

POLA PEMBERIAN ASI DAN MAKANAN BAYI DI DESA SEMPULUR BOYOLALI

Oleh : Iman Sumarno; Sri Prihatini; Basuki Budiman;
dan Edwi Saraswati

ABSTRAK

Suatu studi kualitatif tentang pola penyusuan dan makanan bayi telah dilakukan di desa Sempulur, Boyolali. Data dikumpulkan melalui dua fokus grup. Di desa ini tidak ada Puskesmas, namun ada bidan desa yang memberikan pelayanan kesehatan (kuratif) dan pertolongan kelahiran. Desa ini relatif terisolasi. Kendaraan umum beroda empat memasuki desa ini dua hari sepekan, di hari lain hanya ojek yang memberikan pelayanan angkutan ke desa dan dari desa ini. Listrik belum masuk ke desa, karena itu masyarakat belum terpapar oleh iklan dan penerangan tentang ASI dan makanan bayi melalui televisi. ASI yang keluar tiga hari pertama dibuang karena kotor. Sejak bayi lahir sampai umur 3 hari diberi madu atau kelapa muda (sangat muda) atau air gula merah. ASI diberikan setiap bayi menangis sejak bayi umur 4 hari. Makanan lain pertama diberikan berkisar sejak bayi berumur 2 minggu sampai 4 bulan, namun sebagian besar memberikannya pada waktu bayi berumur kurang dari 2 bulan. Makanan ini biasanya dibuat dari bahan beras, tepung beras, tepung terigu. Ibu-ibu memberikan makanan ini umumnya agar bayi tidak menangis, dan ibu dapat mengerjakan pekerjaan di rumah. Sebagian besar anak di sapih pada umur dua tahun.

Pendahuluan

Manfaat air susu ibu (ASI) terhadap keadaan kesehatan dan gizi bayi dan anak sudah banyak diketahui umum, demikian pula manfaat menyusukan anak terhadap kesehatan ibu sudah sering disampaikan. Namun dari segi gizi, lebih banyak pembicaraan difokuskan pada dampak pemberian ASI kepada kesehatan bayi dan anak. ASI merupakan makanan bayi dengan nilai gizi yang paling sesuai dengan kebutuhan bayi. Selain itu ASI juga memberikan kekebalan kepada bayi (1, 2, 3, 4, 5) dan bayi ASI mempunyai risiko lebih rendah untuk terkena penyakit infeksi dan risiko kematian yang lebih rendah dibandingkan dengan bayi non ASI. Puffer dan Serano (1973) juga menunjukkan bahwa di Amerika latin pemberian ASI eksklusif lebih menguntungkan, berupa penurunan risiko kematian dari diare yang lebih rendah, jika dibandingkan dengan bayi yang tidak mendapat ASI atau mendapat ASI kurang dari satu bulan. ASI melindungi bayi dari infeksi dengan beberapa cara. Avery (6) meringkas artikel-artikel tentang kolostrum dan menyimpulkan bahwa kolostrum manusia sangat kaya akan limfosit, makrofage, dan immunoglobulin yang melindungi bayi dari penyakit karena bakteri maupun dari virus yang selalu terpapar kepada bayi-bayi dinegara berkembang. ASI mengandung faktor bifidus yang mendorong pengokohan mikroflora khusus di intestine, sehingga menciptakan lingkungan yang tidak menguntungkan bagi organisme patogen. ASI juga mengandung zat-zat pelindung seperti lysozyme, phagocytes, cell pembuat antibodi. Lebih lanjut bahkan ASI yang tidak sterilpun mengandung relative sedikit bakteri dibandingkan dengan kadar organisme yang sangat banyak yang terdapat pada susu botol di daerah miskin di negara-negara berkembang.

Berdasarkan fakta tersebut pemberian ASI secara eksklusif kepada bayi akan "mengurangi risiko terhadap penyakit infeksi". Pada tahun 1973, Abunain dan Maspaitella melaporkan bahwa di 6 provinsi di Indonesia bayi pada umumnya disusukan oleh ibunya (7). Namun beberapa tahun terakhir sering muncul pendapat bahwa seiring dengan perkembangan sosial ekonomi di daerah pedesaan terjadi erosi pemberian ASI, apabila ini benar hal ini akan dapat mengakibatkan memburuknya keadaan gizi dan kesehatan anak di daerah pedesaan. Suatu penelitian skala nasional yang dilaporkan oleh Budiarmo L.R. (8) menunjukkan bahwa balita yang pernah mendapat ASI adalah sekitar 95% di perkotaan dan 97% di pedesaan, namun yang pernah mendapat kolostrum hanya 55% di perkotaan dan 50% di pedesaan di Indonesia. Banyak kritik yang ditujukan terhadap kebenaran angka ini, karena masalah sampling, namun penelitian ini setidaknya menunjukkan bahwa sebagian besar balita tidak mendapatkan ASI eksklusif. Angka ASI eksklusif ini adalah angka nasional yang diperinci hanya sampai tingkat provinsi. Penelitian ini juga menyimpulkan bahwa ibu yang melahirkan di rumah sakit bersalin atau di klinik bersalin mempunyai kecenderungan untuk memberikan kolostrum kepada bayinya dibandingkan dengan kelahiran yang ditolong oleh dukun bayi atau di rumah. Sayangnya analisis pada penelitian tersebut hanya bivariat yang tidak mempertimbangkan faktor-faktor lainnya. Apabila ini benar maka pemberian kolostrum bukanlah kebiasaan yang berasal dari masyarakat, tetapi diperkenalkan dari luar melalui upaya pembangunan kesehatan dan gizi. Ini berarti bahwa masyarakat yang kurang berinteraksi dengan petugas kesehatan kemungkinan besar tidak memberikan kolostrum kepada bayi. Karena itu perlu dilakukan penelitian untuk mempelajari kebiasaan pemberian ASI dan makanan tambahan kepada bayi di desa-desa yang relatif terisolir. Penelitian kebiasaan pemberian ASI dan makanan tambahan pada bayi ini telah dilakukan di desa Sempulur di kecamatan Karanggede di kabupaten Boyolali.

Metoda

Penelitian ini dilakukan di desa Sempulur kecamatan Karanggede, kabupaten Boyolali. Karena yang dipelajari adalah kebiasaan masyarakat desa maka data yang dikumpulkan merupakan data kualitatif yang digali melalui dua fokus grup. Data yang dikumpulkan adalah kebiasaan menyetek bayi dan makanan tambahan yang diberikan kepada bayi; termasuk pemberian kolostrum, pemberian sebelum ASI keluar, frekuensi pemberian ASI sehari, pemberian makanan bila ibu harus bekerja di dalam maupun di luar rumah, pertama bayi mendapat makanan padat.

Tiap fokus grup diikuti 10 ibu penduduk desa yang mempunyai anak balita yang tinggal di sekitar rumah sekertaris desa dengan umur berkisar dari 19 tahun sampai 35 tahun. Fokus grup pertama diikuti ibu-ibu dengan pendidikan 4 tahun SD sampai lulus SD, sedangkan kelompok kedua diikuti ibu-ibu dengan pendidikan lulus SD sampai lulus SMP dan lulusan Madrasah Tsanawiyah. Fasilitator dan pengarah diskusi sangat menentukan kesuksesan dari fokus grup diskusi, sehingga semua peserta dapat berperan serta dalam diskusi dan menetralkan individu yang mendominasi diskusi dan merangsang peserta yang pendiam untuk berbicara. Karena itu fasilitator fokus grup adalah staf Puslitang Gizi yang sudah terlatih untuk memimpin kelompok grup diskusi.

Analisis dilakukan secara kualitatif, dengan menganalisis hasil dan proses diskusi fokus grup, serta informasi dari beberapa orang tua di desa yang bersangkutan.

Hasil

Gambaran umum desa Sempulur

Desa Sempulur merupakan satu dari 16 desa di kecamatan Karanggede, kabupaten Boyolali. Sempulur terletak lebih kurang 8 km dari kota Karanggede dan lebih kurang 36 km dari kota Boyolali. Walaupun ada jalan aspal di desa ini, namun kendaraan angkutan umum beroda empat memasuki desa ini hanya pada hari-hari pasar. Di Sempulur Pon dan Legi adalah hari pasar dan hanya pada saat inilah kendaraan umum memasuki desa sampai kira-kira pukul 16.00. Pada hari-hari lain kendaraan umum yang memasuki desa ini adalah Ojek.

Puskesmas terletak 8 km dari Desa Sempulur, namun di desa ini sudah ada satu bidan desa yang juga memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Posyandu hanya ada satu buah dan terletak di dekat kantor desa. Obat-obat simptomatik dan analgesik dijual secara bebas di warung-warung di kedua desa, antara lain obat sakit kepala, influenza, diare dan jamu-jamu. Obat-obatan lain seperti antibiotik tersedia di bidan desa.

Sebagian besar penduduk adalah lulusan sekolah dasar (SD) dan sebagian besar bekerja di sektor pertanian. Penduduk menggunakan air sumur dalam sebagai sumber air untuk kebutuhan rumah-tangga. Penduduk biasa melakukan buang air besar di semak-semak atau di kebun. Dari 425 rumah-tangga di Desa Sempulur 32 memiliki WC cemplung. Anak-anak kecil membuang air besar di halaman sedangkan yang agak besar di semak-semak atau di kebun.

Ternak biasa dikandang di sekitar rumah, namun di waktu malam sapi dan kerbau biasanya dikandang didalam rumah. Ini menunjukkan bahwa ternak ini sangat berharga dan keamanan masih belum terjamin. Yang menjadi masalah, bahwa pada siang hari anak-anak kecil main ditempat ini. Hal ini membuka kemungkinan penularan parasit dan sejenis diare melalui kotoran ternak kepada anak. Demikian pula penularan penyakit antar ternak dan manusia melalui serangga atau nyamuk.

Listrik masih belum masuk kedesa ini, sehingga informasi yang disampaikan melalui televisi belum menyetuh masyarakat di daerah ini.

Pemberian ASI

Pemberian ASI masih universal di desa Sempulur dan ini merupakan keharusan bahwa bayi manusia harus mendapat ASI manusia. Ibu yang tidak memberikan ASI kepada bayinya, akan dipergunjingkan oleh tetangganya. Urutan pemberian makanan kepada bayi menurut umur disajikan dalam Tabel 1.

ASI biasanya diberikan tiga hari setelah melahirkan. ASI yang kental kekuning-kuningan yang keluar pada hari-hari pertama sampai hari ketiga setelah melahirkan tidak diberikan kepada bayi. Sebagai gantinya ibu-ibu memberikan madu atau air degan (kelapa yang masih sangat muda) atau degan, karena kasihan. Kelapa yang masih sangat muda diberikan karena sangat lembut, sehingga bayi bisa menghisapnya. Pemberian madu, merupakan kebiasaan daerah pedesaan yang tersebar dari Nepal (UNICEF, 1987), India, Bangladesh, Malaysia dan Indonesia (Lombok dan NTT). Pemberian kelapa muda kepada bayi juga ditemukan di pedesaan dipantai Utara Jawa (9).

Table 1. Kebiasaan pemberian makanan kepada bayi dan anak di desa Sempulur, Boyolali

Makanan yang diberikan	Umur	Keterangan
Madu, air degan, degan	1-3 hari	Sebelum ASI keluar *
ASI	3 - sampai disapih	Diberikan setiap bayi menagis
Makanan tambahan pertama, bubur beras, bubur sumsum, sarimi, promina dan lainlain	5 hari - 4 bulan	Makanan tambahan umumnya diberikan supaya bayi tdk. menagis
Saat penyapihan	16 - 24 bulan	Sebagian besar anak di sapih umur > 2 tahun

* Termasuk pembuangan ASI pertama yang kental kekuning-kuningan

Degan yang langsung dibuka dan diberikan kepada bayi mungkin relatif bebas dari bakteri, tetapi kalau degan tidak habis sekali makan, sisanya disimpan pada suhu ruang justru akan menjadi media yang subur bagi berkembang biaknya bakteri (seperti sediaan). Sampai berapa jauh praktek ini akan membahayakan kesehatan bayi, sangat tergantung pada patogenesis dari bakteri yang tumbuh.

Bahan yang sangat penting dari ASI adalah kolostrum, yang mengandung zat yang memberikan imunitas kepada bayi. Sayangnya, pada prakteknya banyak yang justru membuang kolostrum. Ibu-ibu di desa inipun pada umumnya membuang kolostrum dengan alasan kotor karena kental dan kekuning-kuningan mirip dengan nanah. Namun karena kolostrum itu keluar sampai hari keenam (10), ini berarti hanya kolostrum yang keluar sampai tiga hari pertama yang dibuang, sisanya diberikan kepada bayi.

Pada umumnya ASI diberikan tidak berdasarkan jadwal yang teratur, tetapi diberikan setiap anak menagis. Apabila ibu sedang bekerja diluar rumah, biasanya yang diberikan kepada bayi bila menagis adalah air gula atau hanya air putih. Bagi yang mampu bayi diberi SGM, sayangnya tidak tersedia informasi apakah SGM diberikan sesuai dengan konsentrasi yang dianjurkan, atau lebih encer dari yang seharusnya. biasanya sisa susu akan tetap berada dibotol, sampai beberapa jam disuhu ruang sampai habis, yang memungkinkan terjadinya kontaminasi. Namun jumlah keluarga yang memberikan SGM relatif sangat kecil.

Makanan tambahan pertama diberikan pada saat bayi berumur lima hari sampai 4 bulan. Mereka yang memberikan makanan pertama pada umur 5 hari umumnya berupa bubur beras yang encer. Sebagian ibu memberikan bubur sumsum yang dibeli dipasar pada saat bayi berusia 7 hari. Mereka yang memberikan makanan pertama pada usia bayi empat bulan memberikan sarimi, bahkan yang mampu memberikan promina. Alasan pemberian makanan tambahan ini adalah agar anak diam, tidak menagis sehingga ibu bisa mengerjakan pekerjaan rumahtangga lainnya. Sayangnya tidak ada informasi sejak bayi umur berapa ibu-ibu mulai kembali mengerjakan pekerjaan rumahtangga.

Penyapihan umumnya dilakukan pada saat bayi berusia dua tahun, karena alasan kasihan dan alasan ekonomi. Bila anak disapih kurang dari dua tahun masih terlalu kecil, sehingga masih harus

diberi susu, karena susu harus dibeli dengan harga yang relatif mahal bagi mereka, maka lebih baik mereka diberi ASI.

Pembahasan

Informasi diatas menunjukkan bahwa pemberian ASI dilakukan atas dasar rasa kasihan dan tradisi dan informasi dari orang yang berkompetent tentang pemeliharaan bayi dan ibu hamil dalam hal ini dukun bayi. Secara tradisi ASI yang keluar pada hari-hari pertama berwarna kekuning-kuningan dan kental itu kotor maka ASI yang banyak mengandung kolostrum dibuang. Padahal menurut ilmu kesehatan dan gizi, kolostrum sangat berguna bagi bayi karena mempunyai zat yang memberikan perlindungan bagi bayi dari infeksi. Namun karena kolostrum masih keluar sampai hari keenam (10), sebagian kolostrum diberikan kepada bayi. Apalagi kandungan lactoferin dalam ASI baru turun setelah hari ke 15 (11). Yang menjadi masalah adalah bahwa pembuangan sebagian kolostrum yang dapat memberikan kekebalan terhadap infeksi dan juga zat gizi, justru diganti dengan minuman/makanan yang mungkin justru memasukan bibit penyakit kedalam tubuh bayi. Kecuali bila rumah tangga ini dapat memberikan madu asli kepada bayi, yang tidak selalu tersedia dan harganya relatif mahal. Sampai berapa besar pengaruh praktek ini terhadap keadaan kesehatan dan gizi bayi masih harus dikaji. Praktek yang sama juga ditemukan didaerah pedesaan dan perkotaan di Bogor (12), dimana madu, air putih diberikan kepada bayi 2 jam setelah dilahirkan. sampai saat hari ke empat, saat ASI sudah keluar cukup banyak. Karenanya perlu dilakukan pendekatan kepada para dukun bayi agar mereka dapat menerima dan percaya dan menyampaikan kepada ibu-ibu bahwa memberikan makanan lain selain ASI justru membahayakan kesehatan bayi dan andaikata terpaksa, berikan yang bersih, hindari makanan yang justru mengundang bakteri seperti air gula yang encer, atau kelapa muda yang sudah dibiarkan lama terbuka disuhu ruang. Akan sulit untuk merubah agar kolostrum yang keluar pada hari-hari pertama itu tidak perlu dibuang, karena yang ini dianggap kotor, yang mungkin tidak hanya diartikan secara fisik, karena itu menyarankan memberikan ASI ini kepada bayi akan sangat tinggi harga sosialnya (social cost). Karena itu perlu dipelajari konsekwensi pembuangan kolostrum pada beberapa hari pertama terhadap morbiditas atau kelangsungan hidup anak. Bila perbedaan tidak cukup besar, maka upaya mengubah makanan pertama yang diberikan kepada bayi akan lebih strategis daripada menganjurkan memberikan kolostrum yang dianggap kotor.

Degan diberikan hanya sekali sehingga bila degan itu diberikan kepada bayi segera setelah degan dibuka masih belum banyak terkontaminasi, tetapi bila degan disimpan diluar (tidak ada refrigerator) banyak bakteri yang akan tumbuh karena degan merupakan sediaan yang baik untuk berkembang biaknya bakteri. Andaikan yang tumbuh adalah bakteri patogen ini akan sangat berbahaya bagi kesehatan bayi. Karena itu perlu ditekankan disini agar degan benar-benar diberikan dalam keadaan yang baru dibuka, atau berikan saja madu, karena madu juga mengandung zat kekebalan dan bahkan zat anti racun yang akan melindungi bayi dari penyakit dan keracunan.

Asi diberikan setiap anak menangis. Apabila bayi menangis hanya karena lapar ada kemungkinan akan timbul keteraturan interval pemberian ASI, selain itu hal ini mengakibatkan frequency yang relatif tinggi memberikan rangsangan kepada ibu untuk mengeluarkan zat yang akan memperpanjang postpartum amenorrhoea, memperpanjang jarak kehamilan, yang akan sangat menguntungkan ibu dan bayi, karena mengurangi deplesi zat gizi akibat terlalu sering hamil, dan mempunyai waktu yang lebih

banyak untuk merawat bayi yang baru dilahirkan, dibandingkan bila ibu hamil lagi (13). Biasanya bila ibu hamil lagi ibu berhenti memberikan ASI, yang dapat berakibat negatif kepada anak. Masalah gizi yang diderita anak balita karena ibu hamil lagi sudah sejak lama dikenal oleh penduduk di Ghana yang oleh penduduk setempat dinamakan Kwasiorkor (14).

Kebiasaan memberikan makanan selain ASI yang terlalu awal (dua minggu), selain merupakan pemborosan sumber daya, karena kebutuhan zat gizi bayi masih bisa dipenuhi hanya dari ASI, juga mengundang masalah dengan memasukkan bakteri yang ada dalam makanan kedalam perut bayi, terutama di lingkungan pedesaan yang kurang sanitair dan kebiasaan yang kurang higienis. Kebiasaan ini justru dapat menjadi jalan tol masuknya bibit penyakit melalui mulut terutama penyakit saluran pencernaan. Kebiasaan memberikan makanan selain ASI justru sudah mulai dilakukan pada saat bayi masih berumur 2 minggu. Pemberian makanan selain ASI akan mengakibatkan bayi kenyang dan kurang bernaftu mengisap ASI. Hal ini dapat mengakibatkan kurangnya rangsangan pada tetek ibu, yang dapat mengurangi produksi ASI dan juga dapat memperpendek postpartum amonerrhea yang menaikkan kemungkinan ibu hamil lagi dan menjurus pada pemberhentian pemberian ASI sama sekali.

Rujukan

1. Chandra, R.K. Immunological aspects of human milk. *Nutrition reviews* 1978, 36(9):265-272.
2. Hanson LA.; et al. New knowledge in human milk immunoglobulin. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1978, 67(5): 577-582.
3. Jellife DB and Jellife EFP. *Human milk in the modern world*. Oxford: Oxford University Press, 1978.
4. Mata LJ and Wyatt RG. Host resistant to infection. *American Journal of Clinical Nutrition* 1971, 24(8): 976-986.
5. Gothefors L and Winberg J. Host resistant factors. *Journal of Tropical Pediatric, Environment and Child Health*. 1976;21:260-263.
6. Avery G.B. *The new born. Nutrition and growth*. Jellife and Jellife (eds). New York and London: Plenum Press, 1979.
7. Abunain D. dan Maspaitella F.J. . Pola pemberian makanan kepada bayi di beberapa daerah di Indonesia. *Penel Gizi Makan* 1973, 3: 42-48.
8. Budiarmo L.R. Perilaku pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif di Indonesia. Makalah pada "Pentaloka ASI eksklusif," Oktober 1994. Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
9. Satoto. Pola penyusuan bayi/ anak di dua desa pantai utara Jateng. Dalam kumpulan naskah Simposium Peningkatan Penggunaan Asi pada Pertumbuhan dan Perkembangan bayi dan anak. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Semarang, 24 September. 1977: 105-118.
10. Pittard III, William B. Bacteriostatic qualities of human milk. *Journal of Pediatrics* 1985, 107:240-243.
11. Houghton M; Santoso H; Sutjiningsih; Gracey M. Lactoferrin concentration in breast milk of Indonesian mothers. *Paediatrica Indonesiana* 1985, 25 (9,10):163-166.
12. Arnelia dan Sri Muljati. Praktek pemberian makanan bayi di Bogor dan faktor-faktor sosial budaya yang mempengaruhinya. *Penel Gizi Makan* 1993, 16 : 29-37.

13. Sudjasmin. Pola menyusui dan pemberian makanan pada anak balita penderita gizi buruk di wilayah Bogor. *Penel Gizi Makan* 1993, 16 :22-28.
14. Bender DA. *An introduction to nutrition and metabolism*. London : UCL press, 1993.