menit untuk mengisi.

Manfaat

Informasi yang dikumpulkan dalam studi ini akan berguna untuk mengetahui hubungan antara persepsi ibu dengan pemberian ASI eksklusif di kota Malang. Pemahaman ini dapat menjadi masukan kepada pemerintah dan petugas

kesehatan untuk meningkatkan sarana dan dukungan agar pemberian ASI eksklusif dapat mencapai keberhasilan.

Keuntungan

Peneliti akan memilih 100 responden secara acak untuk mendapatkan saldo OVO sebesar Rp. 20.000 rupiah. Hadiah akan disampaikan paling lambat 1 bulan setelah pelaksanaan survei.

Kerahasiaan

Identitas diri beserta seluruh data yang terkumpul akan **DIJAGA KERAHASIAANNYA** oleh peneliti. Data hanya akan diolah oleh peneliti sendiri dan identitas diri tidak akan dicantumkan dalam pelaporan hasil penelitian. Oleh karena itu, anda tidak akan dapat teridentifikasi dengan nama dalam publikasi apapun terkait dengan hasil penelitian ini.

Informasi Tambahan

Jika Ibu memiliki pertanyaan atau memerlukan informasi/ bantuan terkait penelitian ini, Ibu dapat menghubungi Audrey Patricia Tandayu melalui Whatsapp/ SMS (082231801258) atau Line (audreypt30)

Sekian dan atas perhatian dan kesediaannya, saya ucapkan banyak terima kasih.

Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam Penelitian

Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela, Saya

Bersedia/ Tidak Bersedia

untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul "HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI IBU MENURUT TEORI *HEALTH BELIEF MODEL* DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI KOTA MALANG".

Lampiran 3. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI IBU MENURUT TEORI
HEALTH BELIEF MODEL DENGAN PEMBERIAN ASI
EKSKLUSIF DI KOTA MALANG

I. IDENTITAS RESPONDEN

1.	Nama/ Inisial Nama	
2.	Alamat (wajib di kota Malang)	
3.	Kecamatan, Kelurahan	
4.	Nomor Telepon/ WA	
5.	Usia Ibu (tahun)	
6.	Jumlah Anak + tahun kelahiran	a. 1 anak, Tahun kelahiran: b. 2-3 anak, Tahun kelahiran:,, c. 4 anak atau lebih, Tahun kelahiran:,,,,,,
7.	Usia Anak Terakhir (bulan)	
8.	Pendidikan Formal Terakhir yang Pernah Ditempuh Ibu	a. Tidak tamat SD b. SD c. SMP d. SMA e. Sarjana (S1) f. Magister (S2) g. Diploma (S3)
10.	Status Pekerjaan Ibu	a. Tidak Bekerja (Ibu Rumah Tangga) b. Bekerja Bila Bekerja, apa jenis pekerjaan Ibu?
11.	Penggunaan Kontrasepsi 0-6 bulan setelah melahirkan (dan jenis kontrasepsi)	a. Ya b. Tidak Bila Ya, apa jenis kontrasepsi yang digunakan?



II. Kuesioner Pemberian ASI Eksklusif

Berikan tanda pada pilihan jawaban yang tertera (Ya atau Tidak) sesuai dengan kegiatan yang anda lakukan.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Ibu memberikan ASI saja pada saat bayi berusia 0-6 bulan		
2	Ibu pernah memberikan pisang atau buah lainnya pada bayi saat berusia 0-6 bulan		
3	Ibu pernah memberikan biskuit bayi saat bayi berusia 0-6 bulan		
4	Ketika ibu meninggalkan bayi berusia 0-6 bulan lebih dari dua jam, ibu meminta agar bayi diberi ASI saja		
5	Ketika bayi berusia 0-6 bulan menangis di malam hari, ibu segera memberikan ASI		
6	Ibu memberikan susu formula saat bayi berusia 0-6 bulan		
7	Ibu selalu menyiapkan persediaan ASI bila akan meninggalkan bayi 0-6 bulan lebih dari 2 jam		

III. Kuesioner Persepsi Ibu

Berikan tanda pada pilihan jawaban yang tertera (“SS” atau “S” atau “KS” atau “TS”) sesuai dengan keyakinan anda dalam melakukan kegiatan menyusui.

Keterangan:

SS: Sangat Setuju

S : Setuju

KS: Kurang Setuju

TS: Tidak Setuju

1. Persepsi Kerentanan

No.	Pernyataan	SS	S	KS	TS
1	Payudara bengkak dapat menyerang ibu bila tidak sering menyusui				
2	Bayi yang mendapat ASI eksklusif saja beresiko mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan				
3	Bayi berusia 0-6 bulan akan mudah mengalami diare bila diberi makanan selain ASI				
4	Bayi berusia 0-6 bulan akan mudah terkena penyakit bila hanya diberi ASI				
5	ASI eksklusif tidak mempengaruhi kedekatan emosional ibu dengan anak				
6	Bayi berusia 0-6 bulan yang diberikan susu formula dapat mengalami obesitas saat bertumbuh				

2. Persepsi Keparahan

No.	Pernyataan	SS	S	KS	TS
1	Penyakit infeksi berulang karena tidak ASI eksklusif akan menyebabkan perburukan gizi pada bayi berusia 0-6 bulan				
2	Pemberian makanan tambahan yang tidak benar pada bayi usia 0-6 bulan akan menyebabkan kualitas kesehatan bayi buruk				
3	Bayi yang hanya mendapat ASI eksklusif beresiko mengalami gagal tumbuh (<i>stunting</i>)				
4	Perdarahan setelah melahirkan merupakan penyebab kematian utama pada ibu melahirkan yang tidak langsung menyusui				
5	Bila payudara saya bengkak, sakitnya akan bertambah parah bila ASI dikeluarkan				
6	Sindroma Kematian Bayi Mendadak lebih banyak terjadi pada bayi berusia 0-6 bulan yang tidak mendapat ASI eksklusif				

3. Persepsi Manfaat

No.	Pernyataan	SS	S	KS	TS
1	Menyusui eksklusif merupakan KB alamiah				
2	Menyusui eksklusif dapat menurunkan stress psikologis setelah melahirkan				
3	ASI eksklusif membuat sistem kekebalan tubuh bayi menjadi lebih kuat				
4	ASI saja sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi sejak lahir hingga berusia 6 bulan				
5	Susu formula memiliki kandungan nutrisi yang lebih baik dibandingkan ASI eksklusif				
6	Menyusui eksklusif dapat mengurangi resiko kanker payudara bagi ibu				

4. Persepsi Hambatan

No.	Pernyataan	SS	S	KS	TS
1	Keluarga saya memiliki tradisi memberikan makanan tambahan selain ASI sebelum bayi berusia 6 bulan				
2	Memberikan ASI eksklusif adalah hal yang melelahkan				
3	Fasilitas umum (Stasiun, Puskesmas, Tempat Rekreasi, dsb) perlu menyediakan ruangan khusus untuk menyusui				
4	Bayi bingung puting dan bayi mudah tersedak tetap bisa mendapatkan ASI secara eksklusif				
5	Saya merasa produksi ASI saya kurang, sehingga saya memberikan makanan tambahan pada bayi sebelum berusia 6 bulan				
6	Memberi ASI eksklusif adalah hal yang merepotkan karena mengganggu pekerjaan saya				

Lampiran 4. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

1. Uji Validitas

Correlations

		ASI1	ASI2	ASI3	ASI4	ASI5	ASI6	ASI7	TOTAL SKOR
ASI1	Pearson Correlation	1	.124	.124	.788**	.375*	.677**	.239	.789**
	Sig. (2-tailed)		.491	.491	.000	.032	.000	.180	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ASI2	Pearson Correlation	.124	1	.633**	.206	-.056	.160	.160	.492**
	Sig. (2-tailed)	.491		.000	.251	.757	.373	.373	.004
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ASI3	Pearson Correlation	.124	.633**	1	.206	-.056	.160	.454**	.567**
	Sig. (2-tailed)	.491	.000		.251	.757	.373	.008	.001
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ASI4	Pearson Correlation	.788**	.206	.206	1	.476**	.620**	.361*	.843**
	Sig. (2-tailed)	.000	.251	.251		.005	.000	.039	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ASI5	Pearson Correlation	.375*	-.056	-.056	.476**	1	-.075	.418*	.401*
	Sig. (2-tailed)	.032	.757	.757	.005		.679	.015	.021
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ASI6	Pearson Correlation	.677**	.160	.160	.620**	-.075	1	.057	.657**
	Sig. (2-tailed)	.000	.373	.373	.000	.679		.752	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ASI7	Pearson Correlation	.239	.160	.454**	.361*	.418*	.057	1	.597**
	Sig. (2-tailed)	.180	.373	.008	.039	.015	.752		.000
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
TOTA	Pearson Correlation	.789**	.492**	.567**	.843**	.401*	.657**	.597**	1
LSKO	Sig. (2-tailed)	.000	.004	.001	.000	.021	.000	.000	
R	N	33	33	33	33	33	33	33	33

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Kerentan_1	Kerentan_2	Kerentan_3	Kerentan_4	Kerentan_5	Kerentan_6	Skor Total Kerentan
Kerentan_1	Pearson Correlation	1	.223	.419*	.078	-.096	.086	.396*
	Sig. (2-tailed)		.213	.015	.668	.596	.633	.022
	N	33	33	33	33	33	33	33
Kerentan_2	Pearson Correlation	.223	1	.631**	.660**	.348*	.158	.747**
	Sig. (2-tailed)	.213		.000	.000	.047	.379	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Kerentan_3	Pearson Correlation	.419*	.631**	1	.239	.256	.348*	.767**
	Sig. (2-tailed)	.015	.000		.180	.151	.047	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Kerentan_4	Pearson Correlation	.078	.660**	.239	1	.255	.134	.550**
	Sig. (2-tailed)	.668	.000	.180		.152	.456	.001
	N	33	33	33	33	33	33	33
Kerentan_5	Pearson Correlation	-.096	.348*	.256	.255	1	.398*	.653**
	Sig. (2-tailed)	.596	.047	.151	.152		.022	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Kerentan_6	Pearson Correlation	.086	.158	.348*	.134	.398*	1	.626**
	Sig. (2-tailed)	.633	.379	.047	.456	.022		.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Skor Total Kerentan	Pearson Correlation	.396*	.747**	.767**	.550**	.653**	.626**	1
	Sig. (2-tailed)	.022	.000	.000	.001	.000	.000	
	N	33	33	33	33	33	33	33

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		Keparahan_1	Keparahan_2	Keparahan_3	Keparahan_4	Keparahan_5	Keparahan_6	Skor Total Keparahan
Keparahan_1	Pearson Correlation	1	.453**	.184	.444**	.101	.554**	.814**
	Sig. (2-tailed)		.008	.304	.010	.577	.001	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33



Keparahan_2	Pearson Correlation	.453**	1	-.111	.292	-.072	.266	.546**
	Sig. (2-tailed)	.008		.538	.099	.690	.134	.001
	N	33	33	33	33	33	33	33
Keparahan_3	Pearson Correlation	.184	-.111	1	-.037	.469**	.012	.326
	Sig. (2-tailed)	.304	.538		.837	.006	.948	.064
	N	33	33	33	33	33	33	33
Keparahan_4	Pearson Correlation	.444**	.292	-.037	1	.094	.570**	.691**
	Sig. (2-tailed)	.010	.099	.837		.604	.001	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Keparahan_5	Pearson Correlation	.101	-.072	.469**	.094	1	.159	.384*
	Sig. (2-tailed)	.577	.690	.006	.604		.378	.027
	N	33	33	33	33	33	33	33
Keparahan_6	Pearson Correlation	.554**	.266	.012	.570**	.159	1	.773**
	Sig. (2-tailed)	.001	.134	.948	.001	.378		.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Skor Total Keparahan	Pearson Correlation	.814**	.546**	.326	.691**	.384*	.773**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.064	.000	.027	.000	
	N	33	33	33	33	33	33	33

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Manfa at 1	Manfa at 2	Manfa at 3	Manfa at 4	Manfa at 5	Manfa at 6	Skor Total Manfa at
Manfaat_1	Pearson Correlation	1	.581**	.162	.267	.221	.448**	.733**
	Sig. (2-tailed)		.000	.368	.133	.217	.009	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Manfaat_2	Pearson Correlation	.581**	1	.344	.246	.009	.375*	.687**
	Sig. (2-tailed)	.000		.050	.168	.958	.032	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Manfaat_3	Pearson Correlation	.162	.344	1	.606**	.428*	.344	.666**
	Sig. (2-tailed)	.368	.050		.000	.013	.050	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Manfaat_4	Pearson Correlation	.267	.246	.606**	1	.321	.582**	.721**
	Sig. (2-tailed)	.133	.168	.000		.068	.000	.000



	N	33	33	33	33	33	33	33
Manfaat_5	Pearson Correlation	.221	.009	.428*	.321	1	-.071	.421*
	Sig. (2-tailed)	.217	.958	.013	.068		.696	.015
	N	33	33	33	33	33	33	33
Manfaat_6	Pearson Correlation	.448**	.375*	.344	.582**	-.071	1	.711**
	Sig. (2-tailed)	.009	.032	.050	.000	.696		.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Skor Total Manfaat	Pearson Correlation	.733**	.687**	.666**	.721**	.421*	.711**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.015	.000	
	N	33	33	33	33	33	33	33

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Hamb atan_ 1	Hamb atan_ 2	Hamb atan_ 3	Hamb atan_ 4	Hamb atan_ 5	Hamb atan_ 6	Skor Total Hamb atan
Hambatan_1	Pearson Correlation	1	.052	.030	.056	.192	.246	.462**
	Sig. (2-tailed)		.773	.867	.756	.284	.168	.007
	N	33	33	33	33	33	33	33
Hambatan_2	Pearson Correlation	.052	1	.078	.092	.131	.756**	.645**
	Sig. (2-tailed)	.773		.668	.612	.468	.000	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Hambatan_3	Pearson Correlation	.030	.078	1	-.046	.597**	.064	.490**
	Sig. (2-tailed)	.867	.668		.799	.000	.723	.004
	N	33	33	33	33	33	33	33
Hambatan_4	Pearson Correlation	.056	.092	-.046	1	.247	.044	.411*
	Sig. (2-tailed)	.756	.612	.799		.167	.807	.017
	N	33	33	33	33	33	33	33
Hambatan_5	Pearson Correlation	.192	.131	.597**	.247	1	.314	.703**
	Sig. (2-tailed)	.284	.468	.000	.167		.076	.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
Hambatan_6	Pearson Correlation	.246	.756**	.064	.044	.314	1	.705**
	Sig. (2-tailed)	.168	.000	.723	.807	.076		.000
	N	33	33	33	33	33	33	33
	Pearson Correlation	.462**	.645**	.490**	.411*	.703**	.705**	1



Skor Total	Sig. (2-tailed)	.007	.000	.004	.017	.000	.000	
Hambatan	N	33	33	33	33	33	33	33

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

2. Uji Reliabilitas

a. Kuesioner ASI Eksklusif

Reliability Statistics	
Alpha	N of Items
.747	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ASI1	5.36	1.301	.642	.669
ASI2	5.27	1.705	.313	.747
ASI3	5.27	1.642	.402	.729
ASI4	5.30	1.343	.750	.647
ASI5	5.21	1.860	.291	.749
ASI6	5.33	1.479	.470	.716
ASI7	5.33	1.542	.392	.736

b. Kuesioner Persepsi

Reliability Statistics	
Alpha	N of Items
.850	24

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Kerentanan_1	74.48	53.383	.308	.848
Kerentanan_2	74.55	50.693	.652	.837
Kerentanan_3	75.00	49.063	.593	.837
Kerentanan_4	74.39	52.746	.452	.844
Kerentanan_5	74.79	49.797	.427	.845
Kerentanan_6	75.48	50.320	.469	.842
Keparahan_1	75.15	51.320	.335	.849
Keparahan_2	74.64	52.489	.323	.848
Keparahan_3	74.64	52.989	.371	.846
Keparahan_4	75.88	50.922	.487	.842
Keparahan_5	74.52	52.320	.500	.843
Keparahan_6	75.52	51.820	.293	.851
Manfaat_1	74.94	50.496	.568	.839
Manfaat_2	74.76	52.314	.401	.845
Manfaat_3	74.24	52.564	.554	.842
Manfaat_4	74.27	52.017	.617	.840
Manfaat_5	74.64	52.926	.434	.845
Manfaat_6	74.61	51.184	.492	.842
Hambatan_1	74.58	53.814	.205	.852
Hambatan_2	74.85	50.820	.423	.844
Hambatan_3	74.24	54.502	.151	.853
Hambatan_4	74.70	54.780	.113	.855
Hambatan_5	74.61	52.809	.347	.847
Hambatan_6	74.55	51.818	.574	.841



Lampiran 5. Hasil Uji Statistik dengan SPSS

1. Karakteristik Responden

a. Kelurahan di Kota Malang

Kelurahan di Kota Malang					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Blimbing	47	21.9	21.9	21.9
	Kedungkandang	34	15.8	15.8	37.7
	Klojen	68	31.6	31.6	69.3
	Lowokwaru	42	19.5	19.5	88.8
	Sukun	24	11.2	11.2	100.0
	Total	215	100.0	100.0	

b. Usia

Usia					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20 tahun	2	.9	.9	.9
	20-35 tahun	174	80.9	80.9	81.9
	>35 tahun	39	18.1	18.1	100.0
	Total	215	100.0	100.0	

c. Jumlah Anak

Jumlah Anak					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primigravida	86	40.0	40.0	40.0
	Multigravida	129	60.0	60.0	100.0
	Total	215	100.0	100.0	

d. Pendidikan Terakhir

Pendidikan Terakhir					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	1	.5	.5	.5
	SD Sederajat	5	2.3	2.3	2.8
	SMP Sederajat	9	4.2	4.2	7.0
	SMA Sederajat	74	34.4	34.4	41.4
	Diploma (D1/D3)	27	12.6	12.6	54.0
	Sarjana (S1)	84	39.1	39.1	93.0
	Magister (S2)	14	6.5	6.5	99.5
	Doktor (S3)	1	.5	.5	100.0

	Total	215	100.0	100.0	
--	-------	-----	-------	-------	--

e. Status Pekerjaan

Status Pekerjaan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	130	60.5	60.5	60.5
	Bekerja	85	39.5	39.5	100.0
	Total	215	100.0	100.0	

2. Hasil Analisis Univariat

a. ASI Eksklusif

ASI Eksklusif					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	85	39.5	39.5	39.5
	Ya	130	60.5	60.5	100.0
	Total	215	100.0	100.0	

b. Persepsi Kerentanan

Persepsi Kerentanan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	52	24.2	24.2	24.2
	Baik	163	75.8	75.8	100.0
	Total	215	100.0	100.0	

c. Persepsi Keparahan

Persepsi Keparahan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	129	60.0	60.0	60.0
	Baik	86	40.0	40.0	100.0
	Total	215	100.0	100.0	



d. Persepsi Manfaat

Persepsi Manfaat					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	23	10.7	10.7	10.7
	Baik	192	89.3	89.3	100.0
	Total	215	100.0	100.0	

e. Persepsi Hambatan

Persepsi Hambatan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	16	7.4	7.4	7.4
	Baik	199	92.6	92.6	100.0
	Total	215	100.0	100.0	

3. Hasil Analisis Bivariat

a. Persepsi Kerentanan

Crosstab					
		ASI Eksklusif			Total
		0	1		
Persepsi Kerentanan	0	Count	31	21	52
		% within Persepsi Kerentanan	59.6%	40.4%	100.0%
	1	Count	54	109	163
		% within Persepsi Kerentanan	33.1%	66.9%	100.0%
Total		Count	85	130	215
		% within Persepsi Kerentanan	39.5%	60.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.570 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	10.488	1	.001		
Likelihood Ratio	11.374	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.516	1	.001		
N of Valid Cases	215				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,56.

b. Computed only for a 2x2 table



Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Persepsi Kerentanan (0 / 1)	2.980	1.567	5.667
For cohort ASI Eksklusif = 0	1.800	1.317	2.459
For cohort ASI Eksklusif = 1	.604	.427	.855
N of Valid Cases	215		

b. Persepsi Kerentanan

Crosstab					
			ASI Eksklusif		Total
			0	1	
Persepsi Keparahan	0	Count	58	71	129
		% within Persepsi Keparahan	45.0%	55.0%	100.0%
	1	Count	27	59	86
		% within Persepsi Keparahan	31.4%	68.6%	100.0%
Total		Count	85	130	215
		% within Persepsi Keparahan	39.5%	60.5%	100.0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.972 ^a	1	.046		
Continuity Correction ^b	3.425	1	.064		
Likelihood Ratio	4.022	1	.045		
Fisher's Exact Test				.048	.032
Linear-by-Linear Association	3.954	1	.047		
N of Valid Cases	215				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 34,00.
 b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Persepsi Keparahan (0 / 1)	1.785	1.007	3.164
For cohort ASI Eksklusif = 0	1.432	.993	2.065
For cohort ASI Eksklusif = 1	.802	.649	.991
N of Valid Cases	215		

c. Persepsi Manfaat

Crosstab					
			ASI Eksklusif		Total
			0	1	
Persepsi Manfaat	0	Count	15	8	23
		% within Persepsi Manfaat	65.2%	34.8%	100.0%



	1	Count	70	122	192
		% within Persepsi Manfaat	36.5%	63.5%	100.0%
Total		Count	85	130	215
		% within Persepsi Manfaat	39.5%	60.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.106 ^a	1	.008		
Continuity Correction ^b	5.954	1	.015		
Likelihood Ratio	6.937	1	.008		
Fisher's Exact Test				.012	.008
Linear-by-Linear Association	7.073	1	.008		
N of Valid Cases	215				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,09.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Persepsi Manfaat (0 / 1)	3.268	1.319	8.094
For cohort ASI Eksklusif = 0	1.789	1.258	2.544
For cohort ASI Eksklusif = 1	.547	.310	.968
N of Valid Cases	215		

d. Persepsi Hambatan

Crosstab

		ASI Eksklusif		Total	
		0	1		
Persepsi Hambatan	0	Count	12	4	16
		% within Persepsi Hambatan	75.0%	25.0%	100.0%
	1	Count	73	126	199
		% within Persepsi Hambatan	36.7%	63.3%	100.0%
Total		Count	85	130	215
		% within Persepsi Hambatan	39.5%	60.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.095 ^a	1	.003		
Continuity Correction ^b	7.563	1	.006		
Likelihood Ratio	8.985	1	.003		
Fisher's Exact Test				.006	.003
Linear-by-Linear Association	9.053	1	.003		

N of Valid Cases	215			
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,33.				
b. Computed only for a 2x2 table				

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Persepsi Hambatan (0 / 1)	5.178	1.611	16.646
For cohort ASI Eksklusif = 0	2.045	1.460	2.863
For cohort ASI Eksklusif = 1	.395	.168	.929
N of Valid Cases	215		

