



**PERBANDINGAN PELAKSANAAN INISIASI MENYUSU DINI  
BERDASAR TINGKAT PENGETAHUAN IBU HAMIL**

**LAPORAN AKHIR HASIL PENELITIAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai syarat untuk memenuhi sebagian persyaratan  
guna mencapai strata-1 kedokteran umum**

**KARINDRA AJI HIDAYAT  
G2A008103**

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
TAHUN 2012**

**LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN HASIL KTI**

**PERBANDINGAN PELAKSANAAN INISIASI MENYUSU DINI  
BERDASAR TINGKAT PENGETAHUAN IBU HAMIL**

Disusun oleh:

**KARINDRA AJI HIDAYAT  
G2A008103**

**Telah disetujui:**

Semarang, 9 Agustus 2012

**Penguji**

**Pembimbing**

dr. Besari Adi Pramono, MSi.Med, Sp.OG  
19690415200821002

dr. Julian Dewantinigrum, Msi.Med, Sp.OG  
197907162008122002

**Ketua Penguji**

dr. Arufiadi Anityo M., Msi.Med, Sp.OG  
196901152008121001

## **PERNYATAAN KEASLIAN**

Yang bertanda tangan ini,

Nama : Karindra Aji Hidayat  
NIM : G2A008103  
Program Studi : Program Pendidikan Sarjana Program Studi Pendidikan  
Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro  
Judul KTI : Perbandingan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini Berdasar  
Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil

Dengan ini menyatakan bahwa:

- 1) KTI ini ditulis sendiri tulisan asli saya sendiri tanpa bantuan orang lain selain pembimbing dan narasumber yang diketahui oleh pembimbing
- 2) KTI ini sebagian atau seluruhnya belum pernah dipublikasi dalam bentuk artikel ataupun tugas ilmiah lain di Universitas Diponegoro maupun di perguruan tinggi lain
- 3) Dalam KTI ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai rujukan dalam naskah dan tercantum pada daftar kepustakaan

Semarang, 28 Juli 2012  
Yang membuat pernyataan,

Karindra Aji Hidayat

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanallahu Wa Ta'ala karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, karya tulis yang berjudul “Perbandingan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini Berdasar Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil” ini dapat terselesaikan. Penelitian ini dilakukan untuk memenuhi sebagian persyaratan guna mencapai derajat strata-1 kedokteran umum di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Pada kesempatan kali ini, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Rektor Universitas Diponegoro dan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar, meningkatkan ilmu pengetahuan dan keahlian.
2. dr. Julian Dewantiningrum, Msi.Med, Sp.OG selaku dosen pembimbing penelitian yang telah berperan besar dalam terselesaikannya karya tulis ini.
3. dr. Besari Adi Pramono, Msi.Med, Sp.OG, dr. Putri Sekar Wiyati, Sp.OG, dr. Hari Peni Julianti, M.Kes, Sp.KFR serta bagian IKM selaku ahli yang telah memberikan saran kepada penulis dalam validasi instrumen penelitian.
4. Dinas Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas Halmahera, dan Puskesmas Ngesrep yang telah mengizinkan pelaksanaan penelitian.
5. Ibu-ibu bidan Puskesmas Halmahera dan Ngesrep yang telah membantu pelaksanaan penelitian.
6. Seluruh responden yang telah bersedia menjadi subyek penelitian.
7. Bagian perpustakaan yang telah membantu menyediakan referensi penelitian.
8. Orang tua, teman-teman, dan seluruh pihak yang telah memberikan motivasi dan membantu dalam pembuatan karya tulis ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan. Semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan menambah pengetahuan dalam ilmu kedokteran.

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR TABEL .....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	ix
DAFTAR SINGKATAN .....	x
ABSTRAK .....	xi
<i>ABSTRACT</i> .....	xii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar belakang .....	1
1.2 Masalah penelitian .....	5
1.3 Tujuan penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan umum .....	5
1.3.2 Tujuan khusus .....	5
1.4 Manfaat penelitian .....	6
1.5 Keaslian penelitian .....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	9
2.1 Inisiasi menyusu dini (IMD) .....	9
2.1.1 Pengertian IMD .....	9
2.1.2 Manfaat IMD .....	10
2.1.3 Tatalaksana IMD .....	15
2.2 Pelaksanaan IMD .....	17
2.3 Pengetahuan mengenai IMD .....	24
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN HIPOTESIS	28
3.1 Kerangka teori .....	28
3.2 Kerangka konsep .....	29

3.3 Hipotesis .....	29
BAB IV METODE PENELITIAN .....	30
4.1 Ruang lingkup penelitian .....	30
4.2 Tempat dan waktu penelitian .....	30
4.3 Jenis dan rancangan penelitian .....	30
4.4 Populasi dan sampel .....	31
4.4.1 Populasi target .....	31
4.4.2 Populasi terjangkau .....	31
4.4.3 Sampel .....	31
4.4.3.1 Kriteria inklusi .....	31
4.4.3.2 Kriteria eksklusi .....	31
4.4.3.3 Kriteria <i>drop out</i> .....	31
4.4.4 Cara sampling .....	32
4.4.5 Besar sampel .....	33
4.5 Variabel penelitian .....	33
4.5.1 Variabel bebas .....	33
4.5.2 Variabel tergantung .....	33
4.6 Definisi operasional .....	34
4.7 Cara pengumpulan data .....	35
4.7.1 Alat dan instrumen .....	35
4.7.2 Jenis data .....	37
4.7.3 Cara kerja .....	37
4.8 Alur penelitian .....	38
4.9 Analisis data .....	39
4.10 Etika penelitian .....	40
BAB V HASIL PENELITIAN .....	42
5.1 Analisis sampel .....	42
5.2 Karakteristik sampel .....	43
5.3 Analisis data hasil penelitian .....	46
5.3.1 Uji hipotesis penelitian .....	46
5.3.2 Analisis multivariat .....	47

BAB VI PEMBAHASAN .....	48
BAB VII SIMPULAN DAN SARAN .....	53
7.1 Simpulan .....	53
7.2 Saran .....	53
DAFTAR PUSTAKA .....	54
Lampiran 1 <i>Ethical Clearance</i> .....	59
Lampiran 2 Surat izin penelitian .....	60
Lampiran 3 Lembar permohonan menjadi responden .....	61
Lampiran 4 Lembar persetujuan menjadi responden .....	62
Lampiran 5 Kuesioner penelitian .....	63
Lampiran 6 Lembar wawancara .....	66
Lampiran 7 Lembar validitas kuesioner tingkat pengetahuan .....	67
Lampiran 8 Form catatan data diri responden .....	71
Lampiran 9 Hasil perhitungan dengan SPSS .....	72
Lampiran 10 Biodata mahasiswa .....	83
Lampiran 11 Dokumentasi penelitian .....	84

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian penelitian .....	7
Tabel 2. Hubungan antara waktu pelaksanaan inisiasi menyusui dini dengan jumlah kematian bayi .....	10
Tabel 3. Definisi operasional .....	34
Tabel 4. Karakteristik sampel .....	44
Tabel 5. Uji hipotesis penelitian .....	46

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Hubungan antara waktu pelaksanaan inisiasi menyusui dini dengan kontinuitas ASI eksklusif .....	11
Gambar 2. Kerangka teori .....	28
Gambar 3. Kerangka konsep .....	29
Gambar 4. Alur penelitian .....	39
Gambar 5. Diagram alur pengumpulan sampel penelitian .....	43

## DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
CDC	: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HTLV	: <i>Human T-Lymphotropic Virus</i>
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
LMKM	: Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui
UNICEF	: <i>United Nations of Children's Fund</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## ABSTRAK

**Latar Belakang** Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih menjadi salah satu masalah kesehatan di Indonesia. Pemberian ASI secara dini adalah salah satu intervensi yang dapat secara signifikan mengurangi angka kematian bayi. Kegagalan IMD disebabkan oleh beberapa faktor antara lain kurangnya pengetahuan ibu mengenai pentingnya IMD. Untuk itu diperlukan paparan informasi yang baik agar pengetahuan ibu mengenai IMD juga adekuat dan IMD dapat terlaksana.

**Tujuan** Membandingkan pelaksanaan IMD pada ibu hamil dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD tinggi dan ibu hamil dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD rendah.

**Metode** Penelitian ini adalah penelitian cohort prospektif. Sebanyak 56 sampel ibu hamil dengan usia kehamilan > 28 minggu yang memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Halmahera dan Puskesmas Ngesrep selama Maret-Juni 2012 serta memenuhi kriteria inklusi dan menjadi sampel dalam penelitian ini. Sampel dibagi dalam kelompok pengetahuan tinggi ( $n=28$ ) dan rendah ( $n=28$ ). Semua sampel mengisi kuesioner dan diwawancarai setelah ibu melahirkan. Analisis data dilakukan dengan uji chi-square untuk analisis bivariat dan uji regresi logistik ganda untuk analisis multivariat.

**Hasil** Tingkat pengetahuan memiliki hubungan bermakna dengan pelaksanaan IMD dengan angka signifikansi sebesar  $p=0.029$  dan RR sebesar 1,615 yang berarti bahwa angka pelaksanaan IMD pada kelompok dengan tingkat pengetahuan tinggi lebih tinggi 1,6 kali dibanding kelompok dengan tingkat pengetahuan rendah.

**Simpulan** Pelaksanaan IMD pada ibu dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD yang tinggi lebih besar dibandingkan ibu dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD yang rendah.

**Kata kunci** Inisiasi menyusui dini, tingkat pengetahuan, ibu hamil, ibu menyusui

## **ABSTRACT**

**Background** *The high number of Infant Mortality Rate (IMR) in Indonesia was still being one of health problems in Indonesia. Early breastfeeding was one of suitable intervention that can significantly reduce infant mortality. The failure of early breastfeeding were caused by several factors such as lack of knowledge of mothers about the importance of early breastfeeding. Therefore, It required a good exposure of information about early breastfeeding to increase the mother's knowledge so it would be adequate and early breastfeeding could also be implemented.*

**Objective** *Comparing the performance of early breastfeeding in pregnant women with high levels of knowledge about early breastfeeding and pregnant women with low levels of knowledge about early breastfeeding.*

**Methods** *This was a prospective cohort study. A total of 56 samples of pregnant women with gestational age > 28 weeks of pregnancy that check on the health center Ngesrep and health center Halmahera during March-June 2012 and met the inclusion criteria and became sample in this study. Samples were divided into high-knowledge group (n = 28) and low-knowledge group (n = 28). All samples were filled out questionnaires and were interviewed after delivery. Data analysis was performed with the chi-square test for bivariate analysis and multiple logistic regression for multivariate analysis.*

**Result** *The level of knowledge has a significant relation with the implementation of the early breastfeeding with a significance of  $p=0.029$  and an RR of 1.615, which means that the rate of implementation of the early breastfeeding in the group with high knowledge levels 1.6 times higher than those with low levels of knowledge.*

**Conclusion** *Implementation of the IMD in the mother with high level of early breastfeeding knowledge were greater than the mother with low level of knowledge about early breastfeeding.*

**Keyword** *Early initiation of breastfeeding, knowledge level, pregnant women, nursing mothers*

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar belakang**

Air Susu Ibu (ASI) sangatlah penting untuk perkembangan, kesehatan dan imunitas bayi. Oleh karena itu, pemberian ASI dini merupakan komponen penting dalam kelangsungan hidup bayi.<sup>1,2,3</sup> ASI yang diproduksi selama hari-hari pertama kelahiran, mengandung kolustrum yang dapat melindungi bayi dari penyakit. Hal ini disebabkan karena kolustrum mengandung properti imun dan non-imun sehingga dapat melawan agen penyakit yang masuk ke dalam tubuh bayi. Oleh karena itu, kebijakan internasional menekankan pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dalam 1 jam waktu kelahiran dan menekankan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan. Pemberian ASI juga dimasukkan dalam program yang direkomendasikan untuk mengurangi kematian neonatal oleh *Lancet neonatal survive series*.<sup>2</sup>

Namun, selama ini masih banyak ibu yang kesulitan saat harus menyusui bayinya. Hal ini disebabkan karena setelah melahirkan, bayi langsung dipisahkan dari ibunya untuk dilakukan prosedur penanganan bayi baru lahir seperti penimbangan dan pengukuran bayi. Oleh karena itu, *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan penundaan penimbangan dan pengukuran bayi setidaknya sampai 1 jam pertama kelahiran.<sup>4,5</sup> Melihat pentingnya ASI sebagai upaya untuk menurunkan kematian neonatal, maka WHO merekomendasikan pemberian ASI minimal sampai bayi berusia 6 bulan.<sup>1</sup>

IMD adalah proses bayi menyusui segera setelah dilahirkan dimana bayi dibiarkan menyusui sendiri tanpa dibantu orang lain. Bayi dipotong tali pusarnya, diletakkan di dada ibu dan kemudian dibiarkan mencari puting susu ibunya sendiri dalam waktu satu jam pertama kehidupan.<sup>5,6</sup> Pada IMD bayi tidak boleh dipisahkan terlebih dahulu dari ibu. Hal ini karena kontak kulit antara ibu dan bayi yang terjadi pada IMD mempunyai manfaat antara lain untuk meningkatkan reflek bayi dalam menyusui sehingga bayi bisa menyusui sendiri, menjaga agar bayi tetap hangat, dan membuat bayi tenang dan tidak menangis.<sup>6,7</sup> Selain itu, manfaat IMD yang didapat dari proses menyusui bayi antara lain adalah dapat mencegah kematian yang disebabkan oleh sepsis, diare, dan pneumonia dan dapat membantu pertumbuhan dan perkembangan bayi.<sup>1,4</sup> IMD sangat bermanfaat bukan hanya bagi bayi yang baru lahir tetapi juga bagi ibu yang melakukan IMD. Jika bayi berada dalam dekapan ibu, maka bayi tersebut dengan sendirinya merangkak ke payudara ibu dan akan mulai menghisap puting susu ibunya. Hal ini akan merangsang pelepasan oksitosin yang akan menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga perdarahan sesudah melahirkan dapat berhenti lebih cepat dan akan lebih cepat mengembalikan ukuran rahim seperti semula.<sup>1,5</sup> Pelaksanaan IMD juga dapat membantu ibu untuk memproduksi ASI yang cukup yang dibutuhkan bayi selama hidupnya.<sup>8</sup>

Pada data yang telah dirilis oleh *United Nations of Children's Fund* (UNICEF) tahun 2010, di Indonesia tercatat angka kematian bayi masih sangat tinggi yaitu 2% dari kematian bayi di seluruh dunia dan jumlah bayi yang meninggal adalah 17 tiap 1000 kelahiran hidup.<sup>4</sup> Menurut Fika dan Syafiq, hal ini

karena pelaksanaan IMD di Indonesia belum terlaksana secara optimal dan pemberian ASI eksklusif tergolong rendah.<sup>9</sup> Dalam hasil penelitian yang dilakukan oleh Edmond et al pada tahun 2006, ditemukan bahwa 22% kematian bayi yang baru lahir, yaitu kematian bayi yang terjadi dalam bulan pertama kelahiran, dapat dicegah bila bayi disusui oleh ibunya dalam 1 jam pertama kelahiran.<sup>2</sup> Selain itu, bayi yang tidak melakukan IMD 50% tidak bisa menyusu sendiri, sedangkan bayi yang melakukan IMD akan berhasil menyusu sendiri, dan bayi yang diberi kesempatan menyusu segera setelah lahir, akan lebih berhasil dalam menjalani ASI eksklusif.<sup>9</sup>

Di Indonesia, penelitian menunjukkan 95% anak di bawah umur 5 tahun pernah mendapat ASI. Namun, hanya 44% yang mendapat ASI 1 jam pertama setelah lahir dan hanya 62% yang mendapat ASI dalam hari pertama setelah lahir. Angka itu masih jauh tertinggal bila dibandingkan dengan negara-negara berkembang lain seperti Oman (85%), Srilangka (75%), Filipina (54%) dan Turki (54%).<sup>1,5</sup> Sedangkan jumlah bayi yang mendapat ASI eksklusif sampai umur 2 bulan adalah 48%, angka tersebut mengalami penurunan menjadi 35% pada umur 3 bulan dan menjadi 18% pada umur 4-5 bulan.<sup>1</sup> Menurut data yang dirilis oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2009 tentang ASI eksklusif menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif di kabupaten/kota di Jawa Tengah mencapai angka 40,21%, jumlah ini meningkat bila dibandingkan pada tahun 2008 yang hanya 28,96%. Akan tetapi jumlah ini masih dikatakan rendah jika dibandingkan dengan target pencapaian ASI eksklusif pada tahun 2010 yaitu 80%. Hal ini juga menunjukkan bahwa IMD belum terlaksana dengan baik.<sup>6,9,10</sup>

Kegagalan IMD disebabkan oleh beberapa faktor antara lain kurangnya pengetahuan ibu mengenai pentingnya IMD, sikap ibu yang menolak pelaksanaan IMD, kurangnya dukungan keluarga dan tenaga kesehatan, kurang tersedianya sarana kesehatan yang memadai, dan kebijakan pemerintah yang kurang mendukung pelaksanaan IMD, yang menyebabkan ibu kurang percaya diri untuk melakukan IMD dan bayi akan kehilangan sumber makanan yang vital. Selain itu, terdapat beberapa intervensi yang dapat mengganggu pelaksanaan IMD seperti penggunaan anestesi umum pada persalinan *caesar*.<sup>5,9,11</sup>

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), masih banyak ibu yang belum mengerti bagaimana cara menyusui yang benar. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan ibu dalam hal menyusui bayi masih rendah. *U.S Preventive Service Task Force* menjelaskan bahwa pengetahuan adalah faktor intervensi yang paling efektif dalam IMD. Oleh karena itu, pengetahuan ibu mengenai IMD adalah salah satu faktor yang penting dalam kesuksesan pelaksanaan IMD. Untuk itu diperlukan paparan informasi yang baik agar pengetahuan ibu mengenai IMD juga adekuat dan IMD dapat terlaksana.<sup>12-14</sup>

Meskipun sudah banyak promosi dan penelitian tentang IMD, angka pelaksanaan IMD tetap rendah. Penyebab rendahnya angka tersebut mungkin dikarenakan pengetahuan ibu mengenai IMD masih rendah. Hal ini didukung dengan pendapat bahwa pengetahuan diyakini sebagai salah satu faktor paling berpengaruh dalam keberhasilan pelaksanaan IMD. Berdasarkan latar belakang ini, peneliti merasa perlu dilakukan penelitian mengenai “Perbandingan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini Berdasar Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil”

untuk membuktikan bahwa pengetahuan memiliki hubungan yang signifikan dengan pelaksanaan IMD dan secara positif meningkatkan pelaksanaan IMD. Jika hal ini dalam penelitian yang akan dilakukan terbukti maka akan semakin menguatkan pendapat yang ada. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi dasar peningkatan paparan informasi pada ibu sehingga pengetahuan ibu tentang IMD semakin meningkat. Peningkatan pengetahuan ibu mengenai IMD diharapkan akan meningkatkan angka pelaksanaan IMD dan mengurangi angka kematian bayi.

## **1.2 Permasalahan penelitian**

Berdasarkan uraian pada bagian latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut :

“Apakah pelaksanaan IMD pada ibu hamil dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD tinggi lebih besar dibanding ibu hamil dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD rendah?”

## **1.3 Tujuan penelitian**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Membandingkan pelaksanaan IMD pada ibu hamil dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD tinggi dan ibu hamil dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD rendah.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

- 1) Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan ibu hamil mengenai IMD.
- 2) Mengetahui gambaran pelaksanaan IMD.

#### **1.4 Manfaat penelitian**

Bagi ibu hamil, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi ibu hamil tentang pentingnya inisiasi menyusui dini dan dapat memotivasi ibu hamil untuk melaksanakan IMD. Bagi petugas kesehatan, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi bagi petugas kesehatan tentang pentingnya IMD dan dapat menerapkan praktik IMD pada ibu bersalin. Sedangkan bagi Institusi, hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi, referensi dan bahan pertimbangan untuk penelitian lebih lanjut dalam rangka meningkatkan pengetahuan mengenai IMD.

#### **1.5 Keaslian penelitian**

Hingga kini, belum ada penelitian yang benar-benar sama dalam hal variabel, sampel, desain, maupun tahun dan tempat penelitian dengan penelitian yang akan dilakukan.

Adapun penelitian mengenai IMD yang pernah dilakukan antara lain.<sup>2,5,11,13</sup>

**Tabel 1.** Keaslian penelitian

Nama Peneliti	Judul	Sampel	Desain Penelitian	Hasil
Edmond et al, Ghana (2006)	<i>Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality</i>	10947 bayi tunggal yang disusui ibunya dan bertahan sampai 2 hari dan ibu yang dikunjungi pada periode neonatal di Ghana	<i>Randomized controlled trial</i>	Penundaan IMD dapat meningkatkan resiko kematian neonatal sebanyak 2,4 kali
Virarisca S et al, Yogyakarta (2010)	Metode Persalinan dan Hubungannya dengan Inisiasi Menyusu Dini	100 ibu yang telah melahirkan yang mengunjungi RS Dr. Sardjito Yogyakarta	Observasi analitik <i>cross sectional</i>	Pelaksanaan IMD meningkat 3 kali pada ibu yang menggunakan metode pervaginam dibanding ibu yang menggunakan metode <i>caesarian</i>
Faswita W, Medan (2010)	Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil tentang Inisiasi Menyusu Dini	83 ibu hamil yang mengunjungi RS Dr. RM Djoelham Binjai Medan	Observasi deskriptif	Tingkat pengetahuan dan sikap ibu hamil berada dalam taraf cukup

Tabel 1. (lanjutan)

Vieira TO et al, Brazil (2010)	<i>Determinants of Breastfeeding Initiation within The First Hour of Life in Brazillian Population</i>	1309 ibu- bayi yang mengunjungi 10 RS di Bahia Brazil	Observasi analitik <i>cross sectional</i>	Pelaksanaan IMD berhubungan dengan kehamilan aterm, persalinan pervaginam, dan dukungan petugas kesehatan
--------------------------------------	--	---	--	---

Pada penelitian ini, peneliti hanya menggunakan dua variabel. Variabel bebas yaitu tingkat pengetahuan ibu hamil mengenai IMD dan variabel terikat yaitu pelaksanaan IMD. Sedangkan sampel yang digunakan adalah 60 ibu hamil dengan usia kehamilan > 28 minggu yang mengunjungi puskesmas Ngesrep dan Halmahera Semarang pada periode Maret-Juni 2012. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian observasional analitik dengan rancangan penelitian *cohort prospektif*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)**

##### **2.1.1 Pengertian IMD**

IMD adalah proses bayi menyusu segera setelah dilahirkan dimana bayi dibiarkan menyusu sendiri tanpa dibantu orang lain. Bayi dipotong tali pusarnya, diletakkan di dada ibu dan kemudian dibiarkan mencari puting susu ibunya sendiri dalam waktu satu jam pertama kehidupan.<sup>5,6</sup> Inti dari proses ini adalah kontak kulit secara langsung antara bayi dan ibu dan proses menyusu sendiri yang dilakukan oleh bayi, tanpa dipaksakan ke puting susu.<sup>11,15</sup> Pada dasarnya semua bayi yang baru lahir memiliki kemampuan untuk mencari puting susu ibunya. Namun hal ini dipengaruhi oleh ada tidaknya kontak kulit antara ibu dan bayi. Jika terjadi kontak kulit antara ibu dan bayi maka bayi akan mulai mencari puting susu ibunya sendiri sehingga IMD dapat dilaksanakan.<sup>5</sup>

Alasan utama dilaksanakannya IMD adalah untuk mengurangi kematian neonatal. Hal ini sesuai dengan *Millenium Development Goals* (MDGs) yang keempat yaitu mengurangi kematian neonatal. Hal ini juga didukung dengan rekomendasi WHO dan UNICEF yang menyatakan agar pada setiap bayi sebaiknya dilakukan IMD dan pemberian ASI Eksklusif sampai 6 bulan kehidupannya. IMD dijadikan pilihan utama dalam mengurangi kematian neonatal karena intervensi yang dilakukan setelah bayi berusia 4 minggu terbukti tidak efektif.<sup>4</sup> Selain itu, IMD juga dapat membantu tercapainya MDGs yang lain yaitu

mengurangi kemiskinan. Hal ini karena pelaksanaan IMD berarti akan mengurangi penggunaan susu formula.<sup>15</sup> Pelaksanaan IMD juga tercantum dalam 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM) dan Asuhan Persalinan Normal (APN).<sup>5,9</sup>

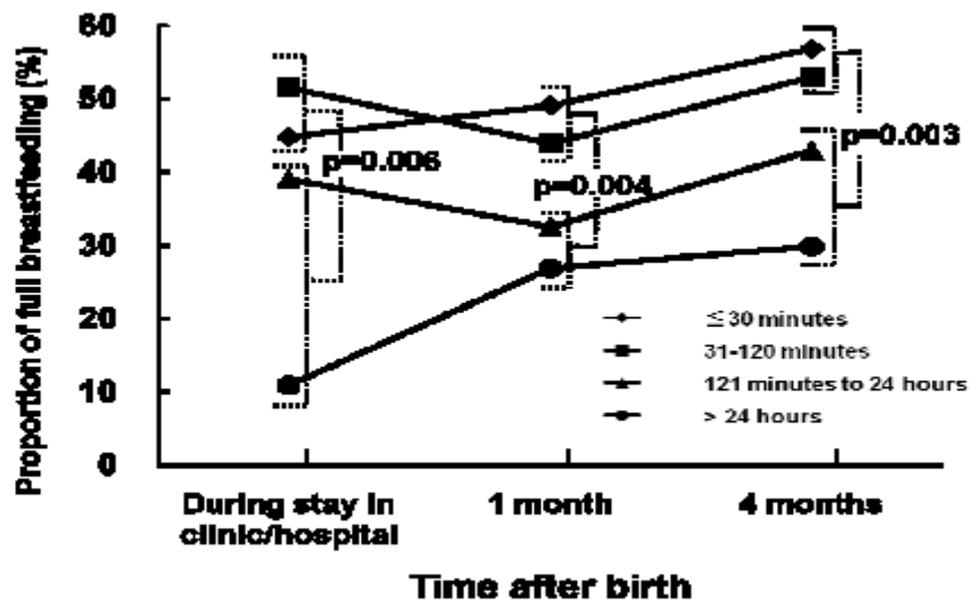
### 2.1.2 Manfaat IMD

Penelitian tentang manfaat dari pelaksanaan IMD sudah banyak dilakukan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Edmond et al, promosi pemberian ASI dini memberikan kontribusi besar dalam mengurangi jumlah kematian neonatal. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa waktu pelaksanaan IMD sangat berpengaruh dengan jumlah kematian bayi yang terjadi.<sup>2</sup>

**Tabel 2.** Hubungan antara waktu pelaksanaan inisiasi menyusui dini dengan jumlah kematian bayi.<sup>2</sup>

Waktu Pemberian ASI	Jumlah neonatus (%)	Jumlah kematian (%)
Dalam 1 jam	4763 (43)	34 (0,7)
Dari 1 jam sampai 1 hari	3105 (28)	36 (1,2)
2 hari	2138 (20)	48 (2,3)
3 hari	797 (7,3)	21 (2,6)
Lebih dari 3 hari	144 (1,3)	6 (4,2)
Total	10947 (100)	145 (1,3)

Penelitian mengenai IMD juga dilakukan oleh Yuko et al dan menunjukkan hasil bahwa pemberian ASI pada 2 jam pertama setelah melahirkan menyebabkan kontinuitas pemberian ASI eksklusif selama 4 bulan. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa waktu pelaksanaan IMD akan memberikan hasil yang bervariasi terhadap kontinuitas ASI eksklusif yang akan dilakukan.<sup>16</sup>



**Gambar 1.** Hubungan antara waktu pelaksanaan inisiasi menyusui dini dengan kontinuitas ASI eksklusif.<sup>15</sup>

Penelitian diatas menunjukkan IMD memberikan banyak manfaat bagi ibu maupun bagi bayi. Manfaat ini didapatkan baik melalui kontak kulit antara bayi dengan ibu atau dari proses menyusui bayi. Manfaat ini antara lain adalah:

- 1) Mencegah kematian yang disebabkan oleh berbagai macam penyakit

Bayi yang tidak melakukan IMD akan lebih rentan terkena penyakit seperti sepsis, pneumonia dan diare. Hal ini karena pada bayi yang tidak melakukan IMD, jumlah kolustrum yang mereka dapatkan pada saat menyusui akan jauh lebih sedikit dibandingkan dengan bayi yang melakukan IMD. Padahal kolustrum mengandung banyak antibodi yang dibutuhkan tubuh untuk melawan berbagai macam penyakit. Selain itu pada bayi yang tidak melakukan IMD akan terjadi peningkatan stress hormonal yang dapat menurunkan imunitas tubuh bayi. Pelaksanaan IMD

juga diyakini dapat menurunkan kematian neonatal secara signifikan jika dilakukan secara luas dan menyeluruh terutama di negara yang penduduknya mengalami kekurangan gizi. Hal ini dibuktikan dengan penelitian WHO yang menunjukkan bahwa salah satu faktor resiko terbesar kematian bayi terutama neonatus adalah kurangnya pemberian ASI.<sup>2-4,6,17,18</sup>

2) Membantu maturasi traktus gastrointestinal

Kolustrum yang dikeluarkan saat pelaksanaan IMD mengandung nutrisi yang akan membantu maturasi usus dan lambung. Penggunaan susu formula justru akan mengganggu perkembangan dan menyebabkan kerusakan traktus gastrointestinal. Hal ini karena biasanya air yang digunakan untuk membuat susu formula tercampur bakteri patogen yang dapat merusak usus.<sup>2,4</sup>

3) Bayi akan lebih pandai dalam menyusu

Bayi yang diletakkan di perut atau dada ibu dan dibiarkan selama kurang lebih satu jam, akan merangkak ke payudara ibunya dan mulai menyusu ibunya. Setelah selesai menyusu, walaupun dipisahkan selama beberapa waktu, bayi tersebut akan tetap pandai menyusu. Jika bayi dipisahkan dari ibunya untuk ditimbang atau dimandikan maka 50% bayi tidak akan berhasil menyusu sendiri. Hal ini disebabkan karena berkurangnya refleksi bayi tersebut untuk menyusu ibunya. Oleh karena itu, Prosedur seperti pemandian, penimbangan, pemberian vit.K dan tetes mata harus ditunda karena akan menyebabkan tertundanya kontak antara ibu dan bayi

sehingga proses IMD tidak dapat dilaksanakan. Selain itu, bayi juga akan lebih pandai dalam koordinasi dalam hisap, telan, dan nafas yang dilakukan saat bayi menyusui.<sup>5,9,15</sup>

- 4) Memberi kemungkinan delapan kali lebih besar dalam kesuksesan pemberian ASI eksklusif

Pelaksanaan IMD akan meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif jika didukung dengan kemampuan ibu yang baik dalam menyusui bayi. Selain itu, Pelaksanaan IMD juga akan meningkatkan lama waktu menyusui dan meningkatkan produksinya menjadi dua kali lipat dari biasanya. Hal ini karena isapan bayi akan meningkatkan produksi hormon prolaktin yang akan merangsang kelenjar susu di payudara untuk membentuk ASI. Pelaksanaan IMD juga diyakini dapat meningkatkan kecerdasan bayi. Hal ini didukung dengan penelitian yang menunjukkan bahwa pelaksanaan IMD dapat mengurangi angka kejadian anak *autisme*.<sup>5-8,15,16,19</sup>

- 5) Mencegah kematian karena *hypothermia*

Kontak kulit yang terjadi pada IMD akan membuat ibu menyesuaikan suhu tubuhnya dengan suhu yang dibutuhkan bayi. Hal ini karena pada dada ibu yang baru saja melahirkan, terjadi kenaikan suhu 1°C. Apabila bayi merasa kepanasan, maka secara otomatis suhu dada ibu akan turun 1°C sehingga bayi tidak kepanasan. Begitu pula jika bayi merasa kedinginan, suhu dada ibu akan meningkat 2°C sehingga dapat mencegah kematian bayi karena *hypothermia*.<sup>6,15</sup>

- 6) Menstabilkan parameter biokimia tubuh bayi dan menurunkan kejadian ikterus

Pada bayi yang melaksanakan IMD akan terjadi stabilisasi parameter biokimia tubuh bayi tersebut. Penelitian menunjukkan bahwa bayi yang melakukan IMD akan terjadi stabilisasi kadar gula darah bayi tersebut dan mengoptimalkan berat badan bayi tersebut. Bahkan IMD dapat menstabilkan gula darah bayi pada ibu yang menderita diabetes gestasional. Selain itu, pelaksanaan IMD juga diyakini dapat menurunkan resiko obesitas setelah bayi tersebut dewasa. Pelaksanaan IMD dapat menurunkan jadian ikterus karena kontak kulit yang terjadi pada saat IMD akan menormalkan kadar bilirubin dalam tubuh bayi dan akan lebih cepat dalam pengeluaran mekonium.<sup>15,20,21</sup>

- 7) Meningkatkan kasih sayang dan rasa aman

Pada saat melakukan IMD, kontak kulit langsung antara ibu dan bayi akan meningkatkan rasa kasih sayang dan aman diantara keduanya. Bayi juga akan bernafas lebih stabil, merasa lebih tenang, jarang menangis, dan memiliki pola tidur yang lebih baik. Hal ini karena pada saat pelaksanaan IMD, bayi akan mengalami penurunan stress hormonal. Selain itu, Pelaksanaan IMD diyakini dapat mengurangi kejadian depresi setelah melahirkan.<sup>5,6,15,22</sup>

- 8) Menghentikan perdarahan dan mengembalikan ukuran rahim seperti semula

Pada saat melaksanakan IMD kadar oksitosin akan lebih meningkat secara signifikan dari pada biasanya. Hal ini karena hubungan emosional, kontak kulit, rangsangan visual dan rangsangan pada payudara ibu yang terjadi saat melakukan IMD akan menyebabkan melepaskan hormon oksitosin yang akan merangsang kontraksi pada rahim sehingga lebih cepat dalam menghentikan perdarahan dan mengembalikan ukuran rahim seperti semula. Selain itu, oksitosin juga dapat mengurangi rasa sakit setelah persalinan.<sup>5,6,23</sup>

### **2.1.3 Tatalaksana IMD**

Penatalaksanaan IMD dapat dibagi menjadi tatalaksana secara umum dan tatalaksana pada keadaan khusus seperti pada operasi caesar. Penatalaksanaan pada kedua keadaan tersebut dibedakan karena pada operasi caesar biasanya dilakukan anestesi umum sehingga ibu tidak sadar.<sup>11</sup> Tatalaksana IMD secara umum terdiri dari beberapa tahap, antara lain:<sup>5,11</sup>

- 1) Suami atau keluarga terdekat dianjurkan untuk menemani ibu saat persalinan
- 2) Gunakan cara yang aman untuk membantu persalinan ibu seperti pijat, aromaterapi, atau *hypnobirthing*. Hindari atau kurangi penggunaan bahan kimiawi karena obat-obatan ini bisa masuk ke janin melalui ari-ari dan dapat menyebabkan kesulitan menyusui

- 3) Setelah bayi dilahirkan, segera bersihkan bayi kecuali kedua tangannya. Lemak putih yang menempel pada kulit bayi sebaiknya dibiarkan saja karena membuat nyaman bayi tersebut
- 4) Segera tengkurapkan bayi tersebut di dada atau perut ibu. Jika perlu selimutilah ibu dan bayi tersebut
- 5) Hindari pemberian minum pre-laktal (pemberian cairan sebelum bayi mendapatkan ASI)
- 6) Bayi ditimbang, diukur dan dicap setidaknya 1 jam setelahnya atau setelah bayi selesai melakukan IMD. Setelah itu, lakukan prosedur pemberian vit.K dan tetes mata yang tertunda
- 7) Pelaksanaan rawat gabung, selama 24 jam sebaiknya bayi dan ibu tidak dipisahkan agar bayi selalu dalam jangkauan ibu

Pada pelaksanaan IMD, saat bayi diletakkan di dada ibu, bayi akan mulai beristirahat di dada ibu dan mulai melihat-lihat lingkungan sekitar. Beberapa saat kemudian, bayi akan mulai mendesakkan bibirnya dan mulai menjilat-jilat jarinya. Setelah itu, bayi mulai mengeluarkan air liurnya dan mulai menggerakkan kaki, badan, lengannya untuk bergerak menuju ke payudara ibu dengan mengandalkan indra penciumannya. Dan akhirnya bayi akan menuju ke puting susu ibu, kemudian melekatkan mulutnya di puting susu dan memulai proses menyusu.<sup>15</sup>

Pada operasi cesar, pelaksanaan IMD standar biasanya tidak dapat dilaksanakan. Hal ini disebabkan karena pada operasi cesar biasanya ibu diberi anestesi umum sehingga ibu berada dalam keadaan tidak sadar dan tidak memungkinkan dilakukan IMD karena ibu tidak merespons tindakan yang

dilakukan bayi. Oleh karena itu pada operasi seperti ini sebaiknya diberikan anestesi spinal atau epidural jika memungkinkan. Jika ibu diberi anestesi umum maka biarkan bayi melakukan proses *skin to skin contact* pada kamar bersalin. Sebaiknya ayah membantu menghangatkan bayi hingga ibu sadar dan siap melakukan IMD. Jika ibu tetap belum sadar maka pindahkanlah ibu dan bayi ke kamar rawat dengan tetap mempertahankan proses *skin to skin contact*. Setelah ibu sadar dan siap melakukan IMD, segera lakukan IMD tersebut.<sup>11</sup>

## **2.2 Pelaksanaan IMD**

Pelaksanaan IMD adalah hasil interaksi antara pengetahuan dan sikap ibu hamil mengenai IMD dengan berbagai faktor lain, yang berupa respons/tindakan. Hal ini terjadi akibat paparan informasi mengenai IMD yang diterima oleh ibu tersebut. Pengetahuan dan sikap ibu mengenai IMD termasuk dalam faktor predisposisi, yaitu faktor yang berasal dari dalam ibu tersebut. Agar pengetahuan dan sikap ibu dapat direalisasikan dalam bentuk tindakan perlu adanya faktor pendukung dan faktor pendorong. Faktor pendukung adalah faktor yang berupa lingkungan fisik yang memungkinkan terjadinya perilaku. Faktor ini mencakup ketrampilan dan sumber daya seperti sarana kesehatan dan kebijakan pemerintah. Sedangkan faktor pendorong adalah faktor yang dapat menguatkan kemungkinan terjadinya perilaku. Faktor ini mencakup dukungan dari petugas kesehatan dan anggota keluarga terdekat.<sup>15,24</sup>

Hingga saat ini sudah banyak penelitian yang dilakukan berkaitan dengan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan IMD. Penelitian tersebut menghasilkan kesimpulan yang dapat digunakan sebagai acuan untuk penelitian selanjutnya.

Salah satunya adalah penelitian yang dilakukan oleh Haider et al. Penelitian ini menunjukkan bahwa masih banyak ibu yang belum melakukan IMD. Hal ini terutama disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu tentang keuntungan pelaksanaan IMD, kerugian jika tidak melaksanakan IMD, dan bagaimana cara melakukan IMD. Selain itu, juga disebabkan karena kurangnya penyuluhan dan dukungan dari tenaga kesehatan.<sup>25</sup> Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Deswani juga menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara usia ibu, pengetahuan ibu dan dukungan petugas kesehatan dengan pengambilan keputusan ibu dalam melaksanakan IMD.<sup>26</sup>

Penelitian yang lain adalah penelitian yang dilakukan Sheilla, Djaswadi, dan Sulchan. Penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan tenaga kesehatan mempunyai hubungan yang signifikan dengan keberhasilan pelaksanaan IMD. Penelitian ini juga menyarankan agar setiap rumah sakit diharapkan membuat standar operasional prosedur untuk IMD dan menyarankan agar dinas kesehatan membuat regulasi yang mewajibkan rumah sakit memberikan fasilitasi bagi ibu yang akan melakukan IMD.<sup>5</sup> Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Exsi dan Faizah menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan petugas kesehatan yang baik akan meningkatkan kemampuan petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan pada pasien.<sup>27</sup> Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Digirolamo AM et al menunjukkan peningkatan pelaksanaan LMKM dapat meningkatkan pelaksanaan IMD dan pemberian ASI eksklusif sehingga pemerintah harus menganjurkan setiap rumah sakit untuk mengimplementasikan kebijakan ini.<sup>28</sup>

Penelitian yang dilakukan oleh Muhsen K et al menunjukkan bahwa pelaksanaan IMD dapat ditingkatkan dengan pemberian informasi mengenai IMD yang adekuat. Pemberian informasi ini sebaiknya juga diberikan kepada suami ibu tersebut.<sup>29</sup> Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Imran, Babatunde, dan Oladosu menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara dukungan sosial dari orang terdekat dengan pelaksanaan IMD.<sup>30</sup> Dan yang terakhir adalah penelitian yang dilakukan oleh Aamer, Yamer, dan Zulfiqar. Penelitian ini menunjukkan bahwa promosi pemberian ASI dapat meningkatkan IMD secara signifikan terutama pada negara yang sedang berkembang. Oleh karena itu pemerintah harus gencar melakukan penyuluhan tentang IMD di masyarakat.<sup>31</sup>

Menurut penelitian diatas, dalam pelaksanaan IMD, terdapat faktor-faktor yang mendukung maupun menghambat terlaksananya IMD. Faktor-faktor ini dapat berupa faktor internal dari ibu sendiri yaitu faktor predisposisi, maupun faktor eksternal yaitu faktor pendukung dan pendorong. Faktor-faktor ini antara lain adalah:

- 1) Pengetahuan ibu hamil mengenai IMD

Pengetahuan merupakan faktor utama terlaksananya IMD dengan benar. Dengan memiliki pengetahuan yang adekuat tentang IMD maka ibu akan memiliki tambahan kepercayaan diri dalam menyusui bayinya sehingga bayi akan mendapatkan perawatan yang optimal. Sedangkan bila pengetahuan yang dimiliki ibu tidak adekuat maka ibu akan menjadi kurang percaya diri dalam menyusui bayinya sehingga bayi tersebut kehilangan sumber makanan yang vital bagi pertumbuhan dan

perkembangannya. Adekuat tidaknya pengetahuan ibu dapat dilihat dengan penggunaan susu formula dan makanan tambahan secara dini pada bayi.<sup>11,15,26</sup>

## 2) Sikap ibu hamil terhadap IMD

Pengetahuan dan sikap ibu hamil terhadap IMD akan membentuk tindakan yang akan dilakukan ibu tersebut. Jika pengetahuan dan sikap ibu hamil terhadap IMD baik maka kemungkinan ibu tersebut akan melaksanakan IMD akan meningkat, namun sebaliknya jika pengetahuan dan sikap ibu hamil buruk, maka kemungkinan ibu tersebut akan menolak untuk melakukan IMD akan meningkat.<sup>11,15,24</sup>

## 3) Dukungan petugas kesehatan

Peran petugas kesehatan dalam IMD sangat penting karena ibu membutuhkan bantuan dan fasilitasi dari petugas kesehatan untuk dapat melakukan IMD. Petugas kesehatan yang memiliki sifat positif terhadap pelaksanaan IMD seperti memberikan informasi tentang pentingnya IMD, senang bila ibu mengerti akan pentingnya IMD, dan membantu pelaksanaan IMD akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk menyukseskan pelaksanaan IMD. Dukungan ini sebaiknya dilakukan baik pada saat prenatal ataupun post natal karena hal ini diyakini secara efektif dapat mendorong ibu untuk melakukan IMD dan meningkatkan kemungkinan pemberian ASI eksklusif. Namun sering petugas kesehatan tidak memfasilitasi ibu untuk melaksanakan IMD, hal ini karena

kurangnya informasi pada petugas kesehatan. Untuk itu penyuluhan terhadap petugas kesehatan harus dilakukan.<sup>5,9,25,26-29</sup>

4) Dukungan anggota keluarga

Dukungan anggota keluarga, terutama dukungan suami akan menciptakan lingkungan yang kondusif yang sangat berpengaruh terhadap keberhasilan ibu dalam melaksanakan IMD.<sup>8,11,15</sup>

5) Sarana kesehatan

Dalam pelaksanaan IMD, jika sarana kesehatan mendukung terlaksananya IMD maka program IMD akan berjalan dengan baik. Namun jika sarana kesehatan tersebut tidak mendukung program IMD maka program tersebut tidak akan berjalan dengan baik.<sup>11,15</sup>

6) Kebijakan pemerintah

Pemerintah yang tidak memasukkan program pelaksanaan IMD secara eksplisit dalam kebijakannya akan menyebabkan tidak berjalannya program IMD di fasilitas-fasilitas kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, perlu dimasukkan program IMD didalam kebijakan agar program tersebut dapat diimplementasikan secara efektif.<sup>9</sup>

7) Masa kehamilan

Pada bayi yang kelahirannya sesuai masa kehamilan normal (*aterm*), tingkat pelaksanaan IMD lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang masa kelahirannya kurang dari normal (*preterm*). Hal ini karena kemampuan bayi tersebut untuk melakukan koordinasi yang dibutuhkan

saat melakukan IMD seperti penghisapan air susu, penelanan air susu, dan koordinasi saat bernafas berkurang.<sup>13</sup>

8) Metode persalinan

Pada ibu yang menggunakan metode persalinan normal, tingkat pelaksanaannya lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang menggunakan metode persalinan caesar. Hal ini karena pada persalinan caesar ibu mungkin diberi anestesi umum sehingga tidak bisa melakukan IMD. Hal ini sebenarnya dapat diatasi dengan penggunaan anestesi regional, spinal dan epidural. Namun, penggunaan analgesi pada operasi caesar juga dapat menurunkan kemungkinan bayi melakukan IMD karena bayi tersebut mengalami gangguan perilaku dalam mencari puting susu ibu.<sup>5,11,13</sup>

9) Kondisi yang tidak memungkinkan ibu untuk melakukan IMD

Terdapat beberapa kondisi yang tidak memungkinkan ibu untuk melakukan IMD. Kondisi ini antara lain adalah ibu menderita penyakit yang dapat ditularkan kepada bayi melalui air susu. Penyakit ini contohnya adalah HIV, sifilis, dan HTLV-I/II. Kondisi lainnya adalah ibu mengalami gangguan hemodinamik seperti preeklampsia dan eklampsia.<sup>32-34</sup>

10) Riwayat partus

Penelitian yang dilakukan oleh Vieira dkk menunjukkan bahwa pada ibu yang belum pernah melahirkan, tingkat pelaksanaan IMD lebih tinggi dibanding ibu yang pernah melahirkan. Selain itu, ibu yang memiliki anak sedikit mempunyai kemungkinan menyusui ASI eksklusif lebih besar dibanding ibu yang memiliki anak banyak.<sup>13,26</sup>

Selain itu, terdapat berbagai pendapat yang beredar di masyarakat yang dapat mengganggu program pelaksanaan IMD, salah satunya adalah pendapat bahwa ASI tidak bisa diproduksi segera setelah melahirkan. Pendapat ini biasanya disebabkan oleh pengaruh dari mertua atau orang tua dari ibu yang berpendapat bahwa ASI baru bisa diproduksi 2-3 hari setelah melahirkan. Pendapat ini tidak benar karena ASI bisa diproduksi segera setelah melahirkan.<sup>17</sup> Pendapat yang lain adalah pendapat bahwa kolustrum akan membahayakan bayi. Pendapat ini terbentuk karena kolustrum berwarna kekuningan sehingga orang mengira kolustrum akan menyebabkan ikterus. Padahal penelitian yang dilakukan Huang A et al menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pemberian ASI dengan kejadian ikterus. Kolustrum justru sangat bermanfaat bagi bayi. Kolustrum dibutuhkan untuk perkembangan, pertumbuhan dan imunitas tubuh bayi.<sup>15,17,35</sup>

Selanjutnya ada pendapat bahwa kurang banyaknya tenaga kesehatan sehingga IMD tidak dapat dilaksanakan. Pendapat ini tidak benar karena pelaksanaan IMD tidak membutuhkan tenaga kesehatan yang banyak dan suami atau anggota keluarga dapat membantu pelaksanaan IMD.<sup>5,15</sup> Adapula pendapat bahwa bayi akan kedinginan jika dilakukan IMD. Pendapat ini tidak benar karena pada pelaksanaan IMD, dada ibu akan berfungsi sebagai *thermoregulator* alami yang akan menjaga suhu tubuh bayi sehingga bayi tidak akan kedinginan.<sup>6,15</sup>

Terdapat pula pendapat bahwa ibu harus dijahit terlebih dahulu sehingga harus berpisah dari bayinya. Pendapat ini tidak benar karena sementara dijahit ibu tetap dapat melakukan proses IMD.<sup>15</sup> Dan yang terakhir adalah pendapat bahwa bayi harus dimandikan, diberi vit.K dan tetes mata segera setelah lahir sehingga

tidak bisa melakukan IMD. Pendapat bayi harus dimandikan terlebih dahulu umumnya karena pendapat orang tua dari ibu yang berpendapat bahwa bayi yang belum dimandikan dianggap kotor sehingga tidak dapat disusui terlebih dahulu. Pendapat ini tidak benar karena bayi tidak harus dimandikan terlebih dahulu dan jika dimandikan terlebih dahulu justru akan menghilangkan manfaat IMD. Sedangkan mengenai vit.K dan tetes mata, pendapat ini tidak sepenuhnya benar karena pemberian vit.K dan tetes mata dapat menunggu hingga 1 jam dan bayi dapat melakukan IMD.<sup>5,15,17</sup>

Pengukuran pelaksanaan IMD dapat menggunakan metode wawancara dengan cara konfirmasi langsung pada responden.<sup>36</sup> Hasil konfirmasi tersebut kemudian dipakai untuk menyimpulkan apakah responden tersebut melakukan IMD atau tidak. Hasil konfirmasi tersebut kemudian dicatat pada lembar wawancara.

### **2.3 Pengetahuan mengenai IMD**

Pengetahuan adalah hasil dari pengumpulan data yang tersirat dalam sebuah informasi, yang selanjutnya akan digunakan untuk menggambarkan objek dengan tepat dan mempresentasikannya dalam tindakan yang dilakukan terhadap objek, baik dari pengalaman langsung maupun orang lain.<sup>37,38</sup> Pengetahuan terdiri dari fakta dan teori yang dapat dipergunakan untuk memecahkan masalah yang sedang dihadapi dan mencakup hal-hal yang berkaitan dengan masa lalu, masa kini, dan masa yang akan datang. Pengetahuan sangat penting untuk terciptanya perilaku seseorang.<sup>24,37,38</sup>

Pengetahuan mengenai IMD adalah pengetahuan yang merupakan hasil dari proses pengumpulan informasi yang didapat dari pengalaman langsung maupun orang lain. Informasi ini dapat berupa pengetahuan tentang pengertian, tujuan dan alasan, manfaat, serta tata laksana IMD. Pengetahuan mengenai IMD diyakini sebagai salah satu faktor penting untuk meningkatkan kemungkinan pelaksanaan IMD. Untuk meningkatkan pengetahuan ini diperlukan paparan informasi mengenai IMD yang adekuat. Oleh karena itu, pemberian informasi mengenai IMD pada ibu perlu dilakukan. Pemberian informasi mengenai IMD dapat dilakukan pada saat prenatal maupun intrapartum dan sebaiknya pemberian informasi ini dilakukan oleh orang yang benar-benar mengerti tentang IMD. Pemberian informasi ini bisa diberikan pada saat penyuluhan umum maupun pada saat konseling satu per satu. Walaupun target dari pemberian informasi biasanya adalah ibu hamil namun sebaiknya ayah juga ikut dalam proses ini agar dapat memahami pentingnya IMD dan membantu ibu dalam melakukan IMD.<sup>12</sup>

Pengetahuan ibu hamil mengenai IMD tentu bervariasi. Pada umumnya, ibu sudah mengetahui pengertian dan manfaat dari IMD namun belum mengetahui cara melakukan IMD tersebut.<sup>12</sup> Oleh karena itu, perlu dibedakan tingkat pengetahuan ibu mengenai IMD. Macam pengetahuan menurut tingkatannya dibagi menjadi:<sup>11,15</sup>

- 1) Tahu

Pengetahuan tipe tahu menunjukkan seseorang memiliki pengetahuan mengenai materi yang telah dipelajari sebelumnya. Pada pengetahuan ini ibu sudah mampu menyebutkan, menyatakan, atau mendefinisikan hal

mengenai IMD namun belum mampu menjelaskan, mengerti cara melakukan, atau melakukan IMD tersebut.

2) Paham

Pengetahuan tipe paham menunjukkan seseorang sudah mampu menjelaskan tentang suatu objek pengetahuan dengan menggunakan pengetahuan yang dimiliki. Pada pengetahuan ini ibu sudah mampu menjelaskan mengapa harus melakukan IMD, tujuan dan manfaat melakukan IMD, dan cara melakukan IMD.

3) Aplikasi

Pengetahuan tipe aplikasi menunjukkan kemampuan dari seseorang untuk menggunakan pengetahuan yang dimiliki untuk diterapkan dalam kehidupan sebenarnya. Pada pengetahuan ini ibu sudah melaksanakan IMD dan menggunakan pengetahuannya untuk melakukan IMD tersebut.

4) Analisis

Pengetahuan tipe analisis menunjukkan kemampuan menjabarkan materi yang ada dalam komponen-komponen suatu objek pengetahuan dan memiliki kaitan satu sama lain. Pada pengetahuan ini ibu menjabarkan hal-hal tentang IMD yang telah dilakukan dan menjadikannya sebagai informasi baru.

5) Sintesis

Pengetahuan tipe sintesis menunjukkan kemampuan mengumpulkan komponen guna membentuk suatu pola pemikiran baru. Pada pengetahuan

ini ibu mengumpulkan informasi yang telah dijabarkan dan digunakan untuk membentuk pemikiran baru.

#### 6) Evaluasi

Pengetahuan tipe evaluasi menunjukkan kemampuan membuat pemikiran berdasar kriteria yang telah ditetapkan. Pada pengetahuan ini ibu sudah dapat menilai tentang pelaksanaan IMD yang telah dilakukan.

Pada umumnya, ibu yang belum pernah melakukan IMD belum memiliki pengetahuan yang adekuat tentang IMD. Hal ini karena sangat sulit untuk menemukan sumber informasi yang akurat dan konsisten jika hanya mengandalkan informasi dari lingkungan keluarga. Oleh karena itu, perlu dilakukan pemberian informasi yang lebih akurat seperti edukasi pada ibu agar pengetahuan ibu tersebut menjadi adekuat.<sup>12</sup>

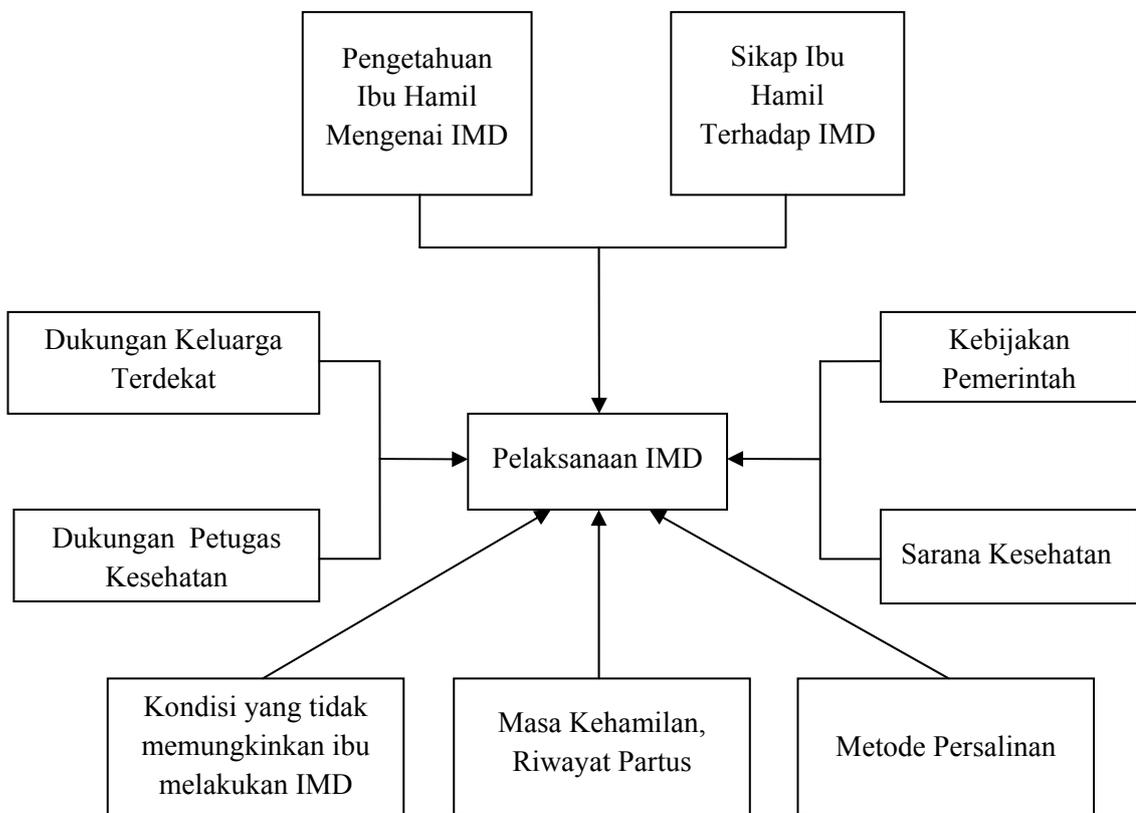
Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan kuesioner yang berisi tentang hal-hal mengenai IMD yang ingin kita tanyakan kepada ibu. Pertanyaan yang ditanyakan dapat disesuaikan dengan tingkat-tingkat pengetahuan yang ingin diukur. Hasil dari kuesioner tersebut kemudian dijumlah dan dikategorikan menggunakan rumus panjang kelas menjadi tingkat pengetahuan tinggi jika skor yang didapat lebih dari atau sama dengan 50% dari jumlah responden dan rendah jika skor yang didapat kurang dari 50% dari jumlah responden.<sup>37,39,40</sup>

### BAB III

## KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

### 3.1 Kerangka teori

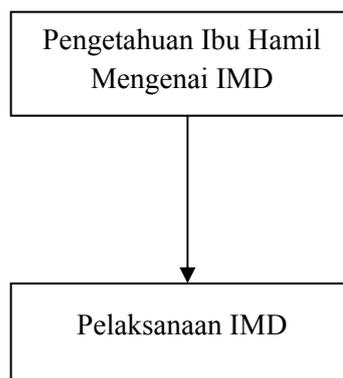
Berdasarkan tinjauan pustaka dapat disusun kerangka teori sebagai berikut:



**Gambar 2.** Kerangka teori

### 3.2 Kerangka konsep

Dari kerangka teori di atas, diketahui bahwa ada banyak faktor yang mempengaruhi pelaksanaan IMD. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan IMD seperti sikap ibu hamil mengenai IMD, dan keluarga terdekat, kebijakan pemerintah karena keterbatasan biaya dan tenaga tidak diteliti. Sedangkan kondisi yang tidak memungkinkan melakukan IMD dimasukkan kedalam kriteria eksklusi. Variabel riwayat paritas, metode persalinan, masa kehamilan, dukungan dari petugas kesehatan dan sarana kesehatan akan dijadikan sebagai variabel lain yang diteliti pada karakteristik sampel.



**Gambar 3.** Kerangka konsep

### 3.3 Hipotesis

Pelaksanaan IMD pada ibu hamil dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD tinggi lebih besar dibanding ibu hamil dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD rendah.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Ruang lingkup penelitian**

Ruang lingkup keilmuan pada penelitian ini meliputi bidang Obstetri Ginekologi.

#### **4.2 Tempat dan waktu penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret-Juni 2012 di Puskesmas Ngesrep dan Halmahera Semarang.

#### **4.3 Jenis dan rancangan penelitian**

Berdasar pada masalah penelitian dan tujuan yang ingin dicapai, jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan rancangan penelitian *cohort prospektif*. Pada penelitian ini akan dinilai hubungan antara variabel yang diamati, yaitu variabel tingkat pengetahuan ibu hamil mengenai IMD dengan variabel pelaksanaan IMD. Pada awalnya, tingkat pengetahuan ibu hamil mengenai IMD dinilai dan dikategorikan kemudian diikuti perkembangan ibu tersebut apakah akan melaksanakan IMD pada waktu yang akan datang.

#### **4.4 Populasi dan sampel**

##### **4.4.1 Populasi target**

Populasi target penelitian ini adalah ibu hamil dengan usia kandungan > 28 minggu.

##### **4.4.2 Populasi terjangkau**

Populasi terjangkau penelitian ini adalah ibu hamil dengan usia kandungan > 28 minggu yang memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Ngesrep dan Halmahera Semarang pada periode bulan Maret-Juni 2012.

##### **4.4.3 Sampel**

###### **4.4.3.1 Kriteria inklusi**

- 1) Ibu hamil dengan usia kandungan > 28 minggu
- 2) Melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Ngesrep dan Halmahera Semarang periode bulan Maret-Juni 2012

###### **4.4.3.2 Kriteria eksklusi**

- 1) Ibu memiliki kondisi yang tidak memungkinkan untuk melakukan IMD (HIV, sifilis, HTLV I-II, gangguan hemodinamik)
- 2) Menolak sebagai responden penelitian

###### **4.4.3.3 Kriteria *drop out***

- 1) Ibu yang belum melahirkan pada saat batas akhir konfirmasi tentang pelaksanaan IMD

- 2) Ibu yang menggunakan metode persalinan selain normal dan *caesar*
- 3) Ibu yang melahirkan bayi saat masa kehamilannya lebih dari 42 minggu
- 4) Ibu yang bayinya mengalami lahir mati

Kriteria *drop out* dapat diperkecil dengan cara meminta ibu mengisi kuesioner dengan lengkap dan menuliskan secara lengkap alamat dan nomor telepon/*handphone* yang dapat dihubungi sehingga peneliti dapat melakukan kunjungan rumah. Selain itu, ibu diberitahu oleh peneliti bahwa akan dilakukan konfirmasi tentang pelaksanaan IMD setelah ibu melahirkan.

#### **4.4.4 Cara sampling**

Metode pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan cara *purposive sampling*. Metode pengambilan sampel ini digunakan karena sudah ada maksud tertentu yang ditetapkan dalam pengambilan sampel yaitu menggunakan sampel yang telah digunakan dalam penelitian sebelumnya. Hal ini dikarenakan sampel pada penelitian ini adalah sampel lanjutan dari penelitian yang berjudul “Pengaruh Pemberian Pamflet mengenai IMD terhadap Tingkat Pengetahuan Ibu mengenai IMD”. Sampel tersebut kemudian dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok faktor resiko tinggi yaitu ibu dengan tingkat pengetahuan tinggi dan kelompok faktor resiko rendah yaitu ibu dengan tingkat pengetahuan rendah berdasar hasil kuesioner yang dilakukan.

#### **4.4.5 Besar sampel**

Besar sampel pada penelitian ini didistribusikan menjadi dua kelompok yaitu kelompok faktor resiko tinggi dan rendah. Kelompok faktor resiko tinggi

adalah ibu dengan tingkat pengetahuan tinggi dan kelompok faktor resiko rendah adalah ibu dengan tingkat pengetahuan rendah. Menurut *Central Limit Theory*, jumlah sampel yang akan mendapatkan distribusi normal adalah lebih dari atau sama dengan 30.<sup>41</sup> Penelitian ini menggunakan jumlah sampel minimum yang akan menghasilkan distribusi normal, yaitu 30 orang untuk pada kelompok faktor resiko tinggi dan 30 orang pada kelompok faktor resiko rendah sehingga besar sampel pada penelitian ini ditetapkan sebanyak 60 ibu hamil. Dengan perkiraan *drop out* sebesar 10% (6 orang), maka jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 66 ibu hamil atau 33 ibu hamil untuk masing-masing kelompok.

#### **4.5 Variabel penelitian**

##### **4.5.1 Variabel bebas**

Variabel bebas pada penelitian ini adalah tingkat pengetahuan ibu hamil mengenai IMD.

##### **4.5.2 Variabel tergantung**

Variabel tergantung pada penelitian ini adalah pelaksanaan IMD.

#### 4.6 Definisi operasional

**Tabel 3.** Definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala
1	Tingkat pengetahuan Ibu hamil mengenai IMD	<p>Hasil dari proses pengumpulan data yang tersirat dalam sebuah informasi, yang meliputi informasi tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pengertian IMD</li> <li>Alasan pelaksanaan IMD</li> <li>Manfaat IMD bagi bayi</li> <li>Manfaat IMD bagi ibu</li> <li>Tatalaksana IMD</li> <li>Faktor yang mempengaruhi terlaksananya IMD</li> </ol> <p>Pengukuran dilakukan dengan pengisian kuesioner oleh ibu hamil.</p>	<p>Ordinal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tinggi : skor = <math>\geq 50\%</math> dari jumlah responden</li> <li>Rendah : skor = <math>&lt; 50\%</math> dari jumlah responden</li> </ol>
2	Pelaksanaan IMD	<p>Hasil interaksi antara pengetahuan, sikap dan faktor-faktor lain yang ditunjukkan dengan tindakan ibu, yang diketahui dengan menggunakan metode wawancara tentang dilakukan tidaknya IMD, baik menggunakan telepon/<i>handphone</i> atau konfirmasi secara langsung dengan ibu tersebut. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan lembar wawancara.</p>	<p>Nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan IMD : menyusui <math>\leq 1</math> jam pertama kelahiran</li> <li>Tidak melakukan IMD : menyusui <math>&gt; 1</math> jam pertama kelahiran</li> </ol>

## 4.7 Cara pengumpulan data

### 4.7.1 Alat dan instrumen

Materi/Alat yang digunakan pada penelitian ini meliputi:

- 1) Surat permohonan menjadi responden (terlampir)
- 2) Surat pernyataan bersedia menjadi responden (terlampir)
- 3) Kuesioner penelitian (terlampir)

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner pengukuran tingkat pengetahuan yang dirancang sendiri oleh peneliti berdasar pada sumber kepustakaan. Kuesioner tingkat pengetahuan diuji validitasnya dengan metode *judgement experts*. Kuesioner dikirimkan pada dua pakar Obstetri dan Ginekologi untuk selanjutnya dinilai tiap item pertanyaan dalam kuesioner dengan skor:

+1 : setuju pernyataan ini diajukan kepada responden

0 : pertanyaan tidak tepat diajukan

-1 : tidak setuju pertanyaan diajukan kepada responden

Pertanyaan dalam kuesioner dapat diajukan apabila nilai rata-rata skor lebih dari 0,5 yang dapat dihitung dengan rumus:

$$\text{rata-rata skor item} = \frac{\text{jumlah skor per item}}{\text{jumlah pakar}}$$

Kuesioner tingkat pengetahuan terdiri dari 15 pertanyaan berupa pilihan ganda. Setiap jawaban mempunyai nilai yang berbeda. Jawaban benar bernilai 2, jawaban mendekati benar bernilai 1, dan jawaban salah bernilai 0 sehingga jumlah skor berkisar antara 0-30. Semakin tinggi skor semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu tersebut, begitu pula sebaliknya.<sup>37</sup>

4) Lembar wawancara (terlampir)

Lembar wawancara berisi 9 pertanyaan tentang hal-hal yang berhubungan dengan dilakukan tidaknya IMD. Wawancara ini bersifat wawancara terpimpin dan menggunakan model pencatatan kode. Lembar wawancara ini dibuat berdasar kuesioner PBL dari bagian IKM yang telah diuji validitasnya. Hasil wawancara diperoleh dari konfirmasi langsung pada responden, baik menggunakan telepon/*handphone* maupun bertemu langsung dengan responden. Pada variabel pelaksanaan IMD, jika ibu melakukan IMD maka diberi angka (2) dan jika tidak melakukan IMD maka diberi angka (1). Pada variabel metode persalinan, jika ibu melakukan persalinan normal maka diberi angka (2) dan jika melakukan persalinan *caesar* maka diberi angka (1). Pada variabel masa kehamilan, jika masa kehamilan antara 37-42 minggu (*aterm*) maka diberi angka (2) dan jika masa kehamilan < 37 minggu (*preterm*) maka diberi angka (1). Pada variabel sarana kesehatan, jika tempat persalinannya adalah rumah sakit maka diberi angka (2) dan jika tempat persalinannya adalah puskesmas/praktek bidan maka diberi angka (1). Pada variabel dukungan petugas kesehatan, jika penolong persalinannya adalah dokter spesialis maka diberi angka (2) dan jika penolong persalinannya adalah dokter umum/bidan maka diberi angka (1).

5) Form catatan data diri responden (terlampir)

Form catatan data diri responden disusun agar memudahkan peneliti untuk mengetahui data responden, hasil kuesioner yang telah diisi, dan

memudahkan peneliti dalam menghubungi responden/bidan dan melakukan konfirmasi tentang pelaksanaan IMD. Form ini berisi nama, alamat, nomor telepon/*handphone*, kelompok tingkat pengetahuan, hasil konfirmasi tentang dilakukan tidaknya IMD.

#### **4.7.2 Jenis data**

Jenis data dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer adalah dari data isian oleh responden dari kuesioner yang telah divalidasi dan data dari hasil wawancara dengan responden tentang dilakukan tidaknya IMD, metode persalinan yang digunakan, dan masa kehamilan, tempat persalinan, dan penolong persalinan. Sedangkan data sekunder didapat dari catatan registrasi ibu hamil mengenai kelainan kehamilan ibu dan riwayat partus ibu.

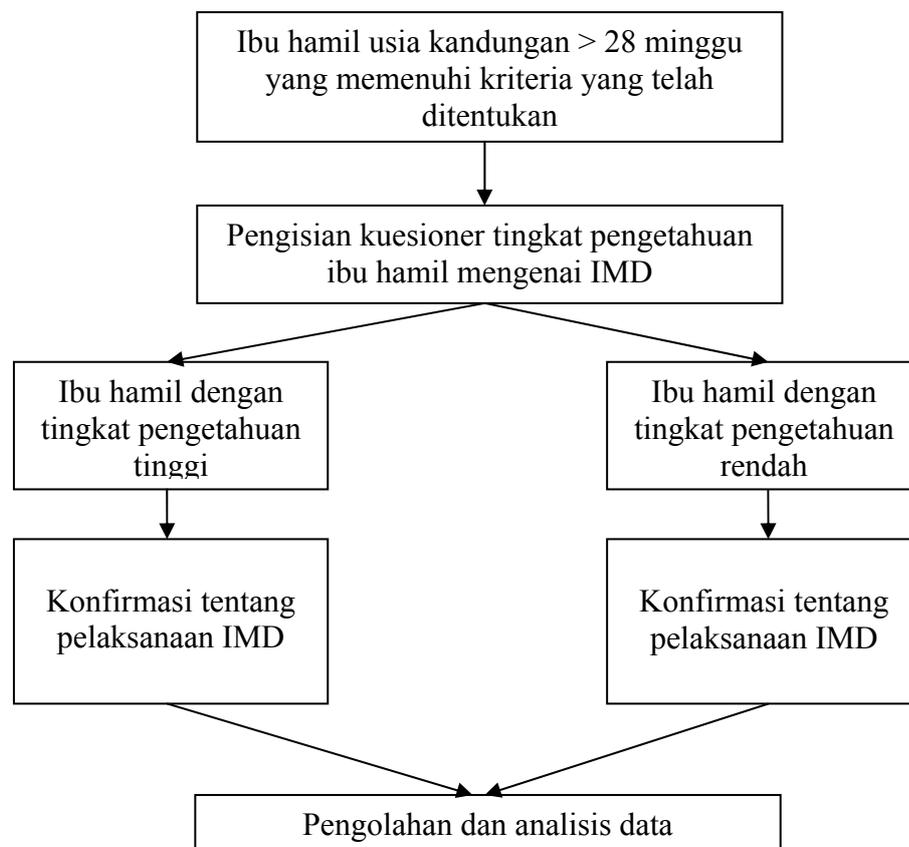
#### **4.7.3 Cara kerja**

Ibu hamil yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dijelaskan tentang adanya penelitian serta tujuan dan manfaatnya. Apabila ibu menyetujui, maka ibu diminta untuk mengisi surat pernyataan bersedia menjadi responden penelitian. Setelah itu, ibu diminta mengisi kuesioner tentang tingkat pengetahuan ibu hamil mengenai IMD. Hasil pengisian kuesioner digunakan untuk mengkategorikan tingkat pengetahuan ibu menjadi kelompok ibu dengan tingkat pengetahuan tinggi dan kelompok ibu dengan tingkat pengetahuan rendah. Kemudian ibu diberitahu bahwa akan dilakukan konfirmasi tentang pelaksanaan IMD setelah ibu melahirkan. Setelah ibu melahirkan, dilakukan wawancara pada ibu untuk mengetahui ibu-ibu yang telah melaksanakan maupun tidak melaksanakan IMD di

puskesmas tersebut, metode persalinan yang digunakan, masa kehamilan, tempat persalinan, dan penolong persalinan pada masing-masing kelompok dengan cara menghubungi ibu menggunakan telepon/*handphone*. Jika ibu tetap tidak bisa dihubungi maka peneliti akan melakukan kunjungan ke rumah ibu sesuai dengan alamat yang tertulis di form catatan diri responden. Hasil konfirmasi tersebut kemudian dicatat pada lembar wawancara.

Responden mendapatkan *reward* untuk menjadi subjek penelitian sebagai cara untuk mendapatkan isian data lengkap, serta untuk meningkatkan angka partisipasi aktif pada saat konfirmasi.

#### 4.8 Alur penelitian



**Gambar 4.** Alur penelitian

#### 4.9 Analisis data

Tahap-tahap pengolahan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Tahap *editing*, yaitu dengan mengedit data yang tersedia. Tahap ini mencakup pengecekan kembali kuesioner yang telah diisi, lengkap atau tidak.
- 2) Tahap *coding*, yaitu menuliskan kode untuk masing-masing item.
- 3) Tahap *entry*, yaitu memasukkan data yang berupa kode ke dalam program komputer kemudian dimasukkan ke dalam tabel pengukuran.
- 4) Tahap *cleaning*, yaitu pengecekan kembali data yang telah dimasukkan dan diperiksa adanya kejanggalan.
- 5) Analisis data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan program komputer. Adapun analisis yang akan dilakukan meliputi:

- 1) Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik dari variabel penelitian. Hasil analisis dari masing-masing variabel kemudian dimasukkan ke tabel distribusi frekuensi.

- 2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan diantara dua variabel. Dalam penelitian ini akan dibandingkan distribusi silang antara dua variabel yang berhubungan. Kemudian akan dilakukan uji statistik untuk menyimpulkan hubungan antara kedua variabel tersebut bermakna atau tidak. Uji statistik yang digunakan pada penelitian ini adalah uji *chi*

*square* ( $x^2$ ) jika memenuhi syarat yaitu tidak ada sel yang nilai observed yang bernilai nol dan tidak ada sel yang mempunyai nilai expected kurang dari 5. Jika tidak memenuhi syarat maka akan dilakukan uji *Fisher*.

### 3) Analisis multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara lebih dari satu variabel yang mempengaruhi variabel terikat. Uji ini digunakan jika pada penelitian ini menggunakan lebih dari satu variabel bebas. Uji yang digunakan adalah uji regresi logistik berganda.

#### **4.10 Etika penelitian**

Peneliti harus berusaha untuk mematuhi etika dalam penelitian mengingat penelitian ini berhubungan dengan manusia. Pada penelitian ini, *ethical clearance* dimohonkan kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Adapun etika penelitian ini meliputi:

- 1) *Informed consent*, yaitu peneliti memberikan penjelasan tentang maksud, tujuan, manfaat dan dampak dari tindakan, serta keikutsertaan dalam penelitian ini bersifat sukarela. Responden diberikan lembar permohonan menjadi responden, kemudian peneliti memberikan lembar persetujuan menjadi responden. Responden kemudian memberikan tandatangan pada lembar persetujuan menjadi responden. Responden berhak keluar dari penelitian sesuai keinginannya
- 2) Kerahasiaan, yaitu peneliti menjamin kerahasiaan semua informasi yang didapat pada penelitian ini. Data tidak akan dipublikasikan kecuali untuk

kepentingan ilmiah. Nama responden tidak akan dicantumkan dalam publikasi

- 3) Biaya penelitian pada penelitian ini ditanggung seluruhnya oleh peneliti
- 4) *Reward* akan diberikan baik pada bidan maupun pada responden. *Reward* ini berupa bahan sembako yaitu mentega dan teh untuk responden.

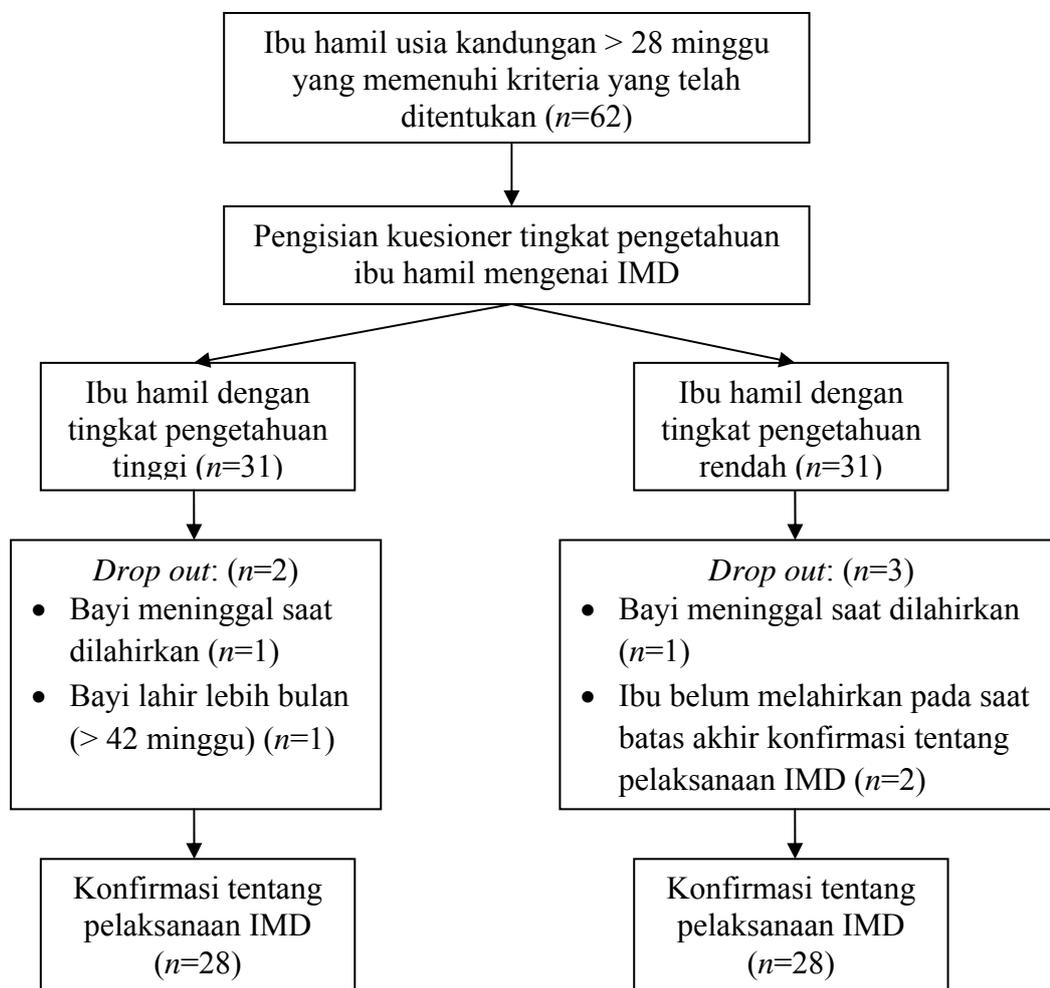
## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Analisis sampel**

Keseluruhan sampel yang diperlukan pada penelitian ini adalah 60 orang, dengan rincian 30 orang pada kelompok faktor resiko tinggi yaitu ibu dengan tingkat pengetahuan tinggi dan 30 orang pada kelompok faktor resiko rendah yaitu ibu dengan tingkat pengetahuan rendah. Dengan perkiraan *drop out* sebesar 10% (6 orang), maka jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 66 sampel atau 33 sampel untuk masing-masing kelompok

Selama penelitian berlangsung, jumlah sampel tidak dapat terpenuhi. Jumlah sampel yang didapatkan hanya 62 sampel dari total 66 sampel atau 31 sampel untuk masing-masing kelompok. Jumlah sampel yang *drop out* pada penelitian ini adalah 2 orang pada kelompok faktor resiko tinggi dan 3 orang pada kelompok faktor resiko rendah. Sampel yang *drop out* ini diakibatkan karena bayi meninggal saat dilahirkan, bayi lahir lebih bulan ( $> 42$  minggu), dan ibu belum melahirkan pada saat batas akhir konfirmasi tentang pelaksanaan IMD. Jumlah sampel yang tersedia setelah perhitungan kriteria *drop out* ini adalah 57 sampel dan sampel *drop out* ini tidak dapat diatasi karena kurangnya cadangan sampel. Agar sampel memenuhi kriteria penelitian kohort yaitu jumlah sampel tiap kelompok harus merata maka sampel yang digunakan pada penelitian ini hanya berjumlah 56 sampel atau 28 sampel tiap kelompok.



**Gambar 5.** Diagram alur pengumpulan sampel penelitian

## 5.2 Karakteristik sampel

Data karakteristik sampel pada penelitian ini diperoleh dari isian data responden yang terdapat pada kuesioner dan wawancara secara langsung pada responden. Adapun karakteristik sampel yang diteliti adalah riwayat paritas, masa kehamilan, metode persalinan, sarana kesehatan, dan dukungan petugas kesehatan.

**Tabel 4.** Karakteristik sampel

Karakteristik	Melaksanakan IMD (n=34)		Tidak Melaksanakan IMD (n=22)		p	RR	95% CI
	n	%	n	%			
<b>Riwayat Partus</b>					0.565	1.133	0.746-1.721
Belum pernah melahirkan	15	44.1	8	36.4			
Pernah melahirkan	19	55.9	14	63.6			
<b>Masa Kehamilan</b>					0.642*	1.231	0.451-3.357
Aterm	32	94.1	20	90.9			
Preterm	2	5.9	2	9.1			
<b>Metode Persalinan</b>					0.024	1.867	0.961-3.627
Normal	28	82.4	12	54.5			
Caesar	6	37.5	10	45.5			
<b>Sarana Kesehatan</b>					0.010	0.578	0.393-0.848
Rumah sakit	18	52.9	19	86.4			
Praktek bidan/puskesmas	16	47.1	3	13.6			
<b>Petugas Kesehatan</b>					0.035	0.637	0.416-0.974
Dokter spesialis	15	44.1	16	72.7			
Bidan/Dokter umum	19	55.9	6	27.3			

\*uji yang digunakan adalah fisher exact test

Dari data karakteristik sampel di atas, dapat dilihat bahwa persentase pelaksanaan IMD (60,71%) pada responden lebih besar dibanding yang tidak melaksanakan IMD (39,29%). Berdasar riwayat partus ibu, sebagian besar ibu sudah pernah melahirkan sebelumnya, yakni sebanyak 14 sampel (63,6%) untuk kelompok yang tidak melaksanakan IMD dan 19 sampel (55,9%) untuk kelompok yang melaksanakan IMD. Hasil analisis dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna antara kelompok ibu yang melaksanakan IMD dan tidak melaksanakan IMD ( $p=0.565$ ). Sedangkan berdasar masa kehamilan, sebagian besar ibu melahirkan bayinya dalam keadaan cukup bulan (*aterm*), yaitu sebanyak 20 sampel (90,9%) untuk kelompok yang tidak melaksanakan IMD dan 32 sampel (94,1%) untuk kelompok yang melaksanakan IMD. Hasil analisis dengan menggunakan uji *fisher exact* menunjukkan tidak ada

perbedaan bermakna antara kelompok ibu yang melaksanakan IMD dan tidak melaksanakan IMD ( $p=0.642$ )

Berdasar metode persalinan, sebagian besar sampel melakukan persalinan normal, yaitu sebanyak 12 sampel (54,5%) untuk kelompok yang tidak melaksanakan IMD dan 28 sampel (82,4%) untuk kelompok yang melaksanakan IMD. Hasil analisis dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna antara kelompok ibu yang melaksanakan IMD dan tidak melaksanakan IMD ( $p=0.024$ ) dengan RR sebesar 1,867. Berdasar sarana kesehatan, sebagian besar sampel melakukan persalinan di rumah sakit yaitu sebanyak 19 sampel (86,4%) untuk kelompok yang tidak melaksanakan IMD dan 18 sampel (52,9%) untuk kelompok yang melaksanakan IMD. Hasil analisis dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna antara kelompok ibu yang melaksanakan IMD dan tidak melaksanakan IMD ( $p=0.010$ ) dengan RR sebesar 0,578. Berdasar petugas kesehatan yang menolong saat persalinan, sebagian besar sampel ditolong oleh dokter spesialis dalam proses persalinannya, yakni sebanyak 16 sampel (72,7%) untuk kelompok yang tidak melaksanakan IMD dan 15 sampel (44,1%) untuk kelompok yang melaksanakan IMD. Hasil analisis dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna antara kelompok ibu yang melaksanakan IMD dan tidak melaksanakan IMD ( $p=0.035$ ) dengan RR sebesar 0,637.

Dari angka signifikansi dapat dilihat bahwa karakteristik sampel metode persalinan, sarana kesehatan dan dukungan petugas kesehatan memiliki hubungan

yang bermakna dengan pelaksanaan IMD ( $p < 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa variabel-variabel tersebut berpotensi menjadi variabel perancu. Oleh karena itu, dilakukan uji *chi square* pada ketiga variabel tersebut dengan variabel tingkat pengetahuan untuk menentukan apakah variabel tersebut merupakan variabel perancu. Hasilnya didapatkan bahwa ketiga variabel tersebut tidak memiliki hubungan bermakna dengan variabel pengetahuan sehingga variabel-variabel tersebut bukan merupakan variabel perancu. Namun karena variabel tersebut memberikan hubungan bermakna dengan variabel pelaksanaan IMD maka akan dilakukan uji regresi logistik berganda agar variabel-variabel tersebut dapat dikontrol.

### 5.3 Analisis data hasil penelitian

#### 5.3.1 Uji hipotesis penelitian

Data mengenai pelaksanaan IMD pada kelompok tingkat pengetahuan tinggi dan rendah ditunjukkan dalam tabel sebagai berikut:

**Tabel 5.** Perbandingan pelaksanaan IMD berdasar tingkat pengetahuan ibu hamil

Variabel	Melaksanakan IMD ( $n=34$ )		Tidak Melaksanakan IMD ( $n=22$ )		$p$	RR	CI 95%
	$n$	%	$n$	%			
	<b>Tingkat Pengetahuan</b>						
Pengetahuan tinggi	21	75.0	7	25.0	0.029	1.615	1.028-2.538
Pengetahuan rendah	13	46.4	15	53.6			

Dari data pelaksanaan IMD di atas, dapat dilihat bahwa persentase pelaksanaan IMD pada kelompok pengetahuan tinggi lebih banyak yaitu sebanyak 75% dibandingkan dengan kelompok pengetahuan rendah sebanyak 46,4%. Hasil uji *chi-square* menunjukkan bahwa variabel tingkat pengetahuan memiliki

hubungan bermakna dengan pelaksanaan IMD dengan angka signifikansi sebesar  $p=0.029$ . Selain variabel tingkat pengetahuan, didapatkan 3 variabel lain yang memiliki hubungan bermakna dengan IMD yaitu variabel metode persalinan ( $p=0.024$ ), sarana kesehatan ( $p=0.010$ ), dan dukungan petugas kesehatan ( $p=0.035$ ). Oleh karena itu, akan dilakukan uji regresi logistik berganda.

### 5.3.2 Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel tingkat pengetahuan terhadap variabel pelaksanaan IMD setelah dilakukan control terhadap variabel metode persalinan, sarana kesehatan, dan dukungan petugas kesehatan. Uji yang akan digunakan adalah uji regresi logistik berganda dengan metode entri *enter*.

Sebelum dilakukan uji regresi logistik berganda, dilakukan uji untuk menentukan model fit dengan menggunakan uji *Hosmer and Lemeshow*. Pada hasil uji *Hosmer and Lemeshow* didapatkan  $p=0,522$  sehingga model dapat dikatakan fit dan diterima. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa setelah variabel-variabel lain dikontrol dan dianggap konstan, variabel tingkat pengetahuan tetap menunjukkan hubungan signifikan terhadap pelaksanaan IMD yaitu ( $p=0,043$ ) dengan kemungkinan pelaksanaan IMD pada kelompok pengetahuan tinggi 3,6 kali lebih tinggi dibanding kelompok pengetahuan rendah ( $\text{Exp}(B)=3,584$ ). Selain itu, dengan metode entri *backward conditional* didapatkan bahwa variabel yang benar-benar mempengaruhi pelaksanaan IMD adalah variabel tingkat pengetahuan dan sarana kesehatan.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih menjadi salah satu masalah kesehatan di Indonesia. UNICEF mencatat bahwa pada tahun 2010, AKB di Indonesia masih sangat tinggi yaitu 17 bayi setiap 1000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan IMD di Indonesia belum terlaksana secara optimal.<sup>4,9</sup> Pemberian ASI secara dini adalah salah satu intervensi yang dapat secara signifikan mengurangi angka kematian bayi. ASI yang diproduksi selama hari-hari pertama kelahiran, mengandung kolustrum yang dapat melindungi bayi dari penyakit.<sup>4,5</sup>

Namun, di Indonesia hanya 44% yang mendapat ASI 1 jam pertama setelah lahir dan hanya 62% yang mendapat ASI dalam hari pertama setelah lahir. Hal ini juga menunjukkan bahwa IMD belum terlaksana dengan baik.<sup>1,9</sup> Kegagalan IMD disebabkan oleh beberapa faktor antara lain kurangnya pengetahuan ibu mengenai pentingnya IMD. Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), masih banyak ibu yang belum mengerti bagaimana cara menyusui yang benar. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan ibu dalam hal menyusui bayi masih rendah. *U.S Preventive Service Task Force* menjelaskan bahwa pengetahuan adalah faktor intervensi yang paling efektif dalam IMD. Oleh karena itu, pengetahuan ibu mengenai IMD adalah salah satu faktor yang penting dalam kesuksesan pelaksanaan IMD. Untuk itu diperlukan

paparan informasi yang baik agar pengetahuan ibu mengenai IMD juga adekuat dan IMD dapat terlaksana.<sup>11-14</sup> Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan dengan harapan dapat menjadi dasar peningkatan paparan informasi pada ibu sehingga pengetahuan ibu tentang IMD semakin meningkat.

Dalam proses pengambilan data penelitian didapatkan berbagai kendala yaitu, minimnya jumlah responden yang memeriksakan kehamilannya pada saat periode pengambilan data sehingga jumlah sampel yang didapatkan tidak sesuai dengan jumlah sampel yang ditentukan. Selain itu, banyaknya kriteria *drop out* menyebabkan jumlah sampel yang ter-*drop out* cukup banyak.

Pada penelitian ini, diambil sejumlah karakteristik berupa riwayat paritas, masa kehamilan, metode persalinan, sarana kesehatan, dan dukungan petugas kesehatan. Hasil analisis menunjukkan bahwa karakteristik riwayat paritas tidak memiliki hubungan bermakna dengan pelaksanaan IMD, hal ini disebabkan karena walau ibu yang belum pernah melahirkan lebih memungkinkan untuk melakukan IMD, ibu yang pernah melahirkan lebih banyak mendapatkan informasi tentang persalinan dan pelaksanaan IMD dari pengalamannya sendiri sehingga perbedaan pelaksanaan IMD diantara keduanya tidak signifikan. Namun, berdasar hasil analisis, ibu yang belum pernah melahirkan memiliki kemungkinan 1,1 kali lebih tinggi untuk melakukan IMD dibanding ibu yang pernah melahirkan. Hal ini dikarenakan ibu yang belum pernah melahirkan rata-rata masih berusia muda sehingga kemungkinan melakukan IMD lebih besar. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Vieira dkk.<sup>13</sup> Begitu pula dengan variabel masa kehamilan, ketidaksignifikansi tersebut mungkin disebabkan karena waktu

kelahiran bayi-bayi *preterm* yang seharusnya tidak melakukan IMD sebagian besar mendekati *aterm* sehingga perbedaan tersebut tidak signifikan. Namun, walau tidak menghasilkan hubungan yang signifikan, ibu yang melahirkan *aterm* memiliki kemungkinan 1,2 kali lebih tinggi dalam pelaksanaan IMD dibanding ibu yang melahirkan *preterm*. Hal ini karena bayi *aterm* memiliki koordinasi yang lebih baik saat akan menyusu. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Vieira dkk.<sup>13</sup>

Pada katakteristik metode persalinan, hasil analisis menunjukkan hubungan bermakna dengan pelaksanaan IMD. Persalinan dengan metode normal memiliki kemungkinan 1,9 kali lebih tinggi untuk melakukan IMD dibanding metode caesar. Hal ini karena pada penelitian ini, pada metode caesar masih digunakan anestesi umum yaitu sebanyak 7 sampel (43,8%) dari responden yang melakukan caesar. Selain itu, penggunaan analgesi yang lebih banyak pada operasi caesar dibanding normal juga mengurangi kemungkinan pelaksanaan IMD. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Virarisca dan Vierra dkk.<sup>5,13</sup>

Pada karakteristik sarana kesehatan dan dukungan petugas kesehatan, didapatkan hubungan yang bermakna dengan pelaksanaan IMD. Namun, hasil analisis menunjukkan bahwa pada responden yang tempat persalinannya di rumah sakit, kemungkinan melaksanakan IMD lebih kecil daripada praktek bidan/puskesmas yaitu sekitar 0,6 kali lebih kecil. Begitu pula dengan dokter spesialis yang kemungkinannya 0,6 kali lebih kecil dibanding bidan/dokter umum. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang telah dikemukakan di atas. Hal ini

disebabkan karena banyaknya pasien caesar pada penelitian ini sehingga banyak responden yang tidak bisa melakukan IMD pada saat bersalin di rumah sakit. Selain itu, biasanya di rumah sakit sering dijadikan rujukan pada ibu yang mengalami eklampsia sehingga angka pelaksanaan IMD berkurang.<sup>15,32</sup> Hal ini berlaku pula untuk variabel dukungan petugas kesehatan. Jadi, bukan berarti pada rumah sakit dan dokter spesialis lebih buruk dalam pelaksanaan IMD, namun angka pelaksanaan IMD lebih tinggi pada puskesmas/praktek bidan. Untuk itu, penelitian selanjutnya diharapkan mengeksklusi kehamilan resiko tinggi agar hasil penelitian menjadi lebih valid.

Hasil analisis tingkat pengetahuan menunjukkan bahwa sebagian besar ibu sudah memiliki pengetahuan yang baik tentang IMD, hal ini ditunjukkan dengan sebagian besar ibu sudah memperoleh skor lebih dari 70% dari skor total pada kuesioner tingkat pengetahuan. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa pengetahuan memiliki hubungan yang signifikan terhadap pelaksanaan IMD dan melalui uji analisis multivariat, signifikansi tersebut ternyata tidak berubah setelah variabel-variabel lain dikontrol. Hasil analisis menunjukkan bahwa pelaksanaan IMD pada kelompok dengan tingkat pengetahuan tinggi lebih tinggi dibanding kelompok dengan tingkat pengetahuan rendah yaitu sebesar 1,615 kali. Hal ini sesuai dengan berbagai penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa tingkat pengetahuan ibu berpengaruh terhadap pelaksanaan IMD.<sup>26</sup> Hipotesis yang menyatakan bahwa pelaksanaan IMD pada ibu hamil dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD tinggi lebih besar dibanding ibu hamil dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD rendah dapat diterima.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan memiliki pengaruh yang signifikan, yaitu semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu tersebut kemungkinan pelaksanaan IMD akan semakin besar. Hal ini dapat menjadi dasar pertimbangan dalam upaya peningkatan pengetahuan ibu. Sebaiknya ibu terus diberi paparan informasi tentang IMD sehingga angka pelaksanaan IMD akan meningkat dan angka kematian bayi akan menurun.

Penelitian ini memiliki kelebihan, yaitu jumlah variabel yang diteliti cukup banyak sehingga cukup merepresentasikan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan IMD. Selain itu, digunakan analisis multivariat sehingga uji hipotesis menjadi lebih valid karena variabel-variabel yang lain telah dikontrol. Sampel penelitian yang merupakan ibu hamil trisemester tiga yang memeriksakan kehamilannya di puskesmas juga dianggap mampu merepresentasikan sebagian besar kondisi ibu hamil di Indonesia yang sebagian besar memanfaatkan pelayanan kesehatan primer sebagai tempat memeriksakan kehamilannya.

Namun, penelitian ini masih memiliki kekurangan, yaitu besar sampling yang mengambil besar sampel minimal yaitu 30 untuk setiap kelompok. Kekurangan yang lain adalah minimnya jumlah sampel yang didapatkan karena kurangnya responden pada saat pengambilan data. Selain itu, belum ada metode yang obyektif untuk mengetahui pelaksanaan IMD pada responden seperti catatan mengenai pelaksanaan IMD. Kekurangan yang lain adalah masih ada variabel yang berpengaruh terhadap IMD yang tidak diteliti pada penelitian ini karena keterbatasan biaya dan tenaga.

## **BAB VII**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Simpulan**

Berdasar hasil pembahasan dapat disimpulkan bahwa:

Pelaksanaan IMD pada ibu dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD yang tinggi lebih besar dibandingkan ibu dengan tingkat pengetahuan mengenai IMD yang rendah.

#### **7.2 Saran**

- 1) Diperlukan adanya kerjasama antara insitusi kesehatan, pendidikan dan pemerintah untuk terus meningkatkan upaya peningkatan pengetahuan terhadap ibu agar angka pelaksanaan IMD lebih tinggi dan mengurangi jumlah kematian bayi dan neonatal.
- 2) Diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan tingkat pengetahuan ibu mengenai IMD dengan pelaksanaan IMD dengan jumlah sampel yang lebih banyak, metode pengumpulan data yang berbeda serta pendekatan melalui variabel-variabel yang belum diteliti pada penelitian ini.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Statistic Indonesia and Macro International. Indonesia Demographic and Health Survey 2007. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro International; 2008
2. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Etego SA, Agyei SO, & Kirkwood BR. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. *Pediatrics*. 2006; 117(3):e380-6
3. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau. Child Health USA 2010. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services; 2010
4. Impact of Early Initiation of Exclusive Breastfeeding on Newborn Deaths . Washington: Alive&Thrive; c2011. [cited 2011 Oct 3]. Available from: [www.aliveandthrive.org](http://www.aliveandthrive.org)
5. Virarisca S, Dasuki D, Sofowan S. Metode Persalinan dan Hubungannya dengan Inisiasi Menyusu Dini. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia* . 2010; 7(2):92-8
6. Ambarwani. Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif Membentuk Generasi Rabbani. *SUHUF* . 2008; 20(1):66-76
7. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AN, Ransjo-Arvidson AB, Welles-Nystrom B, Voronsov I et al. Early Lactation Performance in Primiparous and Multiparous Women in Relation to Different Maternity Home Practices. *International Breastfeeding Journal* . 2007; 2(9):1-14
8. Shams S. Breastfeeding and Motherhood. *Pakistan Journal of Nutrition* . 2011; 10(6):599-601
9. Fikawati S, Syafiq A. Kajian Implementasi dan Kebijakan Air Susu Ibu Eksklusif dan Inisiasi Menyusui Dini di Indonesia. *Makara Kesehatan*. 2010; 14(1):17-24

10. Dinas Kesehatan Jawa Tengah. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2009. c2010. [cited 2011 Des 2]. Available from: [http://www.dinkesjatengprov.go.id/dokumen/profil/2009/Profil\\_2009.pdf](http://www.dinkesjatengprov.go.id/dokumen/profil/2009/Profil_2009.pdf)
11. Faswita W. Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil tentang Inisiasi Menyusu Dini [skripsi]. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2010.
12. Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn LM. The CDC Guide to Breastfeeding Interventions. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2005.
13. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani RGJ, Mendes CMC, Martins CC, Silva LR. Determinants of Breastfeeding Initiation within The First Hour of Life in Brazillian Population. BMC Public Health . 2010; 10(760):1-6
14. Carpenito LJ. Diagnosis Keperawatan Aplikasi pd praktik klinis (Terjemahan). In: Anissa EM, Issuryanti M, editors. 9 ed. Jakarta: EGC; 2009. p.700-6. Google Book Search. [cited 2011 Nov 30]. Available from: <http://books.google.co.id/books?id=I2f6NLHILxwC>
15. Indrawati W, Mifbakhuddin, Prasida DW. Hubungan Karaktetistik, Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil dengan Praktik Inisiasi Menyusu Dini [skripsi]. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang. 2009
16. Nakao Y, Moji K, Honda S, Oishi K. Initiation of Breastfeeding on 120 minutes After Birth is Associated with Breastfeeing at Four Months Among Japanese Women: A Self Administered Questionnaire Survey. International Breastfeeding Journal . 2008; 3(1):1-7
17. Aruldas K, Khan ME, Hazra A. Increasing Early and Exclusive Breastfeeding in Rural Uttar Pradesh. Journal of Family Walfare. 2010; 56:43-50
18. Yauri I. Systemic Review Appraisal on Interventions for Promoting The Initiation of Breastfeeding. Jurnal Lasallian. 2010; 7(2):157-64
19. Lucas R. Maternal Breastfeeding Experiences and Neonatal Breastfeeding Behaviors of Children later Diagnosed with Autism. Biennial Convention. c2011. [cited 2012 Feb 4]. Available from: <http://hdl.handle.net/10755/201907>

20. Chertok IRA, Raz I, Shoham I, Haddad H, Wiznitzer A. Effects of Early Breastfeeding on Neonatal Glucose Levels of Term Infants Born to Women with Gestational Diabetes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* . 2009; 22(2):166–69
21. Koletzko B, Schiess S, Brands B, Haile G, Demmelmair H, Von-Kries R et al. Infant Feeding Practice and Later Obesity Risk: Indicator for Early Metabolic Programming. [Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz](#). 2010; 53(7):666-73
22. Stephanie W, Samantha MB, Denniz Z, Alison S. Early Breastfeeding Experience and Postpartum Depression. *Obstetric&Gynecology* . 2011; 118(2):214-21
23. Rahmaningtyas I, Wijanti RE, Hardjito K. Perbedaan Kekuatan Kontraksi Uterus pada Ibu Post Partum antara Sebelum dan Sesudah Melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes* . 2010; 1(3):205-9
24. Aprillia Y. Analisis Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif kepada Bidan di Kabupaten Klaten [tesis]. Semarang: Universitas Diponegoro. 2009
25. Haider R, Rasheed S, Sanghvi TG, Hassan N, Pachon H, Islam S et al. Breastfeeding in Infancy: Identifying The Program-Relevant Issues in Bangladesh. *International Breastfeeding Journal*. 2010; 5(21):1-12
26. Deswani. Faktor yang Mempengaruhi Ibu dalam Pengambilan Keputusan untuk Menyusui Bayi secara Dini. c2007. [cited 2011 Nov 24]. Available from:  
<http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/33071017.pdf>
27. Digirolamo AM, Grummer-Strawn LR, Fein BS. Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding. *Pediatrics*. 2008; 122:43-9
28. Muhsen K, Masarwa S, Guttman E, Cohen D. What are the determinants of early breastfeeding weaning and prolonged breastfeeding in Arab infants. *Harefuah*. 2011; 150(4):333-7,420

29. Setyowati E, Rahayu BR. Hubungan Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang ASI Eksklusif dengan Kemampuan Memberikan Pendidikan Kesehatan ASI pada Ibu Prenatal. *Berita Ilmu Keperawatan* . 2008; 1(2):51-7
30. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of Breastfeeding Promotion Interventions on Breastfeeding Rates With Special Focus on Developing Countries. *BMC Public Health*. 2011; 11(3):1-8
31. Morhason-Bello IO, Adedokun BO, Ojengbede OA. Social Support during Childbirth as a Catalyst for Early Breastfeeding Initiation for First-Time Nigerian Mothers. *International Breastfeeding Journal*. 2009; 4(16):1-7
32. Mello de Lima LH, Viana MC. Prevalence and risk factors for HIV, syphilis, hepatitis B, hepatitis C, and HTLV-I/II infection in low-income postpartum and pregnant women in Greater Metropolitan Vitória, Espírito Santo State, Brazil. *Cad. Saude Publica*. 2009; 25(3):668-76
33. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2011; 125:103-10
34. Fortinguera F, Clavenna A, Bonati M. Psychotropic Drug Use During Breastfeeding: A Review of the Evidence. *Pediatrics*. 2009; 124:e547-56
35. Huang A, Tai BC, Wong LY, Lee J, Yong EL. Differential Risk for Early Breastfeeding Jaundice in Multi-ethnic Asian Cohort. *Annals Academy of Medicine*. 2009; 38(3):217-24
36. Engebretsen IMS, Wamani H, Karamagi C, Semiyaga N, Tumwine J, Tylleskar T. Low adherence to exclusive breastfeeding in Eastern Uganda: A community-based cross-sectional study comparing dietary recall since birth with 24-hour recall. *BMC Pediatrics*. 2007; 7(10):1-12
37. Notoatmodjo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rev. Ed. Jakarta: Rineka Cipta; 2010. p.10
38. Kusriani. *Sistem Pakar Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Penerbit Andi; 2006. p.23-4.  
Google Book Search. [cited 2011 Nov 30]. Available from:  
<http://books.google.co.id/books?id=MocuEV7C96YC>

39. Muttaqin H, MT Suryadi. Statistik Industri 1. Jakarta: Penerbit Gunadarma; 1997. p. 10. [cited 2012 Feb 18].  
Available from:  
[http://elearning.gunadarma.ac.id/docmodul/statistik\\_industri1/bab2-distribusi\\_frekuensi.pdf](http://elearning.gunadarma.ac.id/docmodul/statistik_industri1/bab2-distribusi_frekuensi.pdf)
40. Heryanto Y, Minarti, Warcito. Kelas Gizi Plus sebagai Model Pembentuk Balita Berkarakter. c2010. [cited 2011 Jan 16].  
Available from: <http://p2sdm.com/web/publication/category/1-workshop.html?download=4%3Akelas-gizi-plus>
41. Paret M, Martz E. Understanding The Cental Limit Theorem. c2009. [cited 2012 Feb 18]. Available from:  
[http://www.minitab.com/uploadedFiles/Shared\\_Resources/Documents/Articles/CentralLimitTheorem.pdf](http://www.minitab.com/uploadedFiles/Shared_Resources/Documents/Articles/CentralLimitTheorem.pdf)

**Lampiran 3****LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth. Ibu-ibu hamil Calon Responden  
di Puskesmas Ngesrep dan Halmahera Kota Semarang

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Karindra Aji Hidayat

NIM : G2A008103

Alamat : Jl. Kukilo Mukti Raya 149, RT 06/II Pedurungan Semarang

adalah mahasiswa jurusan Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang sedang melakukan penelitian dengan judul “PERBANDINGAN PELAKSANAAN INISIASI MENYUSU DINI BERDASAR TINGKAT PENGETAHUAN IBU HAMIL”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan ibu hamil dengan pelaksanaan inisiasi menyusui dini. Jika penelitian ini terbukti maka akan semakin memotivasi ibu untuk meningkatkan pengetahuannya tentang inisiasi menyusui dini dan kemudian melakukan inisiasi menyusui dini. Pada penelitian ini, ibu diminta untuk mengisi kuesioner penelitian dan memberikan pernyataan tentang pelaksanaan inisiasi menyusui dini kurang lebih 3 bulan setelah pengisian kuesioner. Dalam rangka menyelesaikan penelitian tersebut, saya memohon bantuan ibu-ibu untuk dapat menjadi responden dalam penelitian ini dengan mengisi kuesioner penelitian yang terlampir dan memberikan pernyataan tentang pelaksanaan inisiasi menyusui dini yang sebenarnya dalam penelitian ini. Dalam pengisian kuesioner dan pernyataan yang akan diberikan, diharapkan ibu dapat mengisi sesuai keadaan yang sebenarnya. Data dari hasil kuesioner ini adalah data yang tidak akan dipublikasikan kecuali untuk kepentingan ilmiah. Apabila berkeberatan, ibu berhak mengundurkan diri.

Demikian permohonan ini saya buat. Atas perhatian dan bantuan yang diberikan saya mengucapkan terima kasih.

Semarang, Maret 2012

Peneliti,

(Karindra Aji Hidayat)

**Lampiran 4****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : .....

Alamat : .....

No. Telp/HP : .....

Setelah mendapat keterangan yang jelas mengenai tujuan dan manfaat pada penelitian:  
 “PERBANDINGAN PELAKSANAAN INISIASI MENYUSU DINI BERDASAR TINGKAT PENGETAHUAN IBU HAMIL”.

Menyatakan dengan sesungguhnya bersedia menjadi responden dalam penelitian dengan memberikan data yang sebenarnya serta berharap bahwa hasil penelitian ini bersifat pribadi/rahasia dan tidak akan mencantumkan nama subyek dalam publikasi. Segala hal yang saya isikan dalam kuesioner ini adalah benar adanya dan saya bertanggungjawab atas hal tersebut.

Semarang, Maret 2012

Responden,

(.....)

**Lampiran 5****KUESIONER PENELITIAN**

PUSKESMAS : .....

KELENGKAPAN DATA KUESIONER : (diisi oleh bidan)

1. Semua pertanyaan dijawab dengan lengkap ( )
2. Ada pertanyaan yang tidak dijawab ( )
3. Semua pertanyaan tidak dijawab ( )

**I. DATA RESPONDEN**

Nama : .....

Umur : .....

Alamat : .....

No. Telp/HP : .....

Pekerjaan : .....

**II. RIWAYAT KEHAMILAN**

Umur kehamilan : ..... minggu

Kelainan kehamilan saat ini : (diisi oleh bidan)

1. Tidak ada
2. Ada, yaitu .....

**III. PENGETAHUAN MENGENAI IMD**

Petunjuk : pilihlah satu jawaban yang menurut anda paling benar

**1. Apakah kepanjangan IMD?**

- a. Inisiasi Menyusui Dini
- b. Inisiasi Menyusu Dini
- c. Imunisasi dan Menyusu Dini

**2. Apakah yang dimaksud dengan IMD?**

- a. Ibu menyusui bayi sampai usia 6 bulan
- b. Segera setelah lahir bayi diletakkan di atas perut ibu untuk mencari puting susu secara aktif
- c. Ibu dibiarkan menentukan sendiri kapan saat terbaik untuk mulai menyusui bayinya

**3. Kapan sebaiknya IMD dilaksanakan?**

- a. Setelah bayi dimandikan dan dibedong
- b. Segera setelah bayi dilahirkan
- c. Setelah ibu cukup sehat

**4. Berapa lama jangka waktu yang ditetapkan agar tindakan bayi menyusui disebut IMD?**

- a. 1 jam setelah lahir
- b. 10 menit setelah lahir
- c. 100 menit setelah lahir

**5. Apakah alasan utama dilaksanakannya IMD?**

- a. Menurunkan angka kematian bayi
- b. Menurunkan angka kematian anak
- c. Menurunkan angka kematian ibu

**6. Apakah manfaat IMD untuk bayi?**

- a. Meningkatkan kecerdasan bayi
- b. Menurunkan suhu tubuh bayi
- c. Menurunkan daya anti imunitas

**7. Apakah manfaat IMD untuk ibu?**

- a. Meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dan ayah
- b. Membuat ibu cepat langsing
- c. Meningkatkan produksi ASI

**8. Apakah yang dimaksud dengan kolostrum?**

- a. Susu berwarna kekuningan kental yang pertama kali keluar
- b. ASI basi
- c. Susu berwarna putih

**9. Apakah manfaat dari kolostrum?**

- a. Membuat bayi sakit
- b. Mengandung zat kekebalan untuk mencegah infeksi

- c. Membuat kulit bayi menjadi kuning langsung

**10. Apakah hal yang dialami bayi pada saat pelaksanaan IMD?**

- a. Berdiam diri di perut/dada ibu
- b. Tertidur di perut/dada ibu
- c. Bayi aktif mencari puting susu ibu

**11. Apakah kerugian penundaan pelaksanaan IMD?**

- a. Penundaan IMD akan mengakibatkan berkurangnya reflek bayi dalam menyusu
- b. Penundaan IMD akan mengakibatkan ibu tidak siap menyusui
- c. Penundaan IMD tidak akan menyebabkan kerugian bagi ibu dan bayi

**12. Persalinan yang bagaimana yang paling mungkin menerapkan IMD?**

- a. Persalinan normal
- b. Persalinan melalui operasi
- c. Semua jenis persalinan memiliki kemungkinan yang sama

**13. Berapakah lama kehamilan yang harus dilalui agar bayi yang dilahirkan sukses melakukan IMD?**

- a. 28-32 minggu
- b. 32-37 minggu
- c. 37-42 minggu

**14. Kondisi seperti apakah yang dapat menyebabkan ibu tidak bisa melakukan IMD?**

- a. Ibu terlalu capai untuk melakukan IMD
- b. Ibu memiliki penyakit HIV, hepatitis, atau sifilis
- c. Tidak ada kondisi yang dapat menyebabkan ibu tidak bisa melakukan IMD

**15. Siapa sajakah yang terlibat dalam keberhasilan IMD?**

- a. Ibu saja
- b. Ibu dan praktisi kesehatan
- c. Ibu, ayah, dan praktisi kesehatan

**Lampiran 6****LEMBAR WAWANCARA**

NAMA : .....

TANGGAL : .....

PUSKESMAS : .....

1. Apakah setelah melahirkan, bayi ibu langsung disusui?
  - a. Ya (2)
  - b. Tidak (1)
2. Bayi ibu mulai disusui dalam waktu berapa jam?
  - a. < 1 jam (2)
  - b. > 1 jam (1)
  - c. Tidak langsung disusui (9)
3. Bayi dibiarkan mencari puting susu ibu sendiri / diarahkan?
  - a. Sendiri (2)
  - b. Diarahkan (1)
  - c. Tidak langsung disusui (9)
4. Apakah bayi dilahirkan cukup bulan?
  - a. Cukup bulan (2)
  - b. Tidak cukup bulan (1)
  - c. Lebih dari cukup bulan (9)
5. Tanggal berapa bayi ibu dilahirkan?  
.....
6. Apakah ibu menggunakan proses metode persalinan normal / operasi / tindakan?
  - a. Normal (2)
  - b. Operasi (1)
  - c. Tindakan (vacum/forcep) (9)
7. Jika menggunakan prosedur operasi, apakah ibu sadar selama proses persalinan?
  - a. Sadar (2)
  - b. Tidak sadar (1)
8. Dimana proses persalinan dilakukan?
  - a. Rumah Sakit (4)
  - b. Puskesmas (3)
  - c. Praktek bidan (2)
  - d. Rumah sendiri (1)
9. Siapa yang bertindak sebagai penolong persalinan?
  - a. Dokter Spesialis (4)
  - b. Dokter Umum (3)
  - c. Bidan (2)
  - d. Dukun bayi (1)
  - e. Lain-lain, ..... (9)

**Lampiran 7****LEMBAR VALIDITAS KUESIONER PENELITIAN****A. IDENTITAS AHLI**

Nama Ahli : .....

Bidang Keahlian : .....

**B. UJI VALIDITAS**

Terima kasih atas kesediaan dokter dalam menguji validitas kuesioner ini. Penilaian uji validitas dilakukan pada masing-masing item pertanyaan aturan sebagai berikut:

+1 : setuju pernyataan ini diajukan kepada responden

0 : pertanyaan tidak tepat diajukan (perlu dikoreksi agar dapat diajukan)

-1 : tidak setuju pertanyaan diajukan kepada responden

Setiap jawaban mempunyai nilai yang berbeda. Jawaban benar bernilai 2, jawaban mendekati benar bernilai 1, dan jawaban salah bernilai 0

Petunjuk:

Pertanyaan (skor validitas)

Jawaban (nilai jawaban)

**1. Apakah kepanjangan IMD? ( )**

- a. Inisiasi Menyusui Dini (1)
- b. Inisiasi Menyusu Dini (2)
- c. Imunisasi dan Menyusu Dini (0)

**Saran:**

**2. Apakah yang dimaksud dengan IMD? ( )**

- a. Ibu menyusui bayi sampai usia 6 bulan (0)
- b. Segera setelah lahir bayi diletakkan di atas perut ibu untuk mencari puting secara aktif (2)

c. Ibu dibiarkan menentukan sendiri kapan saat terbaik untuk mulai menyusui bayinya (1)

**Saran:**

**3. Kapan sebaiknya IMD dilaksanakan? ( )**

a. Setelah bayi dimandikan dan dibedong (1)

b. Segera setelah bayi lahir (2)

c. Setelah ibu cukup sehat (0)

**Saran:**

**4. Berapa lama pelaksanaan IMD pada bayi? ( )**

a. 1 jam setelah lahir (2)

b. 10 menit setelah lahir (0)

c. 100 menit setelah lahir (1)

**Saran:**

**5. Apakah alasan utama dilaksanakannya IMD? ( )**

a. Menurunkan angka kematian bayi (2)

b. Menurunkan angka kematian anak (1)

c. Menurunkan angka kematian ibu (0)

**Saran:**

**6. Apakah manfaat IMD untuk bayi? ( )**

a. Meningkatkan kecerdasan bayi (2)

b. Menurunkan suhu tubuh bayi (1)

c. Menurunkan daya anti imunitas (0)

**Saran:**

**7. Apakah manfaat IMD untuk ibu? ( )**

- a. Meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dan ayah (1)
- b. Membuat ibu cepat langsing (0)
- c. Meningkatkan produksi ASI (2)

**Saran:**

**8. Apakah yang dimaksud dengan kolostrum? ( )**

- a. Susu berwarna kekuningan kental yang pertama kali keluar (2)
- b. ASI basi (0)
- c. Susu berwarna putih (1)

**Saran:**

**9. Apakah manfaat dari kolostrum? ( )**

- a. Membuat bayi sakit (0)
- b. Mengandung zat kekebalan untuk mencegah infeksi (2)
- c. Membuat kulit bayi menjadi kuning langsung (1)

**Saran:**

**10. Apakah hal yang dialami bayi pada saat pelaksanaan IMD? ( )**

- a. Berdiam diri di perut/dada ibu (1)
- b. Tertidur di perut/dada ibu (0)
- c. Bayi aktif mencari puting susu ibu (2)

**Saran:**

**11. Apakah kerugian penundaan pelaksanaan IMD? ( )**

- a. Penundaan IMD akan mengakibatkan berkurangnya reflek bayi dalam menyusu (2)

- b. Penundaan IMD akan mengakibatkan ibu tidak siap menyusui (1)
- c. Penundaan IMD tidak akan menyebabkan kerugian bagi ibu dan bayi (0)

**Saran:**

**12. Persalinan yang bagaimana yang paling mungkin menerapkan IMD? ( )**

- a. Persalinan normal (2)
- b. Persalinan melalui operasi (0)
- c. Semua jenis persalinan memiliki kemungkinan yang sama (1)

**Saran:**

**13. Berapakah lama kehamilan yang harus dilalui agar bayi yang dilahirkan sukses melakukan IMD? ( )**

- a. 28-32 minggu (0)
- b. 32-37 minggu (1)
- c. 37-42 minggu (2)

**Saran:**

**14. Kondisi seperti apakah yang dapat menyebabkan ibu tidak bisa melakukan IMD? ( )**

- a. Ibu terlalu capai untuk melakukan IMD (1)
- b. Ibu memiliki penyakit HIV, hepatitis, atau sifilis (2)
- c. Tidak ada kondisi yang dapat menyebabkan ibu tidak bisa melakukan IMD (0)

**Saran:**

**15. Siapa sajakah yang terlibat dalam keberhasilan IMD? ( )**

- a. Ibu saja (0)
- b. ibu dan praktisi kesehatan (1)
- c. Ibu, ayah, dan praktisi kesehatan (2)

**Saran:**



## Lampiran 9

## HASIL PERHITUNGAN DATA DENGAN SPSS

## 1. Karakteristik sampel

## a. Riwayat paritas

## Riwayat Paritas \* Pelaksanaan IMD

Crosstab

			Pelaksanaan IMD		Total
			Melaksanakan IMD	Tidak Melaksanakan IMD	
Riwayat Paritas	Primipara	Count	15	8	23
		Expected Count	14.0	9.0	23.0
		% within Riwayat Paritas	65.2%	34.8%	100.0%
		% within Pelaksanaan IMD	44.1%	36.4%	41.1%
		% of Total	26.8%	14.3%	41.1%
	Multipara	Count	19	14	33
		Expected Count	20.0	13.0	33.0
		% within Riwayat Paritas	57.6%	42.4%	100.0%
		% within Pelaksanaan IMD	55.9%	63.6%	58.9%
		% of Total	33.9%	25.0%	58.9%
Total		Count	34	22	56
		Expected Count	34.0	22.0	56.0
		% within Riwayat Paritas	60.7%	39.3%	100.0%
		% within Pelaksanaan IMD	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	60.7%	39.3%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.332 <sup>a</sup>	1	.565		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.089	1	.766		
Likelihood Ratio	.334	1	.564		

Fisher's Exact Test				.592	.384
Linear-by-Linear Association	.326	1	.568		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,04.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Riwayat Paritas (Primipara / Multipara)	1.382	.459	4.156
For cohort Pelaksanaan IMD = Melaksanakan IMD	1.133	.746	1.721
For cohort Pelaksanaan IMD = Tidak Melaksanakan IMD	.820	.413	1.629
N of Valid Cases	56		

#### b. Masa kehamilan

#### Masa Kehamilan \* Pelaksanaan IMD

##### Crosstab

			Pelaksanaan IMD		Total
			Melaksanakan IMD	Tidak Melaksanakan IMD	
Masa Kehamilan	Aterm	Count	32	20	52
		Expected Count	31.6	20.4	52.0
		% within Masa Kehamilan	61.5%	38.5%	100.0%
		% within Pelaksanaan IMD	94.1%	90.9%	92.9%
		% of Total	57.1%	35.7%	92.9%
Preterm		Count	2	2	4
		Expected Count	2.4	1.6	4.0
		% within Masa Kehamilan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Pelaksanaan IMD	5.9%	9.1%	7.1%

	% of Total	3.6%	3.6%	7.1%
Total	Count	34	22	56
	Expected Count	34.0	22.0	56.0
	% within Masa Kehamilan	60.7%	39.3%	100.0%
	% within Pelaksanaan IMD	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	60.7%	39.3%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.207 <sup>a</sup>	1	.649		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.203	1	.652		
Fisher's Exact Test				.642	.515
Linear-by-Linear Association	.204	1	.652		
N of Valid Cases	56				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,57.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Masa Kehamilan (Aterm / Preterm)	1.600	.208	12.281
For cohort Pelaksanaan IMD = Melaksanakan IMD	1.231	.451	3.357
For cohort Pelaksanaan IMD = Tidak Melaksanakan IMD	.769	.272	2.173
N of Valid Cases	56		

## c. Sarana kesehatan

## Sarana Kesehatan \* Pelaksanaan IMD

Crosstab

			Pelaksanaan IMD		Total
			Melaksanakan IMD	Tidak Melaksanakan IMD	
Sarana Kesehatan	Rumah Sakit	Count	18	19	37
		Expected Count	22.5	14.5	37.0
		% within Sarana Kesehatan	48.6%	51.4%	100.0%
		% within Pelaksanaan IMD	52.9%	86.4%	66.1%
		% of Total	32.1%	33.9%	66.1%
	Praktek Bidan/Puskesmas	Count	16	3	19
		Expected Count	11.5	7.5	19.0
		% within Sarana Kesehatan	84.2%	15.8%	100.0%
		% within Pelaksanaan IMD	47.1%	13.6%	33.9%
		% of Total	28.6%	5.4%	33.9%
Total	Count	34	22	56	
	Expected Count	34.0	22.0	56.0	
	% within Sarana Kesehatan	60.7%	39.3%	100.0%	
	% within Pelaksanaan IMD	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	60.7%	39.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.656 <sup>a</sup>	1	.010		
Continuity Correction <sup>b</sup>	5.249	1	.022		
Likelihood Ratio	7.201	1	.007		

Fisher's Exact Test				.011	.009
Linear-by-Linear Association	6.537	1	.011		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,46.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sarana Kesehatan (Rumah Sakit / Praktek Bidan/Puskesmas)	.178	.044	.714
For cohort Pelaksanaan IMD = Melaksanakan IMD	.578	.393	.848
For cohort Pelaksanaan IMD = Tidak Melaksanakan IMD	3.252	1.099	9.622
N of Valid Cases	56		

#### d. Metode persalinan

#### Metode Persalinan \* Pelaksanaan IMD

##### Crosstab

			Pelaksanaan IMD		Total
			Melaksanakan IMD	Tidak Melaksanakan IMD	
Metode Persalinan	Pervaginam	Count	28	12	40
		Expected Count	24.3	15.7	40.0
		% within Metode Persalinan	70.0%	30.0%	100.0%
		% within Pelaksanaan IMD	82.4%	54.5%	71.4%
		% of Total	50.0%	21.4%	71.4%
Caesar	Count	6	10	16	
	Expected Count	9.7	6.3	16.0	
	% within Metode Persalinan	37.5%	62.5%	100.0%	

	% within Pelaksanaan IMD	17.6%	45.5%	28.6%
	% of Total	10.7%	17.9%	28.6%
Total	Count	34	22	56
	Expected Count	34.0	22.0	56.0
	% within Metode Persalinan	60.7%	39.3%	100.0%
	% within Pelaksanaan IMD	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	60.7%	39.3%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.061 <sup>a</sup>	1	.024		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.790	1	.052		
Likelihood Ratio	5.002	1	.025		
Fisher's Exact Test				.035	.026
Linear-by-Linear Association	4.971	1	.026		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,29.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Metode Persalinan (Pervaginam / Caesar)	3.889	1.151	13.136
For cohort Pelaksanaan IMD = Melaksanakan IMD	1.867	.961	3.627
For cohort Pelaksanaan IMD = Tidak Melaksanakan IMD	.480	.262	.881
N of Valid Cases	56		

#### Kesadaran Persalinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sadar	7	12.5	43.8	43.8

Sadar	9	16.1	56.3	100.0
Total	16	28.6	100.0	
Missing System	40	71.4		
Total	56	100.0		

**e. Dukungan petugas kesehatan**

**Penolong Persalinan \* Pelaksanaan IMD**

**Crosstab**

			Pelaksanaan IMD		Total
			Melaksanakan IMD	Tidak Melaksanakan IMD	
Penolong Persalinan Dokter Spesialis	Count	15	16	31	
	Expected Count	18.8	12.2	31.0	
	% within Penolong Persalinan	48.4%	51.6%	100.0%	
	% within Pelaksanaan IMD	44.1%	72.7%	55.4%	
	% of Total	26.8%	28.6%	55.4%	
Bidan/Dokter Umum	Count	19	6	25	
	Expected Count	15.2	9.8	25.0	
	% within Penolong Persalinan	76.0%	24.0%	100.0%	
	% within Pelaksanaan IMD	55.9%	27.3%	44.6%	
	% of Total	33.9%	10.7%	44.6%	
Total	Count	34	22	56	
	Expected Count	34.0	22.0	56.0	
	% within Penolong Persalinan	60.7%	39.3%	100.0%	
	% within Pelaksanaan IMD	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	60.7%	39.3%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.424 <sup>a</sup>	1	.035		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.342	1	.068		

Likelihood Ratio	4.544	1	.033		
Fisher's Exact Test				.054	.033
Linear-by-Linear Association	4.345	1	.037		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,82.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penolong Persalinan (Dokter Spesialis / Bidan/Dokter Umum)	.296	.093	.942
For cohort Pelaksanaan IMD = Melaksanakan IMD	.637	.416	.974
For cohort Pelaksanaan IMD = Tidak Melaksanakan IMD	2.151	.989	4.674
N of Valid Cases	56		

## 2. Uji hipotesis

### Tingkat Pengetahuan \* Pelaksanaan IMD

#### Crosstab

			Pelaksanaan IMD		Total
			Melaksanakan IMD	Tidak Melaksanakan IMD	
Tingkat Pengetahuan	Tinggi	Count	21	7	28
		Expected Count	17.0	11.0	28.0
		% within Tingkat Pengetahuan	75.0%	25.0%	100.0%
		% within Pelaksanaan IMD	61.8%	31.8%	50.0%
		% of Total	37.5%	12.5%	50.0%
Rendah		Count	13	15	28
		Expected Count	17.0	11.0	28.0
		% within Tingkat Pengetahuan	46.4%	53.6%	100.0%

	% within Pelaksanaan IMD	38.2%	68.2%	50.0%
	% of Total	23.2%	26.8%	50.0%
Total	Count	34	22	56
	Expected Count	34.0	22.0	56.0
	% within Tingkat Pengetahuan	60.7%	39.3%	100.0%
	% within Pelaksanaan IMD	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	60.7%	39.3%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.791 <sup>a</sup>	1	.029		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.668	1	.055		
Likelihood Ratio	4.877	1	.027		
Fisher's Exact Test				.054	.027
Linear-by-Linear Association	4.706	1	.030		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pengetahuan (Tinggi / Rendah)	3.462	1.115	10.746
For cohort Pelaksanaan IMD = Melaksanakan IMD	1.615	1.028	2.538
For cohort Pelaksanaan IMD = Tidak Melaksanakan IMD	.467	.225	.967
N of Valid Cases	56		

### 3. Analisis multivariat

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	4.193	5	.522

Classification Table<sup>a</sup>

Observed			Predicted		
			Pelaksanaan IMD		Percentage Correct
			Melaksanakan IMD	Tidak Melaksanakan IMD	
Step 1	Pelaksanaan IMD	Melaksanakan IMD	27	7	79.4
		Tidak Melaksanakan IMD	10	12	54.5
Overall Percentage					69.6

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> TingkatPengetahuan	1.277	.632	4.079	1	.043	3.584	1.038	12.372
MetodePersalinan	.702	.777	.815	1	.367	2.017	.440	9.256
SaranaKesehatan	-1.778	1.080	2.710	1	.100	.169	.020	1.403
PenolongPersalinan	.310	1.022	.092	1	.761	1.364	.184	10.102
Constant	-2.927	1.489	3.864	1	.049	.054		

a. Variable(s) entered on step 1: TingkatPengetahuan, MetodePersalinan, SaranaKesehatan, PenolongPersalinan.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1 <sup>a</sup>	TingkatPengetahuan	1.277	.632	4.079	1	.043	3.584	1.038	12.372
	MetodePersalinan	.702	.777	.815	1	.367	2.017	.440	9.256
	SaranaKesehatan	-1.778	1.080	2.710	1	.100	.169	.020	1.403
	PenolongPersalinan	.310	1.022	.092	1	.761	1.364	.184	10.102
	Constant	-2.927	1.489	3.864	1	.049	.054		
Step 2 <sup>a</sup>	TingkatPengetahuan	1.286	.631	4.150	1	.042	3.617	1.050	12.463
	MetodePersalinan	.610	.716	.727	1	.394	1.841	.453	7.487
	SaranaKesehatan	-1.560	.807	3.738	1	.053	.210	.043	1.022
	Constant	-2.759	1.373	4.036	1	.045	.063		
Step 3 <sup>a</sup>	TingkatPengetahuan	1.358	.624	4.729	1	.030	3.887	1.143	13.214
	SaranaKesehatan	-1.835	.744	6.077	1	.014	.160	.037	.687
	Constant	-1.996	1.003	3.959	1	.047	.136		

a. Variable(s) entered on step 1: TingkatPengetahuan, MetodePersalinan, SaranaKesehatan, PenolongPersalinan.

**Lampiran 10****BIODATA MAHASISWA****Identitas**

Nama : KARINDRA AJI HIDAYAT  
 NIM : G2A008103  
 Tempat/tanggal lahir : SEMARANG/4 JANUARI 1991  
 Jenis kelamin : LAKI-LAKI  
 Alamat : KUKILO MUKTI RAYA 149 SEMARANG  
 E-mail : karindrahidayat@yahoo.com

**Riwayat Pendidikan Formal**

- |                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| 1. SD : SDN PEDURUNGAN KIDUL 08  | Lulus tahun: 2002 |
| 2. SMP : SMP N 2 SEMARANG        | Lulus tahun: 2005 |
| 3. SMA : SMA N 3 SEMARANG        | Lulus tahun: 2008 |
| 4. FK UNDIP : Masuk tahun : 2008 |                   |

**Keanggotaan Organisasi**

1. BEM FK UNDIP KASTRAT Tahun 2009 s/d 2010

**Pengalaman penelitian**

1. Judul \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_
2. Judul \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_
3. Judul \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_

74

**Pengalaman publikasi tulisan ilmiah**

1. Nama mahasiswa. \_\_\_\_\_ JUDUL \_\_\_\_\_ nama majalah, tahun, volume, nomor, halaman

**Pengalaman presentasi karya ilmiah**

1. Nama mahasiswa. \_\_\_\_\_ JUDUL \_\_\_\_\_ Forum \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_  
 Cara presentasi oral

**Karya ilmiah**

1. Nama penulis/peneliti. Judul karya ilmiah, penyelenggara, prestasi (Belum ada)

Lampiran 11

DOKUMENTASI PENELITIAN

