

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persentase perempuan menikah sebelum usia 18 tahun di dunia masih tergolong tinggi, meskipun terjadi penurunan signifikan di beberapa negara. Negara dengan persentase tertinggi yakni Nigeria sebesar 74,5%, Chad sebesar 71,5%, dan Bangladesh sebesar 66,2%. Sedangkan di wilayah Asia, persentase tertinggi perempuan menikah dibawah 18 tahun yaitu Asia Selatan, baik di wilayah perkotaan dengan persentase 29% maupun perdesaan dengan persentase 54%. Proporsi pernikahan dini di Indonesia relatif besar yaitu 22%, setelah Yaman sebesar 32%, dan negara-negara padat penduduk cenderung lebih besar proporsinya daripada rata-rata regional (UNFPA, 2012).

Pernikahan dini di Indonesia banyak terjadi di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi sebesar 25%, dan Jawa Timur sebesar 16,7% (BPS, 2016), sedangkan Provinsi Jawa Tengah prevalensi pernikahan dini pada usia di bawah 16 tahun yaitu sebesar 13,75%. Angka tersebut masih tergolong tinggi (BKKBN, 2009).

Menurut BPS (2016), Kabupaten Boyolali termasuk kabupaten dengan angka pernikahan dini tertinggi. Dua kecamatan di Boyolali dengan prevalensi pernikahan dini tertinggi yaitu Kecamatan Selo sebesar 40% dan Kecamatan Cepogo sebesar 28%.

Jumlah pernikahan dini di Kecamatan Selo tahun 2015 sebanyak 120 orang, sedangkan tahun 2016 dari bulan Januari-Agustus berjumlah 67 orang. Jumlah tersebut mengalami penurunan dari tahun 2013 yaitu sebanyak 198 orang dan tahun 2014 sebanyak 133 orang (KUA Selo, 2016).

Tingginya jumlah pernikahan dini berdampak terhadap kesehatan reproduksi perempuan seperti komplikasi kehamilan serta meningkatkan angka kematian hingga dua kali lipat pada perempuan yang menikah pada usia 15-19 tahun dibandingkan usia diatas 20 tahun. Selain itu masih terlalu lemah dalam memikul tanggung jawab secara fisiologis, psikologis, dan sosial yang dapat menimbulkan depresi, kecemasan dan gangguan suasana hati lainnya (Ahmed, dkk, 2014). Oleh karena itu peran suami sebagai kepala rumah tangga sangat diperlukan terutama pada pasangan yang menikah dini yang dimulai dari proses kehamilan, melahirkan, menyusui hingga membesarkan anak, karena secara signifikan pria memiliki tingkat kematangan emosi yang lebih tinggi dibandingkan perempuan yang menikah dibawah usia normal (Khairani dan Putri, 2008).

Selain dampak terhadap psikologis remaja yang menikah dini dampak lainnya yaitu peningkatan risiko Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT), gizi buruk dan gangguan kesehatan seksual reproduksi. Kondisi yang buruk dapat dialami oleh pasangan menikah dini pada seluruh indikator sosial dan ekonomi. Dampak paling buruk juga dapat dialami

anak-anak mereka seperti meningkatnya jumlah AKB (Angka Kematian Bayi) dan AKBA (Angka Kematian Balita) (BPS, 2016).

Jumlah AKBA tahun 2012 yaitu 40 per 1000 kelahiran hidup dan AKB 32 per 1000 kelahiran hidup. Upaya penurunan AKBA dan AKB yang dijalankan sejak tahun 1990 hingga tahun 2015 belum mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) (Bappenas, 2014). Oleh karena itu, indikator penurunan AKBA kembali disertakan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) dengan target 25 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2015).

Salah satu penyebab belum tercapainya penurunan AKBA dan AKB yaitu tingginya jumlah balita yang menderita gizi kurang, pendek atau kurus. Prevalensi balita gizi kurang masih sebesar 13,9% belum mencapai target MDGs sebesar 11,9%. Penanggulangan segala bentuk malnutrisi diantaranya dengan meningkatkan persentase bayi yang mendapat ASI eksklusif (Bappenas, 2014).

Asupan ideal untuk bayi yakni Air Susu Ibu (ASI) eksklusif hingga usia bayi 6 bulan dan dilanjutkan sampai anak berusia 2 tahun dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang sesuai. Namun di Indonesia, setelah sekitar empat bulan, jumlah bayi yang memperoleh ASI eksklusif kurang dari seperempatnya. Hasil penelitian Kurnia dkk (2013), menunjukkan terdapat hubungan antara pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi balita usia 6-24 bulan, dimana status gizi balita lebih baik yang mendapat ASI eksklusif dari pada yang tidak mendapat ASI eksklusif.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 39 Tahun 2013, bahwa setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya, kecuali dalam keadaan tertentu seperti adanya indikasi medis ibu, tidak ada atau ibu terpisah dari bayi. Dalam keadaan tersebut maka ibu, keluarga, tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya dapat memberikan susu formula bayi.

ASI eksklusif merupakan salah satu indikator yang digunakan dalam PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) Riskesdas tahun 2013. Indikator ini menggunakan data dari riwayat pernah diberikan ASI eksklusif pada bayi bawah dua tahun (Baduta). Proporsi rumah tangga untuk ASI eksklusif sendiri hanya 38%, angka tersebut tergolong masih rendah dan masih banyak provinsi di Indonesia yang belum memenuhi target nasional (Kemenkes RI, 2013).

Persentase pemberian ASI eksklusif di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2014 sebesar 60,7%, meningkat bila dibandingkan dengan tahun 2013 yaitu sebesar 52,99%. Persentase pemberian ASI eksklusif tertinggi terdapat di Kabupaten Wonosobo sebesar 83,3%. Sedangkan persentase pemberian ASI eksklusif terendah di Kabupaten Pekalongan hanya sebesar 37,3%. Masih banyak kabupaten di Jawa Tengah yang belum mencapai target, diantaranya Kabupaten Pekalongan, Banyumas, dan Boyolali (Dinkes Jateng, 2014).

Target cakupan pemberian ASI eksklusif tahun 2014 di Kabupaten Boyolali sebesar 70%, namun capaiannya sebesar 61,7% belum mencapai

target. Dari 29 puskesmas hanya 10 puskesmas yang sudah mencapai target, sedangkan 19 puskesmas lainnya masih dibawah target. Puskesmas dengan cakupan yang masih di bawah target antara lain Puskesmas Boyolali I, Nogosari, Banyudono I, Banyudono II, Cepogo dan, Selo (Dinkes Boyolali, 2014).

Capaian pemberian ASI eksklusif di Kecamatan Selo tahun 2014 berbanding terbalik dengan cakupan kunjungan bayi dan pelayanan kesehatan bayi. Cakupan ASI eksklusif hanya sebesar 48,3%, sedangkan cakupan kunjungan bayi di Kabupaten Boyolali tahun 2014 dilaporkan sebesar 97,40%, sudah memenuhi target SPM 2015 Kabupaten Boyolali sebesar 95%. Cakupan pelayanan kesehatan bayi di Kecamatan Selo juga sudah mencapai 98,6%. Cakupan ASI eksklusif di Kecamatan Selo masih jauh dari target SPM maupun nasional, sedangkan ASI eksklusif sendiri merupakan bagian dari kegiatan pelayanan kesehatan bayi melalui konsultan ASI eksklusif di puskesmas (Dinkes Boyolali, 2014).

Menurut hasil penelitian Ode (2011), kurangnya cakupan ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan dipengaruhi oleh berbagai macam faktor seperti pengetahuan ibu, kurangnya rasa percaya diri dan tidak memiliki ketrampilan untuk mempraktikkannya, ibu bekerja, perilaku atau sikap ibu, dukungan suami yang rendah dalam praktik ASI eksklusif serta peran tenaga kesehatan yang rendah dalam menunjang keberhasilan ASI eksklusif, sehingga mendorong ibu dalam memberikan makanan dan susu formula kepada bayinya.

ASI eksklusif yang tidak diberikan akan mempengaruhi kesehatan bayi dan berdampak pada kerentanan bayi terhadap penyakit tertentu. Pada penelitian Ghafini (2015), balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif memiliki risiko terkena pneumonia sebesar 3,095 kali lebih besar dibandingkan dengan balita yang mendapatkan ASI eksklusif. Selain itu penelitian lain menyebutkan bahwa bayi yang tidak diberikan ASI eksklusif memiliki risiko terkena campak 5,278 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi yang mendapatkan ASI eksklusif (Frida, 2007).

Keberhasilan dalam pemberian ASI eksklusif dapat dipengaruhi oleh dukungan dan peran dari pihak keluarga, terutama dukungan dan peran suami. Penelitian Sinubawardani (2015), menyimpulkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan peran suami dalam pemberian ASI eksklusif. Suami dengan pengetahuan baik tentang pemberian ASI berperan dalam proses tersebut.

Selain faktor suami, banyaknya bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif kemungkinan disebabkan oleh karakteristik ibu antara lain umur ibu yang masih terlalu muda sehingga tidak mengerti akan kebutuhan bayi disertai rendahnya pengetahuan dan dukungan informasi dari petugas kesehatan, keluarga dan masyarakat (Soetjningsih, 1997). Hasil penelitian Agam, dkk (2007), ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif terbesar pada kelompok umur <20 tahun, namun penelitian tersebut menyimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemberian ASI eksklusif. Berbeda dengan hasil penelitian Hilala (2013), ibu yang tidak

memberikan ASI eksklusif lebih banyak pada kelompok umur >30 tahun, dan menyimpulkan ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemberian ASI eksklusif.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Dukungan Suami dengan Pemberian ASI Eksklusif pada Pasangan Menikah Dini di Wilayah Kerja Puskesmas Selo Boyolali, dimana pencapaian ASI eksklusifnya masih rendah dan penelitian mengenai ASI eksklusif belum pernah dilakukan di daerah tersebut.

B. Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara pengetahuan, sikap, dan dukungan suami dengan pemberian ASI eksklusif pada pasangan menikah dini di wilayah kerja Puskesmas Selo, Kabupaten Boyolali?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara pengetahuan, sikap, dan dukungan suami dengan pemberian ASI eksklusif pada pasangan menikah dini di wilayah kerja Puskesmas Selo Boyolali.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran pengetahuan, sikap, dukungan suami, dan pemberian ASI eksklusif pada pasangan menikah dini di wilayah kerja Puskesmas Selo Boyolali.
- b. Menganalisis hubungan pengetahuan suami dengan pemberian ASI eksklusif pada pasangan menikah dini di wilayah kerja Puskesmas Selo Boyolali.
- c. Menganalisis hubungan sikap suami dengan pemberian ASI eksklusif pada pasangan menikah dini di wilayah kerja Puskesmas Selo Boyolali.
- d. Menganalisis hubungan dukungan suami dengan pemberian ASI eksklusif pada pasangan menikah dini di wilayah kerja Puskesmas Selo Boyolali.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat memberikan informasi kepada masyarakat khususnya suami, tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif sehingga menyusui bukan hanya menjadi tanggung jawab seorang ibu melainkan juga menjadi tanggung jawab seorang suami.

2. Bagi Instansi Terkait Khususnya Puskesmas Selo Boyolali

Penelitian ini dapat memberikan informasi dan masukan dalam pengambilan kebijakan ataupun perbaikan program terkait strategi

promosi pemberian ASI eksklusif sehingga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan dukungan suami terhadap pemberian ASI eksklusif.

3. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan dasar bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian yang lebih mendalam tentang peran suami dalam pemberian ASI eksklusif.