

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Kebiasaan Hidup Sehat atau PHBS pada Tatanan Rumah Tangga

A. Rumah Tangga

Rumah Tangga adalah lembaga dimana didalamnya terdapat sepasang suami istri, dan kemudian anak anaknya yang akan dibesarkan oleh suami istri itu sebagai ayah dan bunda.

Rumah tangga terdiri dari satu atau lebih orang yang tinggal bersama-sama di sebuah tempat tinggal dan juga berbagi makanan yang berhubungan dengan kehidupan. (Haviland, WA 2003) Anthropology Wadsworth, Belmont, CA)

B. Pengertian Perilaku Hidup Bersih Sehat Tatanan Rumah Tangga

PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat. Perilaku hidup bersih dan sehat merupakan cerminan pola hidup keluarga yang senantiasa memperhatikan dan menjaga kesehatan seluruh anggota keluarga. PHBS adalah semua perilaku yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat. Mencegah lebih baik daripada mengobati, prinsip kesehatan inilah yang menjadi dasar pelaksanaan Program PHBS.

PHBS di Rumah Tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. PHBS di Rumah Tangga dilakukan untuk mencapai Rumah

Tangga Sehat. Rumah tangga sehat berarti mampu menjaga, meningkatkan, dan melindungi kesehatan setiap anggota rumah tangga dari gangguan ancaman penyakit dan lingkungan yang kurang kondusif untuk hidup sehat (DepkesRI,2008).

PHBS merupakan salah satu strategi yang dapat ditempuh untuk menghasilkan kemandirian di bidang kesehatan baik pada masyarakat maupun pada keluarga, artinya harus ada komunikasi antara kader dengan keluarga/ masyarakat untuk memberikan informasi dan melakukan pendidikan kesehatan (Depkes RI, 2008).

C. Tujuan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga

Tujuan umum dari PHBS adalah meningkatnya rumah tangga sehat di desa, kabupaten/ kota diseluruh Indonesia, dan tujuan khususnya untuk meningkatkan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan anggota rumah tangga untuk melakukan PHBS serta berperan aktif dalam gerakan PHBS di masyarakat (Depkes RI,2008).

D. Manfaat Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga

Manfaat Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) bag irumah tangga adalah setiap rumah tangga meningkat kesehatannya dan tidak mudah sakit, anak tumbuh sehat dan cerdas, produktivitas kerja anggota keluarga meningkat, dan dengan meningkatnya kesehatan anggota rumah tangga maka biaya yang tadinya dialokasikan untuk kesehatan dapat dialihkan untuk biaya investasi seperti biaya pendidikan, pemenuhan gizi keluarga dan modal usaha untuk peningkatan pendapatan keluarga.

Manfaat Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) bagi masyarakat antara lain masyarakat mampu mengupayakan lingkungan sehat, masyarakat mampu mencegah dan menanggulangi masalah-masalah kesehatan, masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, masyarakat mampu mengembangkan upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) seperti Posyandu, jaminan pemeliharaan

kesehatan, tabungan bersalin (Tabulin), arisan jamban, kelompok pemakai air, ambulans desa dan lain-lain (Dinkes DIY,2008).

E. Sasaran Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga

Sasaran PHBS di rumah tangga adalah seluruh anggota keluarga secara keseluruhan dan terbagi dalam:

1) Sasaran Primer

Sasaran primer adalah sasaran utama dalam rumah tangga yang akan dirubah perilakunya atau anggota keluarga yang bermasalah (individu dalam keluarga yang bermasalah).

2) Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder adalah sasaran yang dapat mempengaruhi individu dalam keluarga yang bermasalah misalnya, kepala keluarga, ibu, orangtua, tokoh keluarga, kader tokoh agama, tokoh masyarakat, petugas kesehatan dan lintas sektor.

3) Sasaran Tersier

Sasaran tersier adalah sasaran yang diharapkan dapat menjadi unsure pembantu dalam tercapainya pelaksanaan PHBS misalnya, kepala desa, lurah, camat, kepala Puskesmas, guru, dan tokoh masyarakat.

2.1.2 Pemberian ASI Eksklusif dan Imunisasi

Dalam PP RI No. 33 (2012) pasal 1 ASI adalah cairan hasil sekresi kelenjar payudara ibu. ASI adalah emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam-garam anorganik yang sekresi oleh kelenjar mammae ibu, yang berguna sebagai makanan bagi bayinya. ASI (Air Susu Ibu) merupakan makanan alami pertama untuk bayi yang menyediakan semua vitamin, nutrisi dan mineral yang diperlukan bayi untuk pertumbuhannya dalam enam bulan pasca kelahirannya.

Pemberian ASI saja selama 6 bulan pasca kelahiran bayi ini disebut dengan ASI eksklusif, dimana menurut Roesli (2000) ASI eksklusif atau

pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberikan ASI saja, tanpa makanan tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim. hal yang sama juga dinyatakan oleh Purwanti (2012) bahwa ASI eksklusif adalah pemberian ASI sedini mungkin setelah persalinan, diberikan tanpa jadwal dan tidak diberi makanan lain, walaupun hanya air putih, sampai bayi berumur 6 bulan. ASI eksklusif adalah suatu tindakan dari seorang ibu yang memberikan ASI sedini mungkin, ditandai dengan tindakan ibu memberikan ASI pertama atau kolostrum pasca kelahiran bayinya, serta diberikan ASI dari usia 0-6 bulan dan dilanjutkan hingga bayi berusia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu 6 bulan (Kamsiah 2008) bahwa semua bayi harus mendapatkan ASI eksklusif sampai usia 6 bulan dan menyusui secara eksklusif yang mana pemberian ASI eksklusif ini akan menciptakan faktor lingkungan yang optimal untuk meningkatkan kecerdasan bayi melalui pemenuhan semua kebutuhan awal dari faktor-faktor lingkungan.

Definisi pemberian ASI atau menyusui menurut WHO (2011) adalah sebagai berikut: 1. Pemberian ASI eksklusif dengan menyusui eksklusif Φ adalah memberikan hanya ASI pada bayi dan tidak memberi bayi makanan atau minuman lain, termasuk air putih, kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes; ASI perah juga diperbolehkan, yang dilakukan sampai bayi berumur 6 bulan. 2. Pemberian ASI eksklusif dengan menyusui predominan Φ adalah menyusui bayi, tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air, misalnya teh (biasanya sebagai makanan/minuman prelakteal sebelum ASI keluar). 3. Pemberian ASI eksklusif dengan menyusui parsial Φ adalah menyusui bayi serta memberikan makanan buatan selain ASI, baik susu formula, bubur atau makanan lainnya, (baik diberikan secara kontinyu maupun diberikan sebagai makanan prelakteal).

Dari ketiga definisi WHO diatas, peneliti memfokuskan pada poin kedua. Hal ini disebabkan karena terlalu sulit mendapatkan bayi yang hanya diberikan ASI eksklusif tanpa tambahan obat lain. Sedangkan bayi

disarankan untuk imunisasi sedini mungkin apalagi bagi ibu yang bekerja. Tentu banyak hal yang terlalu sulit mendapatkan bayi yang yang diberikan ASI eksklusif poin pertama. Sehingga peneliti menetapkan untuk menggunakan konsep WHO dengan memfokuskan pada pemberian ASI eksklusif dengan menyusui dominan. ASI eksklusif tidak hanya bermanfaat bagi bayi tetapi ibu, keluarga dan negarapun dapat menikmati manfaat dari pemberian ASI eksklusif ini. seperti yang diutarakan oleh Kristiyansari (2009) bahwa ASI eksklusif dapat membantu memulai kehidupan bayi dengan baik, mengandung antibody, ASI mengandung komposisi yang tepat, mengurangi kejadian karies dentis, memberi rasa nyaman dan aman pada bayi dan adanya ikatan antara ibu dan bayi, terhindar dari alergi, dan ASI dapat meningkatkan kecerdasan bagi bayi serta membantu perkembangan rahang dan merangsang pertumbuhan gigi karena gerakan menghisap mulut bayi pada payudara. Sedangkan manfaat ASI untuk ibu dapat sebagai kontrasepsi, dapat mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan, dapat mengurangi berat badan, serta mendapatkan rasa kepuasan. Sedangkan bagi keluarga ASI eksklusif dapat menghemat pengeluaran, mendekatkan hubungan antar keluarga, serta sangat praktis. Bagi negara, ASI eksklusif dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi, menghemat devisa negara, mengurangi subsidi untuk rumah sakit, serta dapat meningkatkan kualitas generasi penerus. Hal senada juga di utarakan oleh Khasanah (2011) bahwa ASI eksklusif baik bagi pertumbuhan emas otak bayi, sebagai sumber nutrisi terbaik bagi bayi, meringankan pencernaan, meningkatkan kekebalan tubuh bayi, dan dapat mengurangi resiko obesitas di kemudian hari, serta ASI menyehatkan paru-paru bayi. Sedangkan bagi ibu ASI menguntungkan secara ekonomi, tidak pernah basi, memberikan percaya diri untuk menyusui, praktis dan tidak merepotkan, dapat menunda kehamilan, mengurangi resiko berat badan berlebih, mempercepat pengecilan ukuran rahim ibu, mengurangi resiko kanker payudara, mengurangi resiko kanker rahim, dan mengurangi stress dan kegelisahan serta dapat mengurangi resiko osteoporosis.

2.1.3 Imunisasi

a. Pengertian Imunisasi Dasar

Imunisasi merupakan salah satu bentuk intervensi kesehatan yang sangat efektif dalam upaya menurunkan angka kematian bayi dan balita. Imunisasi merupakan salah satu cara untuk memberikan kekebalan pada bayi dan anak terhadap berbagai penyakit. Berbagai macam penyakit menular seperti penyakit difteri, pertusis, campak, tetanus, dan polio telah terbukti menurun secara mencolok berkat pemberian imunisasi pada bayi dan anak.

Imunisasi adalah cara untuk menimbulkan imunitas atau kekebalan pada seseorang dengan menyiapkan dan menimbulkan antibodi, sehingga tubuh siap mengatasi kuman yang datang. Sedangkan yang dimaksud dengan vaksin adalah bahan yang dipakai untuk merangsang pembentukan zat anti yang dimasukkan ke dalam tubuh melalui suntikan (misalnya vaksin BCG, DPT, dan campak) dan melalui mulut (misalnya vaksin polio). Upaya pencegahan terhadap penyakit ini telah berhasil menurunkan morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (angka kematian) penyakit infeksi pada bayi dan anak. Banyak penyakit berbahaya yang dapat dicegah dengan pemberian imunisasi sehingga imunisasi menjadi salah satu bagian terpenting pada tahun pertama bayi. Memberi imunisasi bayi tepat pada waktunya adalah faktor yang sangat penting untuk menentukan keberhasilan imunisasi dan kesehatan bayi.

b. Tujuan Imunisasi

Menurut Hidayat (2007), tujuan pemberian imunisasi adalah diharapkan anak menjadi kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

Tujuan imunisasi antara lain adalah untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang dan menghilangkan penyakit tertentu di dunia, untuk melindungi dan mencegah penyakit-penyakit menular yang

sangat berbahaya bagi bayi dan anak, anak menjadi kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas, dan mengurangi angka penderita suatu penyakit yang sangat membahayakan kesehatan dan menyebabkan kematian.

c. Sasaran Program Imunisasi

Imunisasi dilakukan di seluruh Kelurahan di wilayah Indonesia. Imunisasi rutin diberikan kepada bayi di bawah umur satu tahun, wanita usia subur, yaitu wanita berusia 15 hingga 39 tahun termasuk ibu hamil dan calon pengantin. Imunisasi pada bayi disebut dengan imunisasi dasar, sedangkan imunisasi pada anak usia sekolah dasar dan wanita usia subur disebut dengan imunisasi lanjutan. Vaksin yang diberikan pada imunisasi rutin meliputi, pada bayi: hepatitis B, BCG, Polio, DPT, dan campak. Pada usia anak sekolah: DT (Difteri Tetanus), campak dan Tetanus Toksoid.

Pada wanita usia subur diberikan Tetanus Toksoid. Pada kejadian wabah penyakit tertentu di suatu wilayah dan waktu tertentu maka Imunisasi tambahan akan diberikan bila diperlukan. Imunisasi tambahan diberikan kepada bayi dan anak. Imunisasi tambahan sering dilakukan misalnya ketika terjadi suatu wabah penyakit tertentu dalam wilayah dan waktu tertentu, misalnya pemberian polio pada Pekan Imunisasi Nasional (PIN) dan pemberian imunisasi campak pada anak sekolah (Probandari et al., 2013).

Berdasarkan rekomendasi dari SAGE (*Strategic Advisory Group Of Expert On Immunization*) dan berdasarkan kajian dari *Regional Review Meeting on Immunization WHO/ SEARO* di New Delhi dan *Indonesian Technical Advisory Group of Immunization (ITAGI)* pada tahun 2010 maka pemberian imunisasi Hib dikombinasikan dengan DPT-HB menjadi DPT-HB-Hib (pentavalen) untuk mengurangi jumlah suntikan pada bayi dan perlunya diintegrasikan ke dalam program imunisasi nasional untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian bayi dan balita akibat pneumonia dan meningitis sehingga dapat tercapai target MDG's ke-

4 "Angka Kematian Balita (AKABA) 24/1000 kelahiran hidup pada tahun 2015" (Dinkes Kebumen, 2013).

d. Macam Imunisasi

Berdasarkan proses atau mekanisme pertahanan tubuh, imunisasi dibagi menjadi dua yaitu imunisasi aktif dan imunisasi pasif. Aktif adalah bila tubuh anak ikut menyelenggarakan terbentuknya imunitas, sedangkan pasif adalah bila tubuh anak tidak bekerja membentuk kekebalan, tetapi hanya menerimanya saja. Imunisasi aktif merupakan pemberian zat sebagai antigen yang diharapkan akan terjadi suatu proses infeksi buatan, sehingga jika benar-benar terjadi infeksi, maka tubuh secara cepat dapat merespon.

Menurut Hidayat (2009), dalam imunisasi aktif terdapat empat macam kandungan dalam setiap vaksinya, yaitu antigen, pelarut, preservatif, stabiliser, antibiotik, dan adjuvans. Antigen berfungsi sebagai zat atau mikroba guna terjadinya semacam infeksi buatan (berupa *polisakarida*, *toksoid*, virus yang dilemahkan, atau bakteri yang dimatikan). Pelarut dapat berupa air steril atau berupa cairan kultur jaringan. *Preservatif*, *stabiliser*, dan antibiotik berguna untuk mencegah tumbuhnya mikroba sekaligus untuk stabilisasi antigen. Adjuvans terdiri atas garam aluminium yang berfungsi untuk meningkatkan *imunogenitas antigen*.

e. Jenis Vaksin Imunisasi Dasar

Ada lima jenis imunisasi yang diberikan secara gratis di Posyandu, yang terdiri dari imunisasi Hepatitis B, BCG, Polio, DPT-Hib, serta campak. Semua jenis vaksin ini harus diberikan secara lengkap sebelum anak berusia 1 tahun diikuti dengan imunisasi lanjutan pada Balita dan Anak Usia Sekolah. Tahun 2013 pemerintah telah menambahkan Vaksin Hib (*Haemophilus Influenza Tipe B*), yang digabungkan dengan vaksin DPT-HB menjadi DPT-HB-Hib yang disebut vaksin pentavalen (Kemenkes RI, 2014).

Kemenkes RI (2014) menyebutkan bahwa vaksin Hepatitis B diberikan pada bayi baru lahir untuk mencegah penularan Hepatitis B dari ibu ke anak pada proses kelahiran. Hepatitis B dapat menyebabkan pengerasan hati yang berujung pada kegagalan fungsi hati dan kanker hati. Vaksin BCG diberikan satu kali pada usia 1 bulan guna mencegah kuman tuberkulosis menyerang paru, dan selaput radang otak yang bisa menimbulkan kematian atau kecacatan. Vaksin Polio diberikan 4 kali pada usia 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan untuk mencegah lumpuh layu.

Vaksin Campak diberikan dua kali pada usia 9 bulan dan 24 bulan untuk mencegah penyakit campak berat yang dapat mengakibatkan radang paru berat (pneumonia), diare atau menyerang otak. Vaksin DPT-HB-Hib diberikan 4 kali, pada usia 2, 3, 4 dan 18 bulan guna mencegah 6 penyakit, yaitu: Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B, Pneumonia (radang paru) dan Meningitis (radang otak). Penyakit Difteri dapat menyebabkan pembengkakan dan sumbatan jalan nafas, serta mengeluarkan racun yang dapat melumpuhkan otot jantung. Penyakit Pertusis berat dapat menyebabkan infeksi saluran nafas berat. Kuman Tetanus mengeluarkan racun yang menyerang syaraf otot tubuh, sehingga otot menjadi kaku, sulit bergerak dan sulit bernafas. Kuman Haemophilus Influenza tipe B dapat menyebabkan Pneumonia dan Meningitis (Kemenkes RI, 2014; Mubarak, 2011; Susanti, 2013).

2.1.4 Pemantauan Pertumbuhan Balita

Pertumbuhan merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi. Kebutuhan zat gizi akan meningkat pada masa percepatan pertumbuhan sang anak. Anak yang Pertumbuhannya baik merupakan bukti yang menunjukkan bahwa antara asupan dan kebutuhan gizinya seimbang, sedangkan anak yang pertumbuhannya tidak baik adalah bukti bahwa asupan dan kebutuhan gizinya tidaklah seimbang (kurang). Jika status gizi seorang anak normal maka anak tersebut akan tumbuh normal. Periode pertumbuhan

dan perkembangan terbagi atas neonatus dan bayi. Neonatus adalah sejak anak lahir sampai 28 hari. Diatas 29 hari sampai usia 12 bulan termasuk katagori periode bayi. Pada periode ini pertumbuhan dan perkembangan yang cepat terutama pada aspek kognitif, motorik dan sosial dan pertumbuhan rasa percaya diri pada anak melalui perhatian dan pemenuhan kebutuhan dasar dari orang tua. Kemampuan orang tua dalam memenuhi kebutuhan dasar dan memberikan sensoris motor mutlak diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak karena anak masih tergantung secara total kepada lingkungan, terutama keluarga sebagai lingkungan pertama (Supriasa, 2013).

Beberapa teori perkembangan yang dianut oleh Erik Erikson (2009) tentang perkembangan dari berbagai aspek yang berbeda, namun semua sepakat bahwa proses perkembangan terjadi selangkah-demi selangkah secara urut dan teratur. Erikson berjalan sejajar dengan pertumbuhan, dan interaksi antara perkembangan fisik dan psikologis. Sedangkan Sigmund Freud terkenal sebagai penggali teori alam bawah sadar dan pakar Psikoanalisis menerangkan bahwa berbagai problem yang dihadapi penderita dewasa ternyata disebabkan olehgangguan atau hambatan yang dialami selama perkembangan psikososialnya. Jean Piaget adalah pakar paling terkemuka dalam bidang teori perkembangan kognitif. Adapun inti pengertian teori Piaget menurut Monks adalah bahwa perkembangan dipandang sebagai kelanjutan generasi Embrio. Sears mengembangkan teori belajar yang dikaitkan dengan perilaku anak dalam perkembangan. Ia juga sangat menekankan pengaruh orang tua terhadap perkembangan anaknya, ia berpendapat bahwa pola asuh sangat menentukan perkembangan kepribadian anak (Sarwono, 2005).

Pemantauan pertumbuhan balita berarti melakukan pengecekan secara regular terhadap balita, bahwa pertumbuhannya sesuai dengan lajur hijau KMS pertumbuhan sesuai dengan umurnya. Beragam cara pengukuran digunakan untuk menafsir pertumbuhan salahsatu diantaranya adalah berat

badan menurut umur. Pengukuran yang berulang dan seksama akan memberi perbandingan dengan pengukuran sebelumnya akan diperlukan untuk mengetahui pertumbuhan bayi sedikit atau sesuai standar (Manefee, 2008). Berat badan terkait dengan tingkat kesehatan Balita. Menggunakan KMS, ibu dapat mengetahui pertumbuhan berat badan ideal yang harus dicapai oleh Balita ibu sesuai dengan perkembangan usianya. Melalui KMS, ibu dapat mengetahui bahan makanan sesuai gizi seimbang dan pedoman pemberian makanan yang sehat untuk Balita ibu, sehingga diharapkan balita ibu akan tumbuh dan berkembang.

Mengingat pentingnya informasi yang ada dalam KMS, sebaiknya setiap ibu yang mempunyai balita memiliki KMS. KMS harus dibawa ketika memeriksakan balita di posyandu, puskesmas atau tempat pelayanan kesehatan lainnya (DepKes RI, 2005). Anak Balita juga merupakan kelompok umur yang rawan gizi dan rawan penyakit. Kelompok ini yang merupakan kelompok umur yang paling menderita akibat gizi (KKP) dan jumlahnya dalam populasi besar. Beberapa kondisi atau anggapan yang menyebabkan anak balita ini rawan gizi dan rawan kesehatan antara lain sebagai berikut :

- a) Anak anak balita baru berada dalam masa transisi dari makanan bayi ke makanan orang dewasa.
- b) Biasanya anak balita ini sudah mempunyai adik atau ibunya sudah bekerja penuh, sehingga perhatian ibu sudah berkurang.
- c) Anak balita sudah main ditanah, dan sudah dapat main diluar rumahnya sendiri, sehingga mudah tercemar dengan lingkungan yang kotor dan kondisi yang memungkinkan untuk terinfeksi dengan berbagai macam penyakit.
- d) Anak balita belum dapat mengurus dirinya sendiri, termasuk dalam memilih makanan. Lain pihak ibunya sudah tidak memperhatikan lagi makanan anak balita, karena di anggap sudah dapat makan sendiri. (Supariasa, 2004)

Kegiatan bulanan di Posyandu merupakan kegiatan rutin yang bertujuan untuk memantau pertumbuhan berat badan-balita dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat(KMS), memberikan konseling gizi, dan memberikan pelayanan gizi dan kesehatan dasar. Untuk tujuan pemantauan pertumbuhan balita dilakukan penimbangan balita setiap bulan. KMS berat badan balita hasil penimbangan bulan diisikan dengan titik dan dihubungkan dengan garis sehingga membentuk garis pertumbuhan anak.

Berdasarkan garis pertumbuhan ini dapat dinilai apakah berat badan anak hasil penimbangan dua bulan berturut-turut: NAIK (N) atau TIDAK NAIK (T) dengan cara yang telah ditetapkan dalam buku Panduan Penggunaan KMS Bagi Petugas Kesehatan. Selain informasi N dan T, dari kegiatan penimbangan dicatat pula jumlah anak yang datang ke posyandu dan ditimbang (D), jumlah anak yang tidak ditimbang bulan lalu (O), jumlah anak yang baru pertama kali ditimbang (B), dan banyaknya anak yang beratbadannya di Bawah Garis Merah (BGM).

Catatan lain yang ada di posyandu adalah jumlah seluruh balita yang ada di wilayah kerja posyandu (S), dan jumlah balita yang memiliki KMS pada bulan yang bersangkutan (K) Data yang tersedia di posyandu dapat dibagi menjadi dua kelompok sesuai dengan fungsinya, yaitu: Kelompok data yang dapat digunakan untuk pemantauan pertumbuhan balita, baik untuk penilaian keadaan pertumbuhan individu (N atau T dan BGM), dan penilaian keadaan pertumbuhan balita di suatu wilayah (% N/D). Kelompok data yang digunakan untuk tujuan pengelolaan program/ kegiatan di posyandu (% D/S dan % K/S)(Depkes RI, 2005).

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan kematian ibu dan bayi

(Depkes RI, 2006). Menurut Depkes RI (2006), sasaran Pelayanan Kesehatan di Posyandu adalah: bayi, anak balita, ibu hamil, ibu melahirkan, ibu nifas dan ibu menyusui serta Pasangan Usia Subur (PUS).

2.1.5 Pendidikan dan Pekerjaan Ibu Rumah Tangga atau Ibu Bekerja

Ibu Bekerja di Negara Berkembang Berbeda dengan negara maju, seorang ibu yang bekerja demi menambah hasil pendapatan keluarga merupakan suatu keharusan. Di negara yang sedang berkembang seperti Indonesia tingkat kemiskinan yang semakin meningkat dan merebaknya pengangguran menjadi salah satu alasan mengapa banyak ibu yang bekerja. Dampak Ibu Bekerja Terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. Status ibu bekerja tentu saja memiliki dampak terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak, khususnya anak balita. Dampak tersebut dibagi menjadi dua yaitu dampak positif dan dampak negatif. 1. Dampak Positif Ibu Bekerja Ibu yang bekerja akan memiliki penghasilan yang dapat menambah pendapatan rumah tangga. Mereka yang bekerja lebih memiliki akses dan kuasa terhadap pendapatan yang dihasilkan untuk digunakan untuk keperluan anak mereka (UNICEF, 2007).

Para ibu akan lebih memilih membeli sesuatu seperti makanan bergizi seimbang yang dapat menunjang pemenuhan kebutuhan pangan anak mereka (Glick, 2002). Jika kebutuhan pangan anak terpenuhi, maka status gizi anak pun menjadi baik. Essortment (2002) dalam McIntosh dan Bauer (2006), juga mengatakan bahwa dengan pendapatan rumah tangga yang ganda (suami dan istri bekerja), banyak wanita lebih mampu menentukan banyak pilihan untuk keluarga mereka di dalam hal nutrisi dan pendidikan. Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Gennetian et al. (2009), bahwa ibu yang bekerja memiliki kemampuan untuk membeli makanan berkualitas tinggi, kebutuhan rumah tangga lainnya dan biaya kesehatan. Walaupun ibu bebas memilih untuk membeli makanan, hal ini tergantung pendidikan ibu tentang gizi. Ibu yang tidak tamat pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) tentunya akan berbeda dalam hal memilih

makanan dengan ibu yang tamat pendidikan SMA. Mereka yang memiliki pengetahuan cukup tentang gizi, akan memilih makanan yang memiliki nutrisi lebih baik, yaitu makanan yang mengandung makronutrien dan mikronutrien yang berguna bagi tubuh.

Para ibu yang berpendidikan juga lebih mudah untuk mengakses layanan kesehatan yang lebih modern dan memahami pesan-pesan kesehatan yang disampaikan oleh lembaga lembaga kesehatan (Moestue dan Huttly, 2008). Selain penampilan makanan yang dapat menambah selera makan anak, faktor gizi juga harus dipertimbangkan dalam memilih makanan (Sediaoetama, 2006). Maka dari itu, jika seorang ibu yang bekerja tidak dapat mempergunakan penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan anak dengan baik dan bijaksana, akan timbul efek negatif (Glick, 2002). Menurut Sediaoetama (2008), pemenuhan kebutuhan gizi baiknya dimulai dari anak balita (bawah lima tahun), karena pada usia ini pertumbuhan dan perkembangan anak menentukan tingkat kecerdasan otak pada saat anak tersebut dewasa.

Ali Khomsan (2010) juga mengatakan bahwa, periode perkembangan otak anak yang rawan gizi dimulai dari saat dalam kandungan ibunya hingga berusia dua tahun. Jika pada saat mengandung gizi ibu terpenuhi, maka anak akan terhindar dari cacat bawaan. Mereka pun lebih aktif daripada anak dengan ibu gizi kurang saat kehamilan. Ibu yang kurang gizi saat kehamilan biasanya akan melahirkan anak dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Dampak positif ibu bekerja dapat juga dilihat dari efek yang didapat apabila anak mereka dititipkan di tempat penitipan anak. Mereka yang dititipkan di tempat penitipan anak yang memperkerjakan pengasuh terlatih, memiliki interaksi social yang baik, perkembangan kognitif yang pesat, dan lebih aktif jika dibandingkan dengan anak yang hanya berada di rumah bersama ibunya yang tidak bekerja. Anak dengan ibu yang bekerja memiliki tingkat intelegensi lebih tinggi. Dampak Negatif Ibu Bekerja Seperti yang telah disebutkan di atas, jika seorang ibu yang bekerja tidak memiliki kuasa penuh atas penghasilannya, maka kebutuhan

pangan anak kurang terpenuhi. Akibatnya anak mereka akan mengalami gizi kurang bahkan menjadi gizi buruk. Anak menjadi lebih pendek daripada anak lain seusianya dan lebih rentan terkena penyakit seperti infeksi (Glick, 2002).

Status gizi kurang atau gizi buruk yang dialami balita juga dapat terjadi akibat memendeknya durasi pemberian Air Susu Ibu (ASI) oleh ibu karena harus bekerja (Glick, 2002). Banyak dari mereka yang kembali bekerja saat anak mereka masih di bawah umur 12 bulan (Engle, 2000). Hogart et al. (2000) dalam Reynolds (2003) juga mengatakan bahwa sekitar satu pertiga dari ibu yang bekerja saat mengandung, kembali bekerja penuh waktu saat anak mereka berusia 11 bulan. Mereka kembali bekerja pada saat awal kehidupan bayi mereka, yaitu saat-saat kritis di mana perkembangan otak sedang berlangsung dan membutuhkan ASI sebagai nutrisi utama. Rekomendasi dari WHO, ASI eksklusif sebaiknya diberikan dalam enam bulan pertama kelahiran, diteruskan sampai umur 1-2 tahun.

Faktor pendidikan ibu juga mempengaruhi lamanya durasi pemberian ASI oleh ibu-ibu yang bekerja. Akibat jam kerja, waktu kebersamaan atau *quality time* antara ibu dan anak pun akan berkurang. Sehingga perkembangan mental dan kepribadian anak akan terganggu, mereka lebih sering mengalami cemas akan perpisahan atau *separation anxiety* (Mehrota, 2011), merasa dibuang dan cenderung mencari perhatian di luar rumah (Mehrota, 2011), serta kenakalan remaja. Hal ini dikarenakan akibat jadwal kerja yang terlalu sibuk, mengakibatkan para ibu tidak dapat mengawasi dan ikut berpartisipasi dalam setiap kegiatan anak.

Jarak rumah dengan tempat kerja juga menjadi faktor pengganggu. Mereka yang bekerja di luar negeri tentunya frekuensi berjumpa dengan anak dan suami mereka lebih sedikit daripada para ibu yang bekerja di tanah air. Keharmonisan di dalam keluarga pun akan berkurang, ibu bekerja di negara berkembang lebih memilih untuk mencari pengasuh pengganti untuk anak balita mereka. Anak mereka biasanya dijaga oleh

anak yang lebih tua atau oleh kerabat dikarenakan keterbatasan finansial. Keterlibatan anak yang lebih tua sebagai pengasuh pengganti, dapat menyebabkan anak tersebut putus sekolah juga mengatakan bahwa, kebanyakan dari mereka yang menjadi pengasuh pengganti adalah anak perempuan yang lebih tua.

Perempuan dalam suatu keluarga harus putus sekolah demi menjaga adiknya yang berumur di bawah lima tahun, maka rantai gizi buruk pun akan terulang kembali. Mereka yang tidak berpendidikan, tidak memiliki pengetahuan cukup tentang gizi yang berakibat fatal bagi status gizi anak apabila mereka menjadi ibu kelak. Lapangan pekerjaan bagi mereka yang tidak berpendidikan hanya sebatas di sektor informal seperti pembantu rumah tangga yang gajinya tentu tidak lebih tinggi dari sektor formal seperti pegawai kantor. Selain anak perempuan yang lebih tua, para kerabat ibu juga sering menjadi pengasuh pengganti. Diantaranya adalah ibu mereka sendiri atau sang nenek yang sudah memiliki pengalaman dalam hal mengurus anak. Status gizi anak dapat menjadi baik apabila pengasuh pengganti memiliki pengalaman dan pendidikan tentang mengasuh anak dan pengelolaan gizi anak (Glick, 2002).

Tetapi, walaupun mereka yang tetap di rumah memiliki waktu yang lebih banyak sehingga anak mereka lebih baik secara emosional dan secara akademis, waktu kebersamaan yang ada belum tentu selalu lebih baik daripada ibu yang bekerja. Hal ini dikarenakan kebanyakan waktu yang mereka miliki semata-mata untuk membersihkan dan mengurus rumah (McIntosh dan Bauer, 2006). Pada kasus keluarga miskin, ditambah dengan penghasilan yang ada hanya dari sang ayah, tanpa ada pemasukan dari si ibu, tentu saja kebutuhan pangan anak tidak dapat terpenuhi secara maksimal. Ibu tidak dapat membeli makanan yang bergizi dan berimbang yang memiliki harga sedikit lebih mahal untuk memenuhi kebutuhan pangan anak mereka. Akibatnya pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu.

2.1.6 Pengetahuan Ibu Balita

Faktor pengetahuan kesehatan juga akan berpengaruh kepada perilaku sebagai jangka menengah dari pendidikan kesehatan. Selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh pada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran pendidikan kesehatan. Semua petugas kesehatan telah mengakui bahwa pendidikan kesehatan itu penting untuk menunjang program-program kesehatan yang lain, akan tetapi pada kenyataannya pengakuan ini tidak didukung oleh kenyataan. Artinya dalam program-program pelayanan kesehatan kurang melibatkan pendidikan kesehatan, hal ini dikarenakan pendidikan kesehatan tidak segera membawa manfaat bagi masyarakat dan yang mudah dilihat atau diukur, hasil investmen pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu pendek pendidikan kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat. Sedangkan peningkatan pengetahuan saja belum akan berpengaruh langsung terhadap indikator kesehatan (Notoatmodjo, 2007. hal. 106)

Menurut Green menjelaskan bahwa perilaku dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, nilai sebagai faktor predisposisi, ketersediaan sumber atau fasilitas sebagai faktor pendukung dan sikap perilaku petugas sebagai faktor pendorong. Konsep dasar yang dikemukakan oleh Green : menjelaskan bahwa perilaku ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor yaitu

a. *Predisposing Factors* (faktor predisposisi)

Faktor predisposisi ini meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma sosial dan persepsi.

b. *Enabling Factors* (faktor pendukung)

Enabling factor ini meliputi ketersediaan sarana pelayanan dan kemudian mendapatkan pelayanan.

c. *Reinforcing Factors* (faktor penguat/ pendorong)

Reinforcing factors ini meliputi sikap dan perilaku petugas kesehatan dan perilaku tokoh acuan.

2.2 Hipotesis

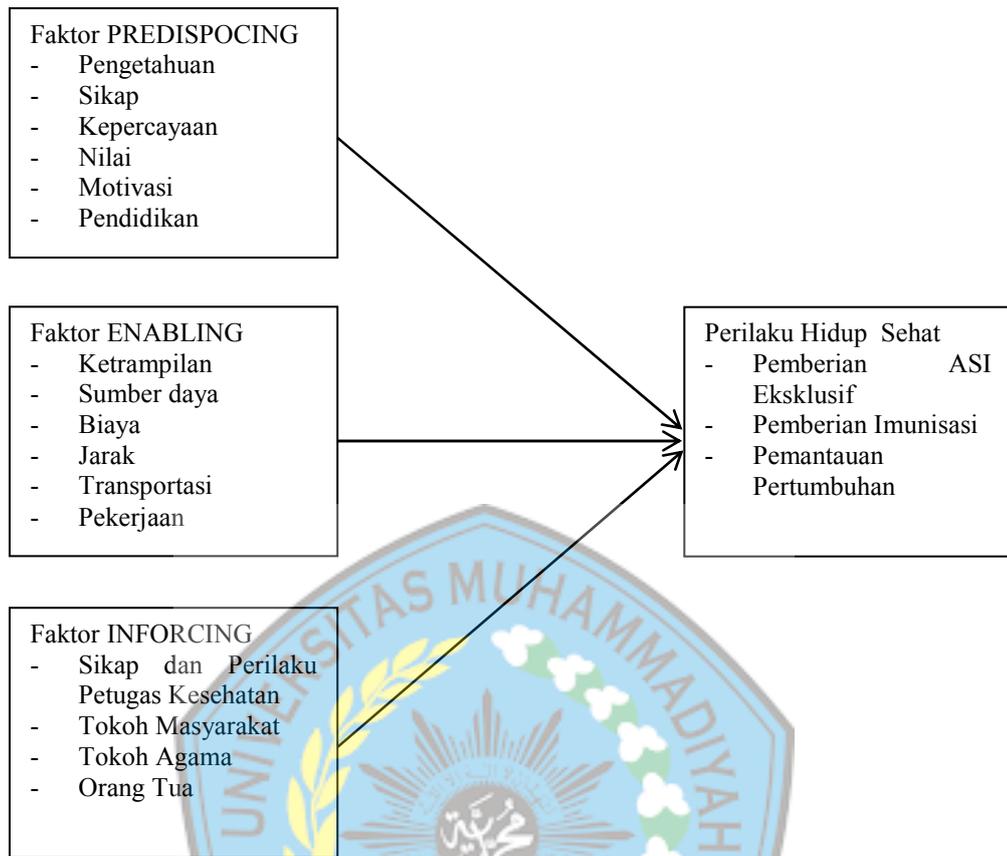
Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan antara Pendidikan Ibu rumah tangga dengan pemberian ASI Eksklusif
2. Ada hubungan antara Pendidikan Ibu rumah tangga dengan pemberian Imunisasi
3. Ada hubungan antara Pendidikan Ibu rumah tangga pemantauan pertumbuhan balita usia 7 – 24 bulan
4. Ada hubungan antara Pekerjaan Ibu rumah tangga dengan pemberian ASI Eksklusif
5. Ada hubungan antara Pekerjaan Ibu rumah tangga dengan pemberian Imunisasi
6. Ada hubungan antara Pekerjaan Ibu rumah tangga dengan pemantauan pertumbuhan balita usia 7 – 24 bulan

2.3 Kerangka Teori

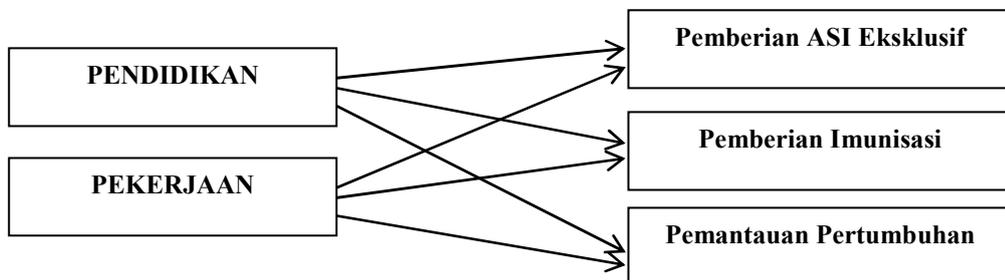
Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, di mana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data. Jadi hipotesis juga dapat dinyatakan sebagai jawaban teoritis terhadap rumusan masalah penelitian, belum jawaban yang empirik (Sugiyono, 2010).

Berdasarkan pada masalah dan tujuan yang akan dicapai dalam penelitian ini, maka kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep