

**UPAYA PENINGKATAN
PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF :
KAJIAN TEORETIS TENTANG PERAN MASYARKAT
DAN BUDAYA DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN**

FAIRUS PRIHATIN IDRIS



pena persada
PENERBIT CV. PENA PERSADA

**UPAYA PENINGKATAN
PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF :
KAJIAN TEORETIS TENTANG PERAN MASYARAKAT DAN
BUDAYA DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN**

Penulis:

Fairus Prihatin Idris

Editor :

Wiwit Kurniawan

ISBN : 978-623-6837-81-8

Design Cover :

Retnani Nur Brilliant

Layout :

Nisa Falahia

Penerbit CV. Pena Persada

Redaksi :

Jl. Gerilya No. 292 Purwokerto Selatan, Kab. Banyumas
Jawa Tengah

Email : penerbit.penapersada@gmail.com

Website : penapersada.com Phone : (0281) 7771388

Anggota IKAPI

All right reserved

Cetakan pertama : 2020

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang
memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin
penerbit

Buku Ini Penulis Persembahkan Untuk :

Orang tua :
Alm. F. Traya, S.pd
A.M Idris

Suami :
Bayu Fito,ST

Anak :
Ratu Aqilah
Attar Alarikh

KATA PENGANTAR

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan tambahan lain pada bayi berumur nol sampai enam bulan (6 x 30 hari). Hanya ASI satu-satunya makanan dan minuman yang diperlukan oleh seorang bayi dalam enam bulan pertama. ASI adalah makanan yang bergizi dan berkalori tinggi, yang mudah untuk dicerna. ASI memiliki kandungan yang membantu penyerapan nutrisi, membantu perkembangan dan pertumbuhan, juga mengandung sel-sel darah putih, anti-bodi, anti-peradangan dan zat-zat biologi aktif yang penting bagi tubuh bayi dan melindungi bayi dari berbagai penyakit. Pada bulan-bulan pertama, saat bayi berada pada kondisi yang sangat rentan, pemberian makanan atau minuman lain selain ASI akan meningkatkan resiko terjadinya diare, infeksi telinga, alergi, meningitis, leukemia, Sudden Infant Death Syndrome/SIDS - sindrom kematian tiba-tiba pada bayi- penyakit infeksi dan penyakit-penyakit lain yang biasa terjadi pada bayi.

Buku ini akan menjabarkan tentang pentingnya pemberian ASI Eksklusif pada bayi dan dampaknya pada kesehatan. Lebih jauh akan dibahas tentang bagaimana upaya yang perlu dilakukan dalam meningkatkan kesadaran ibu menyusui dalam pemberian ASI Eksklusif. Dalam buku ini akan dianalisis berbagai teori yang membahas tentang optimalisasi peran Ibu dalam pemberian ASI. Di BAB-BAB selanjutnya akan dijabarkan secara teoritis tentang upaya pemberian ASI melalui peran dan partisipasi masyarakat. Lebih jauh kajian buku ini akan menyuguhkan pandangan bagaimana peningkatan pemberian ASI melalui kompetensi budaya dan program pendidikan kesehatan PEN-3.

Salah satu model konseptual untuk promosi kesehatan adalah Model The PEN-3. Model ini Menyediakan metode fungsional menangani budaya dalam pengembangan, pelaksanaan, dan evaluasi program pendidikan kesehatan dan program promosi. Meskipun model ini mengacu pada teori dan aplikasi dalam kajian budaya, namun model ini menggabungkan model pendidikan kesehatan, teori, dan kerangka kerja. Dimensi

dari Model PEN-3 telah berevolusi dari Health belief Model dan Kerangka PROCEDE - PROCEED.

Menyusui yang optimal dibutuhkan pemilihan oleh ibu yang dikombinasikan dengan kemampuan ibu untuk melaksanakan pilihan tersebut, yang pada gilirannya dipengaruhi oleh faktor sosial, fisik, dan faktor logistik yang langsung terhadap pengalaman ibu. Pengaruh dari pengalaman pribadi ibu, seperti budaya secara langsung maupun tidak langsung dapat dianggap sebagai faktor yang mempengaruhi pilihannya. Budaya adalah istilah yang kita gunakan untuk menggambarkan nilai-nilai, keyakinan, praktek dan cara-cara di mana masyarakat berada. Hal ini juga mencakup cara orang mengekspresikan diri, berkomunikasi, dan berinteraksi satu sama lain. Faktor tersebut adalah penentu yang kuat yang mempengaruhi sejauh mana seorang ibu memilih untuk memberikan ASI atau menyusui secara optimal.

Terimakasih dan penghargaan penulis haturkan kepada para guru-guru penulis Prof. Dr. Veni Hadju, MSc., PhD. DR. Ridwan M. Thaha, M.Sc. DR. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes. DR. Oedojo Soedirham, MPH., MA., PhD. Prof.DR dr. H.M. Alimin Maidin, MPH. Prof. Saifuddin Sirajuddin, MS. DR.dr. Burhanuddin Bahar, MS. DR. Suriah, SKM., M.Kes. Atas bimbingannya kepada penulis. Serta ungkapan terimakasih sedalam-dalamnya kepada semua pihak yg membantu penulis dalam penyusunan tulisan ini. Semoga apa yang ada dalam buku ini bisa bermanfaat bagi kita semua. Akhirnya penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, segala saran dan masukan dari pembaca adalah suatu hal yang penulis nantikan.

Penulis

Fairus Prihatin Idris

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi

BAB 1

PERMASALAHAN TENTANG PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

A. Pemberian ASI Eksklusif.....	1
B. Situasi Cakupan ASI Eksklusif.....	2
C. ASI Eksklusif dan Angka Kematian Bayi (AKB)	6
D. Permasalahan Lainnya tentang ASI Eksklusif	11
E. Kajian dalam Buku Ini.....	12

BAB 2

ASI EKSKLUSIF DAN DAMPAKNYA

A. ASI Eksklusif	13
B. Peranan ASI pada Kecerdasan Anak	19
C. Berbagai Penyakit Akibat Tidak ASI Eksklusif	21

BAB 3

PERILAKU PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

A. Model Determinan Perilaku Menyusui (Lutter, 2000) ...	24
B. Determinan Perilaku Kesehatan (Green, 2005 dalam Notoatmodjo, 2003).....	26

BAB 4

UPAYA PENINGKATAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

A. Regulasi tentang ASI Eksklusif	28
B. Upaya Pemecahan Permasalahan ASI Eksklusif	31
C. Strategi Nasional Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (PP ASI)	34
D. Berbagai Studi Tentang Upaya Pemberian ASI Eksklusif	37

BAB 5

UPAYA PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF MELALUI KEBIJAKAN PEMERINTAH

A. Kebijakan di Daerah tentang ASI di Sulawesi Selatan...	48
B. Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI)	51

C. Kelompok Pendukung ASI (KP - ASI)	52
D. Situasi Gerakan Pemberdayaan ASI Saat ini	55
1. Implikasi Perda Sulsel saat ini	55
2. Situasi tentang Asosiasi Ibu Menyusui (AIMI)	57
3. Situasi Gerakan Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI).....	57
BAB 6	
UPAYA PENINGKATAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF MELALUI PARTISIPASI MASYARAKAT	
A. Pengertian Partisipasi Masyarakat	60
B. Antara " <i>Mechanistic Planing</i> " dan " <i>Human Action Planing</i> "	61
C. Alasan Utama Pentingnya Partisipasi Masyarakat	63
BAB 7	
UPAYA PENINGKATAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF MELALUI KOMPETENSI BUDAYA	
A. Definisi Kompetensi Budaya	65
B. Beberapa Dimensi Kompetensi Budaya.....	66
C. Model PEN-3 sebagai Pengembangan Program Pendidikan Kesehatan	68
BAB 8	
KETERAMPILAN KONSELING DALAM PENINGKATAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF	
A. Peran Fasilitator.....	84
B. Proses Konseling	86
C. Konseling Menyusui	88
D. Pendekatan Belajar Mengajar	89
E. <i>The Community Action Model</i>	91
BAB 9 PENUTUP	98
DAFTAR PUSTAKA	99

**UPAYA PENINGKATAN
PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF:
KAJIAN TEORETIS TENTANG PERAN MASYARKAT
DAN BUDAYA DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN**

BAB 1

PERMASALAHAN TENTANG PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

A. Pemberian ASI Eksklusif

Perbaikan program inisiasi dini dan menyusui eksklusif merupakan kontributor utama bagi perbaikan dalam kelangsungan hidup anak terlihat selama dua dekade terakhir (Labbok, 2012). Menyusui memiliki banyak manfaat kesehatan bagi ibu dan bayi. Air Susu Ibu (ASI) mengandung semua zat yang dibutuhkan bayi dalam enam bulan pertama kehidupan. Menyusui melindungi terhadap diare, pneumonia, mengurangi risiko kelebihan berat badan dan obesitas pada masa kanak-kanak dan remaja. Pemberian ASI eksklusif berarti bahwa bayi menerima ASI saja, tidak ada cairan atau padatan lainnya yang diberikan bahkan air dengan pengecualian cairan rehidrasi oral, atau tetes/sirup vitamin, mineral atau obat-obatan (WHO, 2015).

World Health Organization (WHO) telah merekomendasikan untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayi selama 4-6 bulan. Kemudian pada tahun 2001, WHO merevisi rekomendasi ASI eksklusif tersebut dari 4-6 bulan menjadi 6 bulan, setelah melakukan telaah artikel penelitian secara sistematis dan berkonsultasi dengan para pakar. Dari 17 Hasil telaah artikel tersebut disimpulkan bahwa bayi yang disusui secara eksklusif sampai 6 bulan umumnya lebih sedikit menderita penyakit gastrointestinal, dan lebih sedikit mengalami gangguan pertumbuhan. Selain itu Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif selama 6 bulan pertama dapat mencegah kematian bayi dan infant yang lebih besar dengan mereduksi risiko penyakit infeksi (Kramer et al., 2002).

Berbagai penelitian telah membuktikan manfaat ASI Eksklusif. ASI eksklusif dianggap penting untuk kelangsungan hidup bayi. Dari 6,9 juta balita yang dilaporkan tewas secara

global pada tahun 2011, sekitar 1 juta jiwa bisa diselamatkan dengan sederhana seperti praktik ASI eksklusif (WHO, 2012 dalam Iddrisu, 2013). Praktik IMD dan pemberian ASI Eksklusif dapat mencegah kematian bayi baru lahir. Seperti penelitian yang dilakukan di Nepal dan Ghana (Alive and Thrive, 2010) yang menemukan bahwa dampak yang diperoleh antara lain yaitu mengurangi besar risiko kematian neonatal, adanya kekebalan dari colostrum, melindungi dari paparan patogen infeksius, mematangkan kemampuan usus dan sistem kekebalan tubuh, serta mencegah hipotermia. Penelitian lain menjelaskan bahwa kontribusi menyusui Eksklusif dapat menurunkan risiko terkena diare dan ISPA, bahkan sebuah studi di Peru menemukan bayi berusia kurang dari 6 bulan yang tidak mendapatkan ASI berisiko 4 kali lipat terkena infeksi pernapasan akut dibandingkan dengan bayi yang diberi ASI Eksklusif (Solomon, 2010).

B. Situasi Cakupan ASI Eksklusif

Perbaikan program inisiasi dini dan menyusui eksklusif merupakan kontributor utama bagi perbaikan dalam kelangsungan hidup anak terlihat selama dua dekade terakhir (Labbok, 2012). Menyusui memiliki banyak manfaat kesehatan bagi ibu dan bayi. Air Susu Ibu (ASI) mengandung semua nutrisi bayi kebutuhan dalam enam bulan pertama kehidupan. Menyusui melindungi terhadap diare, pneumonia, mengurangi risiko kelebihan berat badan dan obesitas pada masa kanak-kanak dan remaja. Pemberian ASI eksklusif berarti bahwa bayi menerima ASI saja. Tidak ada cairan atau padatan lainnya yang diberikan bahkan air dengan pengecualian cairan rehidrasi oral, atau tetes/sirup vitamin, mineral atau obat-obatan (WHO, 2015).

Prevalensi meningkat hampir di semua daerah di negara berkembang, dengan peningkatan terbesar terlihat di Barat dan Afrika Tengah di mana prevalensi ASI eksklusif lebih dari dua kali lipat dari 12% pada tahun 1995 menjadi 28% pada tahun 2010. Timur dan Selatan Afrika juga menyadari perbaikan

dengan peningkatan dari 35% pada 1995 menjadi 47% pada tahun 2010. Perbaikan lebih sederhana diamati di Asia Selatan (40% pada tahun 1995; 45% pada tahun 2010). Tidak termasuk Cina, prevalensi di Asia Timur dan Pacific tidak berubah pada kisaran 30% selama 20 tahun terakhir. Lebih dari 20 persen menunjukkan bahwa peningkatan ASI eksklusif disebabkan karena pengurangan praktik pemberian makan suboptimal, seperti konsumsi cairan air, non-susu (misalnya jus) dan formula. Meskipun perbaikan yang cukup telah dibuat dalam beberapa daerah, prevalensi ASI eksklusif masih terlalu rendah di banyak daerah berkembang di dunia. Review data dari 66 negara yang meliputi 74% dari populasi negara berkembang diperkirakan 40% bayi yang berusia di bawah enam bulan akan diberikan ASI eksklusif pada tahun 2010. Ini jauh di bawah target universal 90% sehingga disarankan perlunya percepatan mendesak pada upaya untuk meningkatkan program yang efektif dalam mempromosikan ASI eksklusif (Cai et al., 2012).

Di Indonesia, cakupan pemberian ASI Eksklusif pada bayi usai 0-6 bulan berfluktuatif. Cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan turun dari 62,2% tahun 2007 menjadi 56,2% pada tahun 2008 (Minarto, 2011).

Cakupan pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0 - 6 bulan berfluktuatif. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan (SDKI) 2007 menunjukkan cakupan ASI Eksklusif bayi 0-6 bulan sebesar 32% yang menunjukkan kenaikan yang bermakna menjadi 42% tahun 2012. Berdasarkan data Susenas dari tahun ke tahun (2012-2014) cakupan pemberian ASI Eksklusif 0 - 6 bulan selalu lebih tinggi dibandingkan dengan cakupan ASI Eksklusif 6 bulan. Sementara itu berdasarkan laporan dinas kesehatan provinsi tahun 2013 sebaran cakupan pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan sebesar 54,3%. Laporan tersebut juga terlihat bahwa terdapat 14 provinsi yang mempunyai presentase ASI Eksklusif di bawah angka nasional, dimana presentase tertinggi terdapat di Provinsi Nusa Tenggara Barat (79,7%) dan terendah di Provinsi Maluku (25,2%). Cakupan ASI Eksklusif Provinsi Sulawesi Selatan, di tahun 2013 yaitu

sebesar 66,5% (Infodatin, 2013). Pemberian ASI Eksklusif untuk bayi berusia <6 bulan secara global dilaporkan kurang dari 40%. Dengan demikian angka nasional ASI Eksklusif Indonesia masih lebih tinggi jika dibandingkan dengan angka global.

Selanjutnya, data ASI Eksklusif yang dianalisis dari sumber data Laporan Rutin Direktorat Jenderal Bina Gizi-KIA Kementerian Kesehatan secara proposif. Selanjutnya secara absolute dilakukan konversi terhadap populasi sasaran bayi 0-6 bulan dari perhitungan estimasi data sasaran program pusat data dan informasi, Kementerian Kesehatan. Hasil analisis menunjukkan bahwa secara Nasional, ASI Eksklusif sebesar 54,3% dari jumlah total bayi berusia 0-6 bulan, atau secara absolute sebesar 1.348.532 bayi atau bayi yang tidak diberi ASI Eksklusif sebanyak 1.134.952 dimana yang terbanyak yaitu di Provinsi Jawa Barat dan paling sedikit di Maluku Utara. Terlihat juga bahwa estimasi absolute bayi ASI Eksklusif berkisar antara 3.199 - 249.642 bayi dan estimasi absolute bayi tidak ASI Eksklusif berkisar antara 1.903 - 384.270 bayi.

Dalam laporan Riskesdas 2010, Pola menyusui dikelompokkan menjadi tiga kategori, yaitu menyusui Eksklusif, menyusui dominan, dan menyusui parsial sesuai definisi WHO. Menyusui Eksklusif adalah tidak memberi bayi makanan atau minuman lain, termasuk air putih, selain menyusui (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes; ASI perah juga diperbolehkan). Pada Riskesdas 2010 menyusui Eksklusif adalah komposit dari pertanyaan: bayi masih disusui, sejak lahir tidak pernah mendapatkan makanan atau minuman selain ASI, selama 24 jam terakhir bayi hanya disusui (tidak diberi makanan selain ASI). Menyusui dominan adalah menyusui bayi tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air misalnya teh, sebagai makanan atau minuman prelaktal sebelum ASI keluar. Pada Riskesdas 2010 menyusui dominan adalah komposit dari pertanyaan: bayi masih disusui, selama 24 jam terakhir bayi hanya disusui, sejak lahir tidak pernah mendapatkan makanan atau minuman berbasis air yaitu air putih atau air teh. Menyusui parsial

adalah menyusui bayi serta diberi makanan buatan selain ASI, baik susu formula, bubur atau makanan lainnya sebelum bayi berumur enam bulan, baik diberikan kontinyu maupun diberikan sebagai makanan prelaktal. Pada Riskesdas 2010 menyusui parsial adalah komposit dari pertanyaan: bayi masih disusui, pernah diberi makanan prelaktal selain makanan atau minuman berbasis air seperti susu formula, biscuit, bubur, nasi lembek, pisang atau makanan yang lain. Presentase pola menyusui pada bayi 0 bulan adalah 39,8%, menyusui Eksklusif, 5,1% menyusui predominan, dan 55,1% menyusui parsial. Persentase menyusui Eksklusif semakin menurun dengan meningkatnya kelompok umur bayi. Pada bayi yang berumur 5 bulan menyusui Eksklusif hanya 15,3%, menyusui predominan 1,5 % dan menyusui parsial 83, 2%.

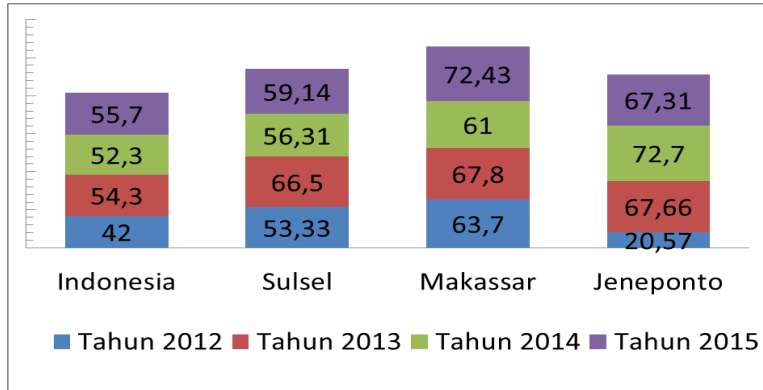
Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah memberikan ASI segera setelah bayi dilahirkan biasanya dalam waktu 30 menit sampai 1 jam pasca bayi dilahirkan. Hasil Riskesdas menunjukkan proses mulai menyusui atau IMD mengalami kenaikan dari 29,3% pada tahun 2010 menjadi 34,5% pada tahun 2013.

Dalam Riskesdas 2013 dikumpulkan data tentang pola pemberian ASI dan pola pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada anak umur 0-23 bulan yang meliputi: proses mulai menyusu, inisiasi menyusu dini (IMD), pemberian kolostrum, pemberian makanan prelakteal, menyusu eksklusif, dan pemberian MP-ASI. Dalam laporan tersebut ditampilkan proses menyusui dan menyusu Eksklusif. Kriteria menyusu Eksklusif ditegakkan bila anak umur 0-6 bulan hanya diberi ASI saja pada 24 jam terakhir dan tidak diberi makanan dan minuman lain selain ASI.

Kecenderungan proses mulai menyusu pada anak 0-23 bulan pada tahun 2010 dan 2013 dinilai bahwa proses menyusu kurang dari satu jam (inisiasi menyusu dini) meningkat menjadi 34,5 persen (2013) dari 29,3 persen (2010). Persentase nasional proses mulai menyusu kurang dari satu jam (IMD) setelah bayi lahir adalah 34,5 persen, dengan persentase

tertinggi di Nusa Tenggara Barat (52,9%) dan terendah di Papua Barat (21,7%). Terdapat 18 provinsi yang cakupannya dibawah angka nasional. Sedangkan persentase pemberian ASI eksklusif dalam 24 jam terakhir dan tanpa riwayat diberikan makanan dan minuman selain ASI pada umur 6 bulan sebesar 30,2 persen (RISKESDAS, 2013).

Cakupan ASI Eksklusif dari berbagai sumber dapat dilihat pada diagram berikut ini:



Gambar 1. Perbandingan Cakupan ASI Eksklusif Untuk Wilayah Indonesia, Sulse, Makassar dan Jeneponto

C. ASI Eksklusif dan Angka Kematian Bayi (AKB)

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun. Banyak faktor yang dikaitkan dengan kematian bayi. Secara garis besar, dari sisi penyebabnya, kematian bayi ada dua macam yaitu endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen atau yang umum disebut dengan kematian neonatal. Kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Kematian bayi eksogen atau kematian post neonatal, adalah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor-faktor yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar.

Infant Mortality Rate atau Angka kematian bayi (AKB) adalah jumlah yang bayi yang meninggal sebelum mencapai usia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan tempat tinggal anak-anak termasuk pemeliharaan kesehatannya. AKB cenderung lebih menggambarkan kesehatan reproduksi. AKB relevan dipakai untuk memonitor pencapaian target program karena mewakili komponen penting pada kematian balita.

Data kematian yang terdapat pada suatu komunitas dapat diperoleh melalui survei, karena sebagian besar kematian terjadi di rumah, sedangkan data kematian di fasilitas pelayanan kesehatan hanya memperlihatkan kasus rujukan. Angka Kematian Bayi di Indonesia berasal dari berbagai sumber, yaitu Sensus Penduduk, Surkesnas/Susenans/Riskesda, dan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

Ada banyak faktor yang mempengaruhi tingkat AKB tetapi tidak mudah untuk menentukan faktor yang paling dominan dan faktor yang kurang dominan. Tersedianya berbagai fasilitas atau faktor aksesibilitas dan pelayanan kesehatan dari tenaga medis yang terampil, serta kesediaan masyarakat untuk merubah kehidupan tradisional ke norma kehidupan modern dalam bidang kesehatan merupakan faktor-faktor yang sangat berpengaruh terhadap tingkat AKB.

Angka kematian bayi menunjukkan banyaknya kematian bayi usia 0 tahun dari setiap 1000 kelahiran hidup pada tahun tertentu atau dapat dikatakan juga sebagai probabilitas bayi meninggal sebelum mencapai usia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Angka kematian bayi merupakan indikator yang terkait langsung dengan target kelangsungan hidup bayi dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan termasuk pemeliharaan kesehatannya. Kemajuan yang dicapai dalam bidang pencegahan dan pemberantasan berbagai penyakit penyebab kematian akan

tercermin secara jelas dengan menurunnya tingkat AKB. Dengan demikian angka kematian bayi merupakan tolak ukur yang sensitif dari semua upaya intervensi yang dilakukan oleh pemerintah khususnya di bidang kesehatan (Profil Kesehatan Kota Makassar Tahun 2013).

Pemberian ASI dapat menurunkan risiko kematian bayi. Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2002-2003 mempublikasikan bahwa hampir seluruh bayi di Indonesia (96%) pernah mendapatkan ASI. Namun pada kenyataannya, AKB di Indonesia masih sangat tinggi. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh dua hal, pertama adalah durasi pemberian ASI yang sangat singkat dan kedua adalah penyebab kematian bayi tidaklah tunggal tetapi terdiri dari berbagai macam faktor (Nurmiati and Besral, 2008).

Angka kematian bayi (AKB) di Indonesia telah turun sebesar 44 persen selama 18 tahun terakhir, dari 57 kematian per 1.000 kelahiran hidup di periode 1990-1994 ke 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup di periode 2008-2012. Angka ini masih jauh dari target MDG'S (23/1.000 KH) kalau dilihat dari potensi untuk menurunkan AKB masih *on track* walaupun diperlukan sumber daya manusia yang kompeten. Angka kematian menurut hasil survei demografi dan kesehatan 2012 menjelaskan mengalami penurunan meski tak berbeda jauh dengan hasil SDKI 2007, yaitu masing-masing 32 dan 34 kematian per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kota Makassar Tahun 2013).

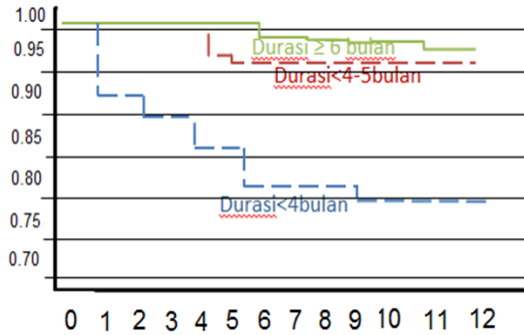
Angka Kematian Bayi di Kota Makassar mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2013 sebesar 6,71 per 1000 kelahiran hidup dengan jumlah kematian bayi sebanyak 165 kematian bayi dari 24.576 jumlah kelahiran hidup (AKB = 6,71 /1000 KH). Tahun 2012 sebesar 6,78 per 1.000 kelahiran hidup dengan jumlah kematian bayi sebanyak 163 kematian bayi dari 24.034 jumlah kelahiran hidup (AKB = 6,78/1000 KH). Pada tahun 2011 terdapat 179 kasus kematian bayi dari jumlah kelahiran hidup 26.129, sehingga diperoleh

AKB sebesar 6,9 per 1.000 kelahiran hidup (AKB=6,9 / 1000 KH) (Profil Kesehatan Kota Makassar Tahun 2013).

Probabilitas kumulatif ketahanan hidup bayi dalam suatu studi sebesar 0,984. Artinya dari 1000 bayi yang saat lahir mendapatkan ASI ada sebanyak 984 bayi yang mampu bertahan hidup sampai berusia tepat 1 tahun. Angka ini jauh lebih tinggi apabila dibandingkan dengan ketahanan hidup bayi yang tidak mendapatkan ASI. Probabilitas ketahanan hidup bayi yang mendapat ASI terlihat menurun sangat tajam pada bulan pertama, hal ini memperlihatkan bahwa pola kematian bayi yang diberi ASI sama dengan pola kematian bayi pada umumnya, yaitu banyak terjadi pada bulan pertama kehidupannya (Nurmiati and Besral, 2008).

Berdasarkan grafik ketahanan hidup bayi berdasarkan durasi pemberian ASI, terlihat bahwa bayi yang mendapat ASI dengan durasi 6 bulan atau lebih memiliki ketahanan hidup yang paling baik dibanding kelompok lainnya (Gambar1). Ketahanan hidup bayi yang diberi ASI 6 bulan atau lebih adalah lebih tinggi dibandingkan bayi yang mendapat ASI kurang dari 4 bulan, atau hanya diberi ASI sampai usia 4-5 bulan. Begitu juga dengan bayi yang diberi ASI dengan durasi 4-5 bulan akan memiliki ketahanan hidup yang lebih baik daripada bayi yang disusui kurang dari 4 bulan (Nurmiati and Besral, 2008).

Sebagian besar bayi di Indonesia (81,02%) disusui sampai 6 bulan atau lebih. Probabilitas kumulatif ketahanan hidup bayi menurut durasi pemberian ASI adalah sebagai berikut: pemberian ASI 0 bulan ketahanan hidupnya adalah 71%, pemberian ASI 1-2 bulan ketahanan hidupnya adalah 91%, 3 bulan adalah 95%, 4 bulan adalah 94%, 5 bulan adalah 96%, dan 6 bulan atau lebih adalah 99%. Artinya jika bayi yang lahir kemudian diberi ASI minimal sampai 6 bulan maka bayi tersebut akan memiliki kesempatan 99% untuk merayakan ulang tahun pertamanya (Nurmiati and Besral, 2008).



Gambar 2. Kurva Ketahanan Hidup Bayi di Indonesia menurut Durasi Pemberian ASI

Probabilitas ketahanan hidup bayi yang pernah mendapatkan ASI mencapai 0,984 artinya, dari 1000 bayi yang mendapat ASI sebanyak 984 bayi berhasil merayakan ulang tahun pertamanya. Dengan kata lain, kematian pada bayi yang mendapatkan ASI adalah 0,016 atau 16 per 1000. Angka ini jauh lebih kecil daripada AKB di Indonesia yang mencapai 35 per 1000. Selisih yang cukup tinggi tersebut menunjukkan bahwa memang pemberian ASI dapat menurunkan AKB. Berdasarkan durasi pemberian ASI, bayi yang mendapatkan ASI 6 bulan atau lebih memiliki ketahanan hidup paling baik dibanding dengan kelompok lainnya. Pada saat durasi pemberian ASI 0 bulan (kurang dari 30 hari), probabilitas ketahanan hidup bayi hanya 0,71. Artinya dari 100 bayi yang lahir dan mendapatkan ASI hanya sampai 30 hari, maka hanya ada 71 bayi yang mampu bertahan sampai usia tepat 1 tahun. Jika durasi pemberian ASI mencapai 6 bulan atau lebih, probabilitas ketahanan hidup bayi adalah 0,99. Artinya, dari 100 bayi yang diberikan ASI sampai 6 bulan atau lebih maka hamper semuanya (99 bayi) memiliki kesempatan untuk merayakan ulang tahun pertamanya. Penelitian lainnya melaporkan bahwa probabilitas ketahanan hidup bayi semakin tinggi dengan semakin lamanya diberi ASI. Terdapat perbedaan ketahanan hidup antara bayi yang diberi ASI dengan durasi kurang dari 4

bulan, durasi 4-5 bulan, dan durasi 6 bulan atau lebih. Setelah dikontrol dengan jumlah balita dalam keluarga dan wilayah tempat tinggal maka ketahanan hidup bayi yang mendapat ASI dengan durasi 4-5 bulan 2,6 kali lebih baik daripada bayi yang mendapatkan ASI dengan durasi <4 bulan. Ketahanan hidup bayi yang mendapatkan ASI dengan durasi >6 bulan 33,3 kali lebih baik daripada bayi yang mendapatkan ASI dengan durasi <4 bulan (Nurmiati and Besral, 2008).

Penelitian membuktikan bahwa kematian bayi dapat diturunkan dengan memberikan ASI eksklusif hingga umur 6 bulan. Dengan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan atau lebih meningkatkan ketahanan hidup bayi sebesar 33,3 kali lebih baik dari pada bayi yang diberikan ASI < 4 bulan, serta pemberian ASI selama 6 bulan akan memberikan ketahanan hidup hingga 99 % (Nurmiati and Besral, 2008).

D. Permasalahan Lainnya tentang ASI Eksklusif

Permasalahan terkait pencapaian cakupan ASI Eksklusif antara lain (Profil Kesehatan Indonesia, 2013):

1. Pemasaran susu formula masih gencar dilakukan untuk bayi 0-6 bulan yang tidak ada masalah medis.
2. Masih banyaknya perusahaan yang mempekerjakan perempuan tidak memberi kesempatan bagi ibu yang memiliki bayi 0-6 bulan untuk melaksanakan pemberian ASI secara eksklusif. Hal ini terbukti dengan belum tersedianya ruang laktasi dan perangkat pendukungnya
3. Masih banyak tenaga kesehatan di tingkat layanan yang belum peduli atau belum berpihak pada pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI Eksklusif, yaitu masih mendorong untuk memberi susu formula pada bayi 0-6 bulan.
4. Masih sangat terbatasnya tenaga konselor ASI
5. Belum maksimalnya kegiatan edukasi, sosialisasi, advokasi, dan kampanye terkait pemberian ASI, dan belum semua rumah sakit melaksanakan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM).

E. Kajian dalam Buku Ini

Buku ini akan menjelaskan berbagai teori tentang bagaimana melakukan optimalisasi pemberian ASI. Pada setiap bab dalam buku ini akan dijabarkan berbagai faktor yang mempengaruhi peningkatan pemberian ASI seperti peran kebijakan pemerintah, partisipasi masyarakat dan kompetensi budaya.

Teori yang dijabarkan dalam buku ini merupakan modifikasi dari berbagai Teori yang berasal dari berbagai sumber antara lain yaitu Teori The Community Action Model oleh Tobacco Free Project dalam Tim Berthold (2009), Teori Model PEN 3 oleh Airhihenbua, 2004 dalam Miguel A. Perez (2008), Determinan Perilaku Menyusui oleh Lutter 2000 dalam WHO (2003), Determinan Perilaku Kesehatan oleh Green (2005) (Notoatmodjo, 2003), Teori Konteks Konseling oleh The Making Pregnancy Safer Department, WHO (2009), serta Teori Element Comprehensip Breasfeeding Programe oleh Wellstart International, 1999 dalam WHO (2003), yang selanjutnya dapat digambarkan dalam bab-bab di buku ini.

Sebelum menjabarkan bagaimana upaya optimalisasi pemberian ASI, pada bab selanjutnya akan dibahas tentang manfaat ASI eksklusif dan pengaruhnya pada tumbuh kembang bayi. Dalam bab berikut akan dijelaskan bagaimana pentingnya pemberian ASI bagi kesehatan dan kecerdasan bayi.

BAB 2

ASI EKSKLUSIF DAN DAMPAKNYA

A. ASI Eksklusif

Air susu ibu (ASI) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam organik yang diskresi oleh kedua kelenjar payudara ibu dan merupakan makanan terbaik untuk bayi (Bahiyatun, 2009).

ASI eksklusif adalah pemberian air susu ibu tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur 0-6 bulan. Bahkan air putih tidak diberikan dalam tahap ASI eksklusif ini (Depkes RI, 2004). ASI eksklusif atau lebih tepat pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim. Pemberian ASI secara eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya selama 4 bulan, tetapi bila mungkin sampai 6 bulan. Setelah bayi berumur 6 bulan, ia harus mulai diperkenalkan dengan makanan padat, sedangkan ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun atau bahkan lebih dari 2 tahun. Para ahli menemukan bahwa manfaat air susu ibu akan sangat meningkat bila bayi hanya diberikan air susu saja selama 6 bulan pertama kehidupannya (Roesli, 2005) (Depkes, 2008).

Salah satu keagungan kita tentang cinta tuhan kepada umat-Nya dapat di rasakan ketika ibu memulai menyusui bayinya dengan ASI. Proses ini merupakan mukjizat yang harus disyukuri dan dimanfaatkan seoptimal mungkin. ASI adalah ungkapan kasih sayang Allah SWT sekaligus anugerah yang luar biasa terhadap setiap bayi yang terlahir ke muka bumi.

Dalam Al-Qur'an surat Al-Baqarah ayat 233 yaitu :

وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُنَمِّ الرِّضَاعَةَ وَعَلَى
الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ لَا تُكَلَّفُ نَفْسٌ إِلَّا وُسْعَهَا لَا تُضَارَّ
وَالِدَةٌ بَوْلِدَهَا وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ يَوْلِدُهُ وَعَلَى الْوَارِثِ مِثْلُ ذَلِكَ فَإِنْ أَرَادَا فِصَالًا
عَنْ تَرَاضٍ مِنْهُمَا وَتَشَاوُرٍ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْهِمَا وَإِنْ أَرَدْتُمْ أَنْ تَسْتَرْضِعُوا أَوْلَادَكُمْ
فَلَا جُنَاحَ عَلَيْكُمْ إِذَا سَلَّمْتُمْ مَاءً آتَيْتُمْ بِالْمَعْرُوفِ وَاتَّقُوا اللَّهَ وَاعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ بِمَا
تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ

Terjemahnya: *“Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. Dan kewajiban ayah memberi makan dan pakaian kepada para ibu dengan cara ma’ruf. Seseorang tidak dibebani melainkan menurut kadar kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita kesengsaraan karena anaknya dan seorang ayah karena anaknya, dan warispun berkewajiban demikian. Apabila keduanya ingin menyapih (sebelum dua tahun) dengan kerelaan keduanya dan permusyawaratan, maka tidak ada dosa atas keduanya. Dan jika kamu ingin anakmu disusukan oleh orang lain, maka tidak ada dosa bagimu apabila kamu memberikan pembayaran menurut yang patut. Bertakwalah kamu kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah Maha Melihat apa yang kamu kerjakan.” (Al-Baqarah: 233).*

ASI adalah makanan yang bergizi dan berenergi tinggi, yang mudah untuk dicerna. ASI memiliki kandungan yang membantu penyerapan zat gizi, membantu perkembangan dan pertumbuhan, juga mengandung sel-sel darah putih, anti-bodi, anti-peradangan dan zat-zat biologi aktif yang penting bagi tubuh bayi dan melindungi bayi dari berbagai penyakit. Kandungan tersebut tidak terdapat dalam susu formula, selain itu asupan apapun selain ASI sulit dicerna oleh bayi, sehingga justru akan membahayakan kesehatannya.

Pada bulan-bulan pertama, saat bayi berada pada kondisi yang sangat rentan, pemberian makanan atau minuman lain selain ASI akan meningkatkan risiko terjadinya diare, infeksi telinga, alergi, meningitis, leukemia, *Sudden Infant Death Syndrome/SIDS* -sindrom kematian tiba-tiba pada bayi-penyakit infeksi dan penyakit-penyakit lain yang biasa terjadi pada bayi. ASI yang diproduksi ibu mempunyai komposisi yang sempurna untuk bayinya. Tidak ada yang bisa membuat makanan yang sesempurna ini. Antibodi yang terkandung dalam ASI dibuat khusus untuk virus dan bakteri yang dihadapi ibu dan bayinya pada saat itu. Komposisi ASI

berbeda-beda - dari pagi sampai malam hari, dari tegukan pertama sampai akhir setiap kali anak menyusui - berubah untuk memenuhi kebutuhan dan perkembangan bayi dengan rasa yang dipengaruhi oleh makanan yang dikonsumsi ibu, sehingga setiap teguk ASI berbeda dan sempurna untuk bayinya. Tidak ada produsen susu formula yang bisa membuat makanan yang lebih sempurna untuk bayi dibandingkan sang ibu (Depkes, 2008).

Pola menyusui dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu Menyusui Eksklusif, Menyusui Predominan dan Menyusui Parsial sesuai definisi WHO (Infodatin, 2013):

1. Menyusui Eksklusif adalah tidak memberikan bayi makanan atau minuman lain, termasuk air putih, selain menyusui (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes; ASI perah juga diperbolehkan)
2. Menyusui predominan adalah menyusui bayi tetapi pernah memberikan sedikit air, misalnya the sebagai makanan/minuman prelaktal sebelum ASI keluar.
3. Menyusui parsial adalah menyusui bayi serta diberikan makanan buatan selain ASI, baik susu formula, bubur atau makanan lainnya sebelum bayi berumur 6 bulan, baik diberikan secara kontinyu maupun diberikan sebagai makanan prelaktal.

Keuntungan Menyusui

1. Membantu ikatan batin antara ibu dengan bayi. Bayi yang sering berada dalam dekapan ibu karena menyusui akan merasakan kasih sayang ibunya. Ia juga akan merasa aman dan tentram, terutama karena masih mendengar detak jantung sang ibu yang telah dikenalnya sejak dalam kandungan.
2. Membantu menunda kehamilan baru jika menyusui dilakukan secara rutin. Cara ini mengandalkan pemberian ASI pada masa menyusui bayi (pasca persalinan). Selama ibu memberi ASI Eksklusif dan belum haid, 98% tidak akan hamil pada 6 bulan pertama setelah melahirkan, dan 96% tidak akan hamil sampai bayi berusia 12 bulan.
3. Melindungi kesehatan ibu. Menyusui dapat mengurangi risiko pendarahan setelah melahirkan, karena pada saat menyusui kadar Oksitosin yang berguna juga untuk penutupan pembuluh darah sehingga pendarahan lebih cepat berhenti. Selain itu dapat mengurangi anemia, mengecilkan rahim, lebih cepat langsing, dan mengurangi risiko menderita kanker payudara & indung telur.
4. Biayanya lebih rendah daripada pemberian asupan buatan, apalagi susu formula. Dengan memberi ASI Eksklusif, berarti tidak ada pengeluaran untuk membeli susu formula selama 6 bulan, bahkan sampai 2 tahun. Selain itu karena bayi akan lebih jarang sakit, maka pengeluaran untuk ke dokter atau ke rumah sakit juga akan berkurang.
5. Meningkatkan kecerdasan anak. Dengan memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan, akan menjamin tercapainya pengembangan potensi kecerdasan anak secara optimal. Hal ini karena selain sebagai nutrisi yang ideal, dengan komposisi yang tepat, serta disesuaikan dengan kebutuhan bayi. ASI juga mengandung nutrisi khusus yang diperlukan otak.

6. Meningkatkan daya tahan tubuh bayi. Bayi yang baru lahir secara alamiah mendapat *imunoglobulin* (zat kekebalan tubuh) dari ibunya melalui ari-ari. Namun kadar zat ini akan cepat sekali menurun segera setelah bayi lahir. Ketika zat kekebalan menurun dan tubuh bayi belum mampu memproduksi banyak zat kekebalan, maka ASI adalah cairan hidup yang mengandung zat kekebalan yang akan melindungi bayi dari berbagai penyakit.

Bahaya Pemberian Susu Formula untuk Bayi

1. Mudah muntah – mencret dan mencret menahun.
2. Meningkatkan kemungkinan terkena penyakit gangguan pernafasan akut.
3. Kurang gizi dan kurang vitamin A.
4. Meningkatkan angka kematian.
5. Menurunkan perkembangan kecerdasan (kognitif).
6. Meningkatkan kegemukan.
7. Meningkatkan kemungkinan penyakit menahun seperti penyakit usus besar.
8. Lebih mudah alergi dan tidak cocok susu formula.
9. Meningkatkan kemungkinan terkena asma.
10. Meningkatkan penyakit jantung dan pembuluh darah.
11. Meningkatkan kemungkinan infeksi telinga.
12. Meningkatkan terkena infeksi *E. Sakazaki* dari bubuk susu yang tercemar.
13. Meningkatkan kemungkinan kanker leukemia dan kanker getah bening pada anak.
14. Meningkatkan kemungkinan kencing manis.
15. Meningkatkan risiko kekurangan zat-zat gizi, misal: kekurangan vitamin B1 (*thiamine*) pada bayi dengan susu kedelai. Meningkatkan risiko efek samping pencemaran lingkungan

Terdapat 3 jenis ASI, yaitu kolostrum yang keluar sejak hari pertama hingga hari ke 3-5, ASI transisi pada hari ke 3-5 hingga hari ke 8-11, dan ASI matang sejak hari ke 8-11 hingga seterusnya. Berikut ini ada uraian mengenai jenis-jenis ASI

1. Kolostrum. Kolostrum merupakan cairan yang pertama dikeluarkan oleh kelenjar payudara pada hari pertama hingga hari ke 3-5 setelah persalinan. Komposisi kolostrum ASI setelah persalinan mengalami perubahan. Kolostrum berwarna kuning keemasan disebabkan oleh tingginya komposisi protein dan sel-sel hidup. Kandungan protein pada kolostrum lebih tinggi dibandingkan dengan kandungan protein dalam susu matang, Sedangkan kandungan laktosanya lebih rendah dibandingkan ASI matang. Jumlah kolostrum yang diproduksi Ibu hanya sekitar 7,4 sendok teh atau 36, 23 ml per hari. Tetapi pada hari pertama bayi, kapasitas perut bayi pada \approx 5-7 ml (atau sebesar kelereng kecil), pada hari kedua \approx 12-13 ml, dan pada hari ketiga \approx 22-27 ml (atau sebesar kelereng besar/gundu). Karenanya, meskipun jumlah kolostrum sedikit tetapi cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi baru lahir.
2. ASI Transisi. Sesuai namanya, ASI pada masa transisi ini diproduksi pada hari ke 3-5 hingga hari ke 8-11 dengan komposisi yang sedang berubah. Jumlah volume ASI semakin meningkat tetapi komposisi protein semakin rendah, sedangkan lemak dan hidrat arang semakin tinggi. Hal ini untuk memenuhi kebutuhan bayi karena aktivitas bayi yang mulai aktif dan bayi sudah mulai beradaptasi dengan lingkungan. Pada masa ini pengeluaran ASI mulai stabil.
3. ASI Matang. Yaitu ASI yang keluar pada hari 8-11 hingga seterusnya. ASI matang merupakan nutrisi yang terus berubah disesuaikan dengan perkembangan bayi sampai enam bulan. ASI matang, dibedakan menjadi dua, yaitu susu awal atau susu primer, dan susu akhir atau susu sekunder. Susu awal adalah ASI yang keluar pada setiap awal menyusui, sedangkan susu akhir adalah ASI yang

keluar pada setiap akhir menyusui. Susu awal, menyediakan pemenuhan kebutuhan bayi akan air. Jika bayi memperoleh susu awal dalam jumlah banyak, maka semua kebutuhan air akan terpenuhi. Bayi tidak akan memerlukan lagi air minum selain ASI sebelum berumur 6 bulan walaupun bayi tinggal di daerah beriklim panas. Susu akhir memiliki lebih banyak lemak daripada susu awal. Lebih banyaknya lemak ini menyebabkan susu akhir kelihatan lebih putih dibandingkan dengan susu awal. Lemak yang banyak ini memberikan banyak energi dalam ASI. Itu sebabnya bayi harus diberi kesempatan menyusui lebih lama agar bisa memperoleh susu akhir yang kaya lemak dengan maksimal. Lemak zat gizi yang dibutuhkan untuk sumber energi. Laktosa adalah zat gula yang juga memberikan energi/tenaga. Sedangkan protein merupakan zat yang dibutuhkan bayi untuk pertumbuhan.

B. Peranan ASI pada Kecerdasan Anak

Komposisi ASI dan berbagai faktor pertumbuhan yang ada di dalam ASI sangat menentukan proses pertumbuhan dan perkembangan jaringan otak bayi. Oleh karena itu, penting untuk mempertimbangkan manajemen pemberiannya. ASI mengandung taurin dan gugus protein sebagai bahan pokok pertumbuhan sel otak dan lemak dengan rantai panjang, seperti omega-3,-6, dan DHA sebagai bahan kedua pembentuk sel saraf otak. Kedua nutrisi ini sangat sedikit kandungannya pada susu buatan. Laktosa menghasilkan galaktosa sebagai sumber makanan oada pertumbuhan sel saraf otak sehingga jaringan serabut saraf otak dapat tumbuh dan berkembang seoptimal mungkin bahkan dapat menggantikan kekurangan pertumbuhan selama masa dalam kandungan. Karena pada masa ini masih berlangsung hiperplasi kedua jaringan otak (Purwanti, 2004).

Pertumbuhan dan perkembangan yang optimal sejak masa janin sampai usia balita merupakan masa kritis yang tidak dapat diganti oleh kesempatan lain. Pada kurun waktu

tersebut terjadi perkembangan dan pertumbuhan sel-sel otak yang sangat cepat yang akan menentukan kualitas otak pada masa dewasanya.

Kelangsungan hidup seorang bayi yang baru lahir sangat membutuhkan makanan yang tepat. Uniknya, ASI sangat besar peranannya dalam kelangsungan hidup bayi. Penelitian di luar negeri menunjukkan bila seorang anak mengalami gangguan gizi setelah perkembangan otak yang pesat, ia tidak akan mengalami gangguan intelegensia. Dalam hal ini ternyata ASI banyak berperan karena komposisi ASI telah membangun dendrite (serabut saraf otak) dengan sempurna, walaupun setelah berumur 3 tahun anak tersebut mengalami kekurangan gizi.

Kekurangan zat gizi tertentu akan mengakibatkan gangguan pada koordinasi gerak dan daya ingat. Misalnya zat gizi asam linoleat yang fungsinya membentuk dan memelihara myelin, yaitu lapisan yang membungkus susunan saraf sehingga sel-sel otak tidak terganggu. Sumber gizi yang mengandung asa linoleat, yaitu ASI dan makanan lain seperti kacang-kacangan, susu, dan ikan. Namun kandungan tertinggi ada di dalam ASI. Zat gizi folasin berfungsi membantu sintesis protein, DNA, asetilkolin, dan RNA. Kekurangan zat gizi tersebut akan berakibat terhambatnya pertumbuhan dan kelainan otak. Sumber zat gizi tersebut adalah ASI.

Dari hasil pengamatan lapangan diketahui bahwa kelompok bayi yang mendapatkan ASI Eksklusif lebih sedikit kemungkinannya terkena serangan kejang meskipun mengalami demam tinggi dibanding kelompok bayi yang hanya mendapat ASI. Hal ini disebabkan oleh adanya proses mielinisasi serabut saraf otak yang telah dibangun oleh unsure protein di dalam ASI. Dengan terhindar dari kondisi kejang, sel otak dapat berkembang optimal dan tidak mudah mengalami gangguan. Sel-sel otak pada bayi yang mendapat ASI Eksklusif berkembang menjadi lebih sempurna. Penelitian terhadap 300 bayi premature yang diberi ASI Eksklusif mempunyai IQ 8,3 point lebih tinggi dibandingkan kelompok bayi premature yang

tidak diberikan ASI. Bayi dengan ASI Eksklusif ketika berusia 9,5 tahun mempunyai IQ 12,9 poin lebih tinggi dibanding bayi yang tidak mendapat ASI Eksklusif. Anak yang mendapatkan ASI Eksklusif rata-rata IQ 14,2 poin lebih tinggi artinya semakin banyak ia mendapatkan ASI anak tersebut akan semakin cerdas. Dari hasil penelitian dua tim di Australia dan Skotlandia, bayi-bayi yang mendapat ASI diberi rangsangan berupa tayangan video hitam, pada rekaman gelombang otak terlihat signal otak 40% lebih tinggi dan mampu membedakan pola-pola yang lebih halus yang dibandingkan dengan bayi yang mendapat susu buatan. Dari pengamatan ini terbukti bahwa bayi yang mendapat ASI Eksklusif akan mempunyai kecerdasan yang lebih tinggi di masa dewasanya nanti. Dari hasil pemeriksaan otak. Ternyata otak bayi yang mendapat ASI Eksklusif mempunyai kandungan asam lemak tak jenuh (DHA atau asam linoleat) yang lebih tinggi (Purwanti, 2004).

C. Berbagai Penyakit Akibat Tidak ASI Eksklusif

Angka kejadian dan kematian akibat diare pada anak-anak di negara-negara yang sedang berkembang masih tinggi. Lebih-lebih pada anak yang mendapatkan susu formula. Angka tersebut lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan anak-anak yang mendapatkan ASI. Hal ini disebabkan karena nilai gizi ASI yang tinggi, adanya antibody pada ASI, sel-sel leukosit, enzim, hormone, dan lain-lain yang melindungi bayi terhadap berbagai infeksi. Meningkatnya penggunaan susu formula untuk makanan bayi, dapat menimbulkan berbagai masalah di Negara-negara berkembang. Misalnya terkenal dengan *trias Jelliffe* yang terdiri dari kekurangan kalori protein tipe marasmus, moniliasis pada mulut dan diare karena infeksi. Hal ini disebabkan di negara-negara berkembang masih menghadapi berbagai masalah antara lain tingkat pendidikan ibu yang masih rendah, kebersihan yang masih kurang, tidak adanya sarana air bersih dan rendahnya keadaan sosial ekonomi dari penduduknya. Walaupun di negara-negara maju angka kesakitan dan kematian bayi yang minum ASI tidak

banyak berbeda dengan yang minum susu formula, tetapi beberapa penyakit seperti: enterokolitis nekrotikans, alergi terhadap protein susu sapi (CMPSE), otitis media, bronkiolitis, obesitas dan lain-lain, jauh lebih sering dialami pada bayi yang minum susu formula. ASI merupakan salah satu dari elemen *GOBI-FFF* yang dicanangkan oleh Unicef dalam upaya kelangsungan hidup anak, harus digalakkan pemakainanya termasuk di Indonesia (Soetjiningsih, 2012).

Di dalam ASI terdapat berbagai komponen penting baik dalam pencegahan maupun dalam terapi diare akut. Sehingga pada anak-anak yang minum ASI lebih jarang sakit diare daripada anak yang minum susu formula. Penelitian di Kanada membuktikan bahwa ASI melindungi bayi terhadap infeksi saluran pencernaan dan pernapasan dalam 6 bulan pertama kehidupannya. Demikian juga penelitian di Kalifornia menunjukkan bahwa angka kejadian diare pada anak yang minum ASI 50% lebih rendah dari yang minum susu formula. Di samping itu jika anak yang minum ASI menderita diare, bila ASI diteruskan pada penatalaksanaan diare, maka diare akan lebih cepat berhenti (Soetjiningsih, 2012).

Berbagai penelitian telah membuktikan manfaat ASI Eksklusif. ASI eksklusif dianggap penting untuk kelangsungan hidup bayi. Dari 6,9 juta balita yang dilaporkan tewas secara global pada tahun 2011, sekitar 1 juta jiwa bisa diselamatkan dengan sederhana seperti praktik ASI eksklusif (WHO, 2012 dalam (Iddrisu, 2013). Pemberian IMD dan Eksklusif dapat mencegah kematian bayi baru lahir. Seperti penelitian yang dilakukan di Nepal dan Ghana (Alive and Thrive, 2010), ditemukan bahwa dampak yang diperoleh antara lain yaitu mengurangi besar risiko kematian neonatal, adanya kekebalan dari colostrum, melindungi dari paparan patogen infeksius, mematangkan kemampuan usus dan sistem kekebalan tubuh, serta mencegah hipotermia. Penelitian lain menjelaskan bahwa kontribusi menyusui Eksklusif dapat menurunkan risiko terkena diare dan ISPA, bahkan sebuah studi di Peru menunjukkan bahwa bayi berusia kurang dari 6 bulan yang

tidak mendapatkan ASI berisiko 4 kali lipat terkena infeksi pernapasan akut dibandingkan dengan bayi yang diberi ASI Eksklusif (Solomon, 2010).

Bukti yang mendukung hubungan antara menyusui dan peningkatan penyakit asma masih dipertentangkan dan tetap kontroversial. Sehingga melatarbelakangi sebuah studi dengan sampel besar ($n = 1.105$) yaitu sebuah studi prospektif yang dilakukan di Selandia Baru untuk menyelidiki efek menyusui terhadap asma pada anak-anak yang saat penelitian berusia 2 tahun dan diikuti hingga usia 6 tahun. Para peneliti menemukan bahwa setiap bulannya, ASI eksklusif dikaitkan dengan pengurangan yang signifikan terhadap asma sejak 2 sampai 6 tahun dengan nilai $p < 0,030$. Asma sejak usia 2, 3, dan 4 tahun juga berkurang di setiap bulan ($p < 0,005$). Pada anak-anak penderita atopik, ASI eksklusif selama sekitar 3 bulan mengurangi asma sejak usia 4, 5, dan 6 tahun sebesar masing-masing 62 %, 55 %, dan 59 %. Para peneliti menyimpulkan bahwa menyusui, khususnya ASI eksklusif, melindungi terhadap asma saat hingga 6 tahun (Silvers KM, 2012).

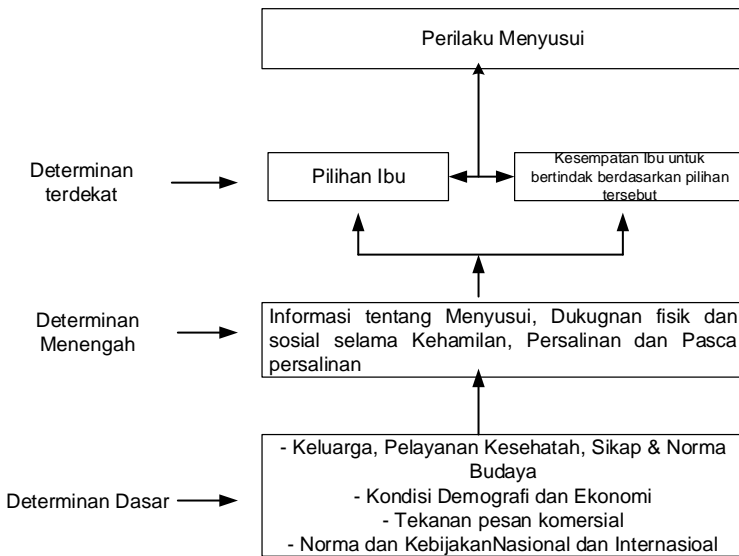
Dengan memberikan susu formula dan pemberian makanan terlalu dini maka dapat menyebabkan risiko berbagai penyakit. Susu botol sebagai *baby killer* karena meningkatnya morbiditas diare karena kuman dan monilisiasi mulut yang meningkat sebagai akibat dari pengadaan air dan sterilisasi yang kurang baik. Bayi dapat mengalami marasmus karena kesalahan dalam penakaran susu. Penyapihan yang terlalu dini juga dapat menyebabkan *infantile malnutrition* yang mengakibatkan sejumlah sel otak dan luas permukaan otak yang sebenarnya masih dalam tahap perkembangan yang cepat sampai akhir tahun ke dua menjadi terganggu bahkan terhenti perkembangannya sehingga menyebabkan penurunan kapastitas mental, intelektual dan fisik di masa mendatang (Maritalia, 2012). Sebuah *literature review* menemukan bahwa pengenalan media massa tentang susu formula sempat menyebabkan hilangnya budaya menyusui di semua Negara Barat (NN, 1999).

BAB 3

PERILAKU PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

A. Model Determinan Perilaku Menyusui (Lutter, 2000)

WHO dalam *community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries* pada tahun 2003 telah membuat justifikasi dan framework mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI yang dapat dilihat pada gambar berikut ini.



Gambar 3. Model determinan perilaku menyusui (Lutter (2000) dalam WHO, 2003)

Menyusui yang optimal membutuhkan pemilihan oleh ibu yang dikombinasikan dengan kemampuan ibu untuk melaksanakan pilihan tersebut, yang pada gilirannya dipengaruhi oleh faktor sosial, fisik, dan faktor logistik yang langsung terhadap pengalaman ibu. Pengaruh dari pengalaman pribadi ibu, seperti budaya sikap dan kebijakan nasional, secara

langsung maupun tidak langsung dapat dianggap sebagai faktor yang mempengaruhi pilihannya. Faktor-faktor tersebut adalah penentu yang kuat yang mempengaruhi sejauh mana seorang ibu memilih untuk memberikan ASI atau menyusui secara optimal. Dukungan sosial untuk menyusui yang optimal dapat dilakukan dengan berbagai bentuk. Unsur-unsur dukungan sosial yang relevan dengan menyusui antara lain emosional, informasi, dan instrumental (Raj dan Plichta, 1998). Dalam istilah praktis, elemen-elemen ini diterjemahkan antara lain sebagai bentuk penerimaan ibu, dorongan, ketepatan waktu dan informasi mengenai menyusui, keterampilan praktis dan strategi untuk mengatasi sosial ekonomi, budaya, atau hambatan biomedis untuk menyusui secara optimal.

Selain itu diperlukan pula keterlibatan tokoh masyarakat, jaringan dukungan sosial, sektor kesehatan, dan anggota masyarakat dalam promosi menyusui dan dukungan dalam mentransfer pengetahuan budaya, norma, dan harapan (WHO, 2002). Singkatnya, *community-based strategies for breastfeeding promotion and support* dapat dibenarkan atas dasar tidak hanya dari perubahan perilaku pemberian ASI yang mengarah ke peningkatan kelangsungan hidup anak, tetapi juga pemberdayaan perempuan dan pembangunan masyarakat (WHO, 2003).

Perilaku menyusui merupakan perilaku kesehatan yang dapat dipengaruhi beberapa faktor. Menurut Lawrence Green (Notoatmodjo, 2003) kesehatan individu/ masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan berbagai faktor diluar perilaku (non perilaku). Selanjutnya faktor perilaku ini ditentukan oleh tiga kelompok faktor yaitu faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, kepercayaan tradisi, norma sosial, dan bentuk lainnya yang terdapat dalam diri individu dan masyarakat), faktor pendukung (ketersediaan sumber-sumber/fasilitas) serta faktor pendorong (sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat atau kelompok peers/ sesama ibu menyusui). Promosi kesehatan mempunyai peranan penting dalam mengubah dan

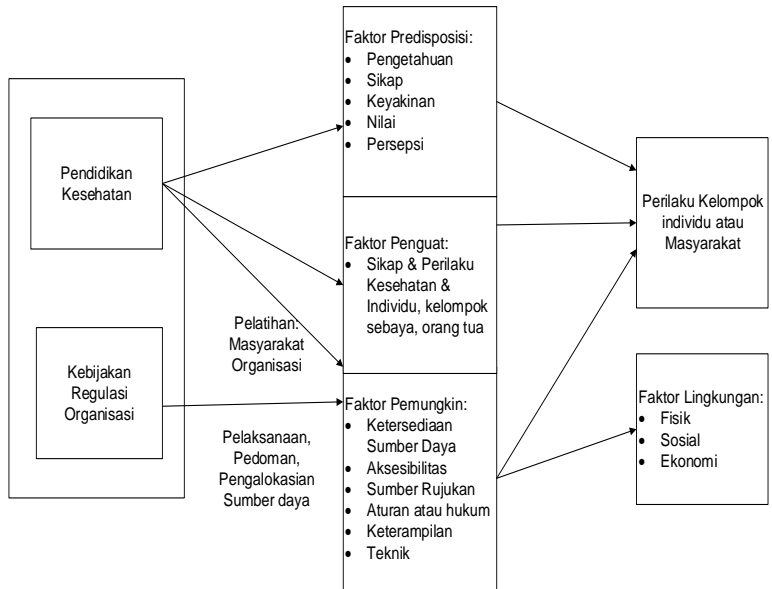
menguatkan ketiga kelompok faktor tersebut agar searah dengan tujuan kegiatan sehingga menimbulkan perilaku positif dari masyarakat terhadap program tersebut dan terhadap kesehatan pada umumnya.

B. Determinan Perilaku Kesehatan (Green, 2005 dalam Notoatmodjo, 2003)

Perilaku kesehatan dapat diartikan sebagai suatu atribut dari seseorang yang meliputi kepercayaan, harapan, motivasi, norma, persepsi, termasuk yang mempengaruhi keadaan emosional lainnya; perilaku yang terlihat, tindakan, dan kebiasaan yang berhubungan dengan upaya untuk memelihara dan meningkatkan status kesehatannya (Gochman 1988).

Di dalam komponen Precede dapat dikelompokkan 3 faktor perubahan perilaku yaitu *predisposing* (predisposisi), *enabling* (pemungkin), dan *reinforcing* (penguat). *Faktor predisposing* di dalamnya termasuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, nilai seseorang atau masyarakat, dan persepsi yang memfasilitasi atau menghambat untuk suatu perubahan. *Enabling factors* (faktor pemungkin) adalah keterampilan, sumber-sumber daya, atau penghambat yang bisa membantu atau merintangi perubahan perilaku yang diinginkan demikian pula perubahan lingkungan. *Reinforcing* (faktor penguat), adalah penghargaan yang diterima dan umpan balik yang diterima dari/karena mengikuti suatu adopsi yang dapat mendorong atau menghambat kelanjutan suatu perilaku.

Model determinan perilaku menurut Green dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4. Determinan Perilaku Menurut Green (2005)
(Notoatmodjo, 2003)

BAB 4

UPAYA PENINGKATAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

A. Regulasi tentang ASI Eksklusif

Peningkatan kualitas dan pemeliharaan status kesehatan holistik Sumber Daya Manusia (SDM) dimulai sejak janin, bayi, anak, remaja, dewasa, sampai usia lanjut, atau dikenal dengan sepanjang siklus kehidupan. Salah satu upaya untuk memperoleh tumbuh kembang yang baik adalah dengan pemberian ASI Eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan. Oleh karena itu menyiapkan dan mengajarkan ibu agar dapat memberikan ASI merupakan bagian dari upaya peningkatan SDM (Depkes, 2005).

Beberapa regulasi ditetapkan oleh pemerintah untuk meningkatkan cakupan pemberian ASI Eksklusif di Indonesia. Pemerintah telah menetapkan target cakupan pemberian ASI Eksklusif pada tahun 2010 pada bayi 0-6 bulan sebesar 80% (Minarto, 2011) sehingga pemerintah membuat berbagai kebijakan untuk mencapai kesehatan yang optimal antara lain yaitu seperti ditegaskan dalam beberapa Peraturan Hukum Terkait ASI Eksklusif (Wiji, 2013)

1. UU RI No.36 Tahun 2009

Berbagai tindakan yang dengan sengaja menghalangi program pemberian ASI Eksklusif dapat dikenai pidana penjara paling lama 1 tahun dan denda paling banyak 100 juta rupiah. Undang-undang ini telah disahkan oleh Presiden bersama Menteri Hukum dan Hak Azasi Manusia RI pada tanggal 13 Oktober 2009.

Dalam Undang-Undang kesehatan baru ini hak bayi untuk mendapatkan ASI Eksklusif dijelaskan dalam:

a. Pasal 128

- 1) Ayat 1: Setiap bayi berhak mendapatkan ASI Eksklusif sejak dilahirkan selama 6 bulan, kecuali atas indikasi medis. Dengan adanya UU ini, jelas sudah

bahwa seorang anak yang baru dilahirkan dalam kondisi normal, artinya tidak memerlukan tindakan penanganan khusus, berhak mendapatkan ASI secara Eksklusif

- 2) Ayat 2: Seorang ibu sangat membutuhkan dukungan dari orang-orang sekitar terutama dari keluarga seperti suami, orang tua atau orang di lingkungan kerjanya, demi kelancaran pemberian ASI pada bayinya.
- 3) Ayat 3: Penyediaan fasilitas khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diadakan di tempat kerja dan tempat saran umum.

Pada kenyataannya belum banyak dijumpai fasilitas umum yang menyediakan tempat khusus bagi bayi menyusui. Hal tersebut tampaknya juga belum tersosialisasikan pada perusahaan-perusahaan, tempat dimana terdapat banyak ibu bekerja yang sedang melaksanakan ASI Eksklusif. Setidaknya melihat ayat (3) tadi, perusahaan dapat menyediakan tempat khusus yang bersih dan nyaman sebagai tempat dimana seorang ibu menyusui dapat memompa ASI-nya untuk kemudian menyimpannya ke dalam botol dan diberikan kepada bayinya sepulang dari bekerja.

b. Pasal 129

Ayat 1: pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan ASI secara Eksklusif.

2. Peraturan Pemerintah No.33 Tahun 2012

Peraturan Pemerintah (PP) No.33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif telah diterbitkan sejak 1 Maret 2012. Tujuan PP tersebut adalah:

- a. Menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI Eksklusif sejak lahir sampai dengan berusia 6 (enam)

- bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya.
- b. Memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya.
 - c. Meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah terhadap pemberian ASI Eksklusif.
3. Dasar hukum terkait ASI Eksklusif
- a. UUD 1945.
 - b. UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan.
 - c. UU No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
 - d. UU No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Azasi Manusia.
 - e. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
 - f. UU No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.
 - g. UU No. 7 Tahun 1996 tentang Pangan.
 - h. UU No. 69 Tahun 1999 tentang Label dan Iklan Pangan.
 - i. UU No. 36 Tahun 1990 tentang Pengesahan Konfensi tentang Hak-Hak Anak.
 - j. Keputusan Menkes RI No. 450/MENKES/SK/IV/2004 tentang Pemberian ASI Secara Eksklusif Pada Bayi di Indonesia.
 - k. Keputusan Menkes RI No. 237/MENKES/SK/IV/1997 tentang Pemasaran Pengganti Air Susu Ibu.
 - l. Peraturan Bersama MenagPP, Menakertrans dan Menkes tentang Peningkatan Pemberian ASI Selama Waktu Kerja di Tempat Kerja.
 - m. Peraturan Kepala BPOM RI Tentang Penambahan Zat Gizi dan Non Gizi Dalam Produk Pangan.
 - n. Keputusan Kadinkes Provinsi DKI Jakarta tentang Pemberian ASI Secara Dini (Inisiasi Menyusu Dini) bagi Ibu Melahirkan di Provinsi DKI Jakarta tahun 2008
 - o. Peraturan Kepala BPOM RI tentang Pengelompokan Produk Formula Bayi dan Formula Lanjutan.
 - p. Perda Kabupaten Klaten No. 7 Tahun 2008 tentang Inisiasi Menyusu Dini dan Air Susu Ibu Eksklusif.

- q. Pedoman Peningkatan Penerapan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui yang Responsif Gender bagi Pusat dan Daerah.
- r. Rekomendasi tentang Pemberian Makan Bayi Pada Situasi Darurat.
- s. Alasan Medis yang Dapat Diterima Sebagai Dasar Penggunaan Pengganti ASI.
- t. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes.
- u. Konvensi Hak-Hak Anak.
- v. Melindungi Bayi Dalam Keadaan Darurat.
- w. Rangkuman Peraturan Perundangan di Indonesia Menyangkut ASI.
- x. Kode Etik Internasional Pemasaran Pengganti Air Susu Ibu.

B. Upaya Pemecahan Permasalahan ASI Eksklusif

The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding dikembangkan oleh WHO dan UNICEF dengan partisipasi yang luas dari pemerintah dan *stakeholders* lainnya, merupakan *blueprint* untuk tindakan kesehatan baik untuk saat ini dan masa depan dalam meningkatkan praktik pemberian makan bayi di seluruh dunia. *The World Health Assembly* dan Dewan Eksekutif UNICEF mengadopsi strategi ini sejak tahun 2002. Dasar strategi ini dibangun pada dua dekade internasional dan consensus kesehatan publik, dimulai dengan Rapat Bersama *Infant and Young Child Feeding* (1979), the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (1981), the Innocenti Declaration (1990), and the Baby-friendly Hospital Initiative (1991) (WHO, 2003).

The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding adalah pendekatan komprehensif. Strategi Global memberikan perhatian yang meningkat untuk ASI dan makanan tambahan di keadaan yang sangat sulit, seperti pada daerah situasi emergensi dan prevalensi HIV. Strategi ini juga termasuk intervensi berbasis masyarakat untuk mempromosikan dan

mendukung bayi dan balita sebagai sasaran operasional baru. Sementara kemajuan yang signifikan dalam perlindungan menyusui, promosi, dan bentuk dukungan telah dilakukan melalui penekanan pada kebijakan dan pelayanan kesehatan ibu hamil, pengalaman yang menunjukkan bahwa mencapai bayi yang optimal dan balita membutuhkan, strategi yang komprehensif terpadu yang termasuk intervensi berbasis masyarakat serta layanan kebijakan dan kesehatan. Seperti yang terlihat pada gambar berikut:



Gambar 5. Elements of a Comprehensive Breastfeeding Programme (Wellstart International, 1996 dalam WHO, 2003)

Di Indonesia, upaya yang dilakukan dalam memecahkan permasalahan ASI Eksklusif yaitu (Profil Kesehatan Indonesia, 2013):

1. Pemberlakuan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif
2. Melakukan pelatihan konseling menyusui dan konseling Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Sampai tahun 2012

telah dilakukan pelatihan konseling menyusui kepada 3.929 orang dan MP-ASI sebanyak 416 orang.

3. Melaksanakan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM), yaitu:
 - a. Membuat kebijakan tertulis tentang menyusui dan dikomunikasikan kepada semua staf pelayanan kesehatan.
 - b. Melatih semua staf pelayanan dalam keterampilan menerapkan kebijakan menyusui tersebut
 - c. Menginformasikan kepada semua ibu hamil tentang manfaat dan manajemen menyusui
 - d. Membantu ibu menyusui dini dalam 30 menit pertama persalinan
 - e. Membantu ibu cara menyusui dan mempertahankan menyusui meskipun ibu dipisah dari bayinya
 - f. Memberikan ASI saja kepada bayi baru lahir kecuali ada indikasi medis
 - g. Menerapkan rawat gabung ibu dengan bayinya sepanjang waktu (24 jam)
 - h. Menganjurkan menyusui sesuai permintaan bayi
 - i. Tidak memberi dot kepada bayi
 - j. Mendorong pembentukan kelompok pendukung menyusui dan merujuk ibu kepada kelompok tersebut setelah keluar dari sarana pelayanan;
4. Sosialisasi dan kampanye ASI Eksklusif
5. KIE melalui media cetak dan elektronik
6. Mengembangkan Strategi Peningkatan Pemberian ASI Eksklusif
7. Menciptakan lingkungan yang kondusif terhadap perilaku menyusui melalui peraturan perundang-undangan dan kebijakan atau PP
8. Penguatan sarana pelayanan kesehatan (RS/RSIA, Puskesmas perawatan, klinik bersalin) dalam menerapkan 10 LMKM

9. Peningkatan komitmen dan kapasitas *stakeholder* dalam meningkatkan, melindungi, dan mendukung pemberian ASI
10. Pemberdayaan ibu, keluarga, dan masyarakat dalam praktik pemberian ASI
11. Menjamin terlaksananya strategi pemberian ASI
12. Pengembangan peraturan perundangan-undangan dan kebijakan atau PP
13. Pelaksanaan revitalisasi RS dan sarana pelayanan kesehatan sayang bayi
14. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan
15. Pemberdayaan ibu, bapak, dan keluarga, serta masyarakat
16. Perlindungan pekerja perempuan
17. Bekerjasama dengan lintas sektor terkait dalam pengawasan pemasaran susu formula dan produk makanan bayi sesuai standar produk makanan (*codex alimentarius*)
18. Advokasi dan promosi peningkatan pemberian ASI

C. Strategi Nasional Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (PP ASI)

Mengingat besarnya manfaat ASI bagi bayi, keluarga, masyarakat, dan negara maka perlu serangkaian upaya yang dilakukan secara terus menerus dalam bentuk Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (PP-ASI). Selama ini upaya PP-ASI telah dilaksanakan, namun masih perlu ditingkatkan lagi terutama dalam hal meningkatkan cakupan pemberian ASI eksklusif. Sejalan dengan pelaksanaan otonomi daerah, PP-ASI merupakan kegiatan strategis. PP-ASI dapat menurunkan subsidi Pemerintah Daerah untuk kesehatan karena bayi dan anak lebih sehat sehingga akan menurunkan angka Kesakitan dan Kematian Bayi, dan sekaligus juga akan meningkatkan kualitas SDM daerah bersangkutan. Untuk lebih meningkatkan efektifitas pencapaian upaya Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (PP-ASI) perlu disusun Strategi Nasional yang akan menjadi pedoman bagi setiap penyelenggaraan PP-ASI (kebijakankesehatanindonesia.net).

Tujuan PP-ASI yaitu Sebagai pedoman bagi seluruh pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan PP-ASI. Yang menjadi sasaran adalah Pemerintah Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), Swasta, Kelompok Potensial Masyarakat, Organisasi Profesi, dan Organisasi Internasional.

Kebijakan PP ASI antara lain adalah sebagai berikut :

1. PP-ASI adalah Gerakan Nasional.
2. Gerakan Nasional PP-ASI dilaksanakan sebagai upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia yang merupakan bagian integral dari pembangunan nasional, khususnya dalam peningkatan kualitas hidup.
3. Gerakan Nasional PP-ASI merupakan suatu gerakan yang dilaksanakan secara lintas sektor dan terpadu dengan melibatkan peran serta masyarakat.
4. Gerakan Nasional PP-ASI dikembangkan berdasarkan asas desentralisasi dengan menitik-beratkan pada pemberdayaan masyarakat dan keluarga untuk mendukung kepercayaan ibu hamil dan ibu menyusui dalam melaksanakan tugas sesuai dengan kodratnya.
5. Gerakan Nasional PP-ASI difokuskan dalam upaya membudayakan perilaku menyusui secara eksklusif kepada bayi sampai dengan berumur 4 bulan.
6. Gerakan Nasional PP-ASI dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan di seluruh Indonesia.

Pokok- Pokok Program Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (PP-ASI)

1. Pengembangan legislasi. Bertujuan untuk mengembangkan dan menerapkan peraturan perundang-undangan yang mendukung PP-ASI.
2. Advokasi dan sosialisasi penerapan legislasi. Bertujuan untuk mengembangkan upaya peningkatan, perlindungan dan dukungan kepada ibu-ibu agar dapat menyusui secara optimal.

3. Penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (PP-ASI). Bertujuan sebagai pedoman bagi Pemerintah Pusat dalam melaksanakan PP-ASI dan pedoman bagi Pemerintah Daerah dalam menyusun SPM PP-ASI di daerahnya.
4. Pelayanan Kesehatan. Bertujuan untuk memantapkan dan meningkatkan peranan petugas dan sarana pelayanan kesehatan dalam PP-ASI.
5. Pendidikan dan Pelatihan. Bertujuan untuk memantapkan dan menerapkan kemampuan petugas kesehatan, masyarakat dan keluarga dalam pelaksanaan PP-ASI.
6. Kampanye PP-ASI. Bertujuan untuk meningkatkan kepedulian pihak terkait dan untuk memasyarakatkan penggunaan ASI yang baik dan benar
7. Membentuk forum koordinasi PP-ASI. Meningkatkan efektifitas pelaksanaan PP-ASI di masing-masing sektor dan LSM.
8. Menyediakan Fasilitas Menyusui. Bertujuan mendukung pelaksanaan PP-ASI bagi ibu menyusui yang sedang dalam perjalanan, di tempat-tempat umum seperti pertokoan, terminal angkutan (darat, laut, udara), dll.
9. Peningkatan kepedulian dan perhatian para pengusaha memberikan dukungan dan perlindungan bagi perempuan pekerja dalam pelaksanaan PP-ASI.
10. Pemberdayaan Masyarakat dan keluarga. Bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan masyarakat dan keluarga dalam melaksanakan PP-ASI.
11. Pembinaan, Monitoring dan evaluasi. Bertujuan untuk meningkatkan efektifitas pelaksanaan PP-ASI dan menilai tingkat keberhasilan.
12. Penelitian dan pengembangan. Bertujuan untuk mengembangkan, melaksanakan riset terapan dan klinis untuk mendukung terlaksananya PP-ASI.

D. Berbagai Studi Tentang Upaya Pemberian ASI Eksklusif

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mempelajari keberhasilan program ASI Eksklusif. Penelitian intervensi tentang ASI Eksklusif yang telah dilakukan di beberapa negara antara lain adalah sebagai berikut :

Penelitian yang dilakukan oleh Christopher, dkk, pada beberapa negara berpendapatan menengah ke bawah. Beberapa penelitian telah dirampung dan dikaji dalam suatu sistematik review dan meta analisis yang menggambarkan hasil dari berbagai penelitian yang meneliti tentang "Peer Support and Exclusive Breastfeeding Duration". Penelitian ini dilakukan pada tahun 2012. Dari 390 pencarian di databes Medline, Embase dan Cochrane dan melewati beberapa tahap penyaringan sesuai criteria inklusi dan eksklusi maka diperoleh 17 hasil penelitian yang terdiri dari 11 artikel untuk kajian sistematika review dan 6 hasil penelitian untuk meta analisis. Hasil penelitian ini menemukan bahwa ada perbedaan signifikan dalam populasi penelitian. Metode pelatihan konselor sebaya, jadwal kunjungan rekan, metode kepastian hasil. Dukungan sebaya secara signifikan menurunkan risiko penghentian Pemberian ASI Eksklusif dibandingkan dengan kontrol (RR : 0,71 ; 95 % CI : 0,61-0,82 ; I2 = 92 %). Pengaruh dukungan sebaya berkurang secara signifikan pada masyarakat dengan prevalensi pemberian susu formula >10% dibandingkan dengan masyarakat dengan prevalensi pemberian susu formula <10% dengan nilai $p=0,048$. Selain itu ditemukan pula bahwa tidak ada bukti pengaruh terhadap variabel BBLR ($p=0,367$) dan tidak ada pengaruh dukungan teman sebaya dengan perilaku pemberian ASI selama 4 bulan dibandingkan dengan 6 bulan. Sehingga penelitian ini menyimpulkan bahwa dukungan teman sebaya meningkatkan durasi pemberian ASI Eksklusif pada negara yang berpendapatan menengah ke bawah. Namun, efeknya tampaknya berkurang budaya pemberian makanan susu formula. Dan disarankan kepada penelitian selanjutnya untuk menentukan waktu yang optimal untuk kunjungan rekan,

bagaimana mengintegrasikan dukungan rekan sebaya dengan tepat dalam kemasan strategi intervensi, dan efektivitas intervensi tambahan untuk dukungan rekan sebaya dalam hal budaya pemberian susu formula (Christopher R. Sudfeld, 2012).

Penelitian lainnya telah dilakukan pada tahun 2004 hingga 2006 oleh Ghislain B. Balaluka yang melakukan penelitian intervensi yang melibatkan "Community Volunteers" dalam peningkatan pemberian asi pada bayi umur 6 bulan di Negara Republik Demokrat Congo. Penelitian ini dilatarbelakangi oleh masalah malnutrisi sebagai suatu permasalahan kesehatan di negara berkembang dimana pemberian ASI Eksklusif merupakan salah satu strategi yang efisien untuk mencegah masalah malnutrisi tersebut serta dapat mengurangi angka kematian bayi. Tujuan penelitian adalah untuk mengevaluasi efektifitas dari "Community Volunteers" dalam mempromosikan ASI Eksklusif sejak kelahiran pada wilayah endemic malnutrisi. Di daerah ini diterapkan suatu Program Gizi Berbasis Masyarakat. Program ini bekerja sama dengan relawan masyarakat dengan usia rata-rata 37 tahun, yang sebagian besar sudah menikah (86 %). Delapan puluh persen dari relawan masyarakat telah menyelesaikan sekolah menengah atau tingkat pendidikan yang lebih tinggi. data terkait dengan periode pemberian ASI eksklusif dan jumlah kunjungan. Populasi sebanyak 386 anak balita di daerah intervensi dan di daerah control. Sampel dalam penelitian ini adalah 208 anak dari desa yang memiliki program gizi sebagai kelompok intervensi. Dan 178 bayi dari desa yang tidak mengembangkan program gizi sebagai kelompok control.

Penelitian ini menganalisa dampak dari Program "community-based nutrition" di Distric Katana, Congo. Masing- masing desa di sector ini memiliki Komite desa Gizi yang terdiri dari 5 anggota yang bertanggung jawab untuk secara terus menerus bekerja untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya ASI Eksklusif sejak lahir untuk kalangan ibu hamil dan tokoh masyarakat di desa masing-masing.

Hasil penelitian menemukan bahwa durasi pemberian ASI Eksklusif sejak lahir hingga 6 bulan yaitu 2 - 7 bulan pada daerah intervensi. Ini berarti durasi pemberian ASI Eksklusifnya lebih panjang dibandingkan dengan daerah control yaitu 4 bulan (1 sampai 6 bulan) dengan nilai $p < 0,001$. Proporsi bayi menerima ASI eksklusif pada usia enam bulan lebih tinggi di daerah intervensi dibandingkan daerah control dengan nilai $p < 0,001$. Di daerah intervensi pemberian ASI Eksklusif sebesar 57,7% (95 % Confidence Interval, CI , 50,9-64,5) sedangkan daerah control sebesar 2,7 % (95 % CI, 1,1-6,6). Kelompok intervensi memiliki berat badan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok control pada usia 12 bulan. Berat Badan kelompok intervensi 8,42 kg (SD 1,41) sedangkan Berat Badan kelompok control 7,97 (SD 1,02), meskipun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik ($p = 0,055$). Sehingga dari hasil penelitian tersebut disimpulkan bahwa promosi menyusui oleh relawan masyarakat di daerah endemik kekurangan gizi di Republik Demokratik Kongo pedesaan dapat meningkatkan durasi pemberian ASI eksklusif sejak lahir. Dan selanjutnya disarankan agar penelitian lain perlu dilakukan dengan menggunakan metodologi yang lebih kuat yang diperlukan untuk mempelajari kapasitas operasional relawan masyarakat dalam jangka panjang dan faktor-faktor yang pendukung yang dapat memotivasi mereka.

Penelitian juga telah dilakukan di Swedia oleh Ingrid Blixt, dkk pada tahun 200 sampai 2003. Penelitian yang dilakukan bertujuan untuk mengevaluasi pelatihan yang berorientasi pada konsultasi dukungan menyusui bagi bidan dan perawat kesehatan anak, juga sejauh mana kepuasan ibu terhadap konseling menyusui, serta permasalahan tentang kecukupan ASI dan nyeri pada puting dalam kaitannya dengan pemberian ASI Eksklusif dalam durasi kurang lebih 3 bulan. Populasi dalam penelitian adalah 540 ibu primipara usia postpartum 3 hari, 3 bulan dan 9 bulan. Dari populasi tersebut dilakukan pemilihan sampel dengan criteria antara lain yaitu sampel dapat berbahasa Swedia, Ibu kelahiran tunggal yang

pertama kali dan dalam kondisi yang sehat, bayi dilahirkan spontan, vakum maupun operasi yang memenuhi syarat. Sehingga diperoleh sampel yaitu Kelompok control A sebanyak 162 ibu, Kelompok Kontrol B sebanyak 172 ibu dan kelompok intervensi sebanyak 206 ibu. Pengumpulan data dengan menggunakan Questioner yang diberikan sebanyak 3 kali. Yang pertama pada 3 hari postpartum, yang ke 2 pada 3 bulan postpartum, dan yang ke 3 pada 9 bulan postpartum.

Hasil penelitian tersebut diperoleh bahwa berkenaan dengan demografi dan data obstetrik, tidak ada perbedaan yang signifikan ada antara perempuan pada kelompok Intervensi dibandingkan dengan perempuan di Kelompok control. Ibu yang merencanakan untuk menyusui dan ASI eksklusif durasi ≥ 3 bulan lebih sering menyusui, dibandingkan dengan wanita yang menyusui ASI eksklusif dengan durasi menyusui < 3 bulan, walaupun tidak ada perbedaan yang signifikan antara Kelompok Intervensi dan kelompok control. Wanita dalam kelompok intervensi dengan pemberian ASI eksklusif durasi < 3 bulan, lebih puas dengan konseling menyusui dari para profesional perawatan kesehatan dibandingkan dengan wanita pada kelompok kontrol ($p = 0,008$). Ada sedikit wanita dengan durasi ASI eksklusif < 3 bulan yang mengalami cukup produksi susu yang mengakhiri menyusui mereka selama tiga bulan pertama pada kelompok Intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p = 0,01$). Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok Intervensi dan kelompok kontrol mengenai nyeri pada payudara / puting atau puting lecet untuk wanita dengan durasi pemberian ASI eksklusif < 3 bulan. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara Kelompok Intervensi dan kelompok kontrol mengenai jumlah perempuan yang produksi ASI cukup berpengalaman, nyeri di payudara / puting atau puting luka untuk wanita dengan eksklusif durasi menyusui ≥ 3 bulan. Penelitian ini menyarankan dilakukannya sebuah pelatihan yang berorientasi proses untuk para profesional kesehatan dalam mendukung

kemampuan perempuan untuk memecahkan masalah menyusui seperti pengalaman produksi ASI yang tidak mencukupi.

Studi Intervensi lainnya juga telah dilakukan oleh Luciana, dkk yang bertujuan untuk mengevaluasi efikasi dari konseling menyusui terhadap ibu remaja dan ibu mereka dalam peningkatan durasi pemberian ASI Eksklusif. Penelitian dilakukan sejak tahun 2006 hingga 2009. Setelah dikeluarkannya 19 ibu yang menolak sebagai objek penelitian maka diperoleh 323 ibu remaja dari populasi sebanyak 342. Sampel tersebut tersebar dalam empat kelompok intervensi yaitu: (1) tidak tinggal bersama ibu, tanpa intervensi; (2) tidak tinggal bersama ibu, dengan intervensi; (3) tinggal bersama ibu, tanpa intervensi, dan (4) tinggal dengan ibu dengan intervensi. Perhitungan median menunjukkan peningkatan dalam durasi pemberian ASI Eksklusif dalam 2 kelompok intervensi kaitannya dengan kelompok tanpa intervensi. Dengan dilakukannya intervensi dapat meningkatkan 67 hari durasi pemberian ASI Eksklusif pada kelompok remaja yang tinggal bersama ibu mereka dan 46 hari pada kelompok ibu yang tidak hidup dengan nenek. Sehingga penelitian ini menyimpulkan bahwa konseling sesi dalam empat bulan pertama kehidupan anak-anak terbukti efektif dalam meningkatkan Durasi Pemberian ASI Eksklusif pada ibu remaja.

Studi lainnya yang menggunakan mix metode telah dilakukan di Bristol oleh Ingram Jenny pada tahun 2010 dan dipublikasikan pada tahun 2013. Penelitian dilakukan untuk mengevaluasi pendukung sebaya dalam pandangan ibu, bidan dan pendukung sebaya terhadap efek dari menyusui. Dilakukan survey online terhadap 163 ibu dan wawancara terhadap 25 ibu. Ibu menerima layanan dukungan sebaya diundang untuk menyelesaikan survei online yang meliputi bayi memberi makan; dukungan menyusui; dan Self- Efficacy menyusui (menggunakan Skala Menyusui Self- Efficacy). Wawancara semi terstruktur dan FGD untuk mengeksplorasi persepsi ibu, bidan dan dukungan teman sebaya. Efek dari

layanan pada tingkat menyusui kemudian didokumentasikan dan dibandingkan.

Hasil penelitian diperoleh bahwa Ibu yang menyusui secara eksklusif memiliki skor self-efficacy lebih tinggi (rata-rata skor 58,4, SD 11,6) dibandingkan dengan yang tidak ASI Eksklusif (skor 48,5, SD11.4). Ibu yang menyusui anak kedua atau seterusnya lebih percaya diri dibandingkan Ibu yang menyusui untuk pertama kalinya, dan ibu yang telah menyusui secara eksklusif lebih percaya diri dengan nilai $p < 0,00$. Layanan dinilai sangat positif oleh ibu, profesional kesehatan dan pendukung sebaya . Ibu merasa bahwa dukungan teman sebaya meningkatkan kepercayaan diri mereka untuk menyusui; ibu merasa menemukan kontak penting dan menyenangkan dari dukungan teman sebaya. Bidan dan tenaga persalinan menilai positif tentang kunjungan antenatal yang berkelanjutan serta dukungan postnatal dari pendukung lokal tersebut. Sehingga disimpulkan bahwa pengenalan layanan dukungan sebaya berhubungan dengan manfaat psiko - sosial bagi ibu, profesional kesehatan dan pendukung sebaya. Kesenambungan dukungan sebaya dengan kunjungan antenatal dan postnatal dari pendukung lokal yang sama, juga dianggap menguntungkan.

Penelitian pada tahun 2009 telah dilakukan oleh Sharon K, dkk dengan judul "Evaluation of an Office Protocol to Increase Exclusivity of Breastfeeding". Program "Ramah Menyusui" sebagai bentuk intervensi dilakukan dengan desain pre dan post retrospective. Protokol Klinis dari The Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) ("The Breastfeeding -Friendly Physician's Office, Bagian 1 : Mengoptimalkan Perawatan untuk Bayi dan Anak") digunakan sebagai ketentuan dalam pelayanan menyusui dalam perawatan primer klinik anak. Dari 757 pasangan ibu dan bayi, diperoleh sampel sebanyak 376 pasangan. Hasil penelitian menjelaskan bahwa pemberian ASI eksklusif lebih tinggi pada kelompok post intervensi dibandingkan dengan kelompok sebelum intervensi di setiap titik waktu, dan perbedaan yang signifikan secara statistik pada

semua titik waktu ($P < 0,01$). Khususnya ketika membandingkan peningkatan ASI eksklusif, mereka pada kelompok setelah intervensi setidaknya 10 persen poin lebih tinggi daripada kelompok sebelum intervensi untuk semua 5 titik waktu. Selanjutnya penelitian ini menyimpulkan bahwa populasi pasien yang beragam dalam praktik pediatric telah meningkatkan tingkat inisiasi dan tingkat pemberian ASI eksklusif setelah pelaksanaan protokol ramah menyusui ABM. Keluarga yang menerima perawatan dalam pengaturan perawatan primer anak yang telah menerapkan protokol klinis ABM telah meningkatkan tingkat ASI eksklusif.

Penelitian intervensi lainnya juga telah dilakukan pada tahun 2011 oleh Martha N.S Vianna, dkk. Intervensi melalui terapi music dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan rata-rata menyusui bagi ibu yang melahirkan secara premature. Dari populasi sebanyak 190 ibu diperoleh 94 sampel yang terbagi dalam 48 ibu dalam kelompok yang diberikan intervensi dan 46 ibu kelompok control. Ibu neonatus prematur dengan berat lahir ≤ 1.750 g diberikan sesi terapi musik sebanyak tiga kali seminggu selama 60 menit. Dengan angka menyusui yaitu pada saat bayi keluar rumah sakit dan pada kunjungan tindakan lanjutan (7-15 hari, 30 dan 60 hari setelah keluar dari RS). Dari intervensi yang dilakukan diperoleh hasil bahwa menyusui secara signifikan lebih sering pada kelompok terapi musik pada pertama kali dikunjungi dengan nilai risiko relatif (RR) = 1,26 ; Interval kepercayaan 95 % (95 % CI) = 1,01-1,57; dan $p = 0,03$. Kelompok ini juga menunjukkan tingkat menyusui lebih tinggi pada saat bayi keluar dari Rumah Sakit (RR = 1,22 ; 95 % CI = 0,99-1,51; $p = 0,06$) dan pada hari 30 dan 60 setelah keluar dari Rumah Sakit (masing-masing, RR = 1,21 ; 95 % CI = 0,73-5,6 ; $p = 0,13$ dan RR = 1,28 ; 95 % CI = 0,95-1,71 ; $p = 0,09$) tetapi hasil tersebut tidak signifikan secara statistik. Sehingga kesimpulan dari studi intervensi ini adalah penelitian ini menunjukkan bahwa terapi musik telah member dampak yang signifikan dalam meningkatkan angka menyusui di kalangan ibu-ibu bayi baru lahir prematur pada kunjungan

follow - up, dan juga berpengaruh positif (meskipun tidak signifikan) yang berlangsung hingga 60 hari setelah bayi keluar dari Rumah Sakit. Terapi musik dapat berguna untuk meningkatkan angka menyusui antara ibu dari bayi yang baru lahir yang premature.

Penelitian dengan metode randomized trial telah dilakukan pada tahun 2010-2012 dengan intervensi berupa dukungan via telepon. Penelitian dilakukan terhadap ibu yang obes dan memiliki anak tunggal. Dari 226 pasang ibu obes dan anak tunggal diperoleh 207 pasang ibu obes dan anak tunggal yang terbagi dalam Kelompok intervensi sebanyak 105 pasang, dan kelompok kontrol 102 pasang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Kelompok pendukung ASI eksklusif selama rata-rata 120 hari, sedangkan menyusui parsial 41 hari dengan nilai $p=0,003$. Setiap ibu dapat mempertahankan untuk terus menyusui selama rata-rata 184 hari untuk kelompok intervensi sedangkan kelompok pendukung 108 hari. Kursus eksklusif dan menyusui Eksklusif maupun parsial dalam 2 kelompok menunjukkan secara keseluruhan membaik. Tingkat menyusui pada kelompok intervensi untuk menyusui eksklusif adalah $p=0,032$ dan menyusui parsial $p=0,02$. Dukungan kelompok yang memberikan ASI eksklusif secara signifikan lebih tinggi. Tidak ada pengaruh diet dan olahraga pada durasi pemberian ASI eksklusif ($p=0.84$) atau parsial ASI ($P=0.59$). Dari hasil penelitian tersebut selanjutnya diberi kesimpulan bahwa Intervensi berbasis telepon dengan seorang konsultan menyusui dapat memperpanjang pemberian ASI eksklusif dan parsial bagi wanita obesitas selama 6 bulan pertama postpartum yang sering mengakhiri untuk menyusui bayi mereka sebelum waktunya. Intervensi ini biaya cukup rendah dan mudah diimplementasikan. Studi yang menargetkan Faktor-faktor yang berhubungan dengan patofisiologi menyusui pada wanita obes diperlukan untuk merancang intervensi yang lebih tepat. Sebuah durasi yang lebih lama dari menyusui dapat menurunkan risiko penyakit tidak menular di bayi tersebut {Emma Malchau Carlsen, 2013}.

Studi Intervensi Prospektif juga telah dilakukan pada tahun 2009-2010 dan dipublikasikan pada tahun 2013. Intervensi berupa pemberian tas sebagai hadiah sepulang dari rumah sakit. 386 ibu menyusui diambil sebagai sampel dari 704 populasi yang ada. Peneliti mengelompokkan sampel dalam tiga kelompok intervensi yaitu Kelompok COMMERCIAL yaitu kelompok ibu menyusui yang menerima tas mengandung contoh susu formula. Kelompok ke dua dinamakan Kelompok BF-INFO yaitu kelompok yang menerima informasi menyusui dan perlengkapan, serta yang ke tiga adalah kelompok PUMP yaitu kelompok ibu yang menerima informasi menyusui/persediaan ditambah pompa payudara manual. Tindak lanjut dilakukan pada 2, 4, dan 12 minggu setelah melahirkan untuk menentukan hasil menyusui.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa perbandingan durasi rata-rata menyusui tiga bulan setelah melahirkan menunjukkan bahwa ibu-ibu di Kelompok PUMP dapat mempertahankan dengan baik ASI eksklusif dan parsial untuk periode terpanjang dibandingkan dengan ibu-ibu di dua kelompok lainnya. Ditemukan jauh lebih lama durasi pemberian ASI eksklusif pada kelompok BF-INFO ($p=0,01$) dan PUMP ($p=0,001$) dibandingkan dengan Kelompok KOMERSIAL, namun durasi pemberian ASI eksklusif antara Kelompok BF - INFO dan PUMP tidak berbeda nyata ($p=0,772$). Demikian pula, durasi menyusui parsial secara signifikan lebih lama pada kelompok PUMP daripada kelompok COMMERCIAL ($p<0,001$); namun tidak berbeda nyata antara Kelompok PUMP dan Kelompok BF-INFO ($p=0,643$). proporsi ibu (62,2 %) yang melakukan ASI eksklusif 12 minggu postpartum secara signifikan tinggi ($p<0,001$) pada kelompok PUMP. Dengan 12 minggu postpartum, tingkat pemberian ASI eksklusif menurun untuk semua kelompok. Namun, tingkat penurunan pemberian ASI eksklusif pada kelompok PUMP secara signifikan rendah ($p=0,001$) dibandingkan dengan KOMERSIAL dan BF-INFO yaitu masing-masing tingkat 11,8 % dibandingkan 29,7 % dibandingkan 28,9 % dengan nilai

$p < 0,001$. Tingkat menyusui parsial menyusui pada 12 minggu postpartum adalah serupa pada semua kelompok (24,6% vs 28,9% vs 26,0 % = KOMERSIAL dibandingkan BF - INFO dibandingkan PUMP, $p=0,73$)

Dari hasil penelitian tersebut selanjutnya diambil kesimpulan yaitu salah satu temuan yang paling penting dari penelitian ini adalah bahwa tingkat pemberian ASI eksklusif bagi ibu yang diberikan hadiah pompa dan panduan jauh di atas tingkat sebelumnya yaitu 62,2 % dibandingkan <30 % pada 12 minggu. Hasil ini akan berfungsi sebagai motivasi yang kuat untuk membentuk kebijakan dan praktik di rumah sakit. Dengan menyediakan tas hadiah ramah menyusui yang inovatif, rumah sakit dapat berlatih strategi promosi untuk menyusui dan mendorong ibu untuk menyusui bayinya.

Penelitian terdahulu lainnya di Uganda pada tahun 2005-2006 yaitu dengan melakukan analisis biaya dengan judul penelitian "Cost of individual peer counselling for the promotion of exclusive breastfeeding in Uganda" dilakukan terhadap populasi 406 ibu menyusui. Analisis biaya yang dilakukan yaitu terhadap perkiraan total biaya proyek, biaya rata-rata per ibu menasihati dan Biaya rata-rata per kunjungan konseling sebaya. Paket intervensi alternatif dieksplorasi dalam analisis sensitivitas. peneliti juga memperkirakan sumber daya yang dibutuhkan untuk mendanai skala hingga tingkat kabupaten, intervensi menyusui program dalam model sektor kesehatan masyarakat. Hasil penelitian menemukan bahwa biaya proyek tahunan yang diperkirakan US \$ 56.308. Komponen biaya terbesar adalah pengawasan dukungan rekan sebaya, yang menyumbang lebih dari 50 % dari total biaya proyek. Biaya per Ibu menasihati adalah US \$ 139 dan biaya per kunjungan adalah US \$ 26. Biaya per minggu EBF diperkirakan US \$ 15 pada 12 minggu post partum. Diperkirakan bahwa penerapan paket alternatif meniru program sektor kesehatan masyarakat rutin dapat berpotensi mengurangi biaya lebih dari 60 %. Berdasarkan biaya rata-rata dihitung dan kelahiran tahunan, scaling up Biaya dimodelkan tingkat kabupaten akan

membebani sektor publik tambahan US\$ 1.813.000. Selanjutnya penelitian ini menyimpulkan bahwa Promosi ASI eksklusif di sub - Sahara Afrika adalah layak dan dapat diimplementasikan pada biaya berkelanjutan. Hasil penelitian ini dapat dimasukkan dalam efektivitas biaya analisis eksklusif program promosi pemberian ASI di sub- Sahara Afrika.

BAB 5

UPAYA PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF MELALUI KEBIJAKAN PEMERINTAH

A. Kebijakan di Daerah tentang ASI di Sulawesi Selatan

Provinsi Sulawesi Selatan menjadi provinsi pertama di Indonesia yang mampu memproduksi perda ASI. Proses perancangan perda ini memendam sejumlah proses politik dan pengorganisasian kegiatan yang tidak terlepas dari komitmen stakeholders kesehatan provinsi ini dalam menjawab kontekstualisasi performa pelayanan publik bidang kesehatan yang masih buruk. Terobosan perumusan perda ASI dimulai dari *lingkage* yang terbangun antara CSOs terutama UNICEF, akademisi dan internal dinas kesehatan provinsi Sulawesi Selatan dalam meyakinkan para perumus kebijakan di provinsi ini tentang pentingnya perda ASI. Dimulai dari kegiatan rutin team pangan dan gizi provinsi ini dan pengolahan momentum gelar motivator ASI oleh UNICEF, serta pengorganisasian kegiatan kelas ibu hamil, para perumus kebijakan di provinsi ini mulai secara serius berproses selama 4 tahun untuk menggodok sebuah perda ASI. Titik pembelajaran terpenting dalam inovasi pelayanan publik ini terletak dalam kekayaan inisiasi dan terobosan yang dikembangkan oleh para stakeholders sehingga rumusan kebijakan perda ini lahir (Handam, 2012).

Proses informal politik yang dikembangkan oleh UNICEF seakan gayung bersambut dengan program utama Dinas Kesehatan Pemprov Sulsel. Penyematan gelar kepada istri Gubernur Sulawesi Selatan-Ibu Aminsyam-menjadi titik mula pertama dari rekognisi politik terhadap pentingnya kesadaran ASI di dalam elit-elit pemerintahan Sulsel. Gelar motivator ASI ini disematkan kepada Ibu Aminsyam - Istri Gubernur Sulawesi Selatan yang sudah merintis sekaligus memprakarsai ketersediaan ruang menyusui di fasilitas publik.

Terobosan elit dan pengolahan momentum ini pada dasarnya disadari oleh para inisiator perda ASI di kalangan akademisi dan UNICEF sebagai cara paling rasional untuk *mainstreaming* pentingnya ASI bagi masyarakat Sulsel.

Pembacaan konteks sosiologis masyarakat Sulsel dengan struktur masyarakat yang patrimonial dan mayoritas penduduk muslim menunjukkan pentingnya peran para elit yang *notebene* duduk sebagai *policy makers*. Para elit sejatinya memiliki ragam instrumen yang cukup untuk menjadi suri tauladan masyarakat agar memulai gerakan ASI Eksklusif. Dalam konteks ini, gelar motivator ASI menjadi proses informal politik dari inisiasi perumusan perda ASI. Dukungan melalui orang-orang kunci atau *policy makers* seperti Gubernur, Sekda, DPRD, maupun bupati dan walikota menunjukkan bahwa gelar ini telah memberikan pengakuan sosial atas status dan peran sosial yang telah mereka rintis.

Inisiasi melalui pengorganisasian sosialisasi yang rapi ini memakan waktu cukup lama dan membuahkan hasil sebuah rancangan perda ASI Eksklusif yang kemudian digulirkan di DPRD. Tahapan di parlemen ditindaklanjuti dengan rangkaian proses pembahasan dalam program legislasi daerah (Prolegda) 2010 diantaranya;

1. Pertemuan dengan badan legislative
2. Konsultasi dengan pemerintah pusat melalui biro hukum Kemendagri RI dan Direktorat Bina Gizi Masyarakat Kemenkes RI,
3. Proses persetujuan Badan Legislasi daerah dan pembahasan lanjut di Pansus.
4. Pertemuan dengan Pansus dan Rapat Dengar Pendapat (RDP),
5. Sosialisasi awal dengan biro hukum dan dinas kesehatan se-Sulawesi selatan,
6. Kunjungan lapangan di Klaten untuk *lesson learn* perda ASI kabupaten Klaten,
7. Rapat-rapat kerja pansus untuk pembahasan pasal-per pasal dalam raperda ASI

Keseluruhan tahapan ini membuah hasil lahirnya Perda Nomor 6 tahun 2010 tentang ASI Eksklusif. Sebelum terbit di Sulawesi Selatan pada 2010, Perda ASI Eksklusif telah lebih dulu diterbitkan di Kabupaten Klaten pada tahun 2008. Perda ASI Eksklusif Klaten sekaligus menjadi inspirasi bagi lahirnya Perda ASI Eksklusif di Sulawesi Selatan. Merunut ke belakang, dukungan pemberian ASI eksklusif di Indonesia dimulai pada tahun 1990, pemerintah mencanangkan Gerakan Nasional Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI) yang salah satu tujuannya adalah untuk membudayakan perilaku menyusui secara eksklusif kepada bayi hingga berumur 4 bulan. Pada tahun 2004, sesuai dengan anjuran badan kesehatan dunia (WHO), pemberian ASI Eksklusif ditingkatkan menjadi 6 bulan. Kemudian anjuran tersebut dinyatakan dalam Keputusan tersebut merupakan perwujudan pemerintah RI dalam mendukung adanya IMD dan Pemberian ASI Eksklusif di Indonesia. Peraturan Pemerintah RI tersebut membahas mengenai Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif; Pengaturan penggunaan susu formula dan produk bayi lainnya; Sarana menyusui di tempat kerja dan sarana umum; Dukungan Masyarakat; Tanggung jawab Pemerintah, Pemerintah Daerah baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota; serta pendanaannya.

Pada tahun 2012 Pemerintah Kota (Pemkot) Makassar mencanangkan dimulainya Gerakan Peduli Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif untuk wilayah Makassar. Dalam hal ini, Makassar diharapkan akan menjadi pionir bagi penggunaan ASI Eksklusif di Sulawesi Selatan. Pencanangan ASI Eksklusif ini dilakukan usai upacara peringatan Hari Ulang Tahun (HUT) Kota Makassar ke-405 di Lapangan Karebosi, Makassar, Jumat, 9 November. Gerakan Peduli ASI Eksklusif di Makassar ini diprakarsai sejumlah pihak, antara lain Dinas Kesehatan Kota Makassar, USAID melalui Program Kinerja, Kelompok Ibu Peduli ASI, Kelompok Bapak Peduli ASI, sejumlah NGO, media, dan tokoh masyarakat.

Setelah penancangan gerakan Peduli ASI Eksklusif, sejumlah kader Peduli ASI Eksklusif kemudian membagikan brosur kepada para undangan dan warga yang baru saja menghadiri perayaan HUT Kota Makassar. Setelah itu para kader juga melakukan aksi sosialisasi ke sejumlah fasilitas-fasilitas umum seperti mal, pasar, dan sebagainya. Diharapkan gerakan ini bisa menjadi gerakan bersama dari seluruh warga Kota Makassar. Diharapkan pula dapat meluas dan menjangkau aspek-aspek lain, seperti pengadaan Pojok ASI di tempat-tempat umum dan instansi pemerintah (Cakrawala, 2012).

B. Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI)

Selain Peraturan Pemerintah daerah dan Peraturan Walikota, di masyarakat juga muncul suatu gerakan yang mendukung Program Pemberian ASI Eksklusif. Salah satunya adalah Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI). AIMI terbentuk dari kepedulian beberapa ibu mengenai pentingnya pemberian Air Susu Ibu (ASI) untuk bayi secara eksklusif selama 6 bulan dan dilanjutkan hingga 2 tahun. adanya dukungan kepada keluarga Indonesia, terutama ibu-ibu untuk mendapatkan akses informasi selengkap mungkin mengenai ASI baik dari rumah sakit tempat melahirkan dan tenaga kesehatan menjadi salah satu yang melatarbelakangi terbentuknya AIMI ini (Aimi-asi.org).

Asosiasi ini merumuskan Misinya sebagai berikut: Visi AIMI sebagai berikut: 1) Untuk menaikkan prosentase angka ibu-ibu menyusui di Indonesia. 2) Untuk menaikkan prosentase bayi yang diberikan ASI eksklusif di Indonesia. 3). Agar setiap ibu di Indonesia memiliki bekal pengetahuan dan informasi yang cukup mengenai pentingnya pemberian ASI kepada bayi mereka. 4). Agar setiap ibu di Indonesia mendapatkan dukungan penuh untuk menyusui bayinya secara eksklusif selama 6 bulan dan meneruskannya sampai 2 tahun atau lebih. 5). Agar Pemerintah, perusahaan-perusahaan dan pihak ketiga lainnya sadar betul akan pentingnya ASI dengan mendukung

penuh pemberian ASI kepada bayi-bayi di Indonesia. 6). Agar masyarakat luas mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang ASI, dan memberikan dukungan dalam rangka menyukseskan pemberian ASI bagi bayi-bayi Indonesia.

Dan untuk mencapai Misi tersebut dirumuskan 1). Memberikan informasi, pengetahuan dan dukungan bagi para ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif selama 6 bulan dan meneruskannya sampai 2 tahun atau lebih. 2). Memberikan masukan untuk pemerintahan, perusahaan dan instansi swasta agar mereka mengetahui pentingnya pemberian ASI, dengan tujuan agar pihak-pihak tersebut dapat memberikan dukungan bagi suksesnya pemberian ASI. 3). Memberikan pendidikan kepada lingkungan masyarakat akan pentingnya ASI dengan terus-menerus memberikan pengetahuan dan informasi terkini mengenai ASI. 4). Mensosialisasikan risiko pemberian susu formula kepada bayi yang berusia kurang dari 2 tahun.

AIMI di Sulawesi Selatan diresmikan pada tanggal 10 Desember 2011 dengan penyerahan SK dan penyematan pin oleh Ketua Umum AIMI, Mia Sutanto, di Mari Mall, Makassar. Peresmian ini juga dimeriahkan juga dengan Breastfeeding Fair selama 2 hari dan talkshow oleh dr. Utami Roesly, SpA, MBA, IBCLC.

C. Kelompok Pendukung ASI (KP - ASI)

Selain AIMI, gerakan yang mendukung Program Pemberian ASI Eksklusif lainnya adalah Inovasi Kelompok Pendukung ASI (KP - ASI). KP-ASI merupakan Kegiatan yang efektif untuk meningkatkan cakupan ASI Eksklusif dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Kelompok ini merupakan kelompok Independen (Bukan dari salah satu pelayanan Rumah Sakit). Kelompok pendukung ASI adalah beberapa orang yang mengalami situasi yang sama atau memiliki tujuan yang sama, yang bertemu secara rutin untuk saling menceritakan kesulitan, keberhasilan, informasi dan ide berkaitan dengan situasi yang dihadapi atau upaya mencapai tujuan yang diinginkan.

Pertemuan kelompok pendukung ASI dilaksanakan dalam suasana bersahabat, nyaman, saling mempercayai dan menghargai. Melalui pertemuan tersebut, peserta sebuah Kelompok Pendukung dapat saling memberi dan menerima dukungan, baik berupa dukungan teknis, moral maupun emosional untuk sukses mengatasi situasi yang dihadapi atau mencapai tujuan yang diinginkan (Yuniarni, 2014).

Kelompok Pendukung ASI (KP ASI) secara khusus diselenggarakan untuk para ibu yang ingin berhasil melaksanakan pemberian air susu ibu (ASI) secara optimal, yang meliputi inisiasi menyusui dini (IMD), ASI Eksklusif 6 bulan, dan meneruskan pemberian ASI hingga 2 tahun atau lebih dengan makanan pendamping yang bergizi. Kelompok Pendukung ASI merupakan kelompok ibu hamil dan Ibu yang memiliki bayi usia dibawah dua tahun. Mereka bertemu secara rutin sebulan sekali termasuk kunjungan rumah untuk saling bertukar pengalaman, berdiskusi dan saling memberi dukungan terkait kesehatan ibu dan anak khususnya seputar kehamilan, menyusui dan gizi, dipandu/difasilitasi oleh motivator. Peserta Kelompok Pendukung ASI diutamakan ibu hamil serta ibu ibu yang memiliki bayi usia 0-6 bulan dan 7- 24 bulan. Walaupun demikian, kelompok ini terbuka untuk orang orang lain yang memiliki minat yang sama. Suami atau anggota keluarga lain dari seorang ibu hamil / menyusui, seorang perempuan yang belum hamil tapi sudah berkeinginan untuk menyusui bayinya suatu saat, atau tenaga kesehatan yang ingin belajar dari dan berbagi informasi dengan para ibu hamil/ menyusui dapat dilibatkan dalam pertemuan Kelompok Pendukung ASI. Diskusi di dalam pertemuan Kelompok Pendukung ASI diutamakan pada isu seputar ASI dan menyusui. Walaupun demikian, bila diskusi berkembang dengan baik tidak tertutup kemungkinan untuk mencakup isu isu lain yang berhubungan dengan situasi peserta Kelompok Pendukung ASI, misalnya perawatan ibu pada masa kehamilan, proses persalinan dan pemulihan pasca persalinan, pemberian makanan tambahan pada anak dan lain lain.

Anggota dari kelompok pendukung ASI adalah Kepala Desa, Bidan desa, PKK Desa (6 orang), kader posyandu, dan kader poskesdes (2 orang). Tugas KP-ASI antara lain yaitu:

1. Memberikan nasihat praktis kepada ibu-ibu hamil dan menyusui tentang perawatan payudara, cara menyusui yang baik dan benar, manfaat ASI dan menyusui secara eksklusif dan nasihat tentang cara mengatasi permasalahan yang ditemui pada waktu menyusui.
2. Memberikan motivasi dan dukungan psikologis kepada ibu menyusui sehingga menimbulkan rasa percaya diri pada ibu dan memotivasi agar:
 - a. Ibu yakin bahwa dapat menyusui. ASI adalah yang terbaik dan ibu dapat memproduksi ASI yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya.
 - b. Ibu mengetahui setiap perubahan fisik yang terjadi dan mengerti bahwa perubahan itu adalah normal.
 - c. Ibu mengetahui dan mengerti akan perubahan dan perilaku bayi dan bagaimana seharusnya menghadapi dan mengatasinya.
3. Bertukar pengalaman dan berdiskusi.
4. Kunjungan rumah kepada ibu yang baru melahirkan terkait pemberian ASI.

Kegiatan yang dilaksanakan dalam pembentukan KP-ASI adalah:

1. Melakukan pemanggilan peserta/anggota melalui surat dari Kepala Desa.
2. Menjelaskan tujuan dibentuknya KP-ASI.
3. Melaksanakan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh KP-ASI.
4. Meminta komitmen dari anggota KP-ASI.
5. Menyusun struktur organisasi/kepengurusan KP-ASI.
6. Pembuatan Surat Keputusan dari Kepala Desa tentang KP-ASI.

Petugas Puskesmas melaksanakan pendampingan pada anggota KP-ASI dalam melaksanakan tugas-tugasnya. Pendampingan dilaksanakan saat KP-ASI melaksanakan kegiatan:

1. Memberikan penyuluhan/nasihat dan dukungan psikologis oleh bidan desa pada saat ibu hamil dan menyusui datang ke pustu, pokesdes, posyandu atau saat kunjungan rumah.
2. Memberikan penyuluhan/nasihat dan dukungan psikologis oleh kader pada saat ibu hamil dan menyusui datang ke pustu, poskesdes, posyandu, atau saat kunjungan rumah.

D. Situasi Gerakan Pemberdayaan ASI Saat ini

1. Implikasi Perda Sulsel saat ini

Walaupun perda ASI Eksklusif Sulawesi Selatan mengundang persoalan yang lebih detail dibandingkan perda Klaten bukan berarti proses implementasi berjalan lebih baik. Setahun setelah perancangan perda tersebut, implementasi perda ASI belum bisa dikatakan berjalan di lapangan. Dalam desain implementasinya, perda ini membutuhkan peraturan pelaksana dalam bentuk Pergub yang baru ditandatangani 28 november 2011 oleh gubernur Syahrul Yasin Limpo. Dengan demikian, implementasi di lapangan tentang perda ini belum bisa terukur (Handam, 2012).

Poin utama dari pembelajaran inisiatif perda ini menunjukkan bahwa proses perancangan perda memerlukan pembacaan kontekstual, pendekatan proses politik dan pengorganisasian kegiatan yang tepat. Pembacaan kontekstual terkait erat dengan situasi sosial. Konteks social provinsi ini menunjukkan bahwa ada sejumlah tindakan mal praktek pelayanan kesehatan yang justru dimotori oleh *stakeholders* kesehatan di internal pemerintah daerah. Situasi ini telah melahirkan kesadaran sosial dari sejumlah aktor di kalangan pemerintah dan non pemerintah untuk mencari jalan keluar dari dilema masalah yang dihadapi. Dalam upaya pencarian ini, pendekatan

proses politik untuk memulai dasar-dasar pelayanan publik bidang kesehatan yang baik tidak cukup mengandalkan terobosan actor pemerintah, semisal dinas kesehatan semata, melainkan juga pelibatan *stakeholders* yang luas seperti CSO yang kompeten (UNICEF), akademisi dan terobosan politik yang diinisiasi dengan sejumlah terobosan baik formal maupun informal politik. Salah satu bentuk terobosan terpenting yang melahirkan kekhawatiran elit politik untuk merancang perda ini adalah rekognisi sosial bagi aktor-aktor politik yang telah memulai atau meletakkan dasar-dasar pembelaan terhadap hak-hak dasar publik seperti hak bayi untuk mendapatkan ASI. Proses politik yang dimulai dari membangun konsensus di tataran elit dalam struktur masyarakat yang patrimonial menjadi pilihan paling rasional dan *feasible* untuk memastikan terobosan inovasi yang dikembangkan akan lebih diterima di tingkat massa. Contoh proses politik ini adalah kreasi pendekatan informal politik yang dikembangkan oleh UNICEF melalui gelar motivator ASI menjadi titik akseleratif dari diterimanya ide perancangan perda ASI di tengah para perancang kebijakan. Di ranah ini, rekognisi dan proses informal menjadi prasyarat dasar untuk melahirkan komitmen berbagai pihak untuk menjadikan ASI Eksklusif sebagai prioritas. Kemudian, proses pengorganisasian kegiatan yang mendukung instrumentasi dari komitmen politik yang telah terbangun menjadi langkah yang sangat penting dalam meletakkan ragam tahapan teknokrasi berikutnya. Proses ini dikembangkan melalui inisiasi perancangan naskah akademik dan proses pengorganisasian kegiatan yang melibatkan ragam *stakeholders* terkait. Sembari memaknai infrastruktur kebijakan yang sejatinya sudah ada dan terlembaga di internal pemerintah seperti kelas ibu hamil, untuk diarahkan sebagai instrumen yang mendukung terobosan inovasi. Forum-forum tersebut bisa digunakan sebagai media sosialisasi kepada kelompok sasaran atau ibu

hamil agar memberikan asi eksklusif kepada bayinya daripada sufor.

2. Situasi tentang Asosiasi Ibu Menyusui (AIMI)

Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI) yang didirikan pada tanggal 21 April 2007 akan memasuki tahun ke 8. Beberapa Program yang telah dijalankan oleh AIMI antara lain (AIMI, 2011):

- a. Membina komunitas mailing list (milis) ASIFORBABY (<http://health.group.yahoo.com/group/asiforbaby>) yang saat ini beranggotakan lebih dari 5000 orang
- b. Menyediakan layanan informasi mengenai ASI di website AIMI (www.aimi-asi.org)
- c. Menyelenggarakan kelas edukasi rutin di beberapa kota besar yakni Jakarta, Bogor, Bandung, Semarang, Surabaya, Sidoarjo
- d. Melaksanakan kegiatan AIMI goes to office sebagai layanan informasi pemberian ASI bagi para ibu pekerja
- e. Menyediakan konseling melalui telepon dan email serta kunjungan rumah dan kunjungan Rumah Sakit oleh para konselor Laktasi AIMI
- f. Menerbitkan buku mengenai pemberian ASI
- g. Menyelenggarakan aneka seminar, talk show dan workshop seputar ASI dan menyusui
- h. Membantu perusahaan untuk mendukung kampanye Pemberian ASI melalui pojok laktasi perusahaan dan CSR peduli ASI
- i. Melakukan monitoring aneka pelanggaran Kode etik WHO mengenai pemasaran susu formula.

3. Situasi Gerakan Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI)

Analisis situasi dan kondisi ibu dan anak yang menyangkut upaya peningkatan pemberian air susu ibu (PP-ASI) hingga kini masih belum menunjukkan kondisi yang menggembirakan. Hasil penelitian oleh para pakar menunjukkan bahwa gangguan pertumbuhan pada awal masa kehidupan balita, antara lain disebabkan karena :

kekurangan gizi sejak bayi dalam kandungan, pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) terlalu dini atau terlalu lambat, MP-ASI tidak cukup mengandung energi dan zat gizi mikro terutama mineral besi dan seng, perawatan bayi yang kurang memadai, dan yang tidak kalah pentingnya adalah ibu tidak berhasil memberi ASI Eksklusif kepada bayinya.

Berbagai kendala yang dihadapi dalam PP-ASI yang menghambat pemberian ASI (terutama ASI Eksklusif), adalah :

- a. Perilaku menyusui yang kurang mendukung misalnya membuang kolostrum karena dianggap tidak bersih dan kotor;
- b. Pemberian makanan/minuman sebelum ASI keluar;
- c. Kurangnya rasa percaya diri ibu bahwa ASI cukup untuk bayinya;
- d. Ibu kembali bekerja setelah cuti bersalin, yang menyebabkan penggunaan susu botol/susu formula secara dini, sehingga menggeser/menggantikan kedudukan ASI. Hal ini diperberat lagi dengan adanya kecenderungan meningkatnya peran ganda wanita dari tahun ke tahun.
- e. Gencarnya promosi susu formula, baik melalui petugas kesehatan maupun melalui mass media, bahkan dewasa ini secara langsung kepada ibu-ibu.
- f. Sikap petugas kesehatan yang kurang mendukung tercapainya keberhasilan PP- ASI.
- g. Lemahnya perencanaan terpadu dalam program PP-ASI.
- h. Kurangnya intensitas dan kontinuitas dari kegiatan PP-ASI di tingkat pelayanan maupun di masyarakat.
- i. Lemahnya penerapan sanksi terhadap pelanggaran peraturan perundang-undangan yang terkait dengan PP-ASI.
- j. Masalah yang terjadi dalam pelaksanaan kebijakan karena tidak stabilnya situasi politik dewasa ini (sering terjadi perubahan dalam instansi pemerintah), yang

berpengaruh negatif terhadap program, yang pada akhirnya menghambat kelancaran kegiatan PP-ASI.

- k. Pelaksanaan program Rumah Sakit Sayang Bayi (RSSB) masih belum berjalan sebagaimana mestinya. Hasil evaluasi RSSB di wilayah Jakarta pada tahun 1999 yang dilaksanakan oleh Badan Kerja Peningkatan Penggunaan ASI (BK-PPASI) mengungkapkan bahwa jumlah RSSB yang masih sayang bayi telah menurun menjadi hanya 25%. Untuk itu perlu upaya pemantapan dan pelestarian pelaksanaannya (revitalisasi Rumah Sakit Sayang Bayi).
- l. Kurangnya dukungan dana untuk kegiatan PP-ASI.
- m. PP-ASI belum terintegrasi dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan.
- n. PP-ASI belum terintegrasi dengan berbagai program sektoral.

Pada ini sebelumnya telah dibahas bagaimana upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pemberian ASI Eksklusif. Sebelum menjabarkan secara mendalam tentang bagaimana perilaku ibu dalam pemberian ASI Eksklusif dan partisipasi masyarakat berbasis budaya terhadap pemberian ASI Eksklusif, bab selanjutnya akan membahas landasan teori tentang fenomena tersebut. Pada bab selanjutnya ini akan dibahas pengertian partisipasi masyarakat, kompetensi budaya dan keterampilan konseling. Berbagai teori dan penjabaran tersebut akan digunakan sebagai landasan untuk mengetahui lebih dalam tentang fenomena perilaku pemberian ASI dan partisipasi masyarakat dalam hal tersebut.

BAB 6

UPAYA PENINGKATAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF MELALUI PARTISIPASI MASYARAKAT

A. Pengertian Partisipasi Masyarakat

Menurut kamus --, "*participation*" adalah *act of participating (participate: "have a share or take part)*, oleh Poerwardaminata, 1961 diterjemahkan: pengambilan bagian atau pengikutsertaan. Keith Davis, 1979: *participation is defined as mental and emotional involvemen of person in group situations that encourage them to contribute to group goal and share responsibility for them* (Partisipasi didefinisikan sebagai keterlibatan mental dan emosi orang-orang dalam situasi kelompok yang mendorong mereka untuk menyumbangkan pada tujuan-tujuan kelompok dan sama-sama bertanggungjawab terhadapnya).

Dari rumusan pengertian tersebut arti partisipasi bukan hanya sekedar mengambil bagian atau pengikutsertaan saja tapi ada 3 gagasan pokok: *mental and emotional involvement* (keterlibatan mental dan emosi), *motivation to contribute* (dorongan untuk memberikan sumbangan), *acceptance of responsibility* (penerimaan tanggung jawab)

Beberapa pendapat ahli barat, Ndraha, (1987) partisipasi meliputi :

1. Partisipasi dalam melalui kontak dengan pihak lain sebagai satu di antara titik awal perubahan sosial
2. Partisipasi dalam memperhatikan/ menyerap dan memberi tanggapan terhadap info baik dalam arti menerima (menaati, menerima dengan syarat) maupun menolaknya
3. Partisipasi dalam perencanaan pembangunan, termasuk pengambilan keputusan (penetapan rencana)
4. Partisipasi dalam pelaksanaan operasional pembangunan
5. Partisipasi dalam menerima, memelihara dan mengembangkan hasil pembangunan (*participation in benefit*)
6. Partisipasi dalam menilai hasil pembangunan.

Soetrisno, (1995) ungkapkan 2 jenis partisipasi :

1. Definisi dari perencana pembangunan formal di Indonesia : Partisipasi jenis ini adalah partisipasi rakyat dalam pembangunan sebagai dukungan rakyat terhadap rencana atau proyek pembangunan yang dirancang dan ditentukan tujuannya oleh perencana. Moto = silahkan anda (rakyat) berpartisipasi tetapi pemerintah yang merencanakan (Mobilisasi rakyat)
2. Definisi yang ada dan berlaku universal : partisipasi rakyat dalam pembangunan merupakan kerja sama yang erat antara perencana dan rakyat dalam merencanakan, melaksanakan, melestarikan dan mengembangkan hasil pembangunan yang telah dicapai.

B. Antara "*Mechanistic Planing*" dan "*Human Action Planing*"

Pilihan terhadap definisi partisipasi rakyat dalam pembangunan mempengaruhi model perencanaan yang dipilih oleh perencana pembangunan yang pada gilirannya akan mempengaruhi pelembagaan dan pembangunan wilayah yang partisipatif.

Model perencanaan definisi pertama oleh Soetrisno sebagai Model Perencanaan Mekanistik (*Mechanistic Planing or Sosial Enginering Model*). Model perencanaan mekanistik melihat fungsi perencanaan sebagai upaya mekanis untuk mengubah suatu keadaan, karena segala sesuatu telah dirancang oleh para perencana maka dalam model perencanaan ini : juklak (petunjuk pelaksanaan) dan juknis (petunjuk teknis). Model ini anti demokrasi. Masyarakat hanya sub sistem yang diasumsikan sebagai bagian pasif dari sistem pembangunan yang diciptakan oleh para perencana. Definisi ke dua = *Human Action Planing Model*. Menekankan perencana sebagai usaha untuk mensistematisasi aspirasi pembangunan yang ada dalam masyarakat dan menyusunnya dalam dokumen tertulis yakni rencana pembangunan di suatu wilayah.

Melihat masyarakat penuh dengan nilai sosial budaya yang dinamis. Perencanaan bukan manipulasi sistem menjadi subsistem yang tergantung pada supra sistem, melainkan lebih bertujuan untuk menimbulkan keserasian antara kedua sistem yakni makro dan mikro. Model ini tidak anti demokrasi.

Seiring dengan era desentralisasi atau otonomi daerah dimana aspirasi masyarakat kian terbuka dan pengetahuan masyarakat meningkat maka *Human Action Planing Model* ini seharusnya dapat diterapkan. Kenyataannya masyarakat tidak banyak dilibatkan dalam semua tahapan atau proses pembangunan karena kerap kali menganggap bahwa masyarakat tidak cukup memahami dan tidak memiliki keterampilan yang memadai untuk dapat kerja program tersebut padahal masyarakat yang merasakan kebutuhan-kebutuhannya dan pahami apa yang perlu dilakukan untuk atasi kebutuhannya.

Dilihat dari penggunaannya partisipasi dikelompokkan:

1. Partisipasi sebagai alat.

Melalui partisipasi, pemerintah diharapkan mampu menyusun berbagai kebijakan yang sesuai dengan kebutuhan dan kepentingan warga, serta mampu mendorong pengelolaan pemerintahan yang transparan, efektif, bertanggungjawab dan efisien.

2. Partisipasi sebagai tujuan.

Setiap warga negara memiliki hak untuk terlibat dalam penyusunan berbagai kebijakan yang diharapkan berdampak pada kehidupannya. Merupakan salah satu aspek kehidupan bernegara dimana warga memiliki hak untuk terlibat dalam proses penyusunan serta pengambilan keputusan berbagai kebijakan

Hoofsteede membagi partisipasi dalam 3 tingkatan:

1. Partisipasi inisiasi (*inisiation participation*): partisipasi yang mengandung inisiatif dari pemimpin desa baik formal maupun informal ataupun anggota masyarakat mengenai

suatu proyek, yang nantinya proyek tersebut merupakan kebutuhan-kebutuhan bagi masyarakat.

2. Partisipasi Legitimasi (*Legitimation participation*): partisipasi pada tingkat pembicaraan atau pembuatan keputusan tentang proyek tersebut.
3. Partisipasi eksekusi (*execution participation*): partisipasi pada tingkat pelaksanaan.

Sulaiman membagi bentuk partisipasi sosial ke dalam lima macam:

1. Partisipasi langsung dalam kegiatan bersama secara fisik dan tatap muka
2. Partisipasi dalam bentuk iuran uang atau barang dalam kegiatan partisipatori, dana dan sarana sebaiknya datang dari dalam masyarakat sendiri
3. Partisipasi dalam bentuk dukungan
4. Partisipasi dalam proses pengambilan keputusan
5. Partisipasi representatif dengan memberikan kepercayaan dan mandat kepada wakil-wakil yang duduk dalam organisasi atau panitia

C. Alasan Utama Pentingnya Partisipasi Masyarakat

Ada tiga alasan utama mengapa partisipasi masyarakat mempunyai sifat yang sangat penting:

1. Partisipasi masyarakat merupakan suatu alat guna memperoleh informasi mengenai kondisi, kebutuhan dan sikap masyarakat setempat yang tanpa kehadirannya program pembangunan serta proyek-proyek akan gagal. Contoh: program KB gagal karena tidak memperhitungkan sikap masyarakat terhadap penggunaan alat kontrasepsi. Maka perlu dilibatkan dalam perencanaan
2. Masyarakat akan lebih mempercayai proyek atau program pembangunan jika merasa dilibatkan dalam proses persiapan dan perencanaan karena mereka akan lebih mengetahui seluk beluk proyek tersebut dan akan mempunyai rasa memiliki terhadap proyek

3. Yang mendorong adanya Partisipasi umum di banyak negara karena timbul anggapan merupakan suatu hak demokrasi jika masyarakat dilibatkan dalam pembangunan masyarakat mereka sendiri. Bisa dirasakan mereka pun mempunyai hak untuk turut memberi saran dalam menentukan jenis pembangunan yang akan dilaksanakan di daerah mereka.

Berbagai upaya dalam program pemberian ASI Eksklusif yang dilakukan pemerintah belum maksimal tanpa adanya dukungan yang komprehensif salah satunya yaitu dari masyarakat. Seperti yang disampaikan oleh WHO tentang *The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Strategi ini juga termasuk intervensi berbasis masyarakat untuk mempromosikan dan mendukung bayi dan balita sebagai sasaran operasional baru. Kemajuan yang signifikan dalam perlindungan menyusui, promosi, dan beberapa bentuk dukungan telah dilakukan melalui penekanan pada kebijakan dan pelayanan kesehatan ibu hamil dimana pengalaman menunjukkan bahwa untuk mencapai kesehatan bayi dan balita yang optimal membutuhkan strategi yang komprehensif dan terpadu termasuk intervensi berbasis masyarakat (WHO, 2003).

Partisipasi masyarakat mempunyai pemahaman yang luas, salah satunya adalah yang berkaitan dengan keterlibatan masyarakat untuk mempertahankan kesehatannya secara mandiri, bertanggungjawab dengan memanfaatkan sumberdaya dan dana yang ada. Partisipasi masyarakat dalam upaya pemberian ASI berkaitan dengan keterlibatan masyarakat secara aktif dalam melakukan penilaian permasalahan dalam perilaku pemberian ASI, penyusunan rencana, pelaksanaan kegiatan upaya peningkatan pemberian ASI yang telah direncanakan, serta memantau pelaksanaan kegiatan dan melakukan evaluasi. Namun seringkali partisipasi dalam sebuah program Kesehatan khususnya dalam upaya pemberian ASI diartikan secara sempit yang mengukur partisipasi masyarakat hanya dari tingkat penggunaan

layanan atau melibatkan masyarakat dalam proses konsultasi penyusunan kegiatan. Sayangnya model partisipasi seperti ini tidak akan menjamin peran masyarakat dalam sebuah upaya program pemberian ASI karena menunjukkan partisipasi yang pasif. Untuk itu masyarakat perlu diberi ruang untuk aktif mengeluarkan ide, rencana, pemikiran dan juga aktif bersama-sama dengan professional dalam melakukan upaya peningkatan Pemberian ASI Eksklusif.

Lebih lanjut mengenai upaya peningkatan pemberian ASI Eksklusif telah penulis uraikan dalam buku "Manfaat Program Partisipasi Masyarakat berbasis Budaya dalam Peningkatan ASI Eksklusif". Suatu proses pemberdayaan masyarakat yang mengikutsertakan anggota dan tokoh masyarakat sejak tahap perencanaan serta peningkatan pengetahuan sikap dan keterampilan masyarakat dalam pemberian ASI Eksklusif. Dengan melibatkan masyarakat maka dapat digugah kepercayaan mereka, kemampuan, tanggung jawab dan tenaga mereka sendiri yang memang sangat diperlukan dalam keberhasilan program.

BAB 7

UPAYA PENINGKATAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF MELALUI KOMPETENSI BUDAYA

A. Definisi Kompetensi Budaya

Sebuah contoh dari sebuah organisasi profesional yaitu 200 Komite Bersama dalam Pendidikan kesehatan dan Terminologi Promosi dari AAHE (Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology, 2002) telah menambahkan istilah ini ke dalam terminologi dan telah mendefinisikan Kompetensi Budaya sebagai "kemampuan individu untuk memahami dan nilai-nilai penghormatan, sikap, kepercayaan, dan adat istiadat yang berbeda antar budaya, dan mempertimbangkan dan merespons dengan tepat perbedaan ini dalam perencanaan, pelaksanaan, dan mengevaluasi pendidikan kesehatan dan program promosi serta intervensi".

Lebih umum, istilah ini didefinisikan dari ras atau perspektif budaya - spesifik. Kompetensi budaya yang didefinisikan secara sederhana dari perspektif ini. Dimana seorang individu dengan kompetensi budaya adalah orang yang terlihat, berbicara, dan bertindak seperti klien Program pendidikan kesehatan (siswa, pasien, dan peserta lain) dan yang dapat berbagi, memahami, dan menghormati budaya mereka, sejarah, nilai-nilai, preferensi, dan status social dan komunitas mereka. Orang ini adalah penerjemah dan dipandang sebagai "salah satu dari kami", yang disambut, dan diterima dan dihargai oleh peserta, kelompok, dan masyarakat.

Sebaliknya, kompetensi budaya dapat didefinisikan dari sudut pandang yang lebih universal. Dari perspektif ini institusi pelayanan kesehatan yang kompeten secara budaya atau sistem adalah salah satu yang "mengakui dan menggabungkan pada semua tingkatan akan pentingnya budaya, kewaspadaan terhadap dinamika yang dihasilkan dari perbedaan budaya, perluasan pengetahuan budaya, dan

adaptasi layanan untuk memenuhi kebutuhan unik dalam hal budaya (Betancourt, Green, Carillo, & Ananeh - Firempong, 2003). Dalam konteks organisasi ini, kompetensi budaya adalah kemampuan untuk melayani populasi yang multikultural. Perspektif ini menyiratkan bahwa kompetensi budaya dapat didefinisikan sebagai seperangkat nilai, sikap, praktik, dan kebijakan dalam suatu organisasi atau program atau antara staf yang memungkinkan orang untuk bekerja secara efektif dengan kelompok yang beragama.

Dari pandangan praktis, konsensus yang lebih besar dan kesamaan yang ditemukan ketika kompetensi budaya ekspansif dan kolektif dilihat dari perspektif multidimensional yang mencakup pengetahuan tentang keyakinan kesehatan, nilai-nilai, preferensi, praktik, dan keterampilan yang terlibat dan juga pengetahuan umum tentang ras, kelompok etnis, individu, masyarakat, sistem, dan organisasi terlibat (Miguel A. Perez, 2008).

B. Beberapa Dimensi Kompetensi Budaya

Dimensi kompetensi budaya dapat berbeda-beda di model multidimensi. Namun, beberapa model yang lebih kompleks benar-benar menggabungkan pandangan sederhana dari kompetensi budaya dengan perspektif yang lebih universal. Bahkan dari tampilan sederhana, dimensi kompetensi budaya lebih dari daftar deskriptor; sebaliknya, mereka mewakili interaksi dan integrasi dari kelompok individu, keyakinan kesehatan, nilai-nilai, preferensi, dan praktik dengan pengetahuan tentang ras dan kelompok etnis. Demikian juga, dari perspektif universal, dimensi kompetensi budaya lebih dari daftar elemen dari sistem pelayanan kesehatan. Dari perspektif yang luas ini mereka mewakili kerangka organisasi, struktur, dan klinis yang memerlukan pemahaman tentang pentingnya pengaruh sosial budaya dan *health belief* dari klien dan perilaku dan integrasi dan interaksi

faktor-faktor ini dengan orang-orang yang menyediakan produk, layanan, atau pendidikan kesehatan. Dumas, Rollock, Prinz, Hops, dan Blechman (1999) menyatakan bahwa semua dimensi tersebut merupakan aspek kompetensi budaya yang sah, tetapi juga menganjurkan reorganisasi dimensi ke dalam sebuah konsep yang berguna untuk praktik, pendidikan dan pelatihan, dan penelitian. Melihat model tertentu, kerangka, dan konstruksi memberikan pandangan struktural berapa banyak dimensi dapat direorganisasi.

Meskipun model-model, kerangka kerja, dan konstruksi memberikan bimbingan dan arahan dalam menjelaskan ide-ide yang kompleks dan abstrak, pemahaman kompetensi budaya adalah sebuah tantangan oleh keragaman kompetensi itu sendiri. Kompetensi budaya dapat menarik untuk dipelajari dari basis pengetahuan dari berbagai disiplin dalam upaya untuk membangun orientasi teoritis untuk menerjemahkan banyak variabel sosiodemografi dari kelompok tertentu.

Berbagai dimensi kompetensi budaya (MDCC) model yang diajukan oleh Sue (2001) bersifat komprehensif dan inklusif. Tiga model dimensi ini memberikan atribut berfokus pada budaya pada tingkat individu, profesional, organisasi, dan masyarakat; dan membangun pengetahuan, kesadaran sikap dan keyakinan, dan keterampilan sebagai komponen kompetensi budaya. Model ini luas karena masing-masing elemen melibatkan sebuah pengaruh dari tiga dimensi utama tersebut.

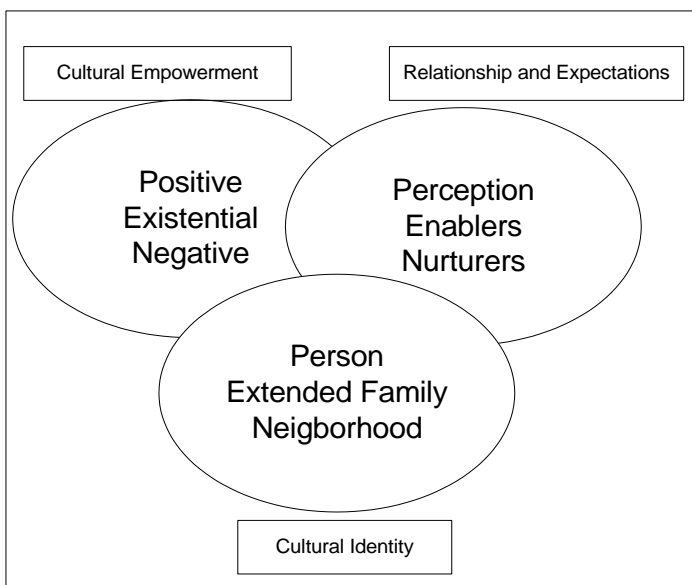
Sue (2001) menawarkan empat prinsip untuk mencapai kompetensi budaya personal yang dapat mudah diterapkan untuk pendidikan kesehatan. Pertama, kompetensi budaya berasal dari jenis pengetahuan " *firsthand*" dan beragam pengalaman yang mengajarkan pendidik kesehatan tentang keyakinan, perilaku, nilai-nilai, preferensi, dan sebagainya dari satu atau lebih ras atau kelompok etnis. Peringatan di sini adalah untuk tidak bergantung pada media dan pendapat

orang lain, yang sering penuh dengan informasi yang keliru, kesalahpahaman, stereotip, diskriminasi, prasangka, dan bias. Sebaliknya, kompetensi budaya harus berkembang dari berbagai pengalaman pribadi. Prinsip ke dua adalah tentang budaya lainnya melalui interaksi dengan karakteristik sampel yaitu umur dan gender, juga kaya dan miskin, berpendidikan dan tidak, kuat dan lemah, sehat dan sakit. Prinsip berikut ini memandu pendidik kesehatan untuk memiliki pandangan yang seimbang dari budaya yang diteliti. Prinsip ketiga adalah untuk pendidik kesehatan dan peningkatan pengetahuan nyata mereka yang berbasis pada kehidupan sehari-hari, berbagi pengalaman dengan kelompok budaya. Prinsip keempat adalah untuk pendidik kesehatan dalam mengatasi bias mereka sendiri dan bias orang di sekitar mereka, melalui penilaian informal dan formal. Prinsip terakhir ini sangat sulit untuk diikuti, dibutuhkan pendidik kesehatan untuk menerima tanggung jawab yang dapat bergerak keluar dari zona kenyamanan mereka.

C. Model PEN-3 sebagai Pengembangan Program Pendidikan Kesehatan

Model The PEN - 3 ini dikembangkan oleh Airhihenbuwa (1995) dalam Miguel A. Perez (2008) sebagai model konseptual untuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit di negara-negara Afrika. Khususnya untuk memandu budaya Pendekatan terhadap HIV / AIDS, dan kemudian diadaptasi untuk digunakan dengan Afrika Amerika. The PEN - 3 Model menyediakan metode fungsional menangani budaya dalam pengembangan, pelaksanaan, dan evaluasi program pendidikan kesehatan dan program promosi. Meskipun model ini mengacu pada teori dan aplikasi dalam kajian budaya, namun model ini menggabungkan model pendidikan kesehatan, teori, dan kerangka kerja. Awalnya, Model PEN - 3 termasuk tiga dimensi "health beliefs" dan perilaku: pendidikan kesehatan, pendidikan diagnosis perilaku kesehatan, dan kesesuaian budaya perilaku kesehatan. Revisi

Model PEN revisi - 3, disajikan pada Gambar, terdiri dari tiga domain utama - identitas budaya, hubungan dan harapan, dan pemberdayaan budaya - dan tiga komponen (yang awal huruf mengeja PEN) dalam setiap domain (Airhihenbuwa & DeWitt Webster, 2004). Setelah pendidik kesehatan dan praktisi telah mengidentifikasi masalah kesehatan, mereka bisa membingkai masalah sosial budaya yang relevan ke dalam sembilan kategori yang ditampilkan pada Gambar berikut:



Gambar 6. Model PEN - 3

Menurut Airhihenbuwa (2007), Model PEN - 3 menawarkan kesempatan untuk mempromosikan gagasan beberapa kebenaran dengan memeriksa budaya dan perilaku dan dengan dimulai dengan mengidentifikasi hal yang positif yang memungkinkan kita untuk memeriksa dan mengakui eksistensial, yang mewakili nilai-nilai yang membuat budaya yang unik - sebelum mengidentifikasi yang negatif".

Domain Hubungan dan harapan menilai persepsi, enabler, dan pengasuh perilaku dari sudut pandang budaya. Dimensi dari Model PEN - 3 telah berevolusi dari teori dan

model lain, seperti *Health belief Model* (Rosenstock , 1974) dan Kerangka PROCEDE - PROCEED (Green & Kreuter,1999). Namun, model ini menempatkan budaya dalam inti promosi kesehatan dan program pencegahan penyakit (Airhihenbuwa 1995, 2007). Di antara tiga komponen domain ini, persepsi terdiri dari pengetahuan, sikap, nilai-nilai, dan keyakinan yang ada dalam konteks budaya dan hal-hal yang dapat memotivasinya atau menghambat perubahan perilaku individu atau kelompok.

Enabler adalah sumber daya, dukungan kelembagaan, dan faktor sosial atau struktural yang dapat meningkatkan atau menghambat keputusan dan tindakan pencegahan kesehatan. Misalnya, peran kebijakan pemerintah telah dicatat dalam insiden rendah atau penurunan kasus HIV baru di beberapa negara Afrika (Airhihenbuwa & DeWitt Webster, 2004). Demikian pula , Garc é s et al, 2006) telah menyarankan bahwa kurangnya informasi, akses ke perawatan, dan obat-obatan mencegah Latinas untuk mencari jasa perawatan kesehatan. Pengasuh adalah keluarga, teman, dan anggota masyarakat yang memiliki pengaruh positif atau negatif akan kepercayaan terhadap kesehatan, sikap, dan tindakan. Abernethy dan rekan (2005) mengidentifikasi pendeta, pemimpin gereja, dan tokoh masyarakat sebagai individu yang bisa mempromosikan skrining kanker prostat pada pria Amerika Afrika. Demikian pula, budaya praktik merawat kerabat yang sakit di rumah telah menjadi aspek penting dari Perawatan HIV / AIDS di Afrika (Airhihenbuwa & DeWitt Webster, 2004).

Domain pemberdayaan budaya merupakan penegasan dari kemungkinan pengaruh budaya, yang positif, eksistensial, dan negatif (Airhihenbuwa & DeWitt Webster, 2004). Dimensi ini sangat penting dalam pengembangan sesuai dengan budaya pendidikan dan intervensi promosi kesehatan (Airhihenbuwa, 1995). Sebagai bagian dari pengembangan intervensi tersebut, pendidik kesehatan harus mempromosikan aspek baik dan juga mengakui aspek unik budaya dan tidak fokus hanya pada yang aspek buruk (Airhihenbuwa & DeWitt Webster, 2004).

Pemberdayaan budaya yang positif ketika mempromosikan perilaku kesehatan yang menarik: misalnya, penyembuhan tradisional modalitas untuk menangani masalah kesehatan seperti infeksi menular seksual (Airhihenbuwa & DeWitt Webster, 2004). Demikian pula, makan diet seimbang, berolahraga, berdoa, dan pergi ke gereja merupakan aspek budaya dan perilaku positif yang dapat didorong antara Latinas (Garcés et al., 2006) dimana perilaku tersebut akan mendukung perilaku lain yang membantu perempuan untuk tetap sehat jasmani dan rohani. Aspek eksistensial budaya adalah budaya kepercayaan mereka, praktik, dan perilaku yang alami untuk kelompok dan juga tidak memiliki efek yang merugikan pada kesehatan. Keyakinan, praktik, dan perilaku tidak harus ditargetkan untuk perubahan dan tidak boleh disalahkan atas kegagalan program pendidikan kesehatan. Garcés et al. (2006) menggambarkan penggunaan praktik penyembuhan alternatif dan komplementer, seperti pengobatan rumah, sebagai eksistensial perilaku di kalangan Latinas. Pendidik kesehatan harus menyadari praktik-praktik ini dan merangkul mereka, karena mereka dapat membantu untuk menghasilkan pandangan holistik yang dapat menginformasikan pembangunan program pendidikan kesehatan. Akhirnya, aspek negatif yang didasarkan pada nilai-nilai, keyakinan, dan hubungan yang diketahui berbahaya bagi perilaku kesehatan. Diantara beberapa aspek negatif adalah tindakan sosial yang meletakkan dasar bagi ketidaksetaraan seperti rasisme dan diferensial perumahan dan pendidikan (Airhihenbuwa & DeWitt Webster, 2004). Untuk menjadi pendidik kesehatan yang berhasil harus mengembangkan program yang meningkatkan atau mendukung perilaku positif alami sekaligus mengurangi perilaku negatif dan menghormati yang eksistensial.

Domain identitas budaya dalam Model PEN - 3 berusaha melakukan penilaian terhadap orang, keluarga besar, dan lingkungan. Hal ini penting untuk memahami bahwa identitas budaya, yang merupakan point entry intervensi yang penting,

tidak didefinisikan pada ras dan budaya saja, tetapi mengacu pada banyak identitas yang dialami oleh laki-laki dan perempuan dalam budaya yang berbeda (Airhihenbuwa & DeWitt Webster, 2004). Untuk mempromosikan perubahan yang diinginkan, individu dapat diberi kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan yang dibutuhkan untuk membuat keputusan kesehatan yang berkualitas sesuai untuk perannya dan dalam keluarganya dan masyarakat (Airhihenbuwa, 1995). Selain itu pendidikan kesehatan yang bersangkutan tidak hanya dengan keluarga dekat, tetapi juga dengan keluarga besar. Keluarga memainkan peran penting dalam kehidupan anggota banyak kelompok ras dan etnis. Sebagai contoh, ibu dari seorang suami, memberikan pengaruhnya pada harapan dari pasangan di berbagai bidang seperti negosiasi seksual, mungkin sumber perilaku tertentu yang perlu diubah (Airhihenbuwa & DeWitt Webster, 2004). Akhirnya, pendidikan kesehatan berkomitmen untuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit di lingkungan dan masyarakat sehingga keterlibatan anggota masyarakat sangat penting dalam penyediaan intervensi sesuai dengan budaya (Airhihenbuwa, 1995).

1. Karakteristik Ibu

Pendidikan pada dasarnya adalah suatu proses pengembangan sumber daya manusia. Menurut Martoyo (1996) pendidikan adalah suatu proses pendidikan jangka panjang yang dilakukan secara sistematis dan prosedurnya diorganisir melalui konsep belajar manajerial perorangan dan pengetahuan teoretis untuk tujuan umum.

Tingkat pendidikan formal yang tinggi pada dasarnya dapat membentuk nilai-nilai progresif pada diri seseorang, terutama dalam menerima hal-hal baru, termasuk pentingnya pemberian ASI secara eksklusif pada bayi. Namun dalam hal pemberian ASI eksklusif ibu yang memiliki pendidikan tinggi tidak berbeda jauh dengan ibu yang berpendidikan dasar. Hal ini disebabkan karena ibu dengan pendidikan tinggi sebagian besar bekerja di luar

rumah, sehingga ibu tidak lagi memberikan ASI eksklusif kepada bayinya yang tinggal di rumah dengan nenek. Dengan demikian, pendidikan yang tinggi tidak terlalu berpengaruh terhadap keberhasilan praktik pemberian ASI eksklusif (Afifah, 2007).

Pada kenyataannya ibu dengan pendidikan dasar kebanyakan memiliki pendapatan yang rendah, sehingga kegagalan praktik pemberian ASI eksklusif bukan disebabkan oleh pemberian susu formula namun disebabkan oleh makanan lumat seperti pisang dan bubur. Berbeda dengan ibu berpendidikan tinggi kegagalan praktik pemberian ASI eksklusif justru disebabkan oleh pemberian susu formula (Hikmawati, 2008).

Faktor demografi dan sosial ekonomi mempengaruhi praktik menyusui. Para peneliti telah menemukan hubungan positif antara usia ibu dan tingkat pendidikan dan menyusui Inisiasi dan durasi. Wanita yang lebih tua dan berpendidikan akan memilih untuk menyusui bayi mereka, dan umumnya lebih lama dibandingkan dengan kelompok lain (Solomon, 2010).

Faktor sosiodemografik yang memiliki hubungan bermakna dengan keberhasilan ibu memberikan ASI eksklusif adalah usia ibu dan status pekerjaan ibu. Dua faktor ini memiliki hubungan negatif dengan keberhasilan ibu memberikan ASI eksklusif. Hasil menunjukkan semakin bertambah usia ibu meningkatkan frekuensi kegagalan pemberian ASI eksklusif (Kurniawan, 2013).

Berkenaan dengan karakteristik ibu, hidup dengan mitra, pernah hamil sebelumnya, usia yang lebih tua, ditemukan secara signifikan terkait dengan 6 bulan Eksklusif menyusui. Kehadiran pasangan cenderung memberikan peningkatan dukungan untuk ibu, yang dapat meringankan proses menyusui dan pilihan untuk menyusui secara eksklusif selama 6 bulan. Paritas tinggi juga ditemukan berhubungan secara positif dengan ASI eksklusif. Ibu dengan multipara diharapkan memiliki

peningkatan pengetahuan dan keyakinan diri yang diperoleh karena pengalaman dari menyusui sebelumnya. Usia muda pada kehamilan pertama kemungkinan akan mengalami penurunan 6 bulan ASI eksklusif. Penelitian menunjukkan bahwa merokok selama kehamilan mengurangi kemungkinan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan. Ibu Melahirkan di rumah 5 kali lebih mungkin untuk menyusui secara eksklusif dibandingkan ibu yang melahirkan di Rumah Sakit. Hubungan ini dapat dikaitkan dengan pengaruh negatif dari suplemen formula rumah sakit. Rasa sakit dan ketidaknyamanan yang terkait dengan operasi caesar akan memungkinkan ibu tidak melakukan praktik menyusui (Al-Sahab et al., 2010).

2. Pengetahuan Ibu

Informasi yang diberikan keluarga mengenai ASI Eksklusif dapat mempengaruhi pengetahuan ibu tentang ASI Eksklusif. Apabila informasi yang diberikan keluarga kurang tepat karena kurangnya informasi tentang ASI Eksklusif, maka informasi yang diberikan kepada ibu juga akan salah. Hal ini yang menyebabkan pengetahuan ibu tentang ASI Eksklusif masih sangat rendah, karena informasi yang diberikan oleh keluarga tentang ASI Eksklusif masih kurang. Dukungan emosional dan dukungan penghargaan dari suami dapat mempengaruhi sikap ibu dalam memberikan ASI Eksklusif pada bayinya. Apabila suami menunjukkan perhatian positif dan mendukung ibu untuk memberikan ASI Eksklusif, maka ibu akan mempunyai sikap positif terhadap pemberian ASI Eksklusif. Dukungan emosional dari suami akan membuat istri merasa berharga, nyaman, aman, terjamin dan disayangi. Sumber utama dukungan pria adalah pasangannya, begitu juga sebaliknya. Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan atau membantu penguasaan terhadap emosi. Suami dapat memperlihatkan rasa sayang, bahagia, dan

perhatian (Friedman, 1998). Dukungan emosional berpengaruh langsung dengan produksi ASI, sehingga apabila ibu mengalami stress atau suami tidak mendukung dengan tidak memberikan perhatian pada ibu dalam menyusui maka menyusui akan gagal karena produksi ASI akan berkurang (Soetjiningsih, 2012).

Kurangnya pengetahuan atau informasi, banyak ibu menganggap susu formula sama baiknya, bahkan lebih baik dari ASI. Hal ini menyebabkan ibu lebih cepat memberikan susu formula jika merasa ASI kurang atau terbentur kendala menyusui. Masih banyak pula petugas kesehatan tidak memberikan informasi pada ibu saat pemeriksaan kehamilan atau sesudah persalinan (Harahap, 2011).

Adapun beberapa penelitian lainnya menemukan bahwa, pengetahuan ibu mempunyai pengaruh yang lemah terhadap perilaku pemberian ASI eksklusif, dapat dijelaskan bahwa pengetahuan merupakan aspek pokok untuk menentukan perilaku seseorang untuk menyadari dan tidak maupun untuk mengatur perilakunya sendiri. Pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya sebuah perilaku. Tidak adanya hubungan antara pengetahuan dan perilaku pemberian ASI eksklusif kemungkinan karena adanya faktor lain yang berpengaruh lebih kuat seperti faktor kekerabatan sosial atau gotong royong di dalam budaya masyarakat yang mana pengaruh orang lain/keluarga terutama nenek yang merawat bayi sangat kuat. Ibu-ibu yang tidak mampu di desa dan bekerja sebagai buruh tani, 1 - 2 minggu setelah melahirkan mereka membantu suaminya mencari nafkah sehingga bayi dititipkan ke keluarga terdekat. Oleh keluarga, bayi biasanya diberi makan pisang/nasi pisang yang dihaluskan karena relatif murah dan mudah didapat sehingga pemberian ASI eksklusif tak tercapai. Ibu yang bekerja di pabrik juga kesulitan menjalani perilaku pemberian ASI eksklusif karena masa cuti sudah usai selain itu karena kurangnya informasi mengenai cara menyimpan ASI yang

baik dan benar bila ibu bekerja. Gencarnya promosi susu formula mempengaruhi pengetahuan ibu tentang keunggulan ASI dibandingkan dengan susu formula. Faktor - faktor perancu yang mempengaruhi pengetahuan seperti pendidikan kesehatan yang pernah diperoleh, informasi informal dari media massa atau sumber lain juga tidak diperhatikan (Yuliarti, 2008).

Pengetahuan suami yang rendah mengenai ASI eksklusif hal ini antara lain disebabkan bahwa suami beranggapan bahwa mengurus anak bukanlah tugas seorang suami. Penelitian ini membuktikan bahwa dari 46 responden (77%) menganggap bahwa mengurus anak bukanlah tugas seorang suami. Hasil jawaban responden tersebut mengakibatkan rendahnya keinginan suami untuk memperoleh informasi mengenai ASI eksklusif sehingga menyebabkan terdapat 45% responden memiliki tingkat pengetahuan yang rendah mengenai ASI eksklusif (Syamsiah, 2010).

Kegagalan dalam pemberian ASI Eksklusif ini juga dapat disebabkan oleh berbagai faktor lainnya. Penelitian di Carolina utara menemukan bahwa penghentian pemberian ASI dipengaruhi oleh tidak memadainya keterampilan menyusui, pengalaman awal yang buruk, dan respons petugas kesehatan yang tidak sesuai (Smith et al., 2012). Penelitian lainnya di Kanada melaporkan bahwa merokok selama kehamilan, kelahiran caesar, bayi masuk ke unit perawatan intensif dan status pekerjaan ibu juga berkontribusi dengan pemberian ASI eksklusif (Al-Sahab et al., 2010).

3. Sikap Ibu

Faktor sikap mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap perilaku pemberian ASI eksklusif. Sikap diperoleh lewat pengalaman akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap perilaku. Pengaruh langsung tersebut lebih berupa perilaku yang akan direalisasikan hanya apabila kondisi dan

situasi yang memungkinkan. Berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan dan pengalaman. Faktor eksternal meliputi media massa, institusi pendidikan/agama, masyarakat, fasilitas serta lingkungan kerja. Keinginan diri sendiri tidak cukup kuat sebagai faktor yang menentukan menyusui jika tidak dikondisikan dengan faktor pemungkin (*enable factor*) seperti dukungan sosial dan norma subjektif mengenai menyusui sebagai faktor yang menentukan menyusui.

Penelitian yang dilakukan oleh Yuliarti, 2008, peran dukungan keluarga yang sangat besar dalam menyakinkan ibu untuk memberikan makanan tambahan seperti pisang atau pisang dicampur nasi yang dilumatkan sehingga pemberian ASI eksklusif tidak tercapai. Hal ini dikarenakan lokasi penelitian di lingkungan pedesaan yang mana bentuk keluarga *extended family* masih banyak dijumpai. Dalam kondisi seperti ini, keputusan pola pengasuhan anak tidak hanya ditentukan oleh kedua orang tua tapi juga dipengaruhi oleh keluarga besarnya. Tenaga kesehatan sebagai salah satu figur yang dihormati dan disegani oleh masyarakat pedesaan terutama ibu hamil juga berpengaruh terhadap perilaku ibu tersebut. Kedua faktor ini bisa menjadi pendukung kuat pembentukan sikap positif ibu sekaligus memiliki kekuatan untuk mempengaruhi ibu dalam menghentikan pemberian ASI eksklusif (Yuliarti, 2008).

Penelitian lainnya yang dilakukan di Ghana menjelaskan bahwa menyusui adalah bentuk kerja yang dapat menghabiskan biaya, waktu dan energi tanpa menghasilkan pendapatan. Dalam pemberian makanan bagi bayi tersedia pilihan bagi ibu untuk memberikan susu formula, ASI eksklusif, atau menawarkan bayi kombinasi formula dan ASI. Dengan demikian, ibu tidak melakukan praktek menyusui dikarenakan pekerjaan untuk dapat

membeli susu formula. Pemasaran yang intensif oleh susu formula yang memberikan paparan bagi para ibu dapat berfungsi sebagai penghambat keberhasilan menyusui. Ibu yang berniat untuk sukses dalam menyusui dapat dibujuk oleh media seperti susu formula sehingga dapat beralih ke susu formula (Solomon, 2010).

4. Kepercayaan/ Keyakinan Ibu

Terus menyusui tergantung pada beberapa faktor yang saling mempengaruhi, termasuk Setelah membuat pilihan informasi dan memiliki keterampilan, dukungan dan pengalaman yang dibutuhkan untuk mempertahankan keyakinan bahwa menyusui adalah pilihan terbaik untuk mereka dan bayi mereka (Smith et al., 2012).

Keinginan dan keyakinan ibu yang kuat untuk memberikan ASI eksklusif didapatkan pada sebagian besar ibu yang berhasil memberikan ASI Eksklusif. Keyakinan atau kepercayaan diri ibu yang kuat merupakan faktor determinan yang penting terhadap keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Keyakinan atau kepercayaan diri ibu yang kuat mendorong ibu untuk mempelajari hal-hal baru termasuk teknik menyusui yang belum dikuasai benar oleh ibu *primipara*. Beberapa penelitian sebelumnya melaporkan ibu dengan keyakinan yang kuat, lebih sedikit memiliki permasalahan menyusui, persepsi yang baik tentang kepuasan bayi saat menyusu, dan berupaya aktif memperoleh informasi tentang laktasi (Kurniawan, 2013).

Alasan yang menjadi penyebab kegagalan praktek ASI eksklusif bermacam-macam seperti misalnya budaya memberikan makanan pralaktal, memberikan tambahan susu formula karena ASI tidak keluar, menghentikan pemberian ASI karena bayi atau ibu sakit, ibu harus bekerja, serta ibu ingin mencoba susu formula. Studi kualitatif Fikawati & Syafiq melaporkan faktor predisposisi kegagalan ASI eksklusif adalah karena faktor predisposisi yaitu pengetahuan dan pengalaman ibu yang kurang dan faktor

pemungkin penting yang menyebabkan terjadinya kegagalan adalah karena ibu tidak difasilitasi melakukan IMD.8 Bayi yang lahir normal dan diletakkan di perut ibu segera setelah lahir dengan kulit ibu melekat pada kulit bayi selama setidaknya 1 jam dalam 50 menit akan berhasil menyusui, sedangkan bayi lahir normal yang dipisahkan dari ibunya 50% tidak bisa menyusui sendiri. Berbagai studi juga telah melaporkan bahwa IMD terbukti meningkatkan keberhasilan ASI eksklusif (Fikawati and Syafiq, 2009).

Budaya yang dapat mempengaruhi pemberian ASI dalam masyarakat kita salah satunya adalah mitos. Mitos merupakan buah pemikiran zaman dahulu di mana analisis terhadap suatu kondisi masih sangat terbatas alat bantu. Seirama dengan istilah 'tidak semua mitos itu salah' maka tidak semua mitos bisa dipegang kebenarannya. Apalagi dengan kehidupan yang makin modern, banyak sekali perbedaan gejala pada ibu dan bayinya zaman sekarang dan zaman dahulu. Hal ini mungkin dikarenakan gaya hidup kita yang bisa dikatakan berbeda jauh dengan zaman dahulu.

Beberapa mitos di zaman dulu menyebutkan bahwa dalam kondisi tertentu, ASI bisa diganti dengan air tajin, madu dan sebagainya. Namun perlu diketahui bahwa bayi tidak direkomendasikan mengonsumsi makanan apapun meski hanya air putih. Makanan bayi yang direkomendasikan adalah ASI. Mitos lain mengatakan bahwa ASI pertama adalah susu basi. Faktanya adalah ASI pertama (kolostrum) adalah zat terbaik bagi. Kolostrum mengandung zat kekebalan tubuh dan protein yang sangat kaya (Wiji, 2013).

5. Dukungan Keluarga

Dukungan adalah sesuatu dorongan atau untuk memberi semangat kepada seseorang. Dukungan sangat berpengaruh terhadap psikologi seseorang, sehingga ini

juga berpengaruh terhadap praktik pemberian ASI eksklusif oleh ibu.

Dukungan keluarga dapat berupa dukungan emosional, yaitu perasaan diri bahwa lingkungannya memperhatikan dan memahami kondisi emosionalnya. Apabila ibu memperoleh dukungan ini dari pasangan hidup, anggota keluarga, dan sanak saudara yang akrab untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayi, maka ibu akan merasa tenteram, aman, dan damai yang ditunjukkan dengan sikap tenang dan bahagia untuk memberikan ASInya kepada bayi (Roesli, 2005).

Begitupun dengan adanya dukungan penghargaan, yaitu perasaan diri bahwa dirinya diakui oleh lingkungan, mampu dan berguna bagi orang lain dan dihargai usahanya (Sarifino dalam Nasution, 2010). Ibu dengan perasaan bangga akan memberikan ASI kepada bayi karena ibu menganggap dirinya sangat dibutuhkan oleh bayinya untuk dapat tumbuh dan berkembang. Terakhir yaitu dukungan instrumental dari keluarga terutama dari suami, yaitu memberikan fasilitas-fasilitas yang diperlukan, seperti alat atau uang (Sarifino dalam Nasution, 2010). Dukungan ini dapat membantu ibu dalam memberikan ASI kepada bayinya sangat membantu praktik pemberian ASI eksklusif (Nasution, 2010).

ASI terlalu penting untuk hanya diurus oleh ibu-ibu, sehingga dukungan suami atau ayah bayi sangatlah diperlukan. Keberhasilan menyusui jika suami atau ayah bayi mendukung akan mencapai 98,1 % dimana jika tidak, keberhasilannya akan drastis menurun menjadi 26,9 % (Gizinet, 2013).

6. Dukungan Masyarakat.

Situasi sosial-ekonomi masyarakat juga penting mendapatkan perhatian. Terutama yang harus dicermati fenomena pergeseran norma sosial dan kultural terkait pemberian ASI eksklusif, fenomena massifikasi dan

kesetaraan pendidikan tinggi, dan variasi serta jurang sosial-ekonomi pada berbagai kelompok masyarakat baik di wilayah urban maupun pedesaan. Gencarnya pemasaran susu formula melalui kampanye terselubung, yaitu sebagai hadiah keputungan ibu dan bayi dari fasilitas persalinan dilaporkan masih marak terjadi. Lebih lanjut, studi kualitatif tentang praktik keberhasilan dan kegagalan ASI eksklusif di Jakarta tahun 2009 menunjukkan bahwa yang sering menjadi korban dari kampanye demikian adalah ibu-ibu berpendidikan rendah. Kesiapan sarana pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kehamilan dan persalinan, termasuk kesiapan SDM-nya perlu diperhatikan juga apakah peraturan-peraturan tersebut sudah menyentuh peran dan mempertimbangkan situasinya. Jumlah rumah sakit sayang bayi diperkirakan hanya sekitar 50-70% pada rumah sakit pemerintah dan 10-20% pada rumah sakit swasta. Pelaksanaan IMD dan ASI eksklusif sangat bergantung pada tindakan yang diambil oleh tenaga kesehatan dan fasilitas layanan kesehatan pada jam-jam pertama. Berbagai studi menunjukkan peran vital tenaga kesehatan penolong persalinan dalam keberhasilan pelaksanaan IMD dan ASI eksklusif. Dalam kenyataannya, tidak semua tenaga kesehatan penolong persalinan baik bidan maupun dokter bebas dari peran sebagai "agen" susu formula (Fikawati and Syafiq, 2009).

Menyusui bisa menjadi perilaku sulit untuk dipraktikkan. Perilaku sosial dalam hal ini adalah lingkungan yang tidak mendukung dapat merupakan faktor penghambat. Beberapa studi tentang hubungan antara dukungan sosial dengan inisiasi menyusui dan durasi ditemukan bahwa ibu yang memiliki teman dan keluarga yang berhasil menyusui dapat meningkatkan kemungkinan ibu untuk menyusui (Solomon, 2010).

Dalam Kasus menyusui, pemasaran dan media yang menggambarkan tentang perawatan bayi sangat berpengaruh. "Reference Group" adalah kelompok sosial

dengan orang yang mampu mempengaruhi, keluarga, teman, rekan, tetangga, dan tempat kerja dapat menjadi referensi bagi Ibu dalam menyusui bayi. Pilihan untuk menyusui dapat dipengaruhi dalam hal Interaksi Simbolik. Ibu harus tegas apakah mereka akan mengambil peran untuk menyusui atukah memberikan susu formula atau bahkan kedua. Seorang ibu yang keluarganya memiliki tradisi memberikan susu Formula sudah memiliki kelompok referensi untuk memberikan susu formula kepada bayinya. Namun, orang yang lebih berpengaruh lainnya misalnya suami yang mendukung atau mendorong untuk menyusui, kemungkinan akan meminta perubahan perilaku untuk dapat menyusui bayinya (Solomon, 2010).

BAB 8

KETERAMPILAN KONSELING DALAM PENINGKATAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

The Making Pregnancy Safer Departemen Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengembangkan panduan klinis yang berjudul '*Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care*' (PCPNC) atau Kehamilan, Persalinan, Postpartum dan Perawatan baru lahir: Panduan penting untuk Praktek. The PCPNC meliputi perawatan darurat penting pada perempuan dan bayi mereka selama periode kehamilan, persalinan, postnatal dan pasca - aborsi. Handbook ini adalah pendamping untuk PCPNC dan dirancang untuk memperkuat keterampilan petugas kesehatan untuk menasihati dan berkomunikasi dengan wanita, pasangan mereka dan keluarga mereka tentang isu-isu kunci dan topik yang dibahas dalam PCPNC antara lain Persalinan, tanda bahaya kehamilan, dukungan kehamilan dan persalinan, perawatan postnatal ibu dan bayi baru lahir, Konseling perencanaan keluarga, dan Menyusui.

Buku Pegangan dirancang terutama untuk digunakan oleh kelompok dengan fasilitator. Fasilitator akan memilih sesuai sesi dan akan membantu untuk mengatur kegiatan dan menilai kemajuan. Fasilitator juga dapat mengatur bahan tambahan, kegiatan dan diskusi. Namun, tidak tertutup kemungkinan suatu kelompok atau individu untuk bekerja tanpa fasilitator melalui Handbook tersebut. Seorang individu dan programnya harus dapat memutuskan apa yang terbaik untuk individu tersebut dan orang lain dengan mengingat sumber daya yang tersedia.

Buku Pegangan ini menyediakan pendekatan pembelajaran konseling yang mandiri, yang terbuka dan fleksibel untuk memenuhi kebutuhan yang berbeda dari pengguna yang berbeda. *Self-directed learning* memungkinkan pengguna individu atau kelompok untuk bekerja melalui materi dengan langkah mereka sendiri. Hal ini memungkinkan mereka untuk melihat bagaimana

informasi yang cocok dalam konteks sosial, lingkungan budaya dan kerja mereka. Semua pengguna didorong untuk kritis merefleksikan masa lalu mereka dan praktik saat ini untuk membantu mereka mengembangkan dan meningkatkan konseling dan keterampilan mereka. Informasi, ide dan kegiatan disediakan, tapi kunci untuk belajar mandiri adalah menempatkan keterampilan dan pengetahuan dalam praktek di lingkungan kerja, (WHO, 2009).

A. Peran Fasilitator

Peran fasilitator adalah untuk mendukung anggota kelompok dalam mencari jawaban atas pertanyaan dan memfasilitasi berbagai kegiatan dan diskusi. Untuk kegiatan tertentu telah disertakan saran untuk fasilitator tentang bagaimana mengatur kelompok. Fasilitator harus meluangkan waktu untuk menilai pengetahuan anggota kelompok saat ini untuk masing-masing sesi. Hal ini dapat dilakukan melalui diskusi kelompok sebelum memulai sesi baru. Sebagai contoh, selama diskusi ini fasilitator dapat menyusun dua daftar, satu yang berisi daftar hal-hal apa saja yang sudah diketahui oleh anggota kelompok, dan lain yang mengidentifikasi kesenjangan atau daerah di mana mereka memerlukan informasi lebih lanjut atau kesempatan untuk membangun keterampilan. Daftar ini juga dapat digunakan untuk mengukur kemajuan dan pemahaman bahwa kelompok tersebut telah menutupi kesenjangan yang diidentifikasi. Fasilitator harus mencoba untuk tidak bertindak semata-mata sebagai sumber pengetahuan. Sebagai contoh, jika anggota kelompok memiliki pertanyaan, fasilitator harus melihat apakah orang lain dalam kelompok dapat menjawab atau membantu untuk memfasilitasi kelompok dalam mencari jawaban atau mencapai kesimpulan.

Fasilitator dapat menambahkan kegiatan lain di mana mereka merasa bahwa kelompok akan mendapat manfaat dan lebih banyak kesempatan untuk berlatih dan membangun keterampilan. Fasilitator dapat mendukung anggota kelompok dalam menerapkan keterampilan untuk lingkungan kerja setiap

hari dengan duduk pada sesi konseling dengan wanita, atau berdiskusi dengan kelompok dalam menghadapi situasi nyata. Fasilitator juga bertanggung jawab untuk mengatur bagaimana ketika kelompok bekerja. Peran lain untuk fasilitator adalah untuk bekerja dengan para anggota dalam meninjau materi dalam *Handbook* untuk memastikan mereka memahaminya. Penggunaan "Apa yang saya pelajari?". Bagian dalam setiap sesi dapat diperluas untuk menyertakan brainstorming serta diskusi umum. Hal ini kemudian dapat diukur terhadap tujuan yang ditetapkan untuk tiap sesi, untuk melihat apa yang telah dipelajari dan apakah semua informasi yang telah dipahami.

Tugas pertama bagi fasilitator adalah untuk membantu individu memutuskan bagaimana dan kapan akan bekerja sama sebagai kelompok. Manfaat yang dapat diperoleh dari kelompok antara lain berbagi ide, pikiran, keterampilan dan pengalaman dukungan dan share motivasi. Fasilitator akan membantu dalam proses tersebut. Adapun kerugiannya dari bekerja dalam kelompok adalah bahwa dapat terburu-buru atau tertahan oleh orang lain, atau merasa sulit untuk membuat waktu yang nyaman untuk semua. Dengan menyadari akan kemungkinan kerugian maka dapat mencoba untuk merencanakannya dan bekerja dengan fasilitator.

Jika tidak dapat untuk bekerja dalam kelompok dengan fasilitator maka *Handbook* tersebut dapat digunakan sendiri. Ada beberapa keuntungan jika bekerja sendiri. Seperti tidak terburu-buru atau tertahan oleh orang lain. Anda juga dapat fokus pada daerah yang paling relevan dengan kebutuhan Anda. Kelemahannya adalah tidak bisa belajar dan berbagi dari pengalaman, keterampilan, dan pengetahuan orang lain. Tidak dapat berbagi beban kerja atau berlatih permainan peran. Anda juga mungkin kurang memiliki dukungan dan motivasi untuk bekerja melalui buku.

Motivasi dan dukungan Fasilitator akan membantu untuk memotivasi anggota kelompok untuk bekerja melalui buku bersama-sama. Namun, penting untuk memotivasi diri Anda untuk bekerja melalui *Handbook* (bahkan jika Anda

memiliki fasilitator). Satu cara untuk memotivasi diri sendiri adalah untuk berpikir tentang manfaat kepada Anda secara pribadi dan pekerjaan Anda. Mungkin ada motivator penting lainnya seperti memperluas keterampilan Anda, atau meningkatkan pengembangan karier Anda.

Jika bekerja sendiri, cobalah pertimbangkan untuk mengidentifikasi seseorang untuk bertindak sebagai supervisor atau mentor yang dapat memberikan saran dan bimbingan. Idealnya orang ini harus memiliki pengalaman dalam daerah subjek. Anda mungkin mempertimbangkan supervisor atau anggota tim lain atau bahkan seseorang dari disiplin ilmu yang lain yang memiliki keterampilan konseling seperti pekerja sosial atau spesialis konselor.

B. Proses Konseling

Diagram berikut memberikan gambaran tentang proses konseling. Fokus utama Buku tersebut adalah untuk Anda untuk mengikuti proses konseling (setengah lingkaran atas), tetapi untuk melakukannya, penting untuk memahami konteks konseling (lingkaran luar), prinsip-prinsip dan keterampilan konseling (Bawah setengah lingkaran). Proses konseling berlangsung dalam konteks konseling, yaitu mengapa konteks konseling di lingkaran luar. Hal ini penting untuk menjadi akrab dengan konteks karena akan memberikan petunjuk tentang bagaimana bertindak, apa saja yang tepat, dan situasi, budaya dan norma-norma perempuan dan keluarga yang akan dilakukan konseling. Ada beberapa prinsip yang mendukung proses konseling. Dengan berfokus pada prinsip-prinsip dan keterampilan konseling maka dapat meningkatkan keterampilan konseling keterampilan MNH, dan mengikuti proses konseling.

Dalam sesi ini kami akan memberikan informasi lebih rinci tentang langkah-langkah kunci dari proses dan prinsip-prinsip yang mendukung konseling yang baik.



Gambar 7. Konteks Konseling

Diagram ini akan digunakan pada awal setiap sesi dalam Bagian 3 dari *Handbook*. Ini akan selalu memiliki 6 langkah kunci dari proses konseling digariskan.

1. *Asses the situation* / Menilai situasi: melibatkan wanita dalam diskusi interaktif. Ajukan pertanyaan untuk lebih memahami situasi perempuan dan kebutuhan pribadinya. Anda perlu menjelaskan apa situasinya, dan jika menimbulkan masalah dan untuk siapa (wanita, pasangannya, keluarga, masyarakat, petugas kesehatan dll)
2. *Define the Problem need and information gaps*/ Tentukan Kebutuhan dan kesenjangan informasi: review dengan wanita tentang situasinya yang mencegah dia dan keluarganya untuk memenuhi kebutuhannya setelah melahirkan. Apa yang membuat situasi tersebut menjadi masalah, apa penyebab dari masalah tersebut? Apakah wanita sudah memiliki pengetahuan yang cukup dan apakah perlu tambahan Informasi?

3. *Generate alternative solutions/* Menghasilkan alternatif solusi: review dengan wanita atau pasangan bagaimana mereka dan keluarga dapat lebih memenuhi kebutuhan mereka dengan melihat apa yang sedang dilakukan, dan apa lagi yang bisa dilakukan. Mengidentifikasi kebutuhan informasi lainnya, sumber daya atau dukungan.
4. *Prioritize Solution/* Prioritaskan solusi: dengan meninjau keuntungan dan kerugian dari berbagai alternatif, bersama-sama dengan mereka melihat alternatif solusi yang paling layak untuk dapat mengatasi masalah serta memenuhi kebutuhan wanita dan keluarga, dapat membantu mereka untuk mengetahui bagaimana untuk mengatasi kekurangan.
5. *Develop a plan/* Mengembangkan rencana: membuat rencana bersama-sama, termasuk bagaimana untuk membahas masalah dan solusi dengan pasangannya dan dengan orang lain dalam rumah tangga.
6. *Review and Evaluate/* Review dan evaluasi: dalam tinjauan sesi konseling mereview rencana pelaksanaan berikutnya dengan wanita. Apakah rencana tersebut berhasil atau harus mencari alternatif lain?

C. Konseling Menyusui

Menyusui memainkan peran penting dalam kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan bayi dan juga memiliki manfaat untuk ibu. Wanita perlu ditunjukkan bagaimana cara untuk memberi makan kepada bayi mereka dan membutuhkan dukungan dan jaminan ketika mereka belajar keterampilan ini.

Penting untuk mendiskusikan dengan wanita selama kehamilan dan setelah melahirkan akan pentingnya menyusui eksklusif selama enam bulan. Cobalah untuk memasukkan anggota keluarga pasangan atau lainnya dan berkomunikasi dengan mereka semua tentang manfaat ASI bagi ibu dan bayi, proses menyusui dan kapan dan berapa lama untuk memberi makan. Anda juga harus mendiskusikan terus tentang menyusui setelah enam bulan dan pengenalan makanan lain selain ASI.

D. Pendekatan Belajar Mengajar

Berikut ini akan dibahas pengetahuan dan keterampilan untuk memfasilitasi pelatihan atau persentase pendidikan terhadap kelompok. Untuk itu akan digunakan kata "pelatihan" untuk semua jenis kelas atau presentasi atau lokakarya yang memfasilitasi kader kesehatan masyarakat untuk suatu kelompok.

Terkadang kita akan memfasilitasi pelatihan pada Anda sendiri, dan terkadang dengan cofacilitator atau sebagai bagian dari tim pelatihan. Ketika Anda memulai, akan sangat membantu untuk mengamati fasilitator lain dan untuk memfasilitasi pelatihan sebagai bagian dari tim. Ada kesempatan memberi dan menerima umpan balik yang kritis, dan untuk belajar keterampilan baru, (Tim Berthold, 2009).

Ada banyak pendekatan untuk memfasilitasi pelatihan. Untuk tujuan ini, kita akan menekankan tiga pendekatan yang biasa digunakan dalam bidang kesehatan masyarakat untuk terlibat aktif sebagai peserta pelatihan dalam belajar dan mengajar yaitu: *popular education*, *participatory learning*, and *problem - based learning*.

1. *Popular Education*

Pendidikan popular umumnya digunakan untuk mengarahkan pekerjaan CHWs/kader kesehatan masyarakat. Bekerja dengan masyarakat yang tinggal di dekat insinerator limbah yang menghasilkan pollution yang signifikan. Masyarakat mengalami masalah kesehatan masyarakat dengan proporsional yang tinggi. Dalam konteks ini, CHWs/kader kesehatan masyarakat dapat menggunakan pendidikan popular untuk mendukung masyarakat dalam menyampaikan bagaimana insinerator mempengaruhi kesehatan keluarga mereka. Ketika mereka bergabung bersama-sama, keluarga dapat terhubung masalah pribadi dengan masalah masyarakat yang lebih luas, dan untuk menganalisis penyebab masalah tersebut. Kelompok ini diminta untuk berpikir tentang apa yang akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat mereka dan

bagaimana mereka bisa bekerja sama untuk pembuat perubahan. Sebagai contoh, masyarakat dapat memilih untuk mengatur dan advokasi bersama untuk kebijakan untuk mengurangi eksposur mereka terhadap racun, seperti penutupan insinerator limbah di sekitarnya.

2. *Participatory learning*

Ketika kita melibatkan orang dalam semua aspek pengalaman belajar, ketika kita menganggap bahwa pelajar juga sebagai guru, maka kita telah memulai proses pembelajaran partisipatif. Cara lain untuk menggambarkan pembelajaran partisipatif adalah pembelajaran interaktif atau berbagi pengetahuan. Seperti pendidikan populer, pembelajaran partisipatif memandang peserta didik sebagai lebih dari hanya penerima informasi. Seorang pelajar partisipatif terlibat dalam mengidentifikasi apa yang perlu diketahuinya, bagaimana dia ingin mempelajari informasi baru, dan dalam semua kegiatan pembelajaran. Anda mungkin mengatakan bahwa peserta didik mengidentifikasi tidak hanya apa masalah mereka, tetapi solusi untuk masalah ini juga. Pendekatan ini dapat mempelajari bagaimana mengeliminasi ide atau gagasan dari salah satu Ahli dimana kita semua merupakan ahli ketika memperhitungkan jalan keluar untuk masalah dan tantangan dalam kehidupan kita. Dan jika kita adalah bagian dari masyarakat yang bekerja sama untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah kita, maka kita memiliki kekuatan lebih untuk membuat perubahan yang berarti.

3. *Problem - based learning*

Cara lain untuk melibatkan masyarakat dalam pengalaman belajar adalah untuk mengatur mereka menjadi tim yang bekerja sama untuk menemukan solusi masalah dari kehidupan nyata. Seperti dengan metode yang dijelaskan di atas, Problem Based Learning (PBL) mendorong orang untuk berpikir dengan cara kritis. Alih-

alih hanya mengingat ide seseorang "jawaban yang benar" untuk masalah, anggota tim dapat berbicara dan menantang satu sama lain untuk mengembangkan solusi mereka sendiri. Dengan model ini, tidak ada "jawaban yang benar" sebanyak ada berbagai kemungkinan jawaban yang mewakili pengalaman, ide, dan nilai-nilai kelompok. Satu keuntungan dari pendekatan ini adalah bahwa anggota kelompok saling mengenal satu sama lain sebagai individu dan belajar bagaimana bekerja sama sebagai sebuah tim. Hal ini menciptakan rasa kebersamaan, serta membangun hubungan di seluruh perbedaan kelas, ras, bahasa, dan budaya.

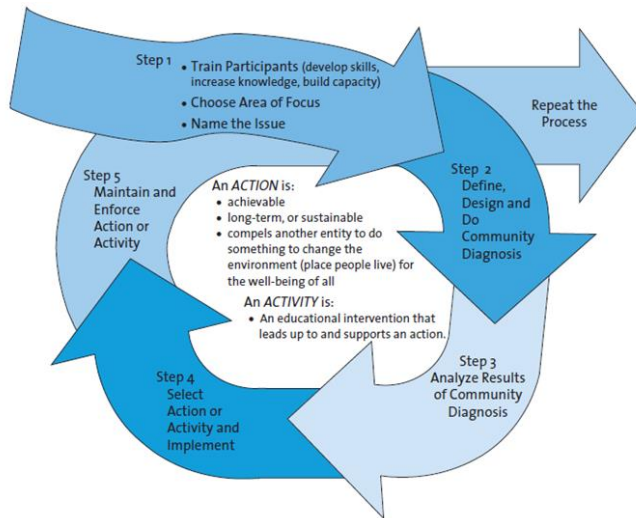
Kader kesehatan masyarakat menggunakan pembelajaran partisipatif, pendidikan populer, pembelajaran berbasis masalah, dan metode lainnya yang secara aktif melibatkan anggota masyarakat dalam proses pembelajaran. Metode ini menghormati pengalaman, pengetahuan, dan kebijaksanaan peserta didik, dan mendukung mereka dalam menggunakan pengetahuan mereka untuk mengambil tindakan yang akan meningkatkan kesehatan dan juga kesejahteraan mereka.

E. The Community Action Model

Model Aksi Komunitas (CAM) adalah sebuah pendekatan untuk pengorganisasian masyarakat dikembangkan oleh Tobacco Free Project San Francisco Departemen Kesehatan Masyarakat (Tobacco Free Project). CAM sangat dipengaruhi oleh teori-teori Paulo Freire dan pendidikan populer. Lima - langkah proses yang dirancang untuk membantu anggota masyarakat untuk lebih mengembangkan kapasitas mereka untuk mengadvokasi keadilan sosial dengan menciptakan perubahan dalam kebijakan social (Tim Berthold, 2009)

Tujuan dari CAM adalah :

1. Perubahan lingkungan atau sosial : Untuk menjauh dari proyek-proyek yang berfokus hanya pada mengubah gaya hidup dan perilaku individu untuk memusatkan perhatian pada memobilisasi anggota masyarakat dan lembaga untuk mengubah faktor lingkungan yang mempromosikan ekonomi, ketidaksetaraan politik, dan kesehatan.
2. Pemberdayaan dan kepemimpinan masyarakat: Melalui penelitian aksi berbasis aset, CAM menyediakan kerangka kerja bagi anggota masyarakat untuk memperoleh keterampilan dan sumber daya untuk menyelidiki status kesehatan tempat mereka tinggal dan untuk merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi tindakan yang mengubah lingkungan untuk mempromosikan dan meningkatkan kesehatan.



Source: San Francisco Department of Public Health, 2009, p. 16.

Gambar 8. Community Action Model.

Tindakan yang dipilih harus memenuhi tiga criteria:

1. Harus dapat dicapai, yang berarti bahwa Anda harus mampu menyelesaikan dalam waktu dekat (seperti satu atau dua tahun dibandingkan dua puluh atau lima puluh tahun).

2. Harus tahan lama atau berkelanjutan, yang berarti bahwa setelah proyek Anda hilang, yang tindakan atau perubahan yang dicapai akan terus berlanjut.
3. Harus memaksa entitas lain (orang atau organisasi) untuk melakukan sesuatu untuk mengubah lingkungan (tempat di mana orang hidup) sebagai sumber kesejahteraan semua. Hal tersebut harus dapat bermanfaat bagi sejumlah besar orang atau masyarakat bukan hanya satu individu.

Di bawah ini adalah ringkasan dari Lima langkah CAM, termasuk daftar kegiatan yang dapat berlangsung di setiap langkah:

1. Langkah 1 : Identifikasi masalah

Anggota masyarakat datang bersama-sama untuk mengatasi masalah utama. Mereka mengundang anggota lain dari komunitas mereka untuk bergabung dengan mereka. Mereka membahas masalah atau kekhawatiran dan apa yang mereka ingin berubah sebagai akibat dari bekerja bersama.

Kegiatan 1 langkah yang dapat dilakukan:

- a. Melakukan penjangkauan untuk melibatkan masyarakat lebih banyak (brosur, pertemuan, e-mail, dan sebagainya).
- b. Pertemuan di setting beragam (rumah-rumah pribadi, pusat-pusat komunitas, organisasi berbasis keimanan, dan sebagainya) untuk berbagi informasi, keprihatinan, dan harapan.
- c. Memfasilitasi diskusi kelompok tentang kekhawatiran dan kepedulian orang.
- d. Mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah.
- e. Mulailah untuk melakukan penelitian untuk mempelajari lebih lanjut tentang isu-isu atau masalah yang teridentifikasi

2. Langkah ke -2 : Menilai Masalah / Mendiagnosa Komunitas

Diagnose Komunitas adalah proses pengumpulan informasi untuk lebih memahami sebab dan akibat dari suatu masalah atau masalah yang telah diidentifikasi oleh masyarakat, seperti kekerasan pistol, tunawisma, atau kanker payudara. Proses ini membutuhkan waktu dan tidak bisa terburu-buru. Hal ini penting bagi masyarakat untuk melihat secara mendalam pada akar penyebab keprihatinan mereka, dan untuk membahas dan menganalisa bersama-sama. Diagnosis komunitas penting untuk keberhasilan CAM: menyediakan informasi yang akan memandu tindakan dan strategi yang masyarakat akan melakukan advokasi untuk perubahan sosial. Ini adalah langkah masyarakat yang dapat mengambil dengan dukungan atau fasilitas dari kader kesehatan masyarakat atau penyedia kesehatan masyarakat lainnya yang berpengalaman atau community organizer.

- a. Mewawancarai informan kunci dalam masyarakat
- b. Melakukan survei atau memfasilitasi focus group dengan anggota masyarakat
- c. Meyakinkan kelompok agar masyarakat tidak meninggalkan proses diagnosis
- d. Melakukan penelitian untuk menemukan data tentang masalah, seperti mempelajari tingkat kekerasan pistol atau kanker payudara
- e. Kegiatan pemetaan - aktivitas masyarakat
- f. Meneliti catatan, hukum, dan kebijakan yang ada
- g. Mencari contoh tindakan yang masyarakat lain telah diambil untuk mengatasi masalah serupa
- h. Mengidentifikasi lembaga kebijakan dan individu
- i. Mengidentifikasi sekutu potensial dan lawan (orang-orang yang dapat mendukung upaya untuk menciptakan perubahan sosial)

3. Langkah 3 : Analisis Temuan

Langkah berikutnya adalah bagi masyarakat untuk bertemu bersama-sama untuk menganalisis informasi yang mereka kumpulkan selama diagnosis masyarakat. Langkah ini dimana masyarakat dapat memperoleh manfaat dari dukungan kader kesehatan masyarakat atau fasilitator yang berpengalaman lainnya. Anggota masyarakat akan belajar bagaimana membaca dan memahami berbagai jenis data, termasuk data survei atau data epidemiologi dari kesehatan setempat departemen. Bersama masyarakat akan memutuskan informasi apa yang dikumpulkan menyampaikannya kepada mereka tentang masalah yang dihadapi.

- a. Menghitung-hitung angka dari survei
- b. Membahas informasi yang dipelajari dari wawancara dengan para informan kunci
- c. Meninjau laporan dari FGD
- d. Meninjau data dari studi yang ada, termasuk studi kesehatan masyarakat, dan mengatur ini data dengan cara yang membuatnya paling mudah diakses, dipahami, dan bermanfaat bagi masyarakat (seperti pie chart, grafik, dan kolase gambar)
- e. Meringkas temuan atau informasi yang dikumpulkan dari semua sumber
- f. Memutuskan bersama informasi apa yang mengatakan tentang penyebab dan konsekuensi dari masalah atau kekhawatiran, dan mengidentifikasi masalah yang masih mungkin tidak jelas atau dipahami dengan baik
- g. Mengidentifikasi setiap kebutuhan untuk mengumpulkan informasi lebih lanjut
- h. Mengubah informasi ini ke sumber visual seperti grafik, table

4. Langkah 4 : Identifikasi dan menerapkan Aksi Advokasi

Dalam langkah ini, anggota masyarakat mengidentifikasi dan mendiskusikan daftar tindakan potensial untuk mengatasi masalah teridentifikasi. Tindakan ini akan

mencakup kebijakan yang mungkin ingin diubah oleh masyarakat. Mereka akan menganalisis tindakan-tindakan potensial untuk melihat apakah mereka memenuhi tiga kriteria CAM. Bersama mereka akan menganalisis pilihan yang dapat diidentifikasi dan pilih satu atau lebih tindakan yang akan membantu mereka untuk membuat perubahan yang berarti dan mempromosikan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Advokat akan mengembangkan rencana aksi rinci, termasuk daftar semua kegiatan untuk dilakukan dan batasan waktu untuk menyelesaikan kegiatan ini, dan mendukung masyarakat dalam melaksanakan rencana ini.

a. Mengembangkan rencana aksi :

- 1) Datang dengan daftar atau menu tindakan yang mungkin
- 2) Mengusulkan model kebijakan seputar isu atau masalah teridentifikasi
- 3) Mengembangkan waktu untuk menyelesaikan tugas
- 4) Mengidentifikasi dan melakukan pertemuan dengan pemangku kepentingan dan pengambil keputusan
- 5) Mengembangkan 1-3 jenis kegiatan untuk mendukung kebijakan yang diusulkan dan meningkatkan kesadaran, seperti kesehatan yang merata, forum komunitas, media advokasi media, atau presentasi untuk sekolah atau kelompok masyarakat

b. Melaksanakan rencana aksi. Kegiatan berikut adalah membangun blok untuk mendukung tindakan yang diusulkan :

- 1) Pertemuan dengan para pemangku kepentingan dan pembuat kebijakan
- 2) Mendapatkan liputan media kerja dan usulan untuk perubahan kebijakan
- 3) Memobilisasi masyarakat untuk menulis surat, membuat panggilan ke pembuat kebijakan, atau berpartisipasi dalam demonstrasi publik

- 4) Memobilisasi masyarakat untuk memberikan kesaksian di depan para pembuat kebijakan seperti dewan kota, otoritas perumahan, atau komisi kesehatan
- 5) Merayakan kerja keras dan prestasi

5. Langkah 5 : Memelihara Tindakan dan Hasil

Langkah ini berfokus pada melanjutkan kegiatan rinci dalam rencana aksi untuk memastikan bahwa upaya dicapai akan dipertahankan dalam jangka panjang dan ditegakkan oleh badan yang sesuai.

- 1) Melanjutkan untuk bertemu dengan para pembuat kebijakan dan kelompok yang menegakkan kebijakan publik
- 2) Mengumpulkan data baru untuk melihat apakah situasi atau masalah telah berubah
- 3) Menyiapkan kelompok untuk memantau hasil seperti kelompok PTA, kelompok tetangga dan sebagainya
- 4) Terus melakukan advokasi media untuk menjaga informasi publik tentang upaya pengorganisasian masyarakat
- 5) Melanjutkan pengumpulan dana untuk mendukung pekerjaan advokasi Anda

BAB 9

PENUTUP

Perbaikan program inisiasi dini dan menyusui eksklusif merupakan kontributor utama bagi perbaikan dalam kelangsungan hidup anak terlihat selama dua dekade terakhir (Labbok, 2012). Menyusui memiliki banyak manfaat kesehatan bagi ibu dan bayi. Air Susu Ibu (ASI) mengandung semua nutrisi bayi kebutuhan dalam enam bulan pertama kehidupan. Menyusui melindungi terhadap diare, pneumonia, mengurangi risiko kelebihan berat badan dan obesitas pada masa kanak-kanak dan remaja. Pemberian ASI eksklusif berarti bahwa bayi menerima ASI saja. Berbagai penelitian telah membuktikan manfaat ASI Eksklusif. ASI eksklusif penting untuk kelangsungan hidup bayi. Pemberian IMD dan Eksklusif dapat mencegah kematian bayi baru lahir, mengurangi besar risiko kematian neonatal, melindungi dari infeksius, serta mencegah hipotermia, menurunkan risiko terkena diare dan ISPA. Oleh karena dengan besarnya manfaat ASI Eksklusif ini diperlukan berbagai upaya yang komprehensif dalam keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbas, J., B. S., Nelson, I. E., Watson, W. & Dennis, C. L. 2015. Coparenting Breastfeeding Support and Exclusive Breastfeeding: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 135 Number 1.
- Adam, Y., Abdullah, T. & Naiem, f. 2012. *Determinan Pemberian ASI Eksklusif Di Wilayah Puskesmas Telaga Biru Dan Puskesmas Mongolato Kabupaten Gorontalo Provinsi Gorontalo Tahun 2012*. Universitas Hasanuddin.
- Afrizal 2015. *Metode Penelitian Kualitatif*, Jakarta, PT RajaGrafindo Persada.
- Agus Sartono & Utamingrum, H. 2012. Hubungan Pengetahuan Ibu, Pendidikan Ibu dan Dukungan Suami dengan Praktek Pemberian Asi Eksklusif di Kelurahan Muktiharjo Kidul Kecamatan Telogosari Kota Semarang. *Jurnal Gizi Universitas Muhammadiyah Semarang*, 1
- Aiga, H., Nguyen, V. D., Nguyen, c. D., Nguyen, t. T. T. & Nguyen, L. T. P. 2016. Knowledge, attitude and practices: assessing maternal and child health care handbook intervention in Vietnam. *BMC Public Health*, 16.
- Alison Mcfadden, Mary J Renfrew & Atkin, k. 2012. Does cultural context make a difference to women's experiences of maternity care? A qualitative study comparing the perspectives of breast-feeding women of Bangladeshi origin and health practitioners. *John Wiley & Sons Ltd Health Expectations*, 16.
- Amy Desai, M. N. N. M., Ancikaria Chigumira, Bernard Chasekwa, jean h. Humphrey, lawrence h. Moulton, gretel pelto, grace gerema, rebecca j. Stoltzfus, the shine study team 2014. Traditional Oral Remedies and Perceived Breast

Milk Insufficiency Are Major Barriers to Exclusive Breastfeeding in Rural Zimbabwe. *The Journal of Nutrition, Community and International Nutrition*.

Aprilia Theresia, K. S. A., Prima G.P. Nugraha, Totok Mardikanto 2014. *Pembangunan Berbasis Masyarakat, Acuan bagi Praktisi, Akademisi dan Pemerhati Pengebangan Masyarakat*, Bandung, Alfabeta.

Archana Patel, S. B., Yamini Pusdekar, Fabian Esamai, Nancy F Krebs, Shivaprasad S Goudar, Elwyn Chomba, Ana Garces, Omrana Pasha, Sarah Saleem, Bhalachandra S Kodkany, Edward A Liechty, Bhala Kodkany, Richard J Derman, Waldemar A Carlo, K Michael Hambidge, Robert L Goldenberg, Fernando Althabe, Mabel Berrueta, Janet L Moore, Elizabeth M McClure, Marion Koso-Thomas, Patricia L Hibberd¹, 2015. Rates And Determinants Of Early Initiation Of Breastfeeding And Exclusive Breast Feeding At 42 Days Postnatal In Six Low And Middle-Income Countries: A prospective cohort study. *Reproductive Health*.

Arikunto 2009. *Dasar-Dasar Evaluasi Pendidikan*, Jakarta, Bumi Aksara.

Asfaw, M. M., Argaw, M. D. & Kefene, Z. K. 2015. Factors associated with exclusive breastfeeding practices in Debre Berhan District, Central Ethiopia: a cross sectional community based study. *International breastfeeding journal*, 10:23.

Azwar Saifuddin 2007. *Sikap Manusa Teori dan Pengukurannya*, Yogyakarta, Pustaka Pelajar.

Afifah, D. N. 2007. *Faktor Yang Berperan Dalam Kegagalan Praktik Pemberian Asi Eksklusif*. magister, Universitas Diponegoro.

- Aimi 2011. Keajaiban ASI dan Efek Samping Pemberian Susu Formula pada Bayi, Ditinjau dari Sisi Medis dan Hukum Syariah". Jakarta: AIMI.
- Al-Sahab, B., Lanes, A., Feldman, M. & Tamim, H. 2010. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatrics*, 10:20.
- Alive & Thrive 2010. Impact of early initiation of exclusive breastfeeding on newborn deaths. *Insight*.
- Candriasih, P. 2010. Pemberian Asi Eksklusif Pada Bayi Usia 0 - 6 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Tambu Kabupaten Donggala. *Media Gizi Pangan*, 1.
- Cai, X., Wardlaw, T. & Brown, D. W. 2012. Global trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*.
- Cakrawala 2012. Makassar Canangkan Gerakan ASI Eksklusif. In: AMI/ISM (ed.). Makassar: Cakrawala Makassar.
- Christopher R. Sudfeld, W. W. F., Chandrakant Lahariya 2012. Peer Support and Exclusive Breastfeeding Duration in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, vol.7.
- Depkes 2008. *Paket Modul Kegiatan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif 6 Bulan*, Jakarta, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes 2005. *Manajemen Laktasi. Buku Panduan Bagi Bidan dan Petugas Kesehatan di Puskesmas.* , Jakarta, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Dwi Prasetyo, I. S., Yudith Setiati Ermaya, Yati Soenarto 2015. Association between Severe Dehydration in Rotavirus

Diarrhea and Exclusive Breastfeeding among Infants at Dr. Hasan Sadikin General Hospital, Bandung, Indonesia. *Journal of Tropical Medicine*, volume 2015, 4 pages.

Dwiana Estiwidani, M. Hakimi & DW, S. 2012. Pengaruh Konseling Proses Menyusui pada Suami terhadap Pemberian ASI Eksklusif di Kabupaten Gunung Kidul. *Jurnal Teknologi Kesehatan*, 8 Nomor 3.

Dozier, A. M., Nelson, A. & Brownell, E. 2012. The Relationship between Life Stress and Breastfeeding Outcomes among Low-Income Mothers. *Hindawi Publishing Corporation Advances in Preventive Medicine*, 2012, 10.

Eliyah Rohma, J. M. S. 2014. Faktor-Faktor yang mempengaruhi kejadian Penyapihan kurang dari 2 tahun di POsyandu Sawahan Desa Sidodadi kecamatan Mejayan Kabupaten Madiun. *Delima Harapan*, 2, 33-40.

Erika C. Odom, R. L., Kelley S. Scanlon, Cria G. Perrine, Laurence Grummer-Strawn 2014. Association of Family and Health Care Provider Opinion on Infant Feeding with Mother's Breastfeeding Decision. *J. Acad Nutr Diet*, 114(8).

Emma Malchau Carlsen, A. K., Kristina M Renault, Dina Cortes, Kim F Michaelsen, And Ole Pryds 2013. Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 98:1226-32.

Fairus, P. I., Hadju, V., Thaha, R. & Jafar, N. 2016a. Comparative Study of Maternal Behaviour in Exclusive Breastfeeding in Two Work Area Health Centres of Jeneponto District, Indonesia. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*, 30, 130-141.

- Fairus, P. I., , Hadju, V., Thaha, R. & Jafar, N. 2016b. *Hubungan Dukungan Keluarga, Dukungan Masyarakat Dan Tingkat Partisipasi Masyarakat Dengan Pemberian Asi Eksklusif Di Kabupaten Jeneponto Tahun 2015*, Makassar, IAKMI Makassar.
- Faith Agbozo, Esi Colecraft & Ellahi, B. 2016. Impact of type of child growth intervention program on caregivers' child feeding knowledge and practices: a comparative study in Ga West Municipality, Ghana. *Food And Nutrition* 4 (4).
- Fikawati, s. & syafiq, A. 2009. Kajian Implementasi dan Kebijakan Air Susu Ibu Eksklusif dan Inisiasi Menyusu Dini di Indonesia. *Makara, Kesehatan*, 14, 17-24.
- Gerd Almquist-Tangen, U. S., Anders Holmén, Bernt Alm, Josefine Roswall, Stefan Bergman and Jovanna Dahlgren 2013. Influence of neighbourhood purchasing power on breastfeeding at four months of age: a Swedish population-based cohort study. *BMC Public Health*, 13:1077.
- Ghislain B Balaluka, P. S. N., Prudence N Mitangala, Nickel B Cobohwa, Carole Schirvel Michèle W Dramaix, Philippe Donnen 2012. Community volunteers can improve breastfeeding among children under six months of age in the Democratic Republic of Congo crisis. *International Breastfeeding Journal*, 7:2.
- Gizinet. 2013. *Kemeriahan Acara Puncak Pekan ASI Sedunia 2013* [Online]. Jakarta: Gizinet.
- Haniarti. 2012. *Pengaruh Edukasi Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap Inisiasi Menyusui Dini dan Manajemen Laktasi Pada Ibu Hamil di Kota Parepare*. Universitas Hasanuddin Makassar.

- Handam, E. E. D. 2012. *Perda ASI Eksklusif Pertama di Tingkat Provinsi: Berkaca dari Cerita Sulawesi Selatan*. Yogyakarta: Initiatives for Governance Innovation.
- Harahap, N. 2011. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakberhasilan Pemberian ASI Eksklusif pada Suku Mandailing di Wilayah Kerja Puskesmas Bantan Kelurahan Medan Tembung Strata 1*, Universitas Sumatera Utara.
- Henry, A, B., Nicolau, Io, A., Américo, F, C., Ximenes, B., I., Bernheim, G., R., Oriá & Ob., M. 2010. Socio-Cultural Factors Influencing Breastfeeding Practices among Low-Income Women in Fortaleza-Ceará- Brazil: a Leininger's Sunrise Model Perspective. *Enfermeria Global*, 19.
- Hikmawati, I. 2008. *Faktor-Faktor Risiko Kegagalan Pemberian ASI selama dua bulan* Magister, Universitas Diponegoro Semarang.
- Iddrisu, S. 2013. *Exclusive Breastfeeding and family Influences in Rural Ghana: A Qualitative Study*. Masteer, Malmo University.
- Infodatin 2013. *Situasi dan Analisis ASI Eksklusif*. Pusat data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Ingram, J. 2013. A mixed methods evaluation of peer support in Bristol, UK: mothers', midwives' and peer supporters' views and the effects on breastfeeding. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13:192.
- Kapti, R. E. 2010. *Efektifitas Audiovisual Sebagai Media Penyuluhan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Tatalaksana Balita Dengan Diare Di Dua Rumah Sakit Kota Malang*. Universitas Indonesia.

- Khadijeh Raeisi, M. S., Fatemeh Nayeri, Farima Raji, and Hosein Dalili 2013. A Single Center Study of the Effects of Trained Fathers' Participation in Constant Breastfeeding. *Acta Medica Iranica*, Vol. 52, No. 9 (2014).
- Kusumawati, N. N. 2013. *Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Metode Kanguru di RSB Harapan Kita*. Universitas Indoensia.
- Kuswanti, I. 2014. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Keterampilan Menyusui Pada Ibu Post Partum Ditinjau Dari Paritas. *Jurnal Kesehatan "Samodra Ilmu"*, Vol.05.
- Kebijakankesehatanindonesia.net Strategi Nasional PP-ASI.
- Kramer, M. S., Guo, T., Platt, R. W., Shapiro, S., Collet, J.-P., Chalmers, B., Hodnett, E., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I. & Vanilovich, I. 2002. Breastfeeding and Infant Growth: Biology or Bias? *pediatrics*, 110.
- Kurniawan, B. 2013. Determinan Keberhasilan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 27 No.4.
- Labbok, M. 2012. Community interventions to promote optimal breastfeeding. *USAID*.
- Linkages 2002. Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need-Frequently Asked Questions".
- Lubis, N. L. 2013. *Psikologi Kespro Wanita dan Perkembangan Reproduksi*, Jakarta, Kencana Prenada Media Grup.
- Luciana Dias De Oliveira, E. R. J. G., Lilian Córdova Do Espírito Santo, Leandro Meirelles Nunes, 2014. Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized

clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Nutrition Journal*, 13:73.

Lusi Kristiana, T. M., Santi Dwiningsih, Harumanto Sapardi, Kasnodihardjo 2012. *Buku Seri etnografi Ibu dan Anak 2012*, Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementrian Kesehatan RI 2012

Labbok, M. 2012. Community interventions to promote optimal breastfeeding. *USAID*.

Manal Dashti, J. A. S., Christine a Edwards, Mona Al-Sughayer 2010. Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Kuwait. *International breastfeeding journal*, 5:7.

Maritalia 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*, Jogjakarta, Pustaka Pelajar.

Marshella, A. A. P., Rusmiyati & Elisa 2014. Pendidikan Kesehatan Tehnik Menyusui Dengan Benar Terhadap Peningkatan Kemampuan Menyusui Pada Ibu Post Partum Normal Di Rsud. Dr. Soewondo Kendal. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK)*.

Maulana, N. 2014. *Sosiologi dan Antropologi Kesehatan Yogyakarta*, Nuha medika.

Mbada, C. E., Olowookere, A. E., Faronbi, J. O., Aromolaran, F. C. O. & Funmilola a Faremi, A. O. O., Taofeek O Awotidebe, Adepeju A Ojo Oluwakemi A Augustine 2013. Knowledge, attitude and techniques of breastfeeding among Nigerian mothers from a semi-urban community. *BMC Research Notes*, 6:552.

- Merdhika, W. A. R., Mardji & Devi, M. 2014. Pengaruh Penyuluhan ASI Eksklusif Terhadap Pengetahuan Ibu Tentang ASI Eksklusif dan Sikap Ibu Meyusui di Kecamatan Kanigoro Kabupaten Blitar. *Teknologi dan Kejuruan*, 37 NO 1.
- Miguel a. Perez, R. R. L. 2008. *Cultural Competence in Health Education and Health Promotion*, Uneted States of America, Jossey-Bass.
- Misgan Legesse, Melake Demena, Firehiwot Mesfin & Haile, D. 2015. Factors Associated with Colostrum Avoidance Among Mothers of Children Aged less than 24 Months in Raya Kobo district, North-eastern Ethiopia: Community-based Cross-sectional Study. *Jornal of Tropical Pediatrics*, 61, 357-363.
- Monika, F. B. 2014. *Buku Pintar ASI dan Menyusui*, Jakarta, Noura Books (PT Mizan Publika).
- Muler, J. 2006. *Perkembangan Masyarakat Lintas Ilmu*, Jakarta, PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Maritalia 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*, Jogjakarta, Pustaka Pelajar.
- Minarto 2011. Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat (RAPGM) Tahun 2010 -2014.
- Naoko Horii, O. H., Alio Dangana, Abdou Maina, Souleymane Alzouma, Yves Charbit 2016. Community-based behavior change promoting child health care: a response to socio-economic disparity. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 35:12.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta, PT. Rineka Cipta.

- Nasution, A. F. 2010. Pengaruh Dukungan Sosial Suami terhadap Pemberian ASI di Wilayah Kerja Puskesmas Bangun Kecamatan Gunung Malela Kabupaten Simalungun Tahun 2010. USU Institutional Repository.
- NN 1999. Breastfeeding Promotion in Britain: Socio-cultural factors impeding the uptake of breastfeeding in Britain: A literature review. SET/800/014098.
- Nurmiati & Besral 2008. Durasi Pemberian ASI Terhadap Ketahanan Hidup Bayi di Indonesia. *MAKARA, KESEHATAN*, 12, 47-52.
- PPSDM 2014. Standar Penyelenggaraan Pelatihan Tenaga Kesehatan dan Masyarakat di Bidang Kesehatan. In: Kementerian Kesehatan RI, B. P. D. P. S. K. (ed.). Jakarta: Bakti Husada.
- Prasetyono, D. S. 2012. *Buku Pintar ASI Eksklusif, Pengenalan, Praktik dan Kemanfaatan-Kemanfaatannya*, Jogjakarta, DIVA Press.
- Pratiwi, A. W. 2014. *Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku ibu Tentang Asi Eksklusif Terhadap Tumbuh Kembang Anak Usia 6 – 24 bulan di Kabupaten Merauke*. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Purwanti, H. S. 2004. *Konsep Penerapan ASI Eksklusif*, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Rachmaniah, N. 2014. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang ASI Dengan Tindakan ASI Eksklusif*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Ratna Widayarsi, M. R., Uwais Al Qorni, Niniek Lely Pratiwi 2014. *Si Pembunuh Senyap, Tinggi Dara*, Surabaya, Jakarta, Pusat

Humaniora, Kebijakan Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat.

Ria Ambarwati, Siti. Fatimah Muis & Susantini, P. 2013. Pengaruh konseling laktasi intensif terhadap pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif sampai 3 bulan. *Jurnal Gizi Indonesia*, 2 No. 1, 15-23.

Roesli, U. 2005. *Mengenal ASI Eksklusif*, Jakarta, Trubus Agriwidya.

Rohmin, A., MALAHAYATI, N. & HARTATI 2015. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Praktik Pemberian makanan Prelaktal Pada Bayi Baru Lahir di Kecamatan Bukit Kecil Kota Palembang. *Jurnal Kesehatan*, VI No.2.

Riskesdas 2013. Riset Kesehatan Dasar Republik Indonesia.

Roesli, U. 2005. *Mengenal ASI Eksklusif*, Jakarta, Trubus Agriwidya.

Santrock, J. W. 2011. *Educational Psychology*, New York, McGraw-Hill.

Sarwono, S. W. 2015. *Psikologi Lintas Budaya*, Jakarta, PT Rajagrafindo Persada.

Sentra Laktasi Indonesia 2016. *Pelatihan Konseling Menyusui Modul 40 jam WHO/UNICEF*.

Shareena Ishak, Nur Azeanny M. Adzan, Lee K. Quan, M. Hasli Shafie, Nor Azila Rani & Ramli, K. G. 2014. Knowledge and Beliefs About Breastfeeding Are Not Determinants for Successful Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 9 Number 6.

Singer, R. N. 1972. *The Psychomotor domain: Movement behaviour*, London, Henry Kimton Publisher.

- Soekanto, S. 2004. *Sosiologi Keluarga tentang Ikhwal Keluarga, Rmaja dan Anak*, Jakarta, Rineka Cipta.
- Solomon 2010. Socio-cultural factors influencing infant feeding practices of mothers attending welfare clinic in Cape Coast. *French Embassy, Small Grants Programme in The Humanities and Social Sciences*.
- Sri Handayani, R. W., Ismail Abdul Kadir, Marlina Due, Herman Sudiman 2012. *Buku Seri Etnografi Kesehatan Ibu dan Anak 2012*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Silvers KM, F. C., Wickens K ET AL 2012. Breastfeeding Protects against Current Asthma up to six years of age. *The Journal of Pediatrics*.
- Smith, P. H., Coley, S. L., Labbok, M. H., Cupito, s. & Nwokah, E. 2012. Early breastfeeding experiences of adolescent mothers: a qualitative prospective study. *International breastfeeding journal*, 7:13.
- Soetjningsih 2012. *ASI petunjuk untuk tenaga Kesehatan*, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Syamsiah, S. 2010. Tingkat Pengetahuan Suami Mengenai Asi Eksklusif Dan Hubungannya Dengan Penerapan Breastfeeding Father Tahun 2010. *Jurnal Kesehatan Prima*, Vol.3 No.1.
- Tim Berthold, J. M., Alma Avila-Esparza 2009. *Foundations For Community Health Workers*, United States of America, Jossey-Bass.
- Umar 2013. Media Pendidikan: Peran dan Fungsinya dalam Pembelajaran. *Jurnal Tarbawiah* Volume 10.

- Utami, M. A. D. T. N. 2016. *Membangun Paradigma Penelitian BSPB (Budaya Sosio-Psiko-Biologi, Ponorogo, Forum Ilmiah Kesehatan (Forkes).*
- Utari, R. Taksonomi Bloom, Apa dan Bagaimana Menggunakannya?
- Victor Mogre, Michael Dery & Gaa, p. K. 2016. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. *International breastfeeding journal*, 11:12.
- Wenas, W., Malonda, N. S. H., Bolang, A. S. L. & Kapantow, n. H. 2011. *Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Ibu Menyusui Dengan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.* Universitas Sam Ratulangi Manado.
- WHO 2003. *Community-Based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries.*
- WHO. 2015. *Exclusive Breastfeeding* [Online]. WHO. Available: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/.
- Winardi 1996. *Manajemen Perilaku Organisasi*, Bandung, PT. Citra Aditya Bhakti.
- WHO 2003. *Community-Based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries.*
- WHO 2009. *Counselling For Maternal and New Born Health Care, A Handbook for Building Skills* Geneva, Switzerland, Department of Making Pregnancy Safer, WHO.

- WHO. 2015. *Exclusive Breastfeeding* [Online]. WHO. Available: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/.
- Wiji, R. N. 2013. *ASI dan Panduan Ibu Menyusui*, Yogyakarta, Nuha Medika.
- Yulianah, N., Bahar, B. & Salam, A. 2013. *Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap Dan Kepercayaan Ibu Dengan Pemberian Asi Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Bonto Cani Kabupaten Bone Tahun 2013*. Universitas Hasanuddin.
- Yunita Fitrianti, F. I., Ari Wahyudi, Saifullah, Niniek Lely Pratiwi 2012. *Buku Seri Etnografi Kesehatan Ibu dan Anak 2012*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Yuliarti, I. D. 2008. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap ibu dengan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif*. Magister, Universitas Sebelas Maret.
- Yuniarni, R. R. 2014. *Kelompok Pendukung (KP) ASI*. *oryshaa.blogspot* [Online]. Available from: <http://oryshaa.blogspot.com/2014/05/kelompok-pendukung-kp-asi.html>.
- Zakaria Zakaria, Hadju V., Suryani As'ad, Burhanuddin Bahar 2016. Pengaruh Pemberian Ekstrak Daun Kelor Terhadap Kualitas dan Kuantitas Air Susu Ibu (ASI) pada Ibu Menyusui Bayi 0-6 bulan. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia The Indonesian Journal of Public Health*, vol.12 No.3.