

**FAKTOR YANG BERPERAN DALAM KEGAGALAN
PRAKTIK PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF**

(Studi Kualitatif di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang Tahun 2007)

***FACTORS CONTRIBUTING TO THE FAILURE OF
EXCLUSIVE BREASTFEEDING***

(Qualitative Study at Kecamatan Tembalang, Semarang 2007)



**Tesis
Untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat S-2**

Magister Gizi Masyarakat

**Diana Nur Afifah
E4E005001**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2007**

**Tesis ini Telah Diuji dan Dinilai
Oleh Panitia Penguji pada
Program Studi Magister Gizi Masyarakat
Program Pascasarjana Universitas Diponegoro
Pada tanggal 30 Agustus 2007**

Moderator : dr. Martha I. Kartasurya, MSc, PhD

Notulis : Kris Diyah Kurniasari, SE

Penguji : I. Prof. Dr. S. Fatimah Muis, MSc, SpGK
II. Drs. Ronny Aruben, MA
III. dr. JC. Susanto, SpA(K)
IV. Prof. Dr.dr. Endang Purwaningsih, MPH, SpGK

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/ tidak diterbitkan sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang,

Agustus 2007

Diana Nur Afifah

ABSTRAK

FAKTOR YANG BERPERAN DALAM KEGAGALAN PRAKTIK PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF (Studi Kualitatif di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang Tahun 2007)

Diana Nur Afifah

Latar Belakang: Pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi pemberian ASI saja, tanpa tambahan cairan atau makanan lain. Survei yang dilaksanakan pada tahun 2002 oleh *Nutrition and Health Surveillance System* (NSS) bekerjasama dengan Balitbangkes dan *Helen Keller International* menunjukkan cakupan ASI Eksklusif 4-5 bulan sangat rendah yaitu di perkotaan antara 4-12%, sedangkan di pedesaan 4-25%. Pencapaian ASI Eksklusif 5-6 bulan lebih rendah lagi yaitu di perkotaan antara 1-13%, sedangkan di pedesaan 2-13%.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyebab kegagalan pemberian ASI Eksklusif di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang berdasarkan tempat bersalin dan penolong persalinan.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan jenis penelitiannya adalah deskriptif agar proses pengidentifikasian dan penguraian beberapa faktor yang berperan dalam kegagalan praktik pemberian ASI Eksklusif dapat lebih mudah dilakukan. Penelitian dilakukan di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang, yang meliputi wilayah kerja Puskesmas Kedungmudu dan Puskesmas Rowosari.

Hasil: Subjek penelitian terdiri dari 12 orang yang terbagi dalam 4 kelompok, yaitu yang melahirkan di rumah dengan dukun bayi, Bidan Praktek Swasta, Rumah Bersalin, dan Rumah Sakit. Hanya ada 1 subjek yang berhasil memberikan ASI Eksklusif, yaitu salah satu subjek yang melahirkan di Rumah Sakit dengan bantuan bidan. Faktor pendorong berhasilnya ASI Eksklusif berupa pengetahuan dan motivasi ibu bersifat negatif. Faktor pemungkin berupa kampanye ASI Eksklusif dan fasilitas BPS, RB, dan RS yang kondusif bagi pemberian ASI Eksklusif juga bersifat negatif. Faktor penguat berupa peranan tenaga kesehatan, dukun bayi, dan keluarga sebagian besar bersifat negatif. Selain itu faktor penghambat berupa keyakinan yang keliru tentang makanan bayi, promosi susu formula, dan masalah kesehatan pada ibu dan bayi juga menyebabkan gagalnya pemberian ASI Eksklusif.

Simpulan: Pengetahuan, sikap, dan praktek para ibu maupun penolong persalinan tidak mendukung terlaksananya ASI Eksklusif. Perlu diadakan penelitian yang mendalam untuk mendapatkan strategi terbaik guna meningkatkan pencapaian pemberian ASI Eksklusif.

Kata kunci: ASI Eksklusif, kualitatif

ABSTRACT

FACTORS CONTRIBUTING TO THE FAILURE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING (Qualitative Study at Kecamatan Tembalang, Semarang 2007)

Diana Nur Afifah

Background: Exclusive breastfeeding means only giving breastmilk to babies, without any other food or drinks. Survey held on 2002 by Nutrition and Health Surveillance System (NSS) collaborated with Balitbangkes and Helen Keller International showed that the coverage of exclusive breastfeeding to 4-5 month babies was very low, in urban area was 4-12%, and in rural area was 4-25%. Exclusive breastfeeding coverage on 5-6 month babies in urban area was 1-13%, and in rural area 2-13%.

Objective: This study investigated the factors contributing to the failure of exclusive breastfeeding at Kecamatan Tembalang, Semarang, based on the delivery services.

Method: This study was a descriptive research using qualitative approach to make easier the identification processes and elaboration of the factors contributing to the failure of exclusive breastfeeding. The study was conducted at Kecamatan Tembalang, Semarang, which was the coverage area of Kedungmundu and Rowosari Primary Health Care Center.

Result: Subject were 12 mothers from 4 groups of delivery services, i.e. hospital, maternity hospital, midwife's delivery services and at home by traditional midwives. Predisposing factors contributing to the successful exclusive breastfeeding including mother's knowledge and motivation held negatively. Enabling factors including exclusive breastfeeding campaign and midwife's delivery services and hospital facilities gave negative support. Reinforcing factors including health care provider, traditional midwives and families mostly gave negative support to exclusive breastfeeding. Barrier factors of exclusive breastfeeding were incorrect perception about babies food, formula milk promotion and mothers' or babies' health problems.

Conclusion: Knowledge, attitude, and practices from mothers and health care providers did not support exclusive breastfeeding program. It is necessary to conduct a study to find the best strategy to promote breastfeeding program.

Keywords: exclusive breastfeeding, qualitative study.

RINGKASAN

FAKTOR YANG BERPERAN DALAM KEGAGALAN PRAKTIK PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF (Studi Kualitatif di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang Tahun 2007)

Kebutuhan bayi akan zat gizi jika dibandingkan dengan orang dewasa dapat dikatakan sangat kecil. Namun jika diukur berdasarkan persentase berat badan, kebutuhan bayi akan zat gizi melampaui kebutuhan orang dewasa, hampir dua kali lipat. Makanan pertama dan utama bayi adalah ASI. ASI cocok sekali untuk memenuhi kebutuhan bayi dalam segala hal, yakni karbohidrat yang berupa laktosa, asam lemak tak jenuh ganda, protein laktalbumin yang mudah dicerna, kandungan vitamin dan mineralnya banyak, rasio kalsium-fosfat sebesar 2:1 yang merupakan kondisi ideal bagi penyerapan kalsium, dan mengandung zat anti infeksi (Arisman, 2004).

Pemberian ASI sangat penting bagi tumbuh kembang yang optimal baik fisik maupun mental dan kecerdasan bayi. Oleh karena itu pemberian ASI perlu mendapat perhatian para ibu dan tenaga kesehatan agar proses menyusui dapat terlaksana dengan benar. Faktor keberhasilan dalam menyusui adalah: (1) komitmen ibu untuk menyusui, (2) pemberian ASI secara dini (*early initiation*) yang dimulai di tempat bersalin, (3) teknik dan posisi menyusui yang benar baik untuk ibu maupun bayi, (4) menyusui atas permintaan bayi (*on demand*), dan (5) diberikan secara eksklusif. ASI Eksklusif atau lebih tepat disebut

pemberian ASI secara eksklusif, artinya bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain, seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, juga tanpa tambahan makanan padat, seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi ataupun tim mulai lahir sampai usia 6 bulan. ASI Eksklusif ini merupakan satu faktor penting bagi keberhasilan menyusui jangka panjang (Roesli, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh Margawati (2005) menunjukkan bahwa ibu-ibu di wilayah pinggiran Kota Semarang lebih menyukai melakukan perawatan pasca melahirkan dengan bantuan dukun bayi, sedangkan ibu-ibu di wilayah Kota Semarang lebih percaya dengan bantuan bidan atau dokter ahli kandungan. Namun pemberian ASI Eksklusif di kedua wilayah tersebut sama-sama gagal. Di wilayah pinggiran Kota Semarang, para ibu telah memberikan madu, air gula, dan susu formula serta beberapa makanan kepada bayinya segera setelah lahir. Sementara itu, para ibu di wilayah Kota Semarang telah memberikan air dan susu formula kepada bayinya. Di samping itu, bayi kurang dari 4 bulan sudah diberikan bubur, pisang dan *instant pure*.

Sampai saat ini faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan seorang ibu memberikan ASI Eksklusif pada bayinya telah banyak diketahui namun penelitian-penelitian yang dilakukan hanya berdasarkan survei dan pengambilan data dilakukan satu waktu pada sampel ibu yang memiliki anak usia di bawah dua tahun. Penelitian seperti ini tidak dapat menggambarkan kondisi sebenarnya yang dialami oleh ibu dan hasil yang

diperoleh akan mengalami banyak bias terutama karena faktor ingatan ibu. Selain itu survei tentang pemberian ASI Eksklusif yang pernah dilakukan adalah membandingkan cakupan ASI Eksklusif di perkotaan dan pedesaan, belum ada penelitian yang menganalisis berdasarkan tempat kelahiran bayi, petugas kesehatan yang menolong kelahiran bayi, dan berdasar tingkat sosial ekonomi keluarga, sehingga perlu diadakan penelitian mendalam untuk menganalisis hal tersebut.

Berdasarkan data dari Puskesmas Kedungmundu dan Puskesmas Rowosari, Kecamatan Tembalang tahun 2005, tidak semua ibu melahirkan di Rumah Sakit Bersalin (RSB) atau di Rumah Bersalin (RB) dengan bantuan bidan atau dokter. Pada kenyataannya masih ada ibu yang melahirkan di rumah dengan bantuan dukun bayi. Di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu terdapat 13 orang dukun bayi, 19 orang bidan praktek swasta, dan 7 Rumah Bersalin. Sedangkan di Puskesmas Rowosari terdapat 13 orang dukun bayi (2 orang tidak aktif lagi) dan 7 orang bidan. Rumah sakit terdekat yang sering dikunjungi ibu untuk persalinan adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Semarang.

Berdasarkan latar belakang dan permasalahan yang telah diuraikan, dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut: Faktor-faktor apa saja yang berperan dalam kegagalan praktik pemberian ASI Eksklusif berdasarkan perbedaan tempat bersalin dan penolong persalinan di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang?

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyebab keberhasilan dan kegagalan pemberian ASI Eksklusif di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang berdasarkan tempat bersalin dan penolong persalinan. Penelitian diharapkan dapat memberikan masukan dalam meningkatkan penyuluhan mengenai pemberian ASI Eksklusif oleh ibu-ibu di perkotaan dan pedesaan baik yang bersosial ekonomi rendah, menengah, maupun tinggi.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan jenis penelitiannya adalah deskriptif. Penggunaan metode kualitatif dipilih agar proses pengidentifikasian dan penguraian beberapa faktor yang berperan dalam kegagalan praktik pemberian ASI Eksklusif dapat dilakukan. Penelitian dilakukan di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang, yang meliputi wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu dan Puskesmas Rowosari. Lokasi ini diambil karena wilayah kerja kedua puskesmas ini meliputi daerah perkotaan dan pinggiran kota serta masih terdapat beberapa dukun bayi dan fasilitas kesehatan yang memadai seperti BPS, RB, dan RS.

Pemilihan subjek menggunakan metode *purposive sampling*, yang dipilih secara tidak acak melainkan didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, yaitu berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Subjek dipilih dari data ibu yang memeriksakan kehamilan atau melahirkan di BPS, RB, dan RS.

Populasi penelitian mencakup ibu pasca bersalin yang berdomisili dan melahirkan di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang pada kurun waktu September hingga Desember 2006. Subjek penelitian dibagi menjadi 4 kelompok berdasarkan tempat persalinan, yaitu Kelompok I: sampel yang melahirkan di rumah dengan bantuan dukun bayi, Kelompok II: sampel yang melahirkan di Bidan Praktek Swasta (BPS), Kelompok III: sampel yang melahirkan di Rumah Bersalin (RB), dan Kelompok IV: sampel yang melahirkan di Rumah Sakit (RS) dengan bantuan bidan atau dokter.

Jumlah subjek dalam penelitian kualitatif tidak dapat ditentukan secara pasti. Jumlah subjek dapat diketahui setelah penelitian selesai. Pada penelitian ini dapat diperoleh subjek penelitian sebanyak 12 dan setiap kelompok terdiri dari 3 subjek penelitian.

Pengumpulan data dilakukan dengan observasi yaitu mengamati secara langsung berbagai aktivitas subjek terutama yang sesuai dengan tujuan penelitian, pengamatan langsung di BPS, RB, dan RS, wawancara dengan menggunakan kuesioner tidak terstruktur dengan teknik *in depth interview*, yaitu suatu teknik wawancara yang berusaha mengetahui lebih mendalam tentang praktik, pengetahuan dan sikap ibu dalam pemberian ASI Eksklusif. Proses pengambilan data dilakukan dimulai dari bayi berusia 0 bulan dan diikuti hingga bayi berumur 4 bulan dan wawancara mendalam dilaksanakan sedikitnya 3 kali untuk setiap subjek penelitian.

Alat yang digunakan untuk pengambilan data dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara yang telah dipersiapkan dan menggunakan alat perekam suara maupun gambar agar semua yang disampaikan oleh responden dapat terekam dengan baik tanpa ada yang hilang.

Analisis data yang digunakan adalah analisa kualitatif dan dalam penyajiannya berdasarkan dari data yang terkumpul kemudian disimpulkan. Data kualitatif diolah sesuai variabel yang tercakup dalam penelitian dengan metode induksi, yaitu metode penarikan kesimpulan dari hal-hal yang khusus ke hal-hal yang umum. Selanjutnya pelaporan disajikan gambaran secara deskriptif. Dalam penelitian kualitatif, keabsahan data dilakukan dengan menggunakan metode triangulasi. Triangulasi adalah teknik keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain dari luar data untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembandingan terhadap data tersebut. Cara utama penelitian kualitatif menjamin keandalan analisisnya dalam penyajian ulang adalah dengan menyimpan catatan rinci dari wawancara dan observasi serta dengan mendokumentasikan atau mengumpulkannya dengan proses analisis secara mendetail (Moleong, 2006).

Subjek penelitian terdiri dari 12 orang yang terbagi dalam 4 kelompok berdasarkan tempat bersalin dan penolong persalinan. Di antara ke-12 subjek terdapat 2 orang ibu pekerja, namun satu diantaranya berhenti bekerja setelah bayi berusia 2 bulan. Rentang umur subjek antara 17-38 tahun, dimana 5 orang ibu berusia di atas 30 tahun dan 7 orang ibu

kurang dari 30 tahun, bahkan ada 2 orang subjek berusia kurang dari 20 tahun.

Umumnya subjek hanya memiliki satu anak balita dalam keluarganya, namun ada 1 subjek yang memiliki 2 anak balita dan 1 subjek yang memiliki 3 anak balita. Jumlah subjek berpendidikan SMA/SMEA ada 6 orang, SMP/MTs ada 3 orang, dan SD ada 3 orang.

Subjek yang memiliki penghasilan keluarga > Rp 1.000.000,-/bl ada 2 orang, antara Rp 500.000,- hingga Rp 1.000.000,-/bl ada 8 orang, dan 2 subjek tidak memiliki penghasilan keluarga karena suami tidak bekerja lagi dan suami tidak pernah memberikan penghasilan (tidak bertanggung jawab). Delapan dari 12 subjek melahirkan anak laki-laki, dan 4 melahirkan anak perempuan.

Hasil penelitian terhadap 12 subjek menunjukkan bahwa hanya ada satu subjek (SPRS2) yang berhasil memberikan ASI secara eksklusif pada bayinya, yaitu ibu yang melahirkan dengan bantuan bidan di RSUD Kota Semarang. Subjek ternyata telah terbiasa menyusui anaknya, dari yang pertama hingga yang ketiga. Sebelas subjek lainnya gagal memberikan ASI Eksklusif karena sebagian besar telah memberikan prelaktal dan MP-ASI yang terlalu dini.

Sebagian (50%) subjek tidak mengetahui ASI Eksklusif. Mereka umumnya pernah mendengar tapi tidak mengerti maksudnya. Ada juga yang pernah membaca buku KIA tapi lupa. Pengetahuan ibu yang kurang tentang ASI Eksklusif inilah yang terutama menyebabkan gagalnya

pemberian ASI Eksklusif. Padahal pengetahuan merupakan dasar utama manusia untuk melakukan sesuatu.

Sebagian subjek tidak mengetahui ASI Eksklusif sehingga mereka tidak mempunyai motivasi untuk memberikan ASI Eksklusif. Namun mereka umumnya memiliki motivasi untuk menyusui bayinya. Hal ini terlihat dari sebagian besar subjek berupaya untuk memperbanyak produksi ASI-nya dengan cara minum jamu atau 'wejah' dan mengkonsumsi makanan yang dipercaya dapat memperlancar ASI. Faktor-faktor pendorong berhasilnya ASI Eksklusif berupa pengetahuan ibu tentang ASI Eksklusif dan motivasi ibu untuk memberikan ASI Eksklusif bersifat negatif sehingga pemberian ASI Eksklusif gagal.

Pertemuan-pertemuan di lingkungan RT di wilayah Kota Semarang banyak sekali diadakan, baik pertemuan bapak-bapak maupun ibu-ibu. Namun diskusi yang berlangsung tidak pernah menyinggung masalah menyusui bahkan ASI Eksklusif. Penyuluhan yang paling sering dilakukan pada pertemuan bapak-bapak adalah tentang demam berdarah dan cara penanggulangannya seperti dilakukannya kerja bakti. Sedangkan pada pertemuan PKK lebih sering disampaikan tentang KB (Keluarga Berencana).

Fasilitas BPS/RB/RS sebenarnya sangat mendukung pelaksanaan ASI Eksklusif karena sebagian besar telah memiliki fasilitas rawat gabung. Bahkan ada BPS yang merawat ibu dan anak dalam satu tempat tidur. Namun karena biasanya subjek berada di tempat bersalin hanya 1 hingga

2 hari maka penjelasan tentang menyusui dan perawatan payudara kurang dapat disampaikan dengan baik. Faktor-faktor pemungkin berupa kampanye ASI Eksklusif dan fasilitas Bidan Praktek Swasta, Rumah Bersalin, dan Rumah sakit yang kondusif bagi pemberian ASI Eksklusif juga bersifat negatif sehingga pemberian ASI Eksklusif gagal.

Petugas kesehatan yang terlibat pada perawatan selama kehamilan hingga bayi lahir yang utama pada penelitian ini adalah bidan. Semua subjek, baik yang melahirkan di rumah maupun di BPS/RB/RS pernah memeriksakan kehamilannya ke bidan. Namun kurangnya penjelasan seputar menyusui membuat pengetahuan para ibu tentang ASI Eksklusif sangat kurang. Bidan umumnya menganggap bahwa menyusui bukan suatu masalah dan tidak perlu diajarkan sehingga jika ibu tidak bertanya maka bidan tidak akan memberikan penjelasan seputar menyusui. Namun ada seorang bidan yang menganjurkan subjek untuk terus memberikan ASI saja pada bayinya hingga 6 bulan.

Banyak bidan yang tidak menjalankan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM) terutama langkah ke-3 hingga ke-9. Kesalahan para bidan yang sangat jelas terlihat adalah memberikan susu formula sebagai prelaktal menggunakan dot. Hal ini sangat tidak sesuai dengan langkah ke-9, yaitu tidak memberikan dot atau kempeng kepada bayi yang diberi ASI.

Dukun bayi saat ini jarang sekali ditemui. Dari 26 dukun bayi yang terdata oleh Puskesmas Kedungmundu dan Puskesmas Rowosari, hanya

2 dukun bayi yang masih membantu persalinan, selebihnya hanya membantu perawatan bayi seperti memandikan bayi dan memijat bayi. Para dukun bayi ini memberikan perawatan pascapersalinan hingga hari ke 11. Perawatan yang dilakukan adalah memandikan bayi, mengganti perban tali pusat, dan memijat bayi.

Peranan keluarga terhadap berhasil tidaknya subjek memberikan ASI Eksklusif sangat besar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa subjek yang tinggal serumah dengan ibu (nenek) mempunyai peluang sangat besar untuk memberikan MP-ASI dini pada bayi. Bahkan ada subjek yang telah memberikan MP-ASI mulai bayi usia 11 hari atau setelah '*pothol puser*' (tali pusat lepas). Walaupun ibu mengetahui bahwa pemberian MP-ASI terlalu dini dapat mengganggu kesehatan bayi namun mereka beranggapan bahwa jika bayi tidak mengalami gangguan maka pemberian MP-ASI dapat dilanjutkan. Selain itu kebiasaan memberikan MP-ASI dini telah dilakukan turun temurun dan tidak pernah menimbulkan masalah. Faktor-faktor penguat berupa peranan tenaga kesehatan, dukun bayi, dan keluarga sebagian besar bersifat negatif sehingga terjadi kegagalan pemberian ASI Eksklusif.

Hampir semua subjek tidak mengetahui arti kolostrum, hanya satu subjek yang mengerti arti kolostrum. Namun mereka semua mengenali ciri-ciri kolostrum (setelah diberi penjelasan tentang kolostrum). Sebagian besar subjek memberikan kolostrum kepada bayinya yang baru lahir. Mereka berpendapat bahwa ASI yang pertama keluar adalah yang paling

baik dan bermanfaat bagi bayinya. Kebiasaan pembuangan kolostrum tidak dilakukan lagi. Namun ada 2 orang suami subjek yang berpendapat bahwa kolostrum tidak baik bagi bayi dan harus dibuang dulu.

Dari 12, hanya satu subjek yang tidak memberikan prelaktal apapun dan langsung memberikan ASI pada bayinya. Subjek inilah yang akhirnya berhasil memberikan ASI Eksklusif pada bayinya. Sebagian besar subjek memberikan prelaktal berupa susu formula. Umumnya bayi mereka langsung mendapatkan susu formula dari bidan yang disusukan menggunakan dot maupun dengan sendok. Namun subjek-subjek penelitian yang persalinannya ditolong oleh dukun bayi memberikan prelaktal berupa madu yang merupakan anjuran dari dukun bayi, kelapa muda, dan kurma.

Sebagian subjek telah mulai memberikan MP-ASI sejak bayi berusia kurang dari satu bulan, bahkan ada satu subjek yang memberikan makanan berupa nasi dan pisang 'ulek' pada saat bayi berusia 11 hari. Pemberian MP-ASI yang terlalu dini ini biasanya karena anjuran orang tua terutama nenek. Alasan umumnya karena bayi menangis terus meskipun telah disusui dan diberi susu formula. Seluruh subjek yang memiliki bayi laki-laki beranggapan bahwa ASI tidak mencukupi kebutuhan karena walaupun sudah menyusui seharian bayi masih menangis. Mereka yakin kalau bayinya perlu mendapat asupan lain selain ASI dan susu formula karena bayi laki-laki tenaganya lebih kuat.

Apapun akan dilakukan oleh seorang ibu demi kebaikan atau kesenangan bayinya. Hasil wawancara dapat diketahui bahwa para subjek tetap berusaha menyusui bayinya walaupun mereka sedang sakit. Bahkan ada satu subjek yang rela tidak minum obat saat sakit gigi karena khawatir bayi tidak mau menyusu setelah subjek meminum antibiotik. Namun ada satu subjek yang menghentikan menyusui saat sakit. ASI berhenti sebentar dan bayi tidak mau menyusu. Karena subjek berkeinginan besar untuk dapat menyusui lagi maka segala cara dicoba dan akhirnya bayi mau menyusu lagi. Keyakinan yang keliru tentang makanan bayi, promosi susu formula, dan masalah kesehatan pada ibu dan bayi juga merupakan faktor-faktor penghambat berhasilnya pemberian ASI Eksklusif.

Belajar dari berbagai penelitian tentang ASI Eksklusif selama ini, maka penyuluhan tentang ASI Eksklusif harus dilakukan tidak hanya untuk tenaga kesehatan namun langsung kepada masyarakat terutama para gadis dan ibu. Para tenaga kesehatan terutama bidan harus konsisten dengan komitmennya menyediakan rawat gabung bagi ibu dan bayi sehingga proses awal menyusui dapat berjalan dengan baik.

RIWAYAT HIDUP

A. IDENTITAS

Nama : Diana Nur Afifah
Tempat, Tanggal Lahir : Semarang, 31 Juli 1980
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Lamper Tengah II/570B Semarang

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN Lamper Kidul Semarang, tamat tahun 1992
2. SMPN 3 Semarang, tamat tahun 1995
3. SMUN 3 Semarang, tamat tahun 1998
4. Institut Pertanian Bogor, Jurusan Teknologi Pangan, tamat tahun 2003

C. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Dosen Luar Biasa pada Fakultas Pertanian, Jurusan Teknologi Hasil Pertanian, Universitas Gorontalo, 2003-2004

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Masyarakat, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang. Dalam kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang tidak terhingga kepada:

1. Prof. Dr. Siti Fatimah Muis, MSc, SpGK, selaku ketua Program Studi Magister Masyarakat pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro sekaligus Pembimbing I yang telah memberikan arahan dan dukungan moril selama perkuliahan dan penyelesaian tesis ini.
2. Drs. Ronny Aruben, MA, selaku Pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran dengan penuh kesabaran membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini.
3. Dr. JC. Susanto, SpA(K), selaku dosen Mata Kuliah Penunjang Tesis dan Penguji yang telah banyak memberikan masukan pada penulisan tesis ini.
4. Prof. Dr. Dr. Endang Purwaningsih, MPH, SpGK, atas masukan yang diberikan pada penulisan tesis ini.

5. Para dosen Magister Gizi Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Diponegoro yang telah memberikan segala ilmu selama penulis menjalani pendidikan.
6. Para responden yang telah membantu penulis selama penelitian.
7. Teman-teman senasib seperjuangan, Pak Edy, Pak Udin, Bu Rina, Mbak Zul atas kerjasama dan persaudaraannya selama ini.
8. Mbak Fifi, Mbak Kris, dan Mas Sam yang telah banyak membantu penulis selama menyelesaikan studi.
9. Semua pihak yang tidak mungkin disebutkan satu persatu yang telah memberi dukungan moral maupun material kepada penulis.

Penulis juga menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada suami tercinta, Wawan Setiawan dan tidak lupa kepada putri tersayang, Sauda Aqila Zahra, Ibu Siti Markamah, Mas Rifki dan Adik Pipin atas dukungan, semangat, pengorbanan, doa, dan perhatiannya sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

Besar harapan penulis semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Tidak lupa penulis mohon maaf atas segala kesalahan dan kekhilafan selama ini. Semoga Allah SWT meridhoi.

Semarang, Agustus 2007

Diana Nur Afifah

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
RINGKASAN	v
RIWAYAT HIDUP	xvii
KATA PENGANTAR	xviii
DAFTAR ISI	xx
DAFTAR TABEL	xxiii
DAFTAR GAMBAR	xxiv
I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
E. Keaslian Penelitian	6
II. TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Landasan Teori	10
1. Teori perilaku	10
2. Teori motivasi	16

3. Air Susu Ibu (ASI)	18
4. ASI Eksklusif	36
B. Kerangka Teori	63
C. Kerangka Konsep	64
III. METODE PENELITIAN	65
A. Rancangan Penelitian	65
B. Lokasi Penelitian	65
C. Populasi dan Subjek Penelitian	65
D. Definisi Operasional	69
E. Prosedur Pengumpulan Data	72
F. Analisis Data	73
G. Tahap Penelitian	74
IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	78
A. Gambaran Umum Wilayah	78
B. Karakteristik Subjek Penelitian	82
C. Praktik Pemberian ASI Eksklusif	83
D. <i>Predisposing Factors</i>	95
E. <i>Enabling Factors</i>	98
F. <i>Reinforcing Factors</i>	103
G. Faktor Penghambat	109
H. Keterbatasan Penelitian	116
V. SIMPULAN DAN SARAN	117

DAFTAR PUSTAKA	119
LAMPIRAN	125

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1. Beberapa Penelitian tentang ASI	7
2. Komposisi Penduduk menurut Kelompok Umur	80
3. Komposisi Penduduk menurut Tingkat Pendidikan	81
4. Komposisi Penduduk menurut Mata Pencaharian	81
5. Karakteristik Subjek Penelitian	83

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
1. Teori Perilaku (Green 1991)	13
2. Terjadinya Perilaku karena Kebutuhan dan Motif (Ahmadi 2002)	17
3. Skema Definisi Menyusui (Labbok dan Krasovec, 1990)	37
4. Kebiasaan Pemberian Makanan pada Bayi (LINKAGES, 2002) .	59
5. Kerangka Teori Penelitian	63
6. Kerangka Konsep Penelitian	64

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Modal dasar pembentukan manusia berkualitas dimulai sejak bayi dalam kandungan disertai dengan pemberian Air Susu Ibu (ASI) sejak usia dini, terutama pemberian ASI Eksklusif. Konvensi Hak-hak Anak tahun 1990 antara lain menegaskan bahwa tumbuh kembang secara optimal merupakan salah satu hak anak. Berarti ASI selain merupakan kebutuhan, juga merupakan hak azasi bayi yang harus dipenuhi oleh orang tuanya.

Kebutuhan bayi akan zat gizi jika dibandingkan dengan orang dewasa dapat dikatakan sangat kecil. Namun jika diukur berdasarkan persentase berat badan, kebutuhan bayi akan zat gizi melampaui kebutuhan orang dewasa, hampir dua kali lipat. Makanan pertama dan utama bayi tentu saja ASI. ASI cocok sekali untuk memenuhi kebutuhan bayi dalam segala hal, yakni karbohidrat yang berupa laktosa, asam lemak tak jenuh ganda, protein laktalbumin yang mudah dicerna, kandungan vitamin dan mineralnya banyak, rasio kalsium-fosfat sebesar 2:1 yang merupakan kondisi ideal bagi penyerapan kalsium, dan mengandung zat anti infeksi (Arisman, 2004).

Pemberian ASI sangat penting bagi tumbuh kembang yang optimal baik fisik maupun mental dan kecerdasan bayi. Oleh karena itu pemberian ASI perlu mendapat perhatian para ibu dan tenaga

kesehatan agar proses menyusui dapat terlaksana dengan benar. Faktor keberhasilan dalam menyusui adalah: (1) komitmen ibu untuk menyusui, (2) dilaksanakan secara dini (*early initiation*), (3) posisi menyusui yang benar baik untuk ibu maupun bayi, (4) menyusui atas permintaan bayi (*on demand*), dan (5) diberikan secara eksklusif. ASI Eksklusif atau lebih tepat disebut pemberian ASI secara eksklusif, artinya bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain, seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, juga tanpa tambahan makanan padat, seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi ataupun tim mulai lahir sampai usia 6 bulan (Roesli, 2005).

Survei yang dilaksanakan pada tahun 2002 oleh *Nutrition and Health Surveillance System* (NSS) bekerjasama dengan Balitbangkes dan *Helen Keller International* di 4 kota (Jakarta, Surabaya, Semarang, Makasar) dan 8 pedesaan (Sumatera Barat, Lampung, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, NTB, Sulawesi Selatan), menunjukkan bahwa cakupan ASI Eksklusif 4-5 bulan di perkotaan antara 4-12%, sedangkan di pedesaan 4-25%. Pencapaian ASI Eksklusif 5-6 bulan di perkotaan antara 1-13%, sedangkan di pedesaan 2-13% (Depkes RI, 2004). Menurut data *Nutrition and Health Surveillance System* (2002), di daerah pinggiran Kota Semarang, di antara bayi-bayi berumur 0-1 bulan, 35%-nya mendapat ASI Eksklusif dan 46% telah mengkonsumsi beberapa jenis makanan padat. Sementara itu, di antara bayi-bayi berumur 4-5 bulan, 15%-nya

mendapat ASI namun tidak lama dan 80% telah mengkonsumsi makanan tambahan.

Penelitian yang dilakukan oleh Margawati (2005) menunjukkan bahwa ibu-ibu di wilayah pinggiran Kota Semarang lebih menyukai melakukan perawatan pasca melahirkan dengan bantuan dukun bayi, sedangkan ibu-ibu di wilayah Kota Semarang lebih percaya dengan bantuan bidan atau dokter ahli kandungan. Namun pemberian ASI Eksklusif di kedua wilayah tersebut sama-sama gagal. Di wilayah pinggiran Kota Semarang, para ibu telah memberikan madu, air gula, dan susu formula serta beberapa makanan kepada bayinya setelah lahir. Sementara itu, para ibu di wilayah Kota Semarang telah memberikan air dan susu formula kepada bayinya. Di samping itu, bayi kurang dari 4 bulan sudah diberikan bubur, pisang dan *instant* pure.

Soetjningsih (1997) menyatakan bahwa masih rendahnya cakupan ASI Eksklusif disebabkan oleh berbagai macam faktor, di antaranya adalah: (1) perubahan sosial budaya, (2) meniru teman, (3) merasa ketinggalan zaman, (4) faktor psikologis, (5) kurangnya penerangan oleh petugas kesehatan, (6) meningkatnya promosi susu formula, dan (7) informasi yang salah. Sebenarnya pemerintah telah serius meningkatkan cakupan ASI Eksklusif. Hal ini dibuktikan dengan dikeluarkannya Kepmenkes RI No. 450/MENKES/SK/ IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif pada Bayi di Indonesia. Keputusan ini memuat Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan

Menyusui, di antaranya adalah menjelaskan kepada semua ibu hamil tentang manfaat menyusui, membantu ibu mulai menyusui bayinya dalam 30 menit setelah melahirkan yang dilakukan di ruang bersalin, tidak memberikan makanan atau minuman apapun selain ASI kepada bayi baru lahir, melaksanakan rawat gabung dengan mengupayakan ibu bersama bayi 24 jam sehari, dan tidak memberikan dot atau kempeng kepada bayi yang diberi ASI.

Sampai saat ini faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan seorang ibu memberikan ASI Eksklusif pada bayinya telah banyak diketahui namun penelitian-penelitian yang dilakukan hanya berdasarkan survei dan pengambilan data dilakukan satu waktu pada sampel ibu yang memiliki anak usia di bawah dua tahun. Penelitian seperti ini tidak dapat menggambarkan kondisi sebenarnya yang dialami oleh ibu dan hasil yang diperoleh akan mengalami banyak bias terutama karena faktor ingatan ibu. Selain itu survei tentang pemberian ASI Eksklusif yang pernah dilakukan adalah membandingkan cakupan ASI Eksklusif di perkotaan dan pedesaan, belum ada penelitian yang menganalisis berdasarkan tempat kelahiran bayi, petugas kesehatan yang menolong kelahiran bayi, dan berdasarkan tingkat sosial ekonomi keluarga.

Berdasarkan data dari Puskesmas Kedungmundu dan Puskesmas Rowosari, Kecamatan Tembalang tahun 2005, tidak semua ibu melahirkan di Rumah Sakit Bersalin (RSB) atau di Rumah

Bersalin (RB) dengan bantuan bidan atau dokter. Pada kenyataannya masih ada ibu yang melahirkan di rumah dengan bantuan dukun bayi. Di wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu terdapat 13 orang dukun bayi, 19 orang bidan praktek swasta, dan 7 Rumah Bersalin. Sedangkan di Puskesmas Rowosari terdapat 13 orang dukun bayi (2 orang tidak aktif lagi) dan 7 orang bidan. Rumah sakit terdekat yang sering dikunjungi ibu untuk persalinan adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Semarang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan permasalahan yang telah diuraikan, dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut: Faktor-faktor apa saja yang berperan dalam kegagalan praktik pemberian ASI Eksklusif dilihat dari perbedaan tempat bersalin dan penolong persalinan di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyebab kegagalan pemberian ASI Eksklusif di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang berdasarkan tempat bersalin dan penolong persalinan.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi dan menguraikan praktik pemberian ASI Eksklusif.
- b. Mengidentifikasi dan menguraikan faktor-faktor pendorong (*predisposing factors*) dalam pemberian ASI Eksklusif.
- c. Mengidentifikasi dan menguraikan faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) dalam pemberian ASI Eksklusif.
- d. Mengidentifikasi dan menguraikan faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) dalam pemberian ASI Eksklusif.
- e. Mengidentifikasi dan menguraikan faktor-faktor penghambat pemberian ASI Eksklusif.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam meningkatkan penyuluhan mengenai pemberian ASI Eksklusif oleh ibu-ibu di perkotaan dan pedesaan baik yang bersosial ekonomi rendah, menengah, maupun tinggi.

E. Keaslian Penelitian

Telah banyak penelitian yang dilakukan untuk menggali faktor-faktor yang mempengaruhi praktek pemberian ASI Eksklusif, namun dari semua penelitian tersebut belum ada penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kegagalan ASI Eksklusif dilihat dari

perbedaan tempat persalinan. Pada Tabel 1 terlihat beberapa penelitian tentang ASI yang telah dilakukan sebelumnya.

Tabel 1.
Beberapa Penelitian tentang ASI

No	Nama Peneliti	Judul	Variabel	Metode Penelitian	Hasil
1	Feryani Dwi Permana, 2006	Faktor-faktor Penyebab Kegagalan Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu yang tidak Bekerja (Desa Batusari, Kecamatan Mranggen, Kabupaten Demak)	Bebas: Pendidikan, pengetahuan, motivasi, sikap, prioritas program ASI Eksklusif, penghasilan keluarga, pengaruh orang terdekat, pengaruh tenaga kesehatan, kondisi ibu, kondisi bayi, promosi susu formula, kebiasaan yang keliru Terikat: Kegagalan ASI Eksklusif	Kualitatif	Penyebab kegagalan pemberian ASI Eksklusif adalah motivasi dan sikap ibu, prioritas program ASI Eksklusif, penghasilan keluarga, pengaruh orang terdekat, pengaruh tenaga kesehatan, kondisi kesehatan ibu, kondisi bayi, promosi susu formula, dan kebiasaan yang keliru.
2	Ani Margawati, 2005	<i>Patterns of Breast-feeding Practice in Semarang, Indonesia Comparison between Women in Peri-urban Area and Urban Area (Semarang)</i>	Bebas: Tingkat sosial ekonomi (status pekerjaan), kesehatan umum Terikat: Praktek menyusui	Kualitatif dan kuantitatif, <i>cross-sectional</i>	Ibu di wil. peri-urban maupun urban sebagian besar tidak memberikan ASI Eksklusif karena umumnya bayi telah diberi air gula, madu, dan susu formula (ibu bekerja).
3	Said Abdullah, Dwi Hastuti, dan Ujang Sumarwan, 2004	Pengambilan Keputusan Pemberian ASI Eksklusif kepada Bayi di Kota Bogor	Bebas: Karakteristik keluarga, akses media, pengetahuan tentang ASI, sikap. Terikat: Keputusan Pemberian ASI Eksklusif	Kuantitatif, observasi-onal	30% responden memilih ASI dengan alasan lebih ekonomis dan praktis, akses terhadap media berpengaruh negatif terhadap pemberian ASI

Lanjutan...

No	Nama Peneliti	Judul	Variabel	Metode Penelitian	Hasil
4	Inne Soesanti, 2004	Praktik Pemberian ASI dan Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 0-3 tahun di Masyarakat Nelayan Kel. Kalisari, Kec. Mulyorejo, Kota Surabaya	Bebas: Awal meneteki setelah melahirkan, cara memberikan ASI, Frekuensi dan lama pemberian ASI, ASI Eksklusif, pemanfaatan kolostrum dan pemberian MP-ASI 4-6 bulan, 6-12 bulan, > 12 bulan, bahan pangan yang digunakan, cara mengolah dan menyiapkan MP-ASI Terikat: Praktik Pemberian ASI dan Pemberian MP-ASI	Kualitatif, observasi-onal partisipatif	Lamanya pemberian ASI tergantung keinginan anak, peran orang tua (nenek) masih dominan
5	B. Stewart-Knox, K. Gardiner, dan M. Wright, 2003	<i>What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions (northern Ireland)</i>	Bebas: Ketidakbebasan, rasa malu, bekerja, jml anak, dukungan keluarga, kenyamanan, kurangnya fasilitas umum, isolasi sosial, persepsi materi promosi ASI Terikat: Keputusan pemberian makanan pd bayi	Kualitatif, <i>focus group discussion</i>	Kurangnya rasa kebebasan, rasa malu, dukungan keluarga, jumlah anak, ketidaknyamanan, kembali bekerja, dan kurangnya fasilitas umum menjadi penghambat kegiatan menyusui.
6	Michelle B. Hanson et al, 2003	<i>Correlates of Breast-feeding in a Rural Population (northwestern Minnesota)</i>	Bebas: Pendidikan dan pekerjaan Terikat: Inisiasi dan durasi pemberian ASI	Kuantitatif, survei	Ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi dan bekerja tidak <i>full-time</i> lebih memungkinkan untuk memberikan ASI sejak awal (inisiasi) dan lebih lama.

Lanjutan...

No	Nama Peneliti	Judul	Variabel	Metode Penelitian	Hasil
7	Any Setyawati, 2002	Perilaku Pemberian ASI oleh Ibu Tidak Bekerja di Desa Jomblang Kec. Takeran, Kab. Magetan	Bebas: Karakteristik responden, pengetahuan, sikap, persepsi, nilai, promosi ASI, Promosi susu formula, penghasilan suami, suami, orang tua/ mertua, teman, dan petugas kesehatan Terikat: Praktik Pemberian ASI	Kualitatif eksploratif	Semua subjek mengetahui dan memahami pengertian ASI, sikap yang ditunjukkan oleh subjek dipengaruhi oleh orang tua, mertua, dan suami.
8	Paiman Soeparman to dan S.C. Rahayu, 1998	Hubungan Antara Pola Pemberian ASI dengan Faktor Sosial, Ekonomi, Demografi, dan Perawatan Kesehatan	Bebas: Sosial, Ekonomi, Demografi, dan Perawatan Kesehatan Terikat: Pola Pemberian ASI	Survei (data Susenas 1998)	Umur bayi, tingkat pendidikan ibu, dan jumlah anak 0-4 tahun dalam keluarga berpengaruh terhadap pola pemberian ASI

II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Teori perilaku

Perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme, baik yang dapat diamati secara langsung maupun secara tidak langsung. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang atau stimulus dan tanggapan atau respon (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2003), perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang atau organisme terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku.

Beberapa faktor yang merupakan penyebab perilaku menurut Green dan Kreuter (1991) dibedakan dalam tiga jenis, yaitu:

a. Faktor pendorong (*predisposing factors*)

Faktor pendorong adalah merupakan faktor anteseden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi

perilaku. Faktor pendorong yang mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai, dan persepsi berkenaan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk bertindak. Dalam arti umum, kita dapat mengatakan faktor pendorong sebagai preferensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok ke dalam suatu pengalaman belajar. Preferensi ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku sehat, dan dalam setiap kasus faktor ini mempunyai pengaruh.

b. Faktor pemungkin (*enabling factors*)

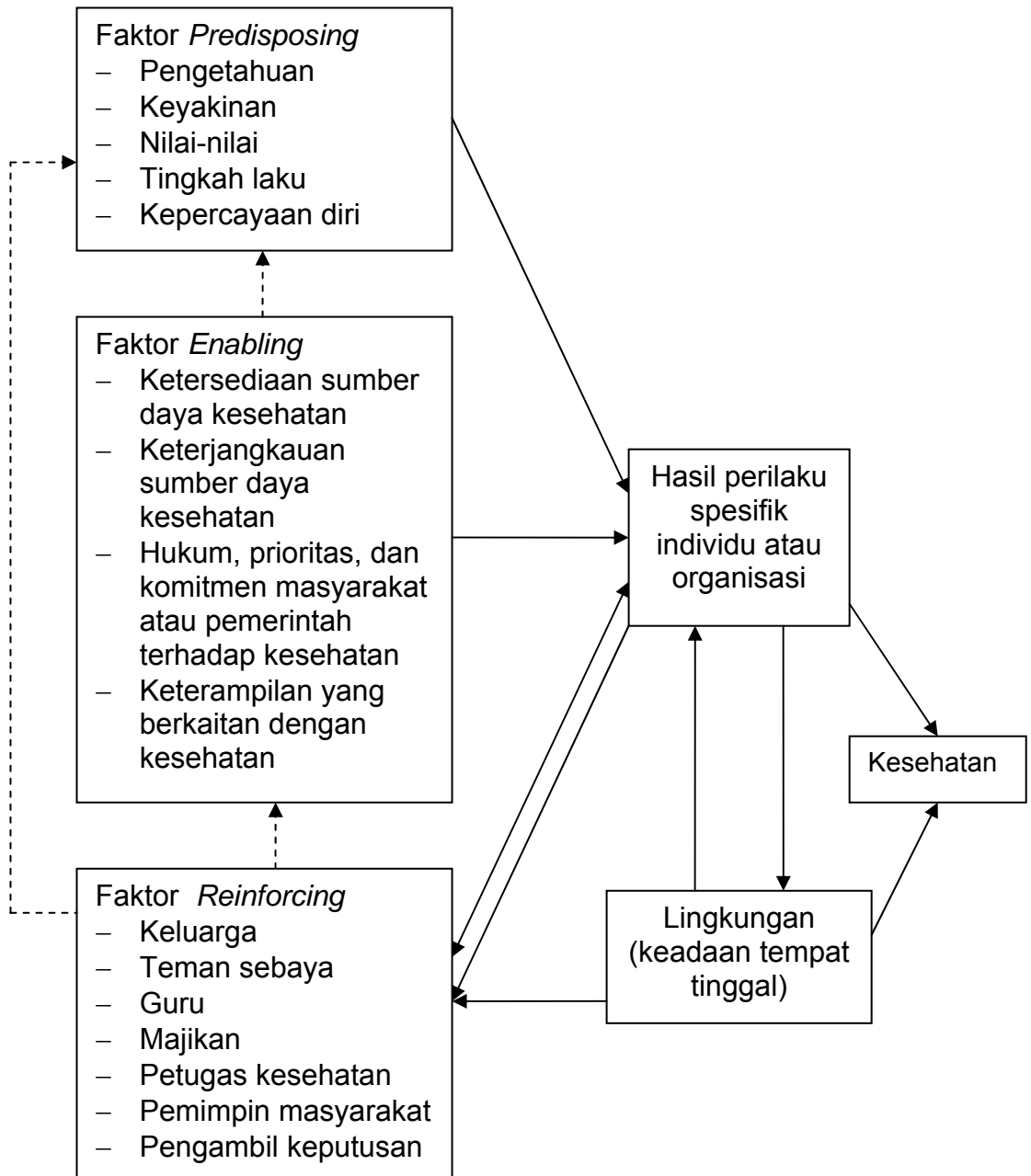
Faktor pemungkin adalah faktor enteseden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu atau motivasi atau aspirasi terlaksana. Termasuk di dalamnya keterampilan dan sumber daya pribadi di samping sumber daya masyarakat.

Faktor pemungkin mencakup berbagai ketrampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya itu meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, personalia, sekolah, klinik, atau sumber daya yang serupa itu. Faktor pemungkin ini juga menyangkut keterjangkauan sumber daya, biaya, jarak, ketersediaan transportasi, jam buka atau jam pelayanan, dan sebagainya, termasuk pula di dalamnya petugas kesehatan seperti perawat, bidan, dokter, dan pendidikan kesehatan sekolah.

c. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor penguat merupakan faktor penyerta (yang datang sesudah) perilaku yang memberikan ganjaran, insentif, atau hukuman atas perilaku dan berperan bagi menetap atau melenyapnya perilaku itu. Yang termasuk dalam faktor ini adalah manfaat sosial dan jasmani serta ganjaran nyata ataupun tidak nyata yang pernah diterima pihak lain. Faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan, memperoleh dukungan atau tidak.

Selain ketiga faktor tersebut di atas, lingkungan atau disebut juga penyebab *nonbehavioral* juga dapat mempengaruhi terbentuknya perilaku spesifik. Hal ini meliputi faktor-faktor individu yang sangat sulit dikontrol baik oleh tindakan individu maupun kolektif namun mempunyai pengaruh dalam masalah-masalah kesehatan. Faktor-faktor ini di antaranya adalah genetik, umur, jenis kelamin, penyakit bawaan, kelainan fisik dan mental, dan tempat bekerja atau tempat tinggal. Beberapa faktor risiko *nonbehavioral* dapat dikontrol oleh individu sendiri, misalnya risiko terpapar sinar matahari yang berlebihan, individu dapat menghindari atau membatasi paparan ini (Green dan Kreuter, 1991).



Gambar 1. Teori Perilaku (Green dan Kreuter, 1991)

Keterangan gambar:

- Garis utuh menunjukkan hubungan langsung
- Garis putus-putus menunjukkan hubungan tidak langsung

Menurut Dever (1976) dalam Green dan Kreuter (1991), lingkungan dapat dibagi menjadi 3 komponen, yaitu fisik, sosial, dan psikologis. Dalam bahasan tentang kesehatan, lingkungan fisik meliputi risiko yang disebabkan oleh polusi udara, suara, dan air seperti hilangnya pendengaran, timbulnya penyakit-penyakit infeksi, dan lain-lain. Dever mengkombinasikan lingkungan sosial dan psikologis sebagai modifikasi perilaku, masalah-masalah perseptual, dan hubungan interpersonal.

Perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan yang lain. Menurut Notoatmodjo (2003), terdapat beberapa teori perubahan perilaku, di antaranya adalah sebagai berikut:

a. Teori stimulus-organisme-respon (S-O-R)

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya: kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat.

b. Teori Festinger (*dissonance theory*)

Teori ini sebenarnya sama dengan konsep *imbalance* (tidak seimbang). Hal ini berarti bahwa keadaan *cognitive dissonance* merupakan keadaan ketidakseimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. Apabila terjadi keseimbangan dalam diri individu, maka berarti sudah tidak terjadi ketegangan diri lagi, dan keadaan ini disebut *consonance* (keseimbangan).

c. Teori fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu itu tergantung kepada kebutuhan. Teori fungsi berkeyakinan bahwa perilaku itu mempunyai fungsi untuk menghadapi dunia luar individu, dan senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya menurut kebutuhannya.

d. Teori Kurt Lewin

Teori ini berpendapat bahwa perilaku manusia itu adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restraining forces*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang. Sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya

perubahan perilaku pada diri seseorang itu, yakni: (1) Kekuatan-kekuatan pendorong meningkat, terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku, (2) Kekuatan-kekuatan penahan menurun, terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut, (3) Kekuatan penahan meningkat, kekuatan pendorong menurun, sehingga akan terjadi perubahan perilaku karena stimulus pendorong dan pelemah datang bersamaan.

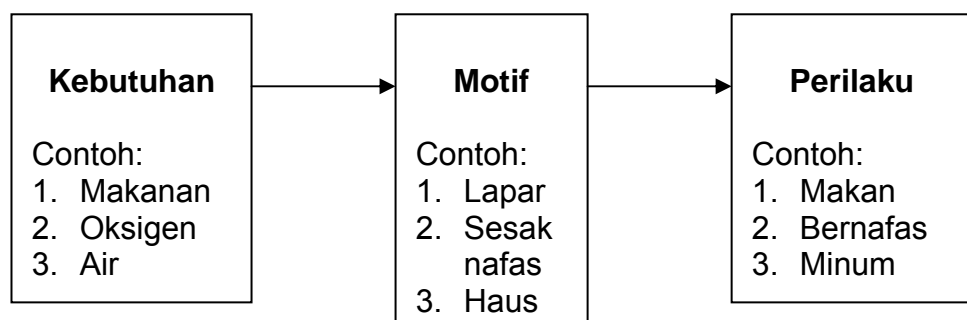
2. Teori motivasi

Dalam diri individu ada sesuatu yang menentukan perilaku, yang bekerja dengan cara tertentu untuk mempengaruhi perilaku tersebut. Penentu perilaku ini disebut dengan motif. Motif merupakan sesuatu yang menimbulkan perilaku pada organisme.

Menurut Ahmadi (2002) motif manusia merupakan dorongan, keinginan, hasrat, dan tenaga penggerak lainnya yang berasal dari dalam dirinya, untuk melakukan sesuatu. Motif tidak selalu dapat diamati dari perilaku, atau dapat dikatakan bahwa perilaku yang nampak tidak selalu menggambarkan motifnya, motif tidak selalu seperti yang nampak, bahkan kadang-kadang motif berlawanan dengan perilaku yang nampak. Perilaku yang nampak sama belum

tentu dilatarbelakangi oleh motif yang sama, sebaliknya motif yang sama belum tentu menghasilkan perilaku yang sama.

Wexley dan Yulk (1977) dalam As'ad (2005) memberikan batasan mengenai motivasi sebagai *the process by which behavior is energized and directed*. Beberapa ahli yang lain memberikan kesamaan antara motif dan kebutuhan atau dorongan (*needs*). Menurut Ahmadi (2002), motif juga dapat timbul karena adanya kebutuhan. Kebutuhan dapat dipandang sebagai kekurangan adanya sesuatu, dan ini menuntut segera pemenuhannya, untuk segera mendapatkan keseimbangan. Situasi kekurangan ini berfungsi sebagai suatu kekuatan atau dorongan alasan, yang menyebabkan seseorang bertindak untuk memenuhi kebutuhan. Prosesnya seperti terlihat pada Gambar 2. Dari batasan-batasan tersebut dapat disimpulkan bahwa motif adalah yang melatarbelakangi individu berbuat sesuatu untuk mencapai tujuan tertentu.



Gambar 2. Terjadinya Perilaku karena Kebutuhan dan Motif (Ahmadi, 2002)

3. Air Susu Ibu (ASI)

a. Pengertian ASI

ASI adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa, dan garam-garam organik yang disekresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu, sebagai makanan utama bagi bayi. Komposisi ASI tidak konstan dan tidak sama dari waktu ke waktu. Faktor-faktor yang mempengaruhi komposisi ASI adalah stadium laktasi, ras, keadaan nutrisi, dan diet ibu (Soetjningsih, 1997).

Jenis-jenis ASI sesuai perkembangan bayi dibagi menjadi 3, yaitu ASI kolostrum, ASI transisi atau peralihan, dan ASI matur. ASI kolostrum atau sering disebut susu "Jolong" merupakan cairan pertama yang keluar dari kelenjar payudara, dan keluar pada hari kesatu sampai hari keempat-ketujuh. Komposisinya selalu berubah dari hari ke hari. Kolostrum merupakan cairan kental dengan warna kekuning-kuningan, lebih kuning dibanding susu matur dan merupakan pencahar yang ideal untuk membersihkan zat yang tidak terpakai dari usus bayi yang baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan bayi bagi makanan yang akan datang. Kolostrum lebih banyak mengandung protein, sedangkan kadar karbohidrat dan lemaknya lebih rendah dibandingkan ASI matur.

Selain itu kolostrum mengandung zat anti infeksi 10-17 kali lebih banyak dari ASI matur. Total energinya lebih rendah bila dibandingkan ASI matur dan volumenya berkisar antara 150-300 ml/24 jam. Sedangkan ASI transisi adalah ASI yang diproduksi pada hari ke-4 sampai ke-7 atau hari ke-10 sampai ke-14. Kadar protein berkurang, sedangkan kadar karbohidrat dan lemaknya meningkat. Volume juga semakin meningkat. ASI matur merupakan ASI yang diproduksi sejak hari ke-14 dan seterusnya. Komposisi ASI jenis ini relatif konstan. Pada ibu yang sehat dan memiliki jumlah ASI yang cukup, ASI ini merupakan makanan satu-satunya yang paling baik bagi bayi sampai usia 6 bulan (Roesli, 2001).

b. Produksi ASI

Payudara wanita dirancang untuk memproduksi ASI. Pada tiap payudara terdapat sekitar 20 lobus (*lobe*), dan setiap lobus memiliki sistem saluran (*duct system*). Saluran utama bercabang menjadi saluran-saluran kecil yang berakhir pada sekelompok sel-sel yang memproduksi susu, disebut alveoli. Saluran melebar menjadi penyimpanan susu dan bertemu pada puting susu (Chumbley, 2004).

Pada seorang ibu yang menyusui dikenal 2 refleks yang masing-masing berperan sebagai pembentukan dan

pengeluaran air susu, yaitu refleks prolaktin dan refleks *let down* (Soetjiningsih, 1997).

1) Refleks prolaktin

Menjelang akhir kehamilan, hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum. Karena aktivitas prolaktin dihambat oleh hormon estrogen dan progesteron yang memang kadarnya tinggi, jumlah kolostrum terbatas. Setelah melahirkan, sehubungan dengan lepasnya plasenta dan kurang berfungsinya korpus luteum, maka estrogen dan progesteron sangat berkurang, ditambah lagi dengan adanya isapan bayi yang merangsang puting susu dan kalang payudara (*areola mammae*), akan merangsang ujung-ujung syaraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui medula spinalis dan mesensephalon. Hipotalamus merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memacu sekresi prolaktin. Faktor-faktor yang memacu sekresi prolaktin akan merangsang adenohipofise (hipofise anterior) sehingga keluar prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai masa penyapihan anak

dan pada saat tersebut tidak ada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung. Pada ibu yang melahirkan anak tapi tidak menyusui, kadar prolaktin akan menjadi normal pada minggu kedua sampai ketiga (Soetjiningsih, 1997).

Jika bayi lapar atau haus dan dia menyusui lebih sering dan lebih lama, maka ibu akan memproduksi ASI lebih banyak. Jika ibu ingin meningkatkan produksi ASI, maka dia harus membiarkan bayi menyusui lebih sering dan lebih lama untuk beberapa hari. Jika bayi sedikit menyusui karena telah mengkonsumsi makanan atau minuman lain, atau karena ibu jauh dari bayi untuk beberapa waktu atau ibu ingin menyimpan ASI-nya, maka payudara akan memproduksi sedikit ASI. Prolaktin lebih banyak diproduksi saat malam hari sehingga menyusui saat malam hari membantu mempertahankan produksi ASI (King dan Burgess, 1996).

2) Refleks *let down*

Bersamaan dengan pembentukan prolaktin oleh adenohipofise, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke neurohipofise (*hipofise posterior*) yang kemudian dikeluarkannya oksitosin. Melalui aliran

darah, hormon ini diangkut menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi pada uterus sehingga terjadi involusi dari organ tersebut. Oksitosin yang sampai pada alveoli akan mempengaruhi sel mioepitelium. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari alveoli dan masuk ke sistem duktulus yang selanjutnya akan mengalir melalui duktus laktiferus masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang meningkatkan refleksi *let down* adalah melihat bayi, mendengarkan suara bayi, mencium bayi, dan memikirkan untuk menyusui bayi. Sedangkan faktor-faktor yang menghambat refleksi *let down* adalah stres seperti keadaan bingung atau pikiran kacau, takut, dan cemas (WHO dan UNICEF, 1993).

Pemberian ASI pertama harus dimulai di ruang persalinan. Ibu dan bayi harus diselimuti agar tetap hangat. Biarkan ibu mendekap bayinya dan bayi akan segera mengisap payudara ibu karena ini adalah saat terbaik bagi bayi untuk belajar mengisap. Pada usia 20-30 menit, refleks isap bayi sangat kuat. Isapan pertama merangsang produksi oksitosin yang membantu menghentikan pendarahan setelah persalinan. Selain itu bayi juga akan mendapatkan kolostrum yang sangat bermanfaat baginya. Jam-jam pertama adalah saat terpenting menjalin ikatan antara ibu dan anak. Menyusui segera setelah

melahirkan akan membuat ibu mencintai dan merawat bayinya. Ibu akan lebih mudah menyusui untuk jangka waktu yang lama. Bila terjadi keterlambatan, walaupun hanya beberapa jam, proses menyusui menjadi lebih sering gagal. Pemberian ASI pertama bagi bayi tidak dimaksudkan untuk pemberian makan awal, tetapi lebih pada pengenalan (Roesli, 2001).

c. Volume ASI

Selama beberapa bulan terakhir masa kehamilan sering terdapat produksi kolostrum susu ibu. Setelah lahir, pada waktu bayi mulai mengisap maka suplai air susu meningkat dengan cepat. Pada keadaan normal, sekitar 100 ml tersedia pada hari ke-2 dan meningkat menjadi 500 ml pada minggu ke-2. Produksi ASI yang paling efektif biasanya dicapai pada 10-14 hari setelah melahirkan. Selama beberapa bulan selanjutnya, bayi yang sehat mengkonsumsi sekitar 700-800 ml per 24 jam. Namun demikian konsumsi bayi bervariasi antara yang satu dengan yang lainnya, ada yang mengkonsumsi 600 ml atau kurang dan ada pula yang lebih bahkan sampai 1 liter selama 24 jam meskipun keduanya memiliki laju pertumbuhan yang sama (Suhardjo, 1992).

Keadaan kurang gizi pada ibu pada tingkat yang berat baik pada waktu hamil maupun menyusui dapat mempengaruhi

volume ASI. Produksi ASI menjadi lebih sedikit yaitu berkisar antara 500-700 ml per hari pada 6 bulan pertama usia bayi, 400-600 ml pada 6 bulan ke-2 dan 300-500 ml pada tahun ke-2 usia anak (Depkes, 2005).

d. Komposisi ASI

1) Protein di dalam ASI

Kandungan protein ASI (0,9 mg/100 ml) memang lebih rendah dibandingkan dengan kadar protein susu formula (1,6 mg/100 ml). Namun, kualitas protein ASI sangat tinggi dan mengandung asam-asam amino esensial yang dibutuhkan oleh pencernaan bayi (Widjaja, 2004).

Keistimewaan protein pada ASI di antaranya adalah rasio protein *whey* : kasein = 60 : 40, dibandingkan dengan Air Susu Sapi (ASS) yang rasionya 20 : 80. Hal ini menguntungkan bagi bayi karena pengendapan dari protein *whey* lebih halus daripada kasein sehingga protein *whey* lebih mudah dicerna. Selain itu ASI mengandung alfa-laktalbumin, sedangkan ASS mengandung juga beta-laktoglobulin dan *bovine serum albumin* yang sering menyebabkan alergi. Kadar tirosin dan fenilalanin pada ASI rendah, suatu hal yang sangat menguntungkan untuk bayi terutama prematur karena pada bayi prematur kadar tirosin

yang tinggi dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan otak (Soetjiningsih, 1997).

2) Karbohidrat dalam ASI

ASI mengandung karbohidrat relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan ASS (6,5-7 gram%). Karbohidrat yang utama terdapat dalam ASI adalah laktosa, disakarida spesifik yang disintesis di dalam sel-sel alveoli payudara ibu. Laktosa adalah komponen ASI terbanyak kedua setelah air. Sekitar 90% dari total karbohidrat ASI adalah laktosa, sedangkan 10% sisanya adalah berbagai macam monosakarida dan oligosakarida, termasuk glukosa, galaktosa, fruktosa, dan glukosamin (Kretchmer dan Zimmermann, 1997).

Kegunaan laktosa bagi bayi di antaranya adalah meningkatkan penyerapan kalsium, yang sangat penting untuk pertumbuhan tulang. Laktosa juga dapat meningkatkan pertumbuhan bakteri usus yang baik yaitu *Lactobacillus bifidus*. Laktosa oleh fermentasi akan diubah menjadi asam laktat. Adanya asam laktat akan memberikan suasana asam di dalam usus bayi, dan suasana asam tersebut akan memberikan beberapa keuntungan antara lain menghambat pertumbuhan bakteri yang berbahaya dan memacu pertumbuhan mikroorganisme yang memproduksi

asam organik dan mensintesis vitamin, memudahkan terjadinya pengendapan dari Ca-caseinat, memudahkan absorpsi dari mineral misalnya kalsium, fosfor dan magnesium. Laktosa ini juga relatif tidak larut sehingga waktu proses digesti di dalam usus bayi lebih lama tetapi dapat diabsorpsi dengan baik oleh usus bayi (Roesli, 2001 dan Soetjningsih, 1997).

Selain laktosa yang merupakan 90% dari total karbohidrat ASI, juga terdapat glukosa, galaktosa dan glukosamin. Galaktosa ini penting untuk pertumbuhan otak dan medula spinalis, oleh karena pembentukan mielin di medula spinalis dan sintesis galaktosida di otak membutuhkan galaktosa. Glukosamin merupakan bifidus faktor, di samping laktosa, jadi ini memacu pertumbuhan *Lactobacillus bifidus* yang sangat menguntungkan bayi (Soetjningsih, 1997).

3) Lemak dalam ASI

Kadar lemak dalam ASI dan ASS relatif sama, merupakan sumber kalori yang utama bagi bayi, dan sumber vitamin yang larut dalam lemak (A, D, E dan K) dan sumber asam lemak yang esensial. Keistimewaan lemak dalam ASI jika dibandingkan dengan ASS adalah bentuk

emulsi lebih sempurna. Hal ini disebabkan karena ASI mengandung enzim lipase yang memecah trigliserida menjadi digliserida dan kemudian menjadi monogliserida sebelum pencernaan di usus terjadi. Kadar asam lemak tak jenuh dalam ASI 7-8 kali dalam ASS (Soetjiningsih, 1997).

4) Mineral dalam ASI

ASI mengandung mineral yang lengkap. Walaupun kadarnya relatif rendah tetapi cukup untuk bayi sampai umur 6 bulan. Total mineral selama masa laktasi adalah konstan, tetapi beberapa mineral yang spesifik kadarnya tergantung dari diit dan stadium laktasi. Fe dan Ca adalah mineral dalam ASI yang paling stabil, tidak dipengaruhi oleh diit ibu.

Garam organik yang terdapat dalam ASI terutama adalah kalsium, kalium dan natrium dari asam klorida dan fosfat. Yang terbanyak adalah kalium, sedangkan kadar Cu, Fe dan Mn yang merupakan bahan untuk pembuat darah relatif sedikit. Ca dan P yang merupakan bahan pembentuk tulang kadarnya dalam ASI cukup (Soetjiningsih, 1997).

5) Air dalam ASI

ASI terdiri dari 88% air. Kandungan air dalam ASI yang diminum bayi selama pemberian ASI Eksklusif sudah

mencukupi kebutuhan bayi dan sesuai dengan kesehatan bayi. Bahkan bayi baru lahir yang hanya mendapat sedikit ASI pertama (kolostrum), tidak memerlukan tambahan cairan karena bayi dilahirkan dengan cukup cairan di dalam tubuhnya. ASI dengan kandungan air yang lebih tinggi biasanya akan keluar pada hari ketiga atau keempat (LINKAGES, 2002).

6) Vitamin dalam ASI

Vitamin dalam ASI dapat dikatakan lengkap. Vitamin A, D dan C cukup, sedangkan golongan vitamin B, kecuali riboflavin dan asam pantothenik adalah kurang (Soetjiningsih, 1997).

7) Energi dari ASI

Kandungan energi ASI relatif rendah, hanya 67 kalori/100 ml ASI. Sembilan puluh persen berasal dari karbohidrat dan lemak, sedangkan 10% berasal dari protein (Soetjiningsih, 1997).

8) Unsur-unsur lain dalam ASI

Laktokrom, kreatin, kreatinin, urea, xanthin, amonia dan asam sitrat. Substansi tertentu di dalam plasma darah

ibu, dapat juga berada dalam ASI, misalnya minyak volatil dari makanan tertentu (bawang merah), juga obat-obatan tertentu seperti sulfonamid, salisilat, morfin dan alkohol, juga elemen-elemen anorganik misalnya As, Bi, Fe, I, Hg dan Pb (Soetjiningsih, 1997).

9) Zat antivirus dan bakteri

Kandungan gizi ASI paling baik adalah pada ASI kolostrum yang keluar pada hari kesatu sampai hari keempat-ketujuh. Dibanding dengan ASI pada umumnya, kolostrum lebih banyak mengandung protein, zat antivirus, dan antibakteri. Berikut ini aneka zat antivirus dan antibakteri yang terkandung di dalam kolostrum (Widjaja, 2004).

- a) Lisozim, yakni enzim yang sangat aktif di saluran pencernaan yang jumlahnya ribuan kali dibandingkan dengan kadar lisozim yang ada di dalam susu formula. Tugasnya menghancurkan dinding sel bakteri patogen, sekaligus melindungi saluran pencernaan bayi.
- b) Bifidobakteri, bertugas mengasamkan lambung sehingga bakteri patogen dan parasit tidak mampu bertahan hidup.
- c) Laktoferin, bertugas mengikat zat besi sehingga bakteri patogen yang membutuhkan zat besi diboikot, tidak mendapatkan suplai zat besi hingga mati.

- d) Laktoperoksida, bersama unsur lainnya berperang melawan serangan bakteri *Streptococcus* (yang dapat juga menimbulkan gejala penyakit paru), *Pseudomonas*, dan *Escheriscia coli*.
- e) Makrofag, yang terkandung di dalam sel-sel susu ASI, berfungsi melindungi kelenjar susu ibu dan saluran pencernaan bayi.

e. Keunggulan ASI dan manfaat menyusui

Keunggulan dan manfaat menyusui dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu: aspek gizi, aspek imunologik, aspek psikologi, aspek kecerdasan, neurologis, ekonomis dan aspek penundaan kehamilan (Depkes RI, 2001).

1) Aspek gizi.

Kolostrum dalam ASI mengandung zat kekebalan terutama IgA untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi terutama diare. Jumlah kolostrum yang diproduksi bervariasi tergantung dari hisapan bayi pada hari-hari pertama kelahiran. Kolostrum mengandung protein, vitamin A yang tinggi dan mengandung karbohidrat dan lemak rendah, sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran (Depkes RI, 2001).

ASI mudah dicerna, karena selain mengandung zat gizi yang sesuai, juga mengandung enzim-enzim untuk mencernakan zat-zat gizi yang terdapat dalam ASI tersebut. Selain itu ASI juga mengandung taurin, DHA dan AA pada ASI. Taurin adalah sejenis asam amino kedua yang terbanyak dalam ASI yang berfungsi sebagai neurotransmitter dan berperan penting untuk proses maturasi sel otak. Percobaan pada binatang menunjukkan bahwa defisiensi taurin akan berakibat terjadinya gangguan pada retina mata (Depkes RI, 2001).

Docosahexanoic Acid (DHA) dan *Arachidonic Acid* (AA) adalah asam lemak tak jenuh rantai panjang (*polyunsaturated fatty acids*) yang diperlukan untuk pembentukan sel-sel otak yang optimal. Jumlah DHA dan AA dalam ASI sangat mencukupi untuk menjamin pertumbuhan dan kecerdasan anak. Disamping itu DHA dan AA dalam tubuh dapat dibentuk/disintesa dari substansi pembentuknya (precursor) yaitu masing-masing dari Omega 3 (asam linolenat) dan Omega 6 (asam linoleat) (Depkes RI, 2001).

2) Aspek imunologik

ASI mengandung zat anti infeksi, bersih dan bebas kontaminasi. Immunoglobulin A (IgA) dalam kolostrum atau

ASI kadarnya cukup tinggi. Sekretori IgA tidak diserap tetapi dapat melumpuhkan bakteri patogen *E. coli* dan berbagai virus pada saluran pencernaan. Laktoferin yaitu sejenis protein yang merupakan komponen zat kekebalan yang mengikat zat besi di saluran pencernaan. Lisosim, enzim yang melindungi bayi terhadap bakteri (*E. coli* dan *Salmonella*) dan virus. Jumlah lisosim dalam ASI 300 kali lebih banyak daripada susu sapi (Depkes RI, 2001).

Sel darah putih pada ASI pada 2 minggu pertama lebih dari 4000 sel per mil. Terdiri dari 3 macam yaitu: *Brochus-Asociated Lymphocyte Tissue* (BALT) antibodi pernafasan, *Gut Asociated Lymphocyte Tissue* (GALT) antibodi saluran pernafasan, dan *Mammary Asociated Lymphocyte Tissue* (MALT) antibodi jaringan payudara ibu (Depkes RI, 2001).

Faktor bifidus, sejenis karbohidrat yang mengandung nitrogen, menunjang pertumbuhan bakteri *Lactobacillus bifidus*. Bakteri ini menjaga keasaman flora usus bayi dan berguna untuk menghambat pertumbuhan bakteri yang merugikan (Depkes RI, 2001).

3) Aspek psikologik

Menyusui dipengaruhi oleh emosi ibu dan kasih

sayang terhadap bayi akan meningkatkan produksi hormon terutama oksitosin yang pada akhirnya akan meningkatkan produksi ASI. Ikatan kasih sayang ibu dan bayi terjadi karena berbagai rangsangan seperti sentuhan kulit (*skin to skin contact*). Bayi akan merasa aman dan puas karena bayi merasakan kehangatan tubuh ibu dan mendengar denyut jantung ibu yang sudah dikenal sejak bayi masih dalam rahim (Depkes RI, 2001).

Ikatan perasaan yang begitu kuat ini akhirnya membuat hubungan ibu dengan si bayi terjalin secara alamiah. Selain itu, kondisi ini juga memungkinkan terjadinya rasa saling memahami meski keduanya menggunakan "bahasa" yang berbeda. Pada tahap ini pula komunikasi antara ibu dan anak akan tercipta dengan lebih baik (Rachmawati dan Kuntari, 2006).

4) Aspek kecerdasan

Interaksi antara ibu dengan bayi dan kandungan nilai gizi ASI sangat dibutuhkan untuk perkembangan sistem syaraf otak yang dapat meningkatkan kecerdasan bayi. Penelitian menunjukkan bahwa IQ pada bayi yang diberi ASI memiliki IQ point 4,3 point lebih tinggi pada usia 18 bulan, 4-6 point lebih tinggi pada usia 3 tahun, dan 8,3 point lebih

tinggi pada usia 8.5 tahun, dibandingkan dengan bayi yang tidak diberi ASI. Penelitian yang dilakukan oleh Angelsen *et al* (2001) menemukan bahwa anak-anak yang mendapat ASI kurang dari 3 bulan mempunyai risiko lebih tinggi memiliki skor IQ total yang rendah dibandingkan anak-anak yang mendapat ASI setidaknya 6 bulan. Jadi lamanya pemberian ASI memberikan manfaat bagi perkembangan kognitif anak.

5) Aspek neurologis

Bayi hendaknya disusui sedini mungkin bahkan ada yang menganjurkan saat ibu masih berada dalam kamar bersalin. Mungkin ASI belum keluar akan tetapi isapan bayi akan memberi rangsangan bagi produksi ASI (Pudjadi, 2001). Dengan mengisap payudara, koordinasi syaraf menelan, menghisap dan bernafas yang terjadi pada bayi baru lahir dapat lebih sempurna.

6) Aspek ekonomis

Dengan menyusui secara eksklusif, ibu tidak perlu mengeluarkan biaya untuk makanan bayi sampai bayi berumur 4 bulan. Dengan demikian akan menghemat pengeluaran rumah tangga untuk membeli susu formula dan peralatannya (Depkes RI, 2001).

Hasil analisis yang dilakukan oleh Weimen (2001) di Amerika Serikat, negara dapat menyimpan setidaknya \$ 3,6 *billion* jika persentasi pemberian ASI Eksklusif dapat ditingkatkan dari 64% menjadi 75%. Simpanan ini adalah hasil dari mengurangi biaya langsung yang dikeluarkan untuk pembelian susu formula, biaya klinik, rumah sakit, laboratorium, dan biaya-biaya administrasi dan biaya tidak langsung yang dikeluarkan seperti hilangnya waktu dan penghasilan orang tua karena harus menunggu anak-anak mereka yang sakit.

7) Aspek penundaan kehamilan

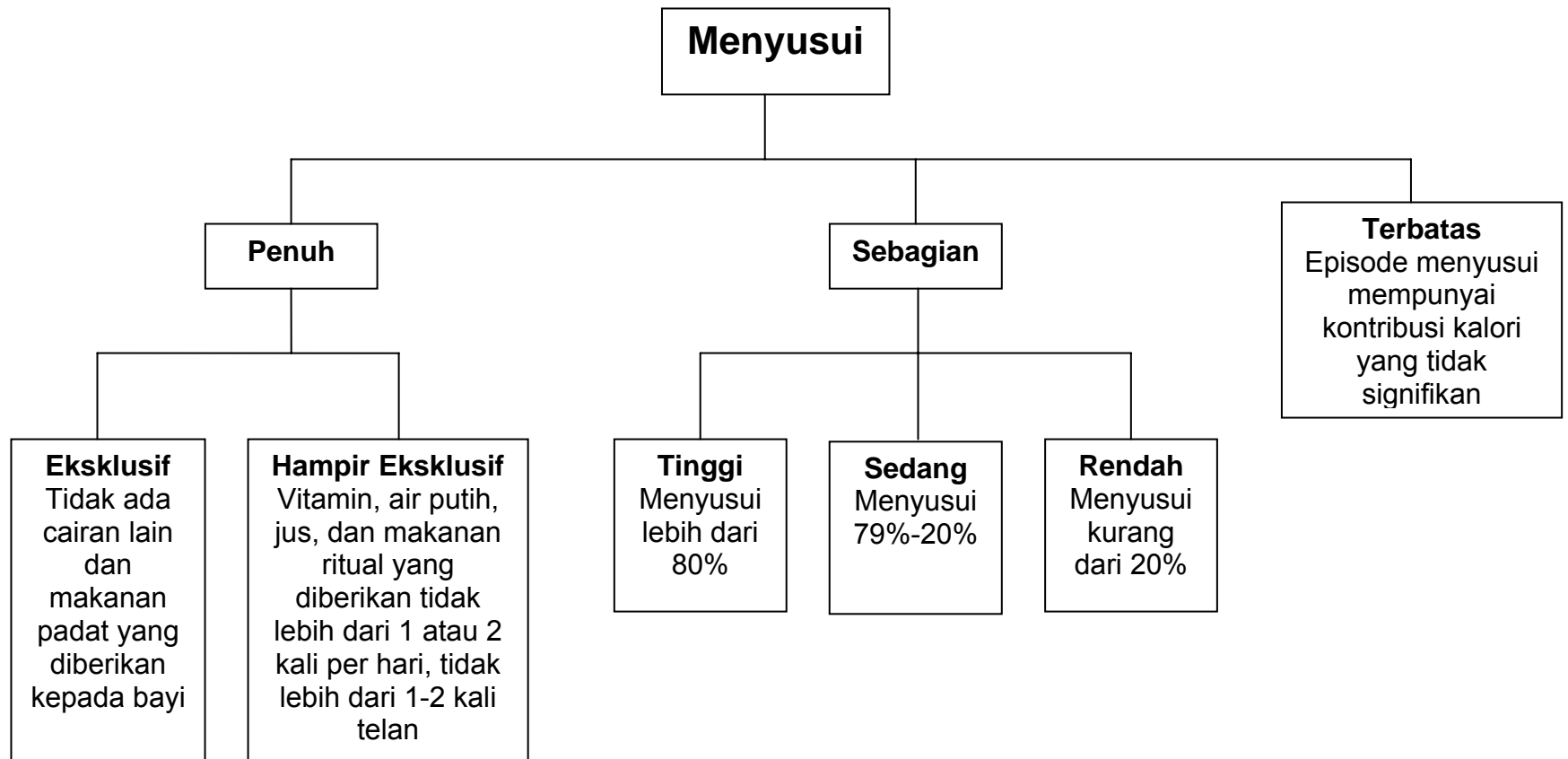
Menyusui umumnya dapat meningkatkan periode tidak subur setelah melahirkan. Kenyataannya menyusui mempunyai dampak pada jarak kelahiran terutama di negara-negara sedang berkembang. Ibu-ibu yang menyusui rata-rata mengalami haid terlambat beberapa bulan dibandingkan dengan ibu-ibu yang tidak menyusui (Suhardjo, 1992). Menurut Depkes RI (2001), dengan menyusui secara eksklusif dapat menunda haid dan kehamilan, sehingga dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi alamiah yang secara umum dikenal sebagai Metode Amenorea Laktasi (MAL).

4. ASI EKSKLUSIF

a. Pengertian ASI Eksklusif

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 tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, 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 (Roesli, 2005).

Labbok dan Krasovec (1990) dalam Lawrence (1994) membuat beberapa definisi menyusui untuk membantu para peneliti dan lembaga-lembaga dalam menggambarkan dan menterjemahkan praktik menyusui. Menyusui dibagi menjadi 3 kategori, yaitu menyusui penuh selama 6 bulan, menyusui sebagian, dan menyusui terbatas. Lebih jelasnya terlihat pada Gambar 3.



Gambar 3. Skema Definisi Menyusui (Labbok dan Krasovec, 1990 dalam Lawrence, 1994)

Tahun 1990, WHO/UNICEF membuat deklarasi yang dikenal dengan Deklarasi Innocenti (*Innocenti Declaration*). Deklarasi ini bertujuan untuk melindungi, mempromosikan, dan memberi dukungan pada pemberian ASI. Deklarasi yang juga ditandatangani Indonesia ini memuat hal-hal sebagai berikut : "Sebagai tujuan global untuk meningkatkan kesehatan dan mutu makanan bayi secara optimal maka semua ibu dapat memberikan ASI Eksklusif dan semua bayi diberi ASI Eksklusif sejak lahir sampai berusia 4-6 bulan. Setelah berumur 4-6 bulan, bayi diberi makanan pendamping/padat yang benar dan tepat, sedangkan ASI tetap diteruskan sampai usia 2 tahun atau lebih.

Tahun 1999, setelah pengalaman selama 9 tahun, UNICEF memberikan klarifikasi tentang rekomendasi jangka waktu pemberian ASI Eksklusif. Rekomendasi terbaru UNICEF bersama *World Health Assembly* (WHA) dan banyak negara lainnya adalah menetapkan jangka waktu pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan (Roesli, 2005).

Banyak hal yang menjadi penyebab sulitnya memenuhi pemberian ASI secara eksklusif selama 6 bulan. Di antaranya adalah mitos yang berkembang seputar ASI, khususnya kolostrum, faktor budaya, serta faktor sosial lainnya. Oleh karena itu menyusui tidak lagi bisa dilihat sebagai persoalan

medis, tetapi juga persoalan sosial, budaya, dan bahkan ekonomi. Dengan melihat pada berbagai faktor tersebut, *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA) bermaksud mengembangkan semacam Piagam Menyusui Dunia (*World Breastfeeding Charter*). Piagam ini memuat lima prinsip dasar, yaitu menyusui adalah hak asasi manusia, menyusui sehat untuk bayi, menyusui memberdayakan perempuan, menyusui merupakan investasi terbaik, menyusui merupakan cara alami (YLKI, 2003).

Selain prinsip dasar di atas, yang juga perlu dicermati lebih jauh adalah strategi global tentang pemberian makan pada bayi dan anak-anak (*Strategy Global for Infant and Young Child Feeding*). Strategi global ini dikeluarkan oleh *World Health Assembly* (WHA) pada bulan Mei 2002 melalui Resolusi 55.25. Badan Eksekutif UNICEF kemudian juga mendukungnya dalam sidang bulan September 2002. Inti dari strategi global ini adalah memberikan panduan tentang bagaimana melindungi, mempromosikan serta mendukung pemberian ASI secara eksklusif pada 6 bulan pertama, dan melanjutkannya hingga 2 tahun atau lebih bersamaan dengan pemberian makanan tambahan yang cukup, tepat, serta dari sumber-sumber lokal setelah usia 6 bulan. Di antara strategi global ini adalah: (1) Mempromosikan pemberian ASI secara eksklusif selama 6

bulan pertama, dan melanjutkannya hingga 2 tahun atau lebih, serta mempromosikan makanan tambahan yang cukup, tepat, serta dari sumber-sumber lokal setelah usia 6 bulan, (2) Adanya akses informasi yang objektif dan lengkap untuk para orangtua tentang cara pemberian makan yang optimal, yang bebas dari pengaruh komersial, (3) Tersedianya pelayanan konseling yang terlatih pada sistem pelayanan kesehatan, yang dapat membangun percaya diri para ibu, memperbaiki teknik pemberian makan, serta mengatasi masalah berkaitan dengan menyusui, (4) Adanya peraturan yang melindungi perempuan melahirkan, dalam bentuk cuti melahirkan yang dibayar, tersedianya tempat dan fasilitas untuk memeras dan menyimpan ASI, dan sebagainya, (5) Diterapkan Kode Internasional tentang Pemasaran Pengganti ASI (*International Code on Marketing of Breastmilk Substitute*) serta Resolusi WHA terkait dengan peraturan nasional, termasuk dalam program HIV dan makanan bayi serta situasi darurat lain (YLKI, 2003).

WABA menginisiasi peringatan *World Breastfeeding Week* (Pekan ASI Sedunia, setiap 1-7 Agustus) sejak 15 tahun yang lalu, pada tahun 2006 mengangkat tema “*Code Watch, 25 Years of Protecting Breastfeeding*” atau Pengawasan Kode Internasional, 25 tahun Mendukung ASI (WABA, 2006).

Kampanye Pekan ASI Sedunia ini diperingati di 120 negara di dunia dan khususnya peringatan di Indonesia diharapkan dapat menyemangati para pembuat keputusan di tingkat Propinsi dan Kabupaten/Kota, dalam membuat kebijakan yang mendukung ASI serta melakukan pengawasan terhadap promosi susu formula.

b. Program ASI Eksklusif di Indonesia

Usaha utama untuk mempromosikan program menyusui di Indonesia secara resmi dimulai pada tahun 1974 dengan dikeluarkannya Instruksi Presiden No. 14 di bawah Persatuan Program Perbaikan Gizi. Program untuk mempromosikan ASI dilaksanakan sesuai dengan kebijakan di masing-masing pemerintah daerah. Banyak lembaga non pemerintah dan organisasi-organisasi yang tertarik berperan serta dalam program ini. Lembaga non pemerintah ternama seperti BKPP-ASI (Badan Koordinasi Pelindung dan Pendukung Air Susu Ibu) yang didirikan pada tahun 1977 berperan sebagai badan koordinasi nasional dari lembaga-lembaga non pemerintah yang lain untuk mempromosikan ASI. Banyak lembaga internasional juga mengirimkan perwakilannya untuk mendukung program yang mempromosikan ASI (Utomo, 2000).

Awal tahun 1988, promosi ASI secara eksplisit tertuang dalam Rencana Pembangunan Nasional. Dukungan pemerintah untuk menyusui muncul lagi dengan adanya kampanye nasional untuk mempromosikan ASI, yang diresmikan oleh Presiden bersamaan dengan peringatan Hari Ibu, 22 Desember 1990. Tahun berikutnya, sebagai bagian dari kampanye ASI, diadakan perlombaan Rumah Sakit Sayang Bayi dan ibu-ibu menyusui yang diselenggarakan di 27 propinsi (Utomo, 2000).

Tahun 2004, Menteri Kesehatan saat itu, tepatnya tanggal 7 April 2004 mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 450/MENKES/SK/IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif pada Bayi di Indonesia. Keputusan ini memuat Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui, yaitu: (1) Sarana Pelayanan Kesehatan mempunyai kebijakan Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (PP-ASI) tertulis yang secara rutin dikomunikasikan kepada semua petugas, (2) Melakukan pelatihan bagi petugas dalam hal pengetahuan dan keterampilan untuk menerapkan kebijakan tersebut, (3) Menjelaskan kepada semua ibu hamil tentang manfaat menyusui dan penatalaksanaannya dimulai sejak masa kehamilan, masa bayi lahir sampai umur 2 tahun termasuk cara mengatasi kesulitan menyusui, (4) Membantu ibu mulai menyusui bayinya dalam 30 menit setelah melahirkan,

yang dilakukan di ruang bersalin. Apabila ibu mendapat operasi *caesar*, bayi disusui setelah 30 menit ibu sadar, (5) Membantu ibu bagaimana cara menyusui yang benar dan cara mempertahankan menyusui meski ibu dipisah dari bayi atas indikasi medis, (6) Tidak memberikan makanan atau minuman apapun selain ASI kepada bayi baru lahir, (7) Melaksanakan rawat gabung dengan mengupayakan ibu bersama bayi 24 jam sehari, (8) Membantu ibu menyusui semau bayi semau ibu, tanpa pembatasan terhadap lama dan frekuensi menyusui, (9) Tidak memberikan dot atau kempeng kepada bayi yang diberi ASI, (10) Mengupayakan terbentuknya Kelompok Pendukung ASI (KP-ASI) dan rujuk ibu kepada kelompok tersebut ketika pulang dari Rumah sakit/Rumah Bersalin/Sarana Pelayanan Kesehatan (Depkes RI, 2004a).

Dampak gempa bumi dan tsunami tanggal 26 Desember 2004 lalu ternyata menghilangkan sarana pelayanan kesehatan seperti Puskesmas dan Rumah Sakit. Penanganan korban gempa sebenarnya telah dilakukan di semua sektor. Namun ada masalah yang luput dari penanganan korban akibat bencana yaitu menyusui bayi dalam kondisi darurat.

Pada tanggal 7 Januari 2005 di Jakarta, UNICEF, WHO, dan IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia) mengeluarkan Pernyataan Bersama tentang Pemberian Makan Bayi pada

Situasi Darurat. Isi dari pernyataan bersama tersebut antara lain adalah dalam situasi darurat, menyusui menjadi lebih penting karena sangat terbatasnya sarana untuk penyiapan susu formula, seperti air bersih, bahan bakar dan kesinambungan ketersediaan susu formula dalam jumlah yang memadai. Pemberian susu formula akan meningkatkan risiko terjadinya diare, kekurangan gizi dan kematian bayi.

c. Cakupan pemberian ASI Eksklusif

Dari data SDKI 1997, cakupan ASI Eksklusif masih 52%, pemberian ASI satu jam pasca persalinan 8%, pemberian hari pertama 52,70%. Rendahnya pemberian ASI Eksklusif menjadi pemicu rendahnya status gizi bayi dan balita. Dari survei yang dilaksanakan pada tahun 2002 oleh *Nutrition and Health Surveillance System* (NSS) kerjasama dengan Balitbangkes dan *Heler Keller International* di 4 kota (Jakarta, Surabaya, Semarang, Makasar) dan 8 pedesaan (Sumbar, Lampung, Banten, Jabar, Jateng, Jatim, NTB, Sulsel), menunjukkan bahwa cakupan ASI Eksklusif 4-5 bulan di perkotaan antara 4-12%, sedangkan di pedesaan 4-25%. Pencapaian ASI Eksklusif 5-6 bulan di perkotaan antara 1-13%, sedangkan di pedesaan 2-13% (Depkes RI, 2004b).

Data hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002, cakupan ASI Eksklusif meningkat menjadi 55, 1%. Namun peningkatan ini diiringi peningkatan yang tajam dari pemberian susu formula, yaitu 10,80% pada tahun 1997, dan 32,45% pada tahun 2002. Selain itu hasil SDKI 2002 didapati data jumlah pemberian ASI Eksklusif pada bayi di bawah usia dua bulan hanya mencakup 64% dari total bayi yang ada. Persentase tersebut menurun seiring dengan bertambahnya usia bayi. Yakni, 46% pada bayi usia 2-3 bulan dan 14% pada bayi usia 4-5%. Yang lebih memprihatinkan, 13% bayi di bawah dua bulan telah diberi susu formula dan satu dari tiga bayi usia 2-3 bulan telah diberi makanan tambahan (Nik, 2005).

Pada tahun 2003 cakupan ASI Eksklusif di Jawa Tengah baru mencapai 17,60 %, masih sangat rendah bila dibandingkan dengan target yang diharapkan yaitu 80% bayi yang ada mendapat ASI Eksklusif. Tindakan nyata yang sudah dilakukan oleh tenaga kesehatan berupa penyampaian informasi kepada semua ibu yang baru melahirkan untuk memberikan ASI Eksklusif termasuk didalamnya memberikan informasi tentang sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui atau LMKM (Dinkes Jateng, 2003).

Menurut data *Nutrition and Health Surveillance System* (2002), di daerah pedesaan Propinsi Jawa Tengah, anak-anak usia 0-1 bulan dan 2-3 bulan yang mendapat ASI Eksklusif sebanyak 36%, dan usia 4-5 bulan sebanyak 12%. Persentase anak-anak dibawah 2 bulan yang mendapat makanan padat adalah lebih dari 40% dan anak-anak usia 4-5 bulan yang mendapat makanan padat adalah 84%. 16 % ibu mulai menyusui bayinya 30 menit setelah melahirkan, lebih dari 40% mulai menyusui kurang dari 2 jam, dan 75% ibu mulai menyusui bayinya 6 jam setelah melahirkan. Sebanyak 15% anak tidak disusui sejak dilahirkan.

Di daerah pinggiran Kota Semarang, di antara bayi-bayi berumur 0-1 bulan, 35%-nya mendapat ASI Eksklusif dan 46% telah mengkonsumsi beberapa jenis makanan padat. Sementara itu, di antara bayi-bayi berumur 4-5 bulan, 15%-nya mendapat ASI namun tidak lama dan 80% telah mengkonsumsi makanan tambahan (*Nutrition and Health Surveillance System*, 2002).

d. Tantangan terhadap praktik pemberian ASI Eksklusif

Pemberian ASI pada bayi erat kaitannya dengan keputusan yang dibuat oleh ibu. Selama ini ibu merupakan figur utama dalam keputusan untuk memberikan ASI atau tidak pada

bayinya. Pengambilan keputusan ini dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dari dalam maupun dari faktor dari luar diri ibu (Widiastuti, 1999).

Faktor-faktor dari dalam diri ibu atau faktor internal antara lain pengetahuan ibu mengenai proses laktasi, pendidikan, motivasi, sikap, pekerjaan ibu, dan kondisi kesehatan ibu. Sementara itu, faktor dari luar diri ibu atau faktor eksternal antara lain sosial ekonomi, tata laksana rumah sakit, kondisi kesehatan bayi, pengaruh iklan susu formula yang intensif, keyakinan keliru yang berkembang di masyarakat dan kurangnya penerangan dan dukungan terhadap ibu dari tenaga kesehatan atau petugas penolong persalinan maupun orang-orang terdekat ibu seperti ibu, mertua, suami, dan lain-lain.

1) Faktor internal

a) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan ibu tentang ASI merupakan salah satu faktor yang penting dalam kesuksesan proses menyusui. Thaib *et al* dalam Abdullah *et al* (2004) menyatakan bahwa tingkat pengetahuan, pendidikan, status kerja ibu, dan jumlah anak dalam keluarga berpengaruh positif pada frekuensi dan pola pemberian ASI.

Penelitian yang dilakukan oleh Ambarwati (2004) di Kecamatan Banyumanik, Kota Semarang menunjukkan bahwa persentase kegagalan pemberian ASI Eksklusif lebih tinggi terjadi pada para ibu dengan pengetahuan tentang ASI yang kurang daripada para ibu yang memiliki pengetahuan tentang ASI yang lebih baik.

b) Pendidikan

Tingkat pendidikan dan akses ibu terhadap media masa juga mempengaruhi pengambilan keputusan, dimana semakin tinggi pendidikan semakin besar peluang untuk memberikan ASI Eksklusif. Sebaliknya akses terhadap media berpengaruh negatif terhadap pemberian ASI, dimana semakin tinggi akses ibu pada media semakin tinggi peluang untuk tidak memberikan ASI Eksklusif (Abdullah dkk, 2004).

Namun penelitian yang dilakukan oleh Ambarwati (2004) di Kecamatan Banyumanik, Kota Semarang menunjukkan bahwa persentase kegagalan pemberian ASI Eksklusif pada ibu yang berpendidikan dasar hampir sama banyaknya dengan ibu yang berpendidikan lanjutan. Pola ini menggambarkan tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan kegagalan pemberian ASI Eksklusif.

Tingkat pendidikan formal yang tinggi memang dapat membentuk nilai-nilai progresif pada diri seseorang, terutama dalam menerima hal-hal baru, termasuk pentingnya pemberian ASI secara eksklusif pada bayi. Namun karena sebagian besar ibu dengan pendidikan tinggi bekerja di luar rumah, bayi akan ditinggalkan di rumah di bawah asuhan nenek, mertua atau orang lain yang kemungkinan masih mewarisi nilai-nilai lama dalam pemberian makan pada bayi. Dengan demikian, tingkat pendidikan yang cukup tinggi pada wanita di pedesaan tidaklah menjadi jaminan bahwa mereka akan meninggalkan tradisi atau kebiasaan yang salah dalam memberi makan pada bayi, selama lingkungan sosial di tempat tinggal tidak mendukung ke arah tersebut (Suyatno, 2000).

c) Motivasi

Motivasi merupakan salah satu mekanisme bagaimana perilaku terbentuk dan mengalami proses perubahan. Motivasi berarti dorongan yang timbul dari dalam diri seseorang yang secara sadar atau tidak sadar sehingga membuat orang berperilaku untuk mencapai tujuan yang sesuai dengan kebutuhannya (Budioro, 1998).

Ibu-ibu harus dibangkitkan kemauan dan kesediannya menyusui anaknya, terutama sebelum melahirkan. Apabila nilai menyusui hendak ditingkatkan pada masyarakat, maka pengertian tentang menyusui harus ditanamkan pada anak-anak gadis sejak usia muda, bahwa menyusui anak merupakan bagian dari tugas biologi seorang ibu. Di daerah perkotaan, sasaran yang harus diberi pendidikan adalah para gadis remaja. Di daerah pedesaan, pendidikan harus diarahkan untuk tujuan mencegah kekurangan gizi dan diare (Winarno, 1990).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Permana (2006) di Kecamatan Mranggen, Kabupaten Demak menunjukkan bahwa sebagian besar subjek penelitian

tidak menginginkan pemberian ASI Eksklusif. Subjek tidak menginginkan pemberian ASI Eksklusif karena subjek merasa tidak yakin dengan produksi ASI, anak menjadi susah makan, mudah sakit, dan subjek menganggap pemberian ASI Eksklusif tidak mencukupi kebutuhan bayi. Ketidakinginan subjek untuk memberikan ASI Eksklusif mendorong subjek untuk tidak memberikan ASI Eksklusif.

d) Sikap

Selain pengaruh pengetahuan tentang ASI, pendidikan dan motivasi ibu, faktor lain yang dapat berpengaruh adalah sikap ibu terhadap ASI. Menurut Notoatmodjo (2003), sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup.

Penelitian yang dilakukan oleh Permana (2006) menunjukkan bahwa sikap positif ibu terhadap praktik pemberian ASI Eksklusif tidak diikuti dengan pemberian ASI Eksklusif pada bayinya. Sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Terwujudnya sikap agar

menjadi tindakan nyata diperlukan faktor dukungan dari pihak-pihak tertentu, seperti tenaga kesehatan dan orang-orang terdekat ibu.

e) Pekerjaan

Salah satu alasan yang paling sering dikemukakan bila ibu tidak menyusui adalah karena mereka harus bekerja. Wanita selalu bekerja, terutama pada usia subur, sehingga selalu menjadi masalah untuk mencari cara merawat bayi. Bekerja bukan hanya berarti pekerjaan yang dibayar dan dilakukan di kantor, tapi bisa juga berarti bekerja di ladang, bagi masyarakat di pedesaan (King, 1991).

Pada Pekan ASI Sedunia tahun 1993 diperingati dengan tema Tempat Kerja Sayang Bayi (*Mother Friendly Workplace*), menunjukkan bahwa adanya perhatian dunia terhadap peran ganda ibu menyusui dan bekerja. Salah satu kebijakan dan strategi Departemen Kesehatan RI tentang Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI) pekerja wanita adalah mengupayakan fasilitas yang mendukung PP-ASI bagi ibu yang menyusui di tempat kerja dengan menyediakan sarana ruang pemerah ASI, menyediakan perlengkapan untuk pemerah dan menyimpan ASI,

menyediakan materi penyuluhan ASI, dan memberikan penyuluhan (Depkes RI, 2004b).

f) Kondisi kesehatan ibu

Kondisi kesehatan ibu juga dapat mempengaruhi pemberian ASI secara eksklusif. Pada keadaan tertentu, bayi tidak mendapat ASI sama sekali, misalnya dokter melarang ibu untuk menyusui karena sedang menderita penyakit yang dapat membahayakan ibu atau bayinya, seperti ibu menderita sakit jantung berat, ibu sedang menderita infeksi virus berat, ibu sedang dirawat di Rumah Sakit atau ibu meninggal dunia (Pudjiadi, 2001).

2) Faktor eksternal

a) Sosial ekonomi

Status sosial ekonomi keluarga dapat mempengaruhi kemampuan keluarga untuk memproduksi dan atau membeli pangan. Ibu-ibu dari keluarga berpendapatan rendah kebanyakan adalah berpendidikan lebih rendah dan memiliki akses terhadap informasi kesehatan lebih terbatas dibanding ibu-ibu dari keluarga berpendapatan tinggi, sehingga pemahaman

mereka untuk memberikan ASI secara eksklusif pada bayi menjadi rendah (Suyatno, 2000).

b) Tata laksana rumah sakit

Bila persalinan normal, bayi dan ibu tidak perlu tidur terpisah. Bayi tidur bersama ibu dalam satu tempat tidur atau di dalam tempat tidur kecil di samping tempat tidur ibunya. Ini disebut "rawat gabung". Ibu dapat menyusui, menggendong atau membersihkan bayinya setiap saat bayi membutuhkan ibu. Rawat gabung akan mempermudah keberhasilan pemberian ASI Eksklusif sehingga dapat mencegah timbulnya masalah menyusui (Roesli, 2001).

Di dunia ini hanya beberapa negara saja yang mempunyai komitmen kuat mendukung ASI. Data tahun 1998 mencatat bahwa 7 negara di Asia, yaitu India, Iran, Lebanon, Nepal, Philipina, Sri Langka, dan Bahrain telah mengadopsi Kode Internasional menjadi Undang-undang. Di Afrika terdapat 6 negara, di benua Amerika 7 negara, sedangkan di Eropa dan wilayah Oceania tidak ada. Bahkan negara bagian Kerala di India pada 2 Agustus 2003 dinyatakan sebagai Negara Sayang Bayi (*baby friendly state*) pertama di dunia. Sebesar 90% rumah

sakit bersalinnya bersertifikat Rumah Sakit Sayang Bayi (*baby friendly hospital*). Angka kematian bayi dan ibu di 14 kecamatan di negara bagian itu turun secara signifikan (YLKI, 2005).

Rumah Sakit Sayang Bayi adalah rumah sakit yang melaksanakan Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui. Pada saat ini upaya ini tidak hanya dilaksanakan di Rumah Sakit saja, tetapi juga pada Rumah Sakit Bersalin dan Puskesmas dengan tempat tidur (Soetjningsih, 1997).

c) Kondisi kesehatan bayi

Kondisi kesehatan bayi juga dapat mempengaruhi pemberian ASI secara eksklusif. Bayi diare tiap kali mendapat ASI, misalnya jika ia menderita penyakit bawaan tidak dapat menerima laktosa, gula yang terdapat dalam jumlah besar pada ASI (Pudjiadi, 2001).

d) Pengaruh Pengganti ASI (PASI) atau susu formula

Meskipun mendapat predikat *The Gold Standard*, makanan paling baik, aman, dan satu dari sedikit bahan pangan yang memenuhi kriteria pangan berkelanjutan (terjangkau, tersedia lokal dan sepanjang masa, investasi

rendah), sejarah menunjukkan bahwa menyusui ASI, apalagi ASI Eksklusif selalu mendapat tantangan, terutama dari kompetitor utama produk susu formula yang mendisain susu formula menjadi pengganti ASI (YLKI, 2005).

Melalui sidang WHA tahun 1981, sebuah kode internasional yang mengatur agar pemasaran susu formula, baik secara langsung maupun tidak langsung, tidak menghalangi kemampuan, keyakinan dan kepercayaan diri ibu untuk dapat menyusui atau yang terkenal dengan nama *International Code on Marketing of Breastmilk Substitute* diadopsi dan sejak saat itu seluruh negara anggota WHA diminta untuk meratifikasinya dalam peraturan nasionalnya masing-masing (WHA, 1981 dalam Brady, 2006).

Menindaklanjuti anjuran tersebut, pada tahun 1985, pemerintah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 240/Menkes/Per/V/1985 tentang Pengganti ASI (PASI) yang kemudian direvisi menjadi Keputusan Menteri Kesehatan No. 237/SK/Menkes/IV/1997 tentang Pemasaran PASI.

Menurut data SDKI 2002, pemberian susu formula di Indonesia meningkat tajam menjadi 32,1% dari 10,8%

pada tahun 1997. Hasil temuan dari *Nutrition and Health Surveillance System* (2002), di daerah pedesaan di Indonesia, sebagian besar ibu (60%) melahirkan di rumah dan hampir semua ibu tidak mendapat contoh susu formula. Dua puluh dua persen (22%) dari ibu melahirkan di rumah bersalin dengan bantuan bidan dan sekitar 10%-nya mendapat contoh gratis atau informasi tentang susu formula, dan hampir 20% ibu membeli susu formula yang dicontohkan. Di daerah pinggiran kota, hampir setengah dari semua ibu melahirkan di rumah bersalin dengan bantuan bidan, 27-50% ibu tidak menerima contoh susu formula, 15-36% menerima contoh, dan 20-42% membeli susu formula yang dicontohkan. Di daerah pinggiran Kota Semarang, dari semua ibu, 4% mendapat informasi tentang susu formula, 39% membeli susu formula yang dicontohkan, dan 10% menerima contoh gratis susu formula di tempat persalinan. Mereka yang melahirkan di rumah bersalin, puskesmas, ataupun rumah sakit bersalin, 47-79% menerima informasi dan membeli atau menerima susu formula.

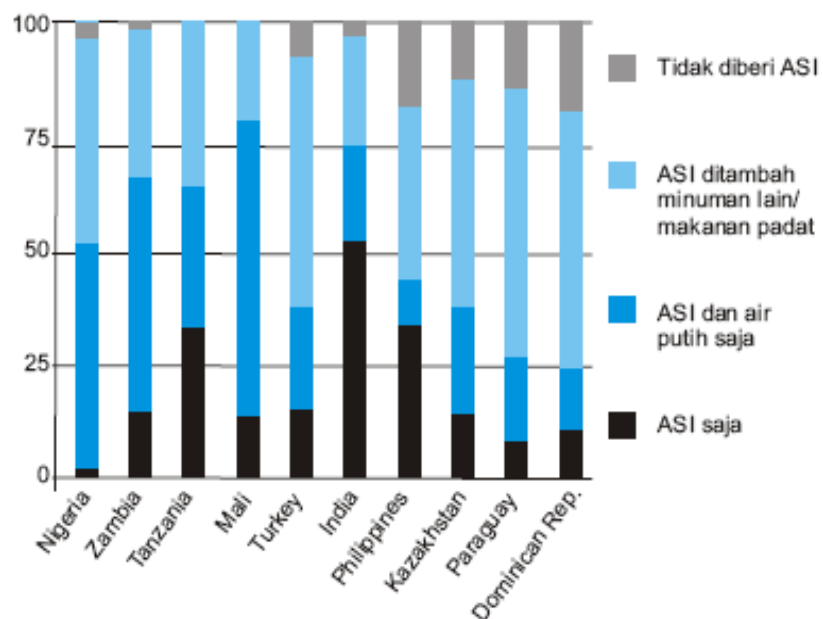
Sterken (2006) melalui WABA dan INFACT Canada menginformasikan beberapa risiko pemberian

susu formula pada bayi. Pada bayi, pemberian susu formula akan meningkatkan risiko asma, alergi, ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut), *altered occlusion*, infeksi dari kontaminasi susu formula, kekurangan zat-zat gizi, kanker, penyakit-penyakit kronik, diabetes, penyakit kardiovaskuler, obesitas, infeksi saluran pencernaan, meningkatnya angka kematian bayi, dan menurunnya perkembangan kognitif. Sedangkan pada ibu akan meningkatkan risiko kanker payudara, kelebihan berat badan (*overweight*), kanker ovarium dan kanker endometrium, osteoporosis, peradangan sendi, stres dan kecemasan, diabetes, dan mengurangi ikatan emosi antara ibu dan anak.

e) Keyakinan yang keliru di masyarakat

Kebiasaan memberi air putih dan cairan lain seperti teh, air manis, dan jus kepada bayi menyusui dalam bulan-bulan pertama, umum dilakukan di banyak negara seperti terlihat pada Gambar 4. Kebiasaan ini seringkali dimulai saat bayi berusia sebulan. Riset yang dilakukan di pinggiran kota Lima, Peru menunjukkan bahwa 83% bayi menerima air putih dan teh dalam bulan pertama. Penelitian di masyarakat Gambia, Filipina,

Mesir, dan Guatemala melaporkan bahwa lebih dari 60% bayi baru lahir diberi air manis dan/atau teh. Nilai budaya dan keyakinan agama juga ikut mempengaruhi pemberian cairan sebagai minuman tambahan untuk bayi. Dari generasi ke generasi diturunkan keyakinan bahwa bayi sebaiknya diberi cairan. Air dipandang sebagai sumber kehidupan, suatu kebutuhan batin maupun fisik sekaligus (LINKAGES, 2002).



Gambar 4. Kebiasaan Pemberian Makanan pada Bayi (LINKAGES, 2002)

Pemberian makanan padat pada bayi yang terlalu dini tidak dianjurkan sebab pada bulan-bulan pertama

bayi belum dapat menelan makanan padat dengan baik. Selain itu zat-zat yang terdapat dalam makanan baru ini dapat menyebabkan alergi. Energi yang tinggi dalam makanan padat dapat menyebabkan keadaan gizi lebih pada bayi (Pudjiadi, 2001).

Mitos tentang menyusui dapat mengurangi rasa percaya diri ibu maupun dukungan yang diterimanya. Empat mitos yang paling sering berdasarkan pernyataan bersama UNICEF, WHO, dan IDAI (2005) adalah: stres menyebabkan ASI kering, ibu dengan gizi kurang tidak mampu menyusui, bayi dengan diare membutuhkan air atau teh, sekali menghentikan menyusui, tidak dapat menyusui lagi.

f) Pengaruh penolong persalinan

Penolong persalinan di Indonesia terdiri dari dukun bayi, bidan, dan dokter. Dukun bayi umumnya menolong persalinan di rumah, bidan dapat menolong persalinan di rumah maupun di rumah bersalin, sedangkan dokter umumnya menolong persalinan di Rumah Sakit maupun Rumah Sakit Bersalin.

Di saat teknologi tengah berkembang pesat, masyarakat di desa maupun pinggiran kota masih

mempercayakan proses kelahiran dengan bantuan dukun bayi. Penelitian yang dilakukan oleh Margawati (2005), para ibu di daerah pinggiran kota masih mempercayakan perawatan bayinya dengan bantuan dukun bayi. Pemberian ASI Eksklusif juga dipengaruhi oleh keberadaan dukun bayi ini. Hasil temuan dari *Nutrition and Health Surveillance System* (2002), di daerah pedesaan di Indonesia, sebagian besar ibu (60%) melahirkan di rumah dengan bantuan dukun bayi dan hampir semua ibu tidak mendapat contoh susu formula.

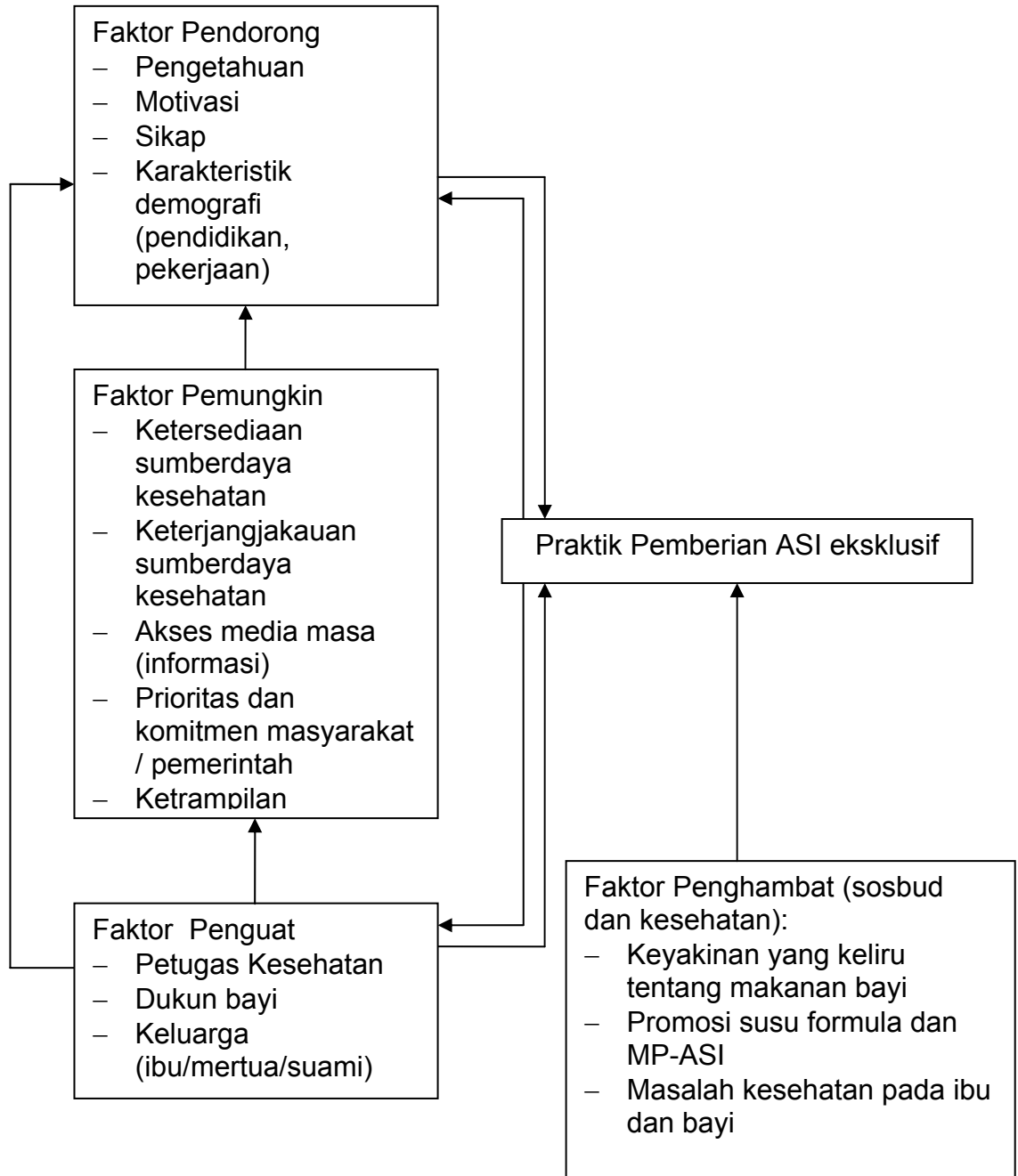
Dukun bayi tahu bahwa menyusui segera setelah melahirkan akan membantu menolong mengeluarkan uri dan menghentikan pendarahan. Mereka juga tahu bahwa terus menyusui akan membantu memperlambat terjadinya kehamilan baru. Mereka memberikan para ibu dukungan praktis dan dukungan emosional serta minuman hangat bergizi seperti bubur atau sup untuk membantu ASI mengalir (King, 1991).

Di banyak masyarakat dan rumah sakit, saran dari petugas kesehatan juga mempengaruhi pemberian cairan selain ASI. Sebagai contoh, penelitian di sebuah kota di Ghana menunjukkan 93% bidan berpendapat cairan harus diberikan kepada semua bayi sejak hari pertama

kelahirannya. Di Mesir, banyak perawat menyarankan para ibu untuk memberi air manis kepada bayinya segera setelah melahirkan (LINKAGES, 2002).

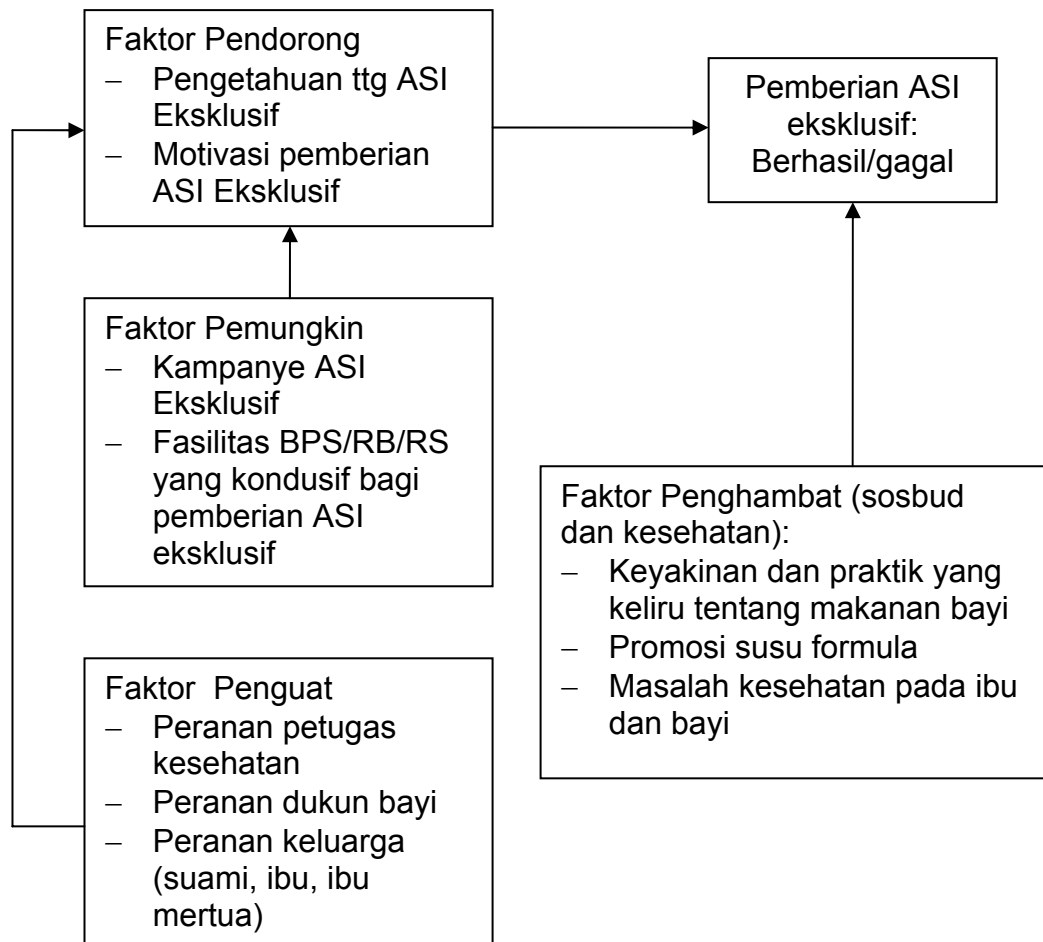
Dokter, perawat, dan petugas kesehatan wanita lainnya bisa juga menjadi seorang ibu. Bila mereka harus menganjurkan dan menolong wanita lain menyusui, mereka sendiri harus bisa melakukan untuk diri mereka sendiri dan memberikan contoh. Di banyak tempat, petugas kesehatanlah yang pertama menggunakan susu botol. Hal ini disebabkan karena persoalan yang dihadapi mereka saat kembali bekerja setelah melahirkan. Jam giliran kerja mereka menyulitkan untuk menyusui. Sehingga mereka tidak dapat diharapkan mengajar ibu lain untuk melakukan apa yang tidak dapat dilakukan oleh mereka sendiri (King, 1991).

B. Kerangka Teori



Gambar 5. Kerangka Teori Penelitian

C. Kerangka Konsep



Gambar 6. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan gambar:

Jika faktor-faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing* bersifat positif maka pemberian ASI Eksklusif diharapkan dapat berhasil. Namun jika salah satu unsur dari faktor-faktor tersebut bersifat negatif, maka pemberian ASI Eksklusif dapat gagal. Sementara itu, faktor penghambat jelas akan menghambat keberhasilan pemberian ASI Eksklusif.

III. METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan jenis penelitiannya adalah deskriptif. Penggunaan metode kualitatif dipilih agar proses pengidentifikasian dan penguraian beberapa faktor-faktor yang berperan dalam kegagalan praktik pemberian ASI Eksklusif dapat lebih mudah dilakukan.

Moleong (2006) menjelaskan bahwa metode kualitatif lebih mudah menyesuaikan apabila berhadapan dengan kenyataan ganda, lebih peka dan lebih dapat menyesuaikan diri dengan banyak penajaman pengaruh bersama terhadap pola-pola nilai yang dihadapi, dan metode kualitatif menyajikan secara langsung, dan melihat hubungan peneliti dan informan. Selain itu, menurut Kusnanto (2001) penelitian kualitatif dapat mengembangkan konsep-konsep yang membantu pemahaman lebih mendalam atas fenomena sosial dan perilaku dalam *setting* alamiah (bukan di laboratorium).

B. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang, yang meliputi wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu dan Puskesmas Rowosari. Lokasi ini diambil karena wilayah kerja kedua puskesmas ini meliputi daerah perkotaan dan pinggiran kota serta masih terdapat

beberapa dukun bayi dan fasilitas kesehatan yang memadai seperti BPS, RB, dan RS.

C. Populasi dan Subjek Penelitian

Pengambilan subjek menggunakan metode *purposive sampling*, yang dipilih secara tidak acak melainkan didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, yaitu berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Pemilihan subjek dimulai dari pencarian data ibu yang memeriksakan kehamilan atau melahirkan di BPS, RB, dan RS, serta ibu yang melahirkan dengan bantuan dukun bayi. Satu orang subjek diperoleh bukan dari data tersebut melainkan dari salah satu subjek yang gagal diwawancarai karena masuk dalam kriteria eksklusi, yaitu ibu melahirkan secara tidak normal atau sesar.

Populasi penelitian mencakup beberapa ibu pasca bersalin yang berdomisili dan melahirkan di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang pada kurun waktu September hingga Desember 2006. Subjek penelitian dibagi menjadi 4 kelompok berdasarkan tempat persalinan, yaitu Kelompok I: subjek yang melahirkan di rumah dengan bantuan dukun bayi, Kelompok II: subjek yang melahirkan di Bidan Praktek Swasta (BPS), Kelompok III: subjek yang melahirkan di Rumah Bersalin (RB), dan Kelompok IV: subjek yang melahirkan di Rumah Sakit (RS) dengan bantuan bidan atau dokter.

Sebenarnya ada satu kelompok subjek lagi yaitu yang melahirkan di rumah dengan bantuan bidan. Namun karena di wilayah Kecamatan Tembalang jarang ditemukan bahkan tidak ada karena banyak bidan yang membuka praktek di tengah-tengah perkampungan dan mudah dijangkau, sehingga tidak ada bidan yang dipanggil ke rumah untuk membantu persalinan. Padahal di luar Kota Semarang, praktek seperti inilah yang kemungkinan besar menyebabkan praktek pemberian ASI Eksklusif dapat berhasil karena bayi lahir langsung ditidurkan dalam satu kamar dengan ibu dan praktek *early initiation* dapat dilakukan.

Kriteria subjek penelitian adalah sebagai berikut:

1. Ibu yang melahirkan normal di rumah (dengan bantuan dukun bayi), di BPS (dengan bantuan bidan), di RB/RS (dengan bantuan bidan atau dokter kandungan)
2. Ibu yang melahirkan pada kurun waktu September hingga Desember 2006
3. Bayi yang dilahirkan tidak memiliki kelainan atau cacat bawaan
4. Bersedia diwawancarai
5. Mudah berkomunikasi.

Sedangkan informan yang diwawancarai sebagai *crosscheck* adalah orang-orang yang terlibat dalam pengasuhan dan perawatan bayi, yang meliputi petugas kesehatan, dukun bayi, dan keluarga

(suami, ibu atau ibu mertua). Adapun kriteria informan sebagai *crosscheck* adalah sebagai berikut:

1. Berada di daerah penelitian (Kecamatan Tembalang, Kota Semarang)
2. Bersedia diwawancarai
3. Mudah berkomunikasi.

Jumlah subjek dalam penelitian kualitatif tidak dapat ditentukan secara pasti. Jumlah subjek dapat diketahui setelah penelitian selesai. Pada penelitian ini dapat diperoleh subjek penelitian sebanyak 12 dan setiap kelompok terdiri dari 3 subjek penelitian.

Informan dari tenaga kesehatan adalah 5 orang bidan, 1 orang pelaksana gizi Puskesmas Kedungmundu, 1 orang dokter RSUD Kota Semarang, dan 2 orang dukun bayi.

Informan keluarga terdekat subjek yang berhasil diwawancarai adalah 7 orang suami subjek, 4 orang nenek (Ibu subjek), dan satu orang kakak subjek. Kakak subjek dipilih karena suami subjek bekerja di Batam dan nenek (ibu subjek) kurang dapat berkomunikasi dengan baik.

D. Definisi Operasional

1. Kegagalan pemberian ASI Eksklusif pada bayi

Ibu tidak mampu memberikan ASI saja hingga bayi berusia 4 bulan.

ASI Eksklusif sesuai rekomendasi dari *World Health Organization*

(WHO) adalah pemberian ASI saja hingga 6 bulan, namun dalam penelitian ini hanya dilakukan observasi hingga 4 bulan karena kegagalan yang dimulai pada bulan kelima pada umumnya adalah karena bayi telah mulai dikenalkan pada MP-ASI.

2. Faktor *predisposing*

Faktor pada diri subjek yang dapat menyebabkan terjadinya kegagalan pemberian ASI Eksklusif yang meliputi pengetahuan tentang ASI dan motivasi untuk pemberian ASI Eksklusif

3. Pengetahuan tentang ASI

Hasil tahu yang dimiliki oleh subjek tentang ASI yang meliputi pengetahuan tentang ASI (pengertian dan manfaat), kolostrum (pengertian, ciri-ciri, dan manfaat), praktik pemberian ASI (teknik menyusui, lamanya menyusui, pemberian ASI, pemberian PASI, pemberian MP-ASI), baik yang diperoleh secara formal di bangku sekolah, maupun non formal yang diperolehnya melalui pengalaman, membaca buku, dan dari orang lain.

4. Motivasi untuk pemberian ASI Eksklusif

Sesuatu yang ada dalam diri subjek yang mendorong subjek dalam praktik pemberian ASI Eksklusif yang meliputi keinginan dan alasan subjek untuk memberikan ASI Eksklusif pada bayinya.

5. Faktor *enabling*

Faktor pemungkin yang memungkinkan terjadinya kegagalan

pemberian ASI Eksklusif yang meliputi kampanye ASI Eksklusif dan pelayanan Bidan Praktek Swasta (BPS), Rumah Bersalin (RB), dan Rumah Sakit (RS)

6. Kampanye ASI Eksklusif

Promosi yang dilakukan oleh petugas kesehatan ataupun LSM tentang ASI Eksklusif yang meliputi komunikasi interpersonal, penyuluhan berjadwal, pamflet dan selebaran maupun media massa baik cetak maupun elektronik.

7. Pelayanan Bidan Praktek Swasta (BPS), Rumah Bersalin (RB), dan Rumah Sakit (RS)

Pelayanan yang diberikan oleh BPS, RB dan RS yang dapat mendorong ibu memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya, yang dapat dilihat dengan diterapkannya 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui.

8. Faktor *reinforcing*

Faktor penguat yang memberikan balasan, insentif atau hukuman atas pemberian ASI Eksklusif dan berperan bagi menetap atau menghilangnya perilaku pemberian ASI Eksklusif yang meliputi peranan petugas kesehatan, peranan dukun bayi, dan peranan keluarga (suami, ibu, ibu mertua).

9. Peranan petugas kesehatan

Suatu bentuk keikutsertaan orang-orang yang terlibat pada bidang kesehatan, terutama kesehatan ibu dan anak seperti

bidan, perawat, ahli gizi, dan dokter yang memberikan pengaruh kepada ibu untuk memberikan ASI Eksklusif pada bayinya.

10. Peranan dukun bayi

Suatu bentuk keikutsertaan orang-orang yang memiliki keterampilan (tidak diperoleh dari sekolah tetapi diperoleh secara turun temurun) menolong persalinan hingga merawat bayi.

11. Peranan keluarga

Suatu bentuk keikutsertaan orang-orang terdekat subjek yang terlibat dalam merawat bayi, seperti suami, ibu, dan ibu mertua yang secara tidak langsung membentuk kepercayaan dan sikap ibu dalam pemberian ASI Eksklusif.

12. Faktor penghambat

Faktor yang menghalangi terjadinya praktik pemberian ASI Eksklusif yang meliputi keyakinan yang keliru tentang makanan bayi, promosi susu formula, dan masalah kesehatan pada ibu dan bayi.

13. Keyakinan yang keliru tentang makanan bayi

Praktik pemberian makanan bayi yang tidak benar dan sering dilakukan oleh masyarakat yang muncul secara turun temurun, seperti pembuangan kolostrum, pemberian prelaktal, dan pemberian MP-ASI yang terlalu dini.

14. Promosi susu formula

Suatu kegiatan yang menginformasikan produk-produk susu

formula yang meliputi pemberian contoh susu formula di BPS, RB, dan RS untuk ibu-ibu yang telah melahirkan dan iklan-iklan tentang susu formula di media massa.

15. Masalah kesehatan pada ibu dan bayi

Faktor pada diri ibu dan bayi yang menghambat atau mengganggu ibu dalam memberikan ASI pada bayinya, masalah ini menyangkut gangguan kesehatan, masalah kecukupan ASI, dan kelainan pada bayi yang terjadi selama praktik pemberian ASI Eksklusif.

E. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan observasi yaitu mengamati secara langsung terhadap berbagai aktivitas subjek terutama yang sesuai dengan tujuan penelitian, pengamatan langsung di BPS, RB, dan RS, wawancara dengan menggunakan wawancara tidak berstruktur dengan teknik *in depth interview*, yaitu suatu teknik wawancara yang berusaha mengetahui lebih mendalam tentang praktik, pengetahuan ibu dan sikap ibu dalam pemberian ASI Eksklusif. Proses pengambilan data dilakukan dimulai dari bayi berusia 0 bulan hingga 4 bulan dan wawancara mendalam dilaksanakan sedikitnya 3 kali untuk setiap subjek penelitian.

Alat yang digunakan untuk pengambilan data dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara yang telah dipersiapkan dan menggunakan alat perekam suara maupun gambar agar semua yang

disampaikan oleh responden dapat terekam dengan baik tanpa ada yang hilang.

F. Analisis Data

Analisis data yang digunakan adalah analisa kualitatif dan dalam penyajiannya berdasarkan dari data yang terkumpul kemudian disimpulkan. Data kualitatif diolah sesuai variabel yang tercakup dalam penelitian dengan metode induksi, yaitu metode penarikan kesimpulan dari hal-hal yang khusus ke hal-hal yang umum. Selanjutnya pelaporan disajikan gambaran secara deskriptif. Adapun validitas dan reliabilitas data dapat diukur dengan:

1. Validitas

Dalam penelitian kualitatif, keabsahan data dilakukan dengan menggunakan metode triangulasi. Triangulasi adalah teknik keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain dari luar data untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut.

Menurut Hudelson (1994), triangulasi dapat menggunakan kombinasi dari berbagai macam data atau sumber yang berbeda-beda atau metode pengumpulan data yang berbeda dalam satu penelitian. Pada penelitian ini metode triangulasi yang digunakan adalah triangulasi dengan menggunakan *crosscheck* dari sumber,

yaitu petugas kesehatan, dukun bayi, dan keluarga (suami/orang tua/mertua).

2. Reliabilitas

Cara utama penelitian kualitatif menjamin keandalan analisisnya dalam penyajian ulang adalah dengan menyimpan catatan rinci dari wawancara dan observasi serta dengan mendokumentasikan atau mengumpulkannya dengan proses analisis secara mendetail (Moleong, 2006).

G. Tahap Penelitian

1. Tahap pra lapangan (persiapan)

Tahap pra lapangan dimulai sejak awal Bulan Juli 2006 dengan melakukan kegiatan :

- a. Menyusun proposal penelitian dan konsultasi
- b. Memilih dan menjajagi keadaan lapangan
- c. Melakukan kegiatan observasi untuk memperoleh gambaran lokasi penelitian serta memperkenalkan diri, baik kepada instansi maupun masyarakat di lokasi penelitian
- d. Mengurus perizinan dari Universitas ke instansi-instansi terkait dalam hal ini dari Dinas Kesehatan Kota Semarang sampai ke puskesmas
- e. Menyiapkan perlengkapan pengumpulan data.

Tahap persiapan selesai pada akhir bulan September 2006.

2. Tahap pekerjaan lapangan

Tahap pekerjaan lapangan dimulai pada akhir bulan Oktober 2006 dengan melakukan kegiatan:

- a. Menemui informan kunci (dukun bayi dan bidan).
- b. Menentukan subjek yang akan diwawancarai secara mendalam dan melakukan observasi. Jumlah subjek penelitian sebanyak 12 orang, mewakili 3 jenis tempat persalinan. Prosedur pengambilan subjek dengan bantuan informasi dari dukun bayi dan bidan dari BPS dan RB Kota Semarang. Penentuan subjek berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan dan berdasarkan pertimbangan jarak tempuh rumah subjek.
- c. Menentukan informan yang akan diwawancarai secara mendalam dan melakukan observasi. Menentukan informan yang akan dilakukan wawancara mendalam dengan membuat daftar informan dan bertanya kepada subjek orang yang paling berpengaruh bagi subjek berkaitan dengan pemberian ASI pada bayi. Dalam penelitian ini wawancara mendalam dilakukan terhadap orang tua/mertua/suami, penolong persalinan, dan tenaga kesehatan di puskesmas.
- d. Menentukan jadwal pelaksanaan pengumpulan data dan menanyakan kesediaan subjek penelitian maupun informan secara lisan.

- e. Wawancara mendalam dilakukan dimulai setelah subjek melahirkan (kurang dari satu minggu) hingga bayi berumur 4 bulan. Ada dua subjek yang mulai diwawancarai setelah bulan kedua karena dua subjek sebelumnya gagal karena ada masalah dengan kondisi bayi (gangguan pada saluran kencing) dan bayi lahir secara sesar.
- f. Jadwal pelaksanaan wawancara mendalam terhadap subjek penelitian dilakukan minimal 3 kali selama 4 bulan.
- g. Mengumpulkan data hasil wawancara mendalam.

Tahap pekerjaan lapangan berakhir pada akhir bulan Mei 2007.

3. Tahap analisis data

Analisis data yang digunakan adalah analisa kualitatif dan dalam penyajiannya bertitik tolak dari data yang terkumpul kemudian disimpulkan. Data kualitatif diolah sesuai variabel yang tercakup dalam penelitian dengan metode induksi, selanjutnya pelaporan disajikan gambaran secara deskriptif.

Adapun urutan dalam analisa data kualitatif ini adalah:

a. Pengumpulan data.

Data dikumpulkan dari hasil wawancara mendalam. Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip.

b. Mereduksi data dengan membuat koding dan kategori.

Data yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan

satu dalam bentuk transkrip, kemudian data yang tidak berguna dibuang. Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan.

c. Penyajian data.

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden.

d. Kesimpulan.

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

E. Gambaran Umum Wilayah

1. Kondisi geografis

Kecamatan Tembalang merupakan salah satu dari 16 Kecamatan di Kota Semarang yang diresmikan oleh Gubernur Jawa Tengah pada tanggal 17 April 1993, sebagai tindak lanjut dari Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 1992 tentang Penataan Wilayah di Kotamadya Semarang. Kecamatan Tembalang berada di sebelah tenggara dari pusat pemerintah Kota Semarang dengan topografi berbukit-bukit. Batas-batas geografisnya adalah sebagai berikut:

- Sebelah Utara : Kecamatan Candisari dan Kecamatan Pedurungan
- Sebelah Timur : Kecamatan Mranggen, Kabupaten Demak
- Sebelah Selatan: Kecamatan Ungaran, Kabupaten Ungaran dan Kecamatan Banyumanik
- Sebelah Barat : Kecamatan Banyumanik.

Luas wilayah Kecamatan Tembalang \pm 3.871.765 Ha. Secara umum Kecamatan Tembalang merupakan daerah perbukitan dengan ketinggian 100 m – 350 m DPL. Daerah perbukitan memiliki kemiringan tanah antara 30% - 75%, suhu

udara rata-rata 23 - 340, dengan curah hujan rata-rata 29,6 mm/tahun.

Kecamatan Tembalang terbagi dalam 12 Kelurahan, yakni: (1) Kelurahan Tembalang, (2) Kelurahan Kramas, (3) Kelurahan Bulusan, (4) Kelurahan Jangli, (5) Kelurahan Tandang, (6) Kelurahan Sendangguwo, (7) Kelurahan Kedungmundu, (8) Kelurahan Sambiroto, (9) Kelurahan Sendangmulyo, (10) Kelurahan Rowosari, (11) Kelurahan Mangunharjo, dan (12) Kelurahan Meteseh. Berdasarkan Rencana Umum Tata Ruang Kota, wilayah Kecamatan Tembalang termasuk dalam zona pengembangan permukiman dan pendidikan. Hal ini ditandai dengan keberadaan Kampus UNDIP yang secara bertahap nantinya akan berpusat di Tembalang.

2. Kondisi demografis

a. Jumlah penduduk

Jumlah penduduk di Kecamatan Tembalang tercatat \pm 117.120 jiwa (data bulan Juni 2006) dan dengan wilayah \pm 3.871.765 Ha, maka kepadatan penduduk di Kecamatan Tembalang \pm 2.670 orang/km². Sedangkan laju pertumbuhan penduduk 3,7% per tahun sehingga Kecamatan Tembalang cukup ideal sebagai suatu kawasan pengembangan

permukiman. Komposisi keadaan penduduk adalah sebagai berikut:

Tabel 2.
Komposisi Penduduk menurut Kelompok Umur

Kelompok Umur (tahun)	Jumlah (orang)
0-4	19.152
5-9	11.708
10-14	10.956
15-19	11.180
20-24	10.301
25-29	9.994
30-34	10.208
35-39	9.112
40-44	5.404
45-49	5.014
50-54	4.579
55-59	3.666
60-64	3.315
≥ 65	2.531
Jumlah	117.120

Sumber: Data Monografi Kecamatan Tembalang Juni 2006

b. Tingkat pendidikan dan sosial ekonomi

Penduduk di wilayah Kecamatan Tembalang memiliki tingkat pendidikan yang sangat beragam. Komposisi penduduk menurut tingkat pendidikan di Kecamatan Tembalang dapat dilihat pada Tabel 3. Keadaan sosial ekonomi masyarakat di Kecamatan Tembalang juga sangat beragam dan dapat dilihat dari mata pencahariannya. Sebagian besar penduduknya bekerja di sektor swasta, baik di perusahaan swasta maupun berwirausaha seperti berdagang. Penduduk yang

bermatapencaharian sebagai petani juga ada, terutama di daerah yang masih banyak lahan untuk bercocok tanam, seperti di Kelurahan Meteseh. Lebih jelas dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 3.
Komposisi Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan

Kelurahan	Pendidikan					Jumlah
	TK	SD	SMTP	SMTA	PT	
Bulusan	829	806	143	344	233	2.355
Kramas	421	284	371	494	304	1.874
Tembalang	497	737	775	1.030	885	3.924
Jangli	237	1.865	1.217	1.201	244	4.764
Tandang	2.291	1.015	2.103	3.874	832	10.115
Sendangguwo	4.097	3.669	2.122	2.699	543	13.130
Kedungmundu	1.354	1.348	1.429	1.493	1.360	6.984
Sambiroto	1.480	2.017	1.995	2.150	803	8.445
Mangunharjo	552	799	1.080	1.990	603	5.024
Sendangmulyo	3.171	3.889	4.489	4.382	1.089	17.020
Meteseh	1.992	2.218	665	1.719	958	7.552
Rowosari	3.387	1.712	1.124	1.884	129	8.236
Jumlah	20.308	20.359	17.513	23.260	7.983	89.423

Sumber: Data Monografi Kecamatan Tembalang Juni 2006

Tabel 4.
Komposisi Penduduk menurut Mata Pencaharian

Kelurahan	Mata Pencaharian					Jumlah
	Tani	Dagang	PNS	ABRI	Swasta	
Bulusan	163	175	135	10	625	1.108
Kramas	98	67	89	11	619	884
Tembalang	290	96	576	6	1.168	2.136
Jangli	-	35	226	55	750	1.066
Tandang	9	261	304	60	2.791	3.425
Sendangguwo	-	266	402	103	6.370	7.141
Kedungmundu	5	116	293	133	375	922
Sambiroto	4	187	776	18	1.551	2.536
Mangunharjo	120	79	228	216	1.031	1.674
Sendangmulyo	511	814	1.400	168	4.827	7.720
Meteseh	1.303	71	453	18	2.435	4.280
Rowosari	491	52	21	7	3.465	4.036
Jumlah	2.994	2.219	4.903	805	26.007	36.928

Sumber: Data Monografi Kecamatan Tembalang Juni 2006

F. Karakteristik Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah ibu pascabersalin yang tinggal di wilayah Kota Semarang. Subjek penelitian terdiri dari 12 orang yang terbagi dalam 4 kelompok berdasarkan tempat bersalin dan penolong persalinan. Di antara ke-12 subjek terdapat 2 orang ibu pekerja, namun satu diantaranya berhenti bekerja setelah bayi berusia 2 bulan. Rentang umur subjek antara 17-38 tahun, dimana 5 orang ibu berusia di atas 30 tahun dan 7 orang ibu kurang dari 30 tahun, bahkan ada 2 orang subjek berusia kurang dari 20 tahun.

Umumnya subjek hanya memiliki satu anak balita dalam keluarganya, namun ada 1 subjek yang memiliki 2 anak balita dan 1 subjek yang memiliki 3 anak balita dalam keluarganya. Jumlah subjek berpendidikan SMA/SMEA ada 6 orang, SMP/MTs ada 3 orang, dan SD ada 3 orang.

Subjek yang memiliki penghasilan keluarga > Rp 1.000.000,-/bl ada 2 orang, antara Rp 500.000,- hingga Rp 1.000.000,-/bl ada 8 orang, dan 2 subjek tidak memiliki penghasilan keluarga karena suami tidak bekerja lagi dan suami tidak pernah memberikan penghasilan (tidak bertanggung jawab). Delapan dari 12 subjek melahirkan anak laki-laki, dan 4 melahirkan anak perempuan. Data karakteristik subjek selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5.
Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik	Jumlah	%
Usia (tahun)		
> 30	5	41,7
20 – 30	5	41,7
< 20	2	16,6
Pendidikan		
SMA/SMEA	6	50
SMP/MTs	3	25
SD	3	25
Penghasilan Keluarga		
> Rp 1.000.000,-/bl	2	16,6
Rp 500.000,-/bl – Rp 1.000.000,-/bl	8	66,8
Tidak berpenghasilan	2	16,6
Jenis Kelamin Bayi		
Laki-laki	8	66,7
Perempuan	4	33,3
Jumlah balita dalam Keluarga		
< 2	10	83,3
2 – 3	2	16,7

G. PRAKTIK PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

Hasil penelitian terhadap 12 subjek menunjukkan bahwa hanya ada satu subjek (SPRS2) yang berhasil memberikan ASI secara eksklusif pada bayinya, yaitu ibu yang melahirkan dengan bantuan bidan di RSUD Kota Semarang. Subjek ternyata telah terbiasa menyusui anaknya, dari yang pertama hingga yang ketiga.

Kotak 1

" Nyusui semua, nggak ada yang sambung, kecuali kalo dah disapih baru"

SS, 38 Th, SPRS2

Namun anak pertama dan kedua sudah mulai diberi makan sejak usia 1-2 bulan sedangkan anak ketiga di beri ASI saja hingga lebih dari 5 bulan karena telah diberi penjelasan tentang ASI Eksklusif oleh bidan. Pendidikan subjek rendah, hanya lulusan SD namun mau mengikuti anjuran pemerintah dan mau meninggalkan kebiasaan yang dapat membahayakan kesehatan anaknya. Selain itu faktor penghasilan keluarga juga sangat mendukung subjek dapat memberikan ASI Eksklusif. Keluarga tidak memiliki penghasilan karena suami subjek telah di PHK. Jadi mereka tidak memiliki biaya untuk membeli susu formula.

Sebelas subjek lainnya gagal memberikan ASI Eksklusif karena sebagian besar telah memberikan prelaktal dan MP-ASI yang terlalu dini. Prelaktal berupa susu formula diberikan pada bayi yang dilahirkan di BPS, RB, RS dengan bantuan bidan dan di rumah dengan bantuan dukun bayi. Jadi perbedaan tempat bersalin maupun penolong persalinan tidak mempengaruhi berhasil atau gagalnya praktik pemberian ASI Eksklusif. Berikut adalah uraian praktik pemberian ASI Eksklusif para subjek.

1. Pemberian kolostrum

Hampir semua subjek tidak mengetahui arti kolostrum, hanya satu subjek yang mengerti arti kolostrum seperti terlihat pada

Kotak 1. Namun mereka semua mengenali ciri-ciri kolostrum (setelah diberi penjelasan tentang kolostrum).

Kotak 2

" Air susu yang pertama itu tho... kuning ketoke, kuning-kuning putih bening, putih kekuningan"

A, 30 Th, SPB1

Sebagian besar subjek memberikan kolostrum kepada bayinya yang baru lahir. Mereka berpendapat bahwa ASI yang pertama keluar adalah yang paling baik dan bermanfaat bagi bayinya, seperti yang terlihat pada Kotak 3. Mereka mengetahui jika dahulu orang beranggapan bahwa ASI yang pertama keluar harus dibuang karena membahayakan bagi bayi namun sekarang menjadi ASI yang utama dan harus diberikan pada bayi.

Kotak 3

"...sing pertama niku sing apik... kangge kecerdasan otak anak..."

N, 25 Th, SPD2

Di beberapa masyarakat tradisional, kolostrum ini dianggap sebagai susu yang sudah rusak dan tak baik diberikan pada bayi karena warnanya yang kekuning-kuningan. Selain itu, ada yang menganggap bahwa kolostrum dapat menyebabkan diare, muntah dan masuk angin pada bayi. Sementara, kolostrum sangat berperan dalam menambah daya kekebalan tubuh bayi.

Menurut Cox (2006), dalam 48 jam kehidupannya, bayi tidak membutuhkan air susu terlalu banyak, hanya setengah sendok teh kolostrum saat pertama menyusui dan 1-2 sendok teh di hari kedua. Cairan kental yang sangat sedikit seperti seulas cat itu akan melapisi saluran pencernaan bayi dan menghentikan masuknya bakteri ke dalam darah yang menimbulkan infeksi pada bayi. Semakin banyak penelitian yang menunjukkan bahwa jauh lebih sedikit bayi yang disusui terkena infeksi dibandingkan dengan bayi yang tidak diberi ASI.

Kolostrum adalah ASI yang pertama kali keluar, berwarna kekuningan dan kental. Cairan ini banyak mengandung antibodi, penghambat pertumbuhan virus dan bakteri, protein, vitamin A, dan berbagai macam mineral sehingga sangat dianjurkan diberikan kepada bayi. Pemberian kolostrum dapat dilakukan dengan baik jika *early initiation* dilakukan oleh bidan atau perawat. Ibu yang berhasil menyusui pada jam pertama dan minggu pertama setelah persalinan maka ia akan berhasil memberikan ASI Eksklusif pada bayinya.

Dari hasil wawancara mendalam, hampir semua subjek mulai menyusui setelah lewat dari 30 menit. Subjek yang persalinannya di tolong oleh dukun bayi sebenarnya dapat langsung menyusui bayinya setelah melahirkan, namun dukun bayi akan memandikan bayi terlebih dahulu dengan air hangat dan

membersihkan ibu. Walaupun observasi tidak dilakukan secara langsung saat persalinan dan *early initiation*, namun dari hasil wawancara mendalam dapat diketahui bahwa proses membersihkan ibu dan bayi akan memakan waktu lebih dari 30 menit.

Segera setelah bayi dilahirkan, secara normal refleks mencari dan mengisap pada bayi sangat kuat, dan ibunya pun biasanya ingin sekali untuk segera melihat dan memegang bayinya. Sentuhan kulit ke kulit antara ibu dengan bayinya segera setelah bayi itu dilahirkan dan membiarkan bayi itu mengisap puting susu ibunya, akan sangat bermanfaat dan membantu dimulainya hubungan lekat antara ibu dan bayi disamping juga akan merangsang pengeluaran ASI. Isapan bayi pada puting susu ibu akan merangsang keluarnya oksitosin, yang akan mempercepat lepasnya plasenta dan kontraksi rahim dalam kala tiga (Perinasia, 1994).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Edmond *et al* (2005) menunjukkan bahwa 16% kematian bayi baru lahir seharusnya dapat diselamatkan dengan pemberian ASI pada hari pertama dan meningkat 22% jika menyusui dimulai pada 1 jam pertama setelah melahirkan. Selain itu Wiryo (2007) menyatakan bahwa bayi yang tidak pernah mendapat kolostrum akan mudah terkena infeksi

gastrointestinal dan diare karena bayi tidak mendapatkan senyawa-senyawa imun yang terkandung dalam kolostrum.

2. Pemberian prelaktal

Dari 12, hanya satu subjek yang tidak memberikan prelaktal apapun dan langsung memberikan ASI pada bayinya dan subjek inilah yang berhasil memberikan ASI Eksklusif.

Kotak 4

"Nek dipencet sik baru keluar, waktu pertama ya susah tapi tetep dicobain"

SS, 38 Th, SPRS2

Sebagian besar subjek memberikan prelaktal berupa susu formula. Umumnya bayi mereka langsung mendapatkan susu formula dari bidan yang disusukan menggunakan dot maupun dengan sendok. Bahkan para subjek tidak ditanya terlebih dahulu apakah mau disusui dengan ASI atau dengan susu formula. Namun subjek-subjek penelitian yang persalinannya ditolong oleh dukun bayi memberikan prelaktal berupa madu, kelapa muda, dan kurma yang merupakan anjuran dari dukun bayi.

Kotak 5

"habis lahir langsung dikasih susu, kalo bangun nangis terus dikasih susu, dibuat in sustere terus aku yang nyusuin"

A, 30 Th, SPB1

Subjek yang ditolong oleh bidan baik di BPS, RB, maupun RS tidak memberikan madu sebagai prelaktal karena tidak dianjurkan oleh bidan. Anjuran ini sesuai dengan WHO yang melarang pemberian madu kepada bayi dibawah 1 tahun karena terdapat kandungan *Clostridium botulinum*, spora yang membahayakan dan mematikan (Susanto, 2007).

Kotak 6

“...kata bidan gak boleh dikasih madu...”

ES, 34 Th, SPRS1

Pemberian susu formula sebagai prelaktal sering dilakukan di BPS, RB maupun RS dengan alasan utama karena ASI belum keluar dan bayi masih kesulitan menyusu sehingga bayi akan menangis bila dibiarkan saja. Biasanya bidan akan langsung memberikan nasihat untuk memberikan susu formula terlebih dahulu. Bahkan pembuatan susu formula dilakukan sendiri oleh bidan atau perawat, dan mereka menyediakan jasa sterilisasi botol. Hal ini akan memberi pengaruh negatif terhadap keyakinan ibu bahwa pemberian susu formula adalah obat paling ampuh untuk menghentikan tangis bayi. Kurangnya keyakinan terhadap kemampuan memproduksi ASI untuk memuaskan bayinya mendorong ibu untuk memberikan susu tambahan melalui botol.

3. Pemberian MP-ASI

Sebagian subjek telah mulai memberikan MP-ASI sejak bayi berusia kurang dari satu bulan, bahkan ada satu subjek yang memberikan makanan berupa nasi dan pisang 'ulek' pada saat bayi berusia 11 hari. Pemberian MP-ASI yang terlalu dini ini biasanya karena anjuran orang tua terutama nenek (ibu subjek). Alasan umumnya karena bayi menangis terus meskipun telah disusui dan diberi susu formula.

Kotak 7

*"Lha nangis terus,tak ulegke pisang kok purun, rewelnya tu karena laper,
...dikasih nasi sama pisang thok diuleg...habis pothol puser, 11 hari,...ibu..."*

SU, 22 Th, SPRB2

Pada beberapa masyarakat tradisional di Indonesia kita bisa melihat konsepsi budaya yang terwujud dalam perilaku berkaitan dengan pola pemberian makan pada bayi yang berbeda dengan konsepsi kesehatan modern. Sebagai contoh, pemberian ASI menurut konsep kesehatan modern ataupun medis dianjurkan selama 2 (dua) tahun dan pemberian makanan tambahan berupa makanan padat sebaiknya dimulai sesudah bayi berumur 4 bulan.

Sesuai yang disitasi oleh Maas (2004), bahwa pada suku Sasak di Lombok, ibu yang baru bersalin memberikan nasi pakpak (nasi yang telah dikunyah oleh ibunya lebih dahulu dan didiamkan selama satu malam) kepada bayinya agar bayinya tumbuh sehat

dan kuat. Mereka percaya bahwa apa yang keluar dari mulut ibu merupakan yang terbaik untuk bayi. Sementara pada masyarakat Kerinci di Sumatera Barat, pada usia sebulan bayi sudah diberi bubur tepung, bubur nasi nasi, pisang dan lain-lain. Ada pula kebiasaan memberi roti, pisang, nasi yang sudah dilumatkan ataupun madu, teh manis kepada bayi baru lahir sebelum ASI keluar (Maas, 2004).

Kebanyakan ibu yang mulai memberikan makanan kepada bayinya mengalami sindrom ASI kurang. Wisnuwardhani (2006) menjelaskan bahwa sindrom ASI kurang adalah keadaan di mana ibu merasa bahwa ASI-nya kurang, dengan berbagai alasan yang menurut ibu merupakan tanda tersebut, misalnya payudara kecil, ASI berubah kekentalannya, bayi lebih sering minta disusui, bayi minta disusui pada malam hari, dan bayi lebih cepat selesai menyusu dibanding sebelumnya. Ukuran payudara tidak menggambarkan kemampuan ibu untuk memproduksi ASI.

Ukuran payudara berhubungan dengan beberapa faktor, misalnya faktor hormonal (estrogen dan progesteron), keadaan gizi, dan faktor keturunan. Hormon estrogen akan menyebabkan pertumbuhan saluran susu dan penimbunan lemak, sedangkan hormon progesteron memacu pertumbuhan kelenjar susu. Masukan makanan yang berlebihan terutama energi akan ditimbun sebagai lemak, sehingga payudara akan bertambah besar, sebaliknya

penurunan masukan energi, misalnya karena penyakit, akan menyebabkan berkurangnya timbunan lemak termasuk di payudara, sehingga ukuran payudara berkurang. Seberapapun ukuran payudara seorang wanita, tetap dianggap normal, kecuali jika ada kelainan tertentu misalnya tumor. Ukuran payudara ideal sangat dipengaruhi faktor lingkungan atau penilaian masyarakat setempat.

ASI berubah kekentalannya misalnya lebih encer dianggap telah berkurang, padahal kekentalan ASI bisa saja berubah-ubah. Payudara tampak mengecil, lembek atau tidak penuh / merembes lagi, padahal ini suatu tanda bahwa produksi ASI telah sesuai dengan keperluan bayi. Bayi sering menangis dianggap kekurangan ASI, padahal bayi menangis bisa karena berbagai penyebab. Selain ASI memang lebih mudah dicerna, bayi juga memerlukan ASI yang cukup untuk tumbuh kembang, dan memerlukan belaian, kehangatan dan kasih sayang. Bayi memerlukan dekapan dan ASI pada malam hari, selain itu menyusui pada malam hari akan memperbanyak produksi ASI dan mengurangi kemungkinan sumbatan payudara.

Seluruh subjek yang memiliki bayi laki-laki beranggapan bahwa ASI tidak mencukupi kebutuhan karena walaupun sudah menyusui seharian bayi masih menangis. Mereka yakin kalau bayinya perlu mendapat asupan lain selain ASI dan susu formula

karena bayi laki-laki tenaganya lebih kuat seperti yang diungkapkan oleh salah satu subjek dan tertulis pada Kotak 8.

Kotak 8

"...banyak ok mbak minumnya laki-laki gak kayak perempuan, kalo laper masih clangapan,...makan pisang, pisang mbandungan, kadang separo nak ndulangi..."

ES, 34 Th, SPRS1

Salah satu faktor yang secara langsung dapat mempengaruhi kondisi kesehatan bayi adalah makanan yang diberikan. Dalam setiap masyarakat ada aturan-aturan yang menentukan kuantitas, kualitas dan jenis-jenis makanan yang seharusnya dan tidak seharusnya dikonsumsi oleh anggota-anggota suatu rumah tangga, sesuai dengan kedudukan, usia, jenis kelamin dan situasi-situasi tertentu. Misalnya, ibu yang sedang hamil tidak diperbolehkan atau dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan tertentu; ayah yang bekerja sebagai pencari nafkah berhak mendapat jumlah makanan yang lebih banyak dan bagian yang lebih baik daripada anggota keluarga yang lain; atau anak laki-laki diberi makan lebih dulu daripada anak perempuan. Walaupun pola makan ini sudah menjadi tradisi ataupun kebiasaan, namun yang paling berperan mengatur menu setiap hari dan mendistribusikan makanan kepada keluarga adalah ibu; dengan kata lain ibu mempunyai peran sebagai *gate keeper* dari keluarga.

Pemberian MP-ASI yang terlalu dini tidak tepat karena akan menyebabkan bayi kenyang dan akan mengurangi keluarnya ASI. Selain itu bayi menjadi malas menyusu karena sudah mendapatkan makanan atau minuman terlebih dahulu (Depkes RI, 2005). Menurut Lubis (2006) pemberian MP-ASI dini seperti nasi dan pisang justru akan menyebabkan penyumbatan saluran cerna karena liat dan tidak bisa dicerna atau yang disebut *phyto bezoar* sehingga dapat menyebabkan kematian dan menimbulkan risiko jangka panjang seperti obesitas, hipertensi, atherosklerosis, dan alergi makanan.

Ada 1 subjek yang menghentikan pemberian MP-ASI saat bayi berusia 2 bulan karena bayi muntah dan tidak mau makan lagi. Namun setelah usia 3 bulan lebih mulai diberi bubur lemu (bubur nasi yang dimasak dengan santan).

Kotak 9

“Nggih waune maem, pun kulo maemi sewulan bar niku kok muntah, ping pisan ping pindo muntah melih, kulo leti rong ndino muntah melih terus sak niki asi thok”

M, 32 Th, SPRS3

Ada subjek yang meneruskan pemberian MP-ASI karena bayi tidak mengalami kelainan atau gangguan kesehatan setelah diberi makan. Subjek merasa setelah diberi makan bayi dapat

buang air besar dengan lancar dan tidak lembek lagi. Bahkan berat badan bayi dapat meningkat dengan cepat dan bayi terlihat segar.

Kotak 10

"Kayak mencret-mencret lembek, tiap pipis eek (sebelum maem), sudah maem eeke jadi sehari sekali"

SU, 22 Th, SPRB2

H. FAKTOR PENDORONG

1. Pengetahuan tentang ASI Eksklusif

Sebagian (50%) subjek tidak mengetahui ASI Eksklusif. Mereka umumnya pernah mendengar tapi tidak mengerti maksudnya. Ada juga yang pernah membaca buku KIA tapi lupa. Pengetahuan ibu yang kurang tentang ASI Eksklusif inilah yang terutama menyebabkan gagalnya pemberian ASI Eksklusif. Selama mereka tidak tahu maka merekapun tidak akan pernah melaksanakannya.

Kotak 11

"Wah dibuku tu ada mbak, aku nggak apal soale"

SU, 22 Th, SPRB2

Ahli filsafat, Keraf dan Dua (2001) mengatakan bahwa pengetahuan dibagi menjadi 3 macam, yaitu tahu bahwa, tahu

bagaimana, dan tahu akan. "Pengetahuan bahwa" adalah pengetahuan tentang informasi tertentu, tahu bahwa sesuatu terjadi, tahu bahwa ini atau itu memang demikian adanya, bahwa apa yang dikatakan memang benar. Jenis pengetahuan ini disebut juga pengetahuan teoritis, pengetahuan ilmiah, walaupun masih pada tingkat yang tidak begitu mendalam. Sedangkan "tahu bagaimana" adalah menyangkut bagaimana seseorang melakukan sesuatu. Pengetahuan ini berkaitan dengan keterampilan atau lebih tepat keahlian dan kemahiran teknis dalam melakukan sesuatu. "Tahu akan" adalah jenis pengetahuan yang sangat spesifik menyangkut pengetahuan akan sesuatu atau seseorang melalui pengalaman atau pengenalan pribadi.

Pengetahuan yang dimiliki subjek tentang ASI Eksklusif sebatas pada tingkat "tahu bahwa" sehingga tidak begitu mendalam dan tidak memiliki keterampilan untuk mempraktekannya. Jika pengetahuan subjek lebih luas dan mempunyai pengalaman tentang ASI Eksklusif baik yang dialami sendiri maupun dilihat dari teman, tetangga atau keluarga, maka subjek akan lebih terinspirasi untuk mempraktekannya.

Pengalaman dan pendidikan wanita semenjak kecil akan mempengaruhi sikap dan penampilan mereka dalam kaitannya dengan menyusui di kemudian hari. Seorang wanita yang dalam keluarga atau lingkungan sosialnya secara teratur mempunyai

kebiasaan menyusui atau sering melihat wanita yang menyusui bayinya secara teratur, akan mempunyai pandangan yang positif tentang pemberian ASI. Di daerah yang mempunyai "budaya susu formula / botol", gadis dan wanita muda di daerah tersebut tidak mempunyai sikap positif terhadap menyusui, sesuai dengan pengalaman sehari-hari. Tidak mengherankan bila wanita dewasa dalam lingkungan ini hanya memiliki sedikit bahkan tidak memiliki sama sekali informasi, pengalaman cara menyusui, dan keyakinan akan kemampuannya menyusui (Perinasia, 1994).

Dalam situasi subjek yang kurang pengetahuannya tentang ASI Eksklusif, pada saat yang sama ia memiliki pengetahuan budaya lokal berupa ideologi makanan untuk bayi. Pengetahuan budaya lokal ini dapat disebut sebagai pengetahuan tentang ASI non-Eksklusif, yang jelas merupakan faktor penghambat bagi praktik pemberian ASI Eksklusif.

2. Motivasi pemberian ASI Eksklusif

Sebagian subjek tidak mengetahui ASI Eksklusif sehingga mereka tidak mempunyai motivasi untuk memberikan ASI Eksklusif. Namun mereka umumnya memiliki motivasi untuk menyusui bayinya. Hal ini terlihat dari sebagian besar subjek berupaya untuk memperbanyak produksi ASI-nya dengan cara minum jamu atau

'wejah' dan mengkonsumsi makanan yang dipercaya dapat memperlancar ASI.

Kotak 12

"Ya pengen, tapi dalam diri apa saya kuat,... beli jamu wejah..."

SS, 38 Th, SPRS2

Mereka beranggapan bahwa ASI penting untuk bayi karena dapat mencerdaskan otak dan mempercepat pertumbuhan disamping dapat menekan pengeluaran keluarga. Menyusui menurut mereka juga dapat mmpererat kasih sayang antara ibu dan anak.

Kotak 13

" Nggak deketlah, lagian nanti ragu-ragu, kan saya tau itu bagus, ya sebulanlah gak papa, lain gitu lho punya bayi nggak bisa neteteki sendiri

RW, 35 Th, SPB2

I. FAKTOR PEMUNGKIN

1. Kampanye ASI Eksklusif

Pemerintah sebenarnya sangat gencar mempromosikan ASI Eksklusif. Hal ini bisa terlihat dengan adanya iklan-iklan di media cetak maupun elektronik. Namun kurangnya penyuluhan di puskesmas dan posyandu menyebabkan promosi tentang ASI

Eksklusif kurang optimal. Selain itu program ASI Eksklusif bukan merupakan prioritas program puskesmas, yang menjadi perhatian utama saat ini adalah program penanggulangan gizi buruk.

Sebenarnya di Kota Semarang banyak sekali diadakan pertemuan-pertemuan di lingkungan RT, baik pertemuan bapak-bapak maupun ibu-ibu. Namun diskusi yang berlangsung tidak pernah menyinggung masalah menyusui, termasuk ASI Eksklusif. Penyuluhan yang paling sering dilakukan pada pertemuan bapak-bapak adalah demam berdarah dan cara penanggulangannya seperti dilakukannya kerja bakti. Sedangkan pada pertemuan PKK lebih sering disampaikan tentang KB (Keluarga Berencana).

Kotak 14

"Ndak ik, penyuluhan ibu-ibu yang menyusui ndak ada, kalo PKK biasane KB"

A, 30 Th, SPB1

Masyarakat Indonesia sangat beragam pendidikan dan daya tangkapnya terhadap berbagai informasi. Jadi promosi melalui media massa belumlah cukup untuk memberikan pengertian tentang suatu program pemerintah. Penyuluhanpun seharusnya dilakukan tidak hanya terfokus pada para ibu, namun juga bagi bapak-bapak. Dalam perawatan bayi biasanya ibu akan berdiskusi terlebih dahulu dengan bapak seperti terlihat pada kotak 15.

Kotak 15

"Diskusi sendiri aja sama suami, kadang-kadang nanya-nanya sama mbak-mbake...kalo kontrol, imunisasi gitu di puskesmas kurang percaya, suami itu wis disana aja di bu yulia"

QM, 19 Th, SPB3

2. Fasilitas BPS/RB/RS

Fasilitas BPS/RB/RS sebenarnya sangat mendukung pelaksanaan ASI Eksklusif karena sebagian besar telah memiliki fasilitas rawat gabung. Bahkan ada BPS yang merawat ibu dan anak dalam satu tempat tidur. Namun karena biasanya subjek berada di tempat bersalin hanya 1 hingga 2 hari maka penjelasan tentang menyusui dan perawatan payudara kurang dapat disampaikan dengan baik.

Kotak 16

"Dipan single buat berdua,...kalo di bu rosita dah kuat ya langsung pulang"

A, 30 Th, SPB1

Banyak Rumah Sakit, puskesmas, klinik dan rumah bersalin yang belum merawat bayi baru lahir berdekatan dengan ibunya. Berbagai alasan diajukan antara lain karena rasa kasihan karena ibu masih capai setelah melahirkan, ibu memerlukan istirahat, atau ibu belum mampu merawat bayinya sendiri. Ada pula kekhawatiran

bahwa pada jam kunjungan, bayi mudah tertular penyakit yang mungkin dibawa oleh para pengunjung. Alasan lain adalah Rumah Sakit / klinik ingin memberikan pelayanan sebaik-baiknya sehingga ibu bisa beristirahat selama berada di rumah sakit. Namun setelah menyadari akan keuntungannya, sistem rawat gabung sekarang menjadi kebijakan pemerintah.

Rawat gabung adalah satu cara perawatan di mana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan ditempatkan dalam sebuah ruangan, kamar atau tempat bersama-sama selama 24 jam penuh dalam seharinya. Istilah rawat gabung parsial yang dulu banyak dianut, yaitu rawat gabung hanya dalam beberapa jam seharinya, misalnya hanya siang hari saja sementara pada malam hari bayi dirawat di kamar bayi, sekarang tidak dibenarkan dan tidak dipakai lagi. Tujuan rawat gabung adalah: (1) agar ibu dapat menyusui bayinya sedini mungkin, kapan saja dibutuhkan, (2) agar ibu dapat melihat dan memahami cara perawatan bayi yang benar seperti yang dilakukan oleh petugas, (3) agar ibu mempunyai pengalaman dalam merawat bayinya sendiri selagi ibu masih di rumah sakit dan yang lebih penting lagi, ibu memperoleh bekal ketrampilan merawat bayi serta menjalankannya setelah pulang dari rumah sakit, (4) dalam perawatan gabung, suami dan keluarga dapat dilibatkan secara aktif untuk mendukung dan membantu ibu dalam menyusui dan merawat bayinya secara baik dan benar, (5)

ibu mendapatkan kehangatan emosional karena ibu dapat selalu kontak dengan buah hati yang sangat dicintainya, demikian pula sebaliknya bayi dengan ibunya.

RSUD Kota Semarang sebenarnya pernah memenangkan penghargaan sebagai Pemenang I Lomba Rumah Sakit dan Puskesmas Sayang Bayi Tingkat Propinsi Dati I Jawa Tengah pada tahun 1995/1996. Di RS ini etalase susu formula diletakkan di dalam ruangan (ruang istirahat bidan) sehingga tidak terlihat oleh pasien maupun pengunjung. RS tidak menganjurkan ibu untuk memberikan susu formula namun mendukung ibu untuk mencoba menyusui bayinya. Berdasarkan observasi, perawat memberikan ASI pada bayi di ruang bayi menggunakan sendok, tidak menggunakan dot. Selain itu pihak Rumah Sakit juga tidak menyediakan fasilitas air panas dan sterilisasi botol tidak seperti di BPS dan RB.

Di luar Kota Semarang terdapat Rumah Sakit yang sangat mendukung ASI Eksklusif. Ngeek...Jel adalah slogan Banyumasan yang banyak dipakai di kalangan bawah untuk menggambarkan bayi yang tengah 'ngeek' (menangis), langsung diam jika mulutnya (dije-) 'jel' (dimasuki) puting susu ibunya. Slogan yang dilaksanakan dengan konsekuen sejak tahun 1990 itu mengantar Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Banyumas menjadi juara nasional lomba RS Sayang Bayi tahun 1992 serta penghargaan nasional dan

internasional sepanjang tahun 1992-1999. Terakhir, 4 September 2001, RS yang terletak di kota Kecamatan Banyumas ini meraih penghargaan berskala internasional dari John Hopkins University (AS) dalam rangka Pekan Air Susu Ibu (ASI) Sedunia dan Revitalisasi RS Sayang Ibu, bekerja sama dengan Departemen Kesehatan dan Koalisi Sehat Indonesia 2010 (Kompas, 2001).

J. FAKTOR PENGUAT

1. Peranan Petugas Kesehatan

Peranan petugas kesehatan yang sangat penting dalam melindungi, meningkatkan, dan mendukung usaha menyusui harus dapat dilihat dalam segi keterlibatannya yang luas dalam aspek sosial. Sebagai individu yang bertanggung jawab dalam gizi bayi dan perawatan kesehatan, petugas kesehatan mempunyai posisi unik yang dapat mempengaruhi organisasi dan fungsi pelayanan kesehatan ibu, baik sebelum, selama maupun setelah kehamilan dan persalinan.

Petugas kesehatan yang terlibat pada perawatan selama kehamilan hingga bayi lahir yang utama pada penelitian ini adalah bidan. Semua subjek, baik yang melahirkan di rumah maupun di BPS/RB/RS pernah memeriksakan kehamilannya ke bidan. Namun kurangnya penjelasan seputar menyusui membuat pengetahuan para ibu tentang ASI Eksklusif sangat kurang. Bidan umumnya

menganggap bahwa menyusui adalah bukan suatu masalah dan tidak perlu diajarkan sehingga jika ibu tidak bertanya maka bidan tidak akan memberikan penjelasan seputar menyusui.

Kotak 17

"Nggak ik malah nggak pernah, nggak pernah ngasih tau, malah mberitahune pas persalinan itu, paling suruh mbersihin"

QM, 19 Th, SPB3

Sikap yang diberikan dalam pelayanan kesehatan juga penting untuk upaya menyusui. Sebagai contoh, petugas kesehatan dapat memberi pengaruh positif dengan cara memperagakan sikap tersebut kepada ibu dan keluarganya, sehingga mereka memandang bahwa kehamilan, melahirkan dan menyusui sebagai suatu pengalaman yang menyenangkan yang diperoleh dalam suasana yang ramah dan lingkungan yang menunjang (Perinasia, 1994).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa banyak bidan yang tidak menjalankan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM) terutama langkah ke-3 hingga ke-9. Kesalahan para bidan yang sangat jelas terlihat adalah memberikan susu formula sebagai prelaktal menggunakan dot. Hal ini sangat tidak sesuai dengan langkah ke-9, yaitu tidak memberikan dot atau kempeng kepada bayi yang diberi ASI. Menurut Cox (2006), dalam 48 jam kehidupannya, bayi tidak membutuhkan air susu terlalu banyak,

hanya setengah sendok teh kolostrum saat pertama menyusui dan 1-2 sendok teh di hari kedua. Jadi pemberian prelaktal tidak perlu banyak dan cukup memberikannya dengan sendok.

Namun ada juga bidan yang sangat mendukung ASI Eksklusif. Subjek mengetahui program ASI Eksklusif dari bidan tempat subjek memeriksakan kehamilannya dan memeriksakan bayinya pasca persalinan.

Kotak 18

"Dari bidan, kalo dulu kan saya taune 3 bulan kalo sekarang 6 bulan... Katane tu eman-eman asine, nanti kalo dah makan mandeg susune...nanti 6 bulan baru dikasih bubur"

SS, 38 Th, SPRS2

2. Peranan Dukun Bayi

Dukun bayi saat ini jarang sekali ditemui. Dari 26 dukun bayi yang terdata oleh Puskesmas Kedungmundu dan Puskesmas Rowosari, hanya 2 dukun bayi yang masih membantu persalinan, selebihnya hanya membantu perawatan bayi seperti memandikan bayi dan memijat bayi. Para dukun bayi ini memberikan perawatan pascapersalinan hingga hari ke 11. Perawatan yang dilakukan adalah memandikan bayi, mengganti perban tali pusat, dan memijat bayi. Kedua dukun bayi yang berhasil diwawancarai tidak mengetahui tentang ASI Eksklusif. Namun mereka pernah mendengarnya. Satu dukun bayi bahkan menganjurkan kepada ibu

untuk memberikan susu formula pada bayinya dan jika susu formula habis dapat membeli di dukun bayi tersebut. Kedua dukun bayi telah mendapatkan berbagai pelatihan bahkan satu dukun bayi dianggap sebagai bidan oleh masyarakat sekitarnya.

Subjek yang melahirkan di BPS/RB/RS biasanya menggunakan jasa dukun bayi setelah sampai di rumah. Biasanya mereka meminta dukun bayi untuk memijat bayinya maupun ibunya karena merasa kelelahan setelah melahirkan. Bahkan subjek yang belum berani memandikan bayi meminta bantuan dukun bayi untuk memandikan bayinya. Disela-sela melakukan perawatan, beberapa dukun bayi akan memberikan sedikit anjuran kepada ibu untuk meminum jamu habis bersalin atau jamu 'wejah'.

Kotak 19

"Suruh minum obat jamu habis melahirkan satu paket...ngasih mimiknya yang banyak biar cepet gemuk...dikasih tapel-tapel buat bayinya"

SU, 22 Th, SPRB2

Di daerah pedesaan, kebanyakan ibu hamil masih mempercayai dukun bayi untuk menolong persalinan yang biasanya dilakukan di rumah. Data Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 1992 menunjukkan bahwa 65% persalinan ditolong oleh dukun bayi. Beberapa penelitian yang pernah dilakukan mengungkapkan bahwa masih terdapat praktek-praktek persalinan oleh dukun yang dapat membahayakan si ibu. Penelitian Iskandar

dkk (1996) menunjukkan beberapa tindakan/praktek yang membawa resiko infeksi seperti "ngolesi" (membasahi vagina dengan minyak kelapa untuk memperlancar persalinan), "kodok" (memasukkan tangan ke dalam vagina dan uterus untuk mengeluarkan placenta) atau "nyanda" (setelah persalinan, ibu duduk dengan posisi bersandar dan kaki diluruskan ke depan selama berjam-jam yang dapat menyebabkan perdarahan dan pembengkakan).

Pemilihan dukun bayi sebagai penolong persalinan pada dasarnya disebabkan karena beberapa alasan antara lain dikenal secara dekat, biaya murah, mengerti dan dapat membantu dalam upacara adat yang berkaitan dengan kelahiran anak serta merawat ibu dan bayi sampai 40 hari. Disamping itu juga masih adanya keterbatasan jangkauan pelayanan kesehatan yang ada. Walaupun sudah banyak dukun bayi yang dilatih, namun praktek-praktek tradisional tertentu masih dilakukan.

3. Peranan Keluarga

Peranan keluarga terhadap berhasil tidaknya subjek memberikan ASI Eksklusif sangat besar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa subjek yang tinggal serumah dengan ibu (nenek) mempunyai peluang sangat besar untuk memberikan MP-ASI dini pada bayi. Bahkan ada subjek yang telah memberikan MP-

ASI mulai bayi usia 11 hari atau setelah 'porthol puser' (tali pusat lepas). Walaupun subjek mengetahui bahwa pemberian MP-ASI terlalu dini dapat mengganggu kesehatan bayi namun mereka beranggapan bahwa jika bayi tidak mengalami gangguan maka pemberian MP-ASI dapat dilanjutkan. Selain itu kebiasaan memberikan MP-ASI dini telah dilakukan turun temurun dan tidak pernah menimbulkan masalah.

Para suami biasanya mempercayakan masalah perawatan bayi kepada istri (subjek) walaupun kadang mereka berdiskusi terlebih dahulu sebelum memutuskan sesuatu. Namun para suami umumnya hanya mengingatkan hal-hal yang mereka tahu dapat membahayakan bayinya.

Kotak 20

"Kalo suami itu kan paling soal makan, cah sak mene kok wis dikei makan"

ES, 34 Th, SPRS1

Ayah dapat berperan aktif dalam keberhasilan pemberian ASI dengan jalan memberikan dukungan secara emosional dan bantuan-bantuan praktis lainnya, seperti mengganti popok atau menyendawakan bayi. Hubungan yang unik antara seorang ayah dan bayinya merupakan faktor yang penting dalam pertumbuhan dan perkembangan seorang anak di kemudian hari. Ayah perlu

mengerti dan memahami persoalan ASI dan menyusui agar ibu dapat menyusui dengan baik (Roesli, 2005).

K. FAKTOR PENGHAMBAT

1. Kebiasaan yang Keliru

Kebiasaan atau kebudayaan merupakan seperangkat kepercayaan, nilai-nilai dan cara perilaku yang dipelajari secara umum dan dimiliki bersama oleh warga di suatu masyarakat. Kebiasaan dan praktik yang keliru yang ditemukan selama penelitian adalah pemberian prelaktal madu dan susu formula menggunakan dot kepada bayi baru lahir dan pemberian MP-ASI yang terlalu dini.

Kebiasaan pembuangan kolostrum tidak dilakukan lagi karena kini mereka sudah mengetahui bahwa ASI yang pertama adalah yang paling baik dan harus diberikan kepada bayi. Namun ada 2 orang suami subjek yang berpendapat bahwa kolostrum tidak baik bagi bayi dan harus dibuang dulu.

Kotak 21

"Dibuang, setahu saya ya dibuang ya ndak lama, tapi itukan permulaan pertama, itu kalo buat bayikan kurang bagus, kalo cairannya beningkan nggak bagus, yang bagus kan kenthel putih itu"

MS, 36 Th, IT9

Kebiasaan memiliki dua aspek, yaitu pengetahuan dan praktik. Pada kenyataannya, praktik dipengaruhi oleh pengetahuan. Jika pengetahuan tradisional itu masih bertahan, maka praktiknya pun tetap dijalankan. Oleh karena itu penyuluhan tidak hanya mencakup kegiatan memberikan pengetahuan baru kepada ibu-ibu. Hal yang lebih penting lagi adalah meyakinkan ibu-ibu bahwa kebiasaan yang keliru dapat membahayakan status gizi dan kesehatan bayi.

Walaupun pada masyarakat tradisional pemberian ASI bukan merupakan permasalahan yang besar karena pada umumnya ibu memberikan bayinya ASI, namun yang menjadi permasalahan adalah pola pemberian ASI yang tidak sesuai dengan konsep medis sehingga menimbulkan dampak negatif pada kesehatan dan pertumbuhan bayi.

Semua subjek berpantang minum es dan makan sambal saat menyusui. Mereka takut jika terlalu banyak minum es dapat menyebabkan bayi batuk pilek dan jika makan sambal dapat menyebabkan bayi diare. Namun sebagian besar subjek tidak berpantang jenis makanan, walaupun ada juga yang berpantang makan ikan pindang karena dapat menyebabkan ASI berbau amis.

Walaupun pada masyarakat tradisional pemberian ASI bukan merupakan permasalahan yang besar karena pada umumnya ibu memberikan bayinya ASI, namun yang menjadi

permasalahan adalah pola pemberian ASI yang tidak sesuai dengan konsep medis sehingga menimbulkan dampak negatif pada kesehatan dan pertumbuhan bayi. Disamping pola pemberian yang salah, kualitas ASI juga kurang. Hal ini disebabkan banyaknya pantangan terhadap makanan yang dikonsumsi si ibu baik pada saat hamil maupun sesudah melahirkan. Sebagai contoh, pada masyarakat Kerinci ibu yang sedang menyusui pantang untuk mengkonsumsi bayam, ikan laut atau sayur nangka. Di beberapa daerah ada yang memantangkan ibu yang menyusui untuk memakan telur (Maas, 2004).

Adanya pantangan makanan ini merupakan gejala yang hampir universal berkaitan dengan konsepsi "panas-dingin" yang dapat mempengaruhi keseimbangan unsur-unsur dalam tubuh manusia -tanah, udara, api dan air. Apabila unsur-unsur di dalam tubuh terlalu panas atau terlalu dingin maka akan menimbulkan penyakit. Untuk mengembalikan keseimbangan unsur-unsur tersebut maka seseorang harus mengkonsumsi makanan atau menjalani pengobatan yang bersifat lebih "dingin" atau sebaliknya. Pada, beberapa suku bangsa, ibu yang sedang menyusui kondisi tubuhnya dipandang dalam keadaan "dingin" sehingga ia harus memakan makanan yang "panas" dan menghindari makanan yang "dingin". Hal sebaliknya harus dilakukan oleh ibu yang sedang hamil (Reddy, 1990).

2. Promosi Susu Formula

Tempat melahirkan memberikan pengaruh terhadap pemberian ASI Eksklusif pada bayi karena merupakan titik awal bagi ibu untuk memilih apakah tetap memberikan bayinya ASI Eksklusif atau memberikan susu formula yang diberikan oleh petugas kesehatan maupun non-kesehatan sebelum ASI-nya keluar.

Meskipun ada kode etik internasional tentang pengganti ASI (susu formula), pemasaran susu formula langsung ke BPS saat ini semakin gencar dan sangat mengganggu keberhasilan program ASI Eksklusif. Bahkan para produsen susu berlomba-lomba mengadakan seminar dan mengundang para bidan ke Hotel berbintang untuk mendengarkan penjelasan tentang produk mereka.

Pelaku pelanggaran kode etik internasional kini bergeser dari perusahaan makanan bayi kepada petugas kesehatan/sarana pelayanan kesehatan. Kalau dulu *sales promotion girl* (SPG) dari perusahaan susu yang membagi-bagi contoh produk, kini rumah sakit/rumah bersalin yang membagi produk susu formula dalam bingkisan untuk ibu sehabis bersalin. Selain itu diketahui pula, ada sebagian petugas kesehatan secara halus mendorong ibu untuk tidak memberi ASI melainkan susu formula kepada bayinya (Siswono, 2001a).

Para subjek yang gagal memberikan ASI Eksklusif pada bayinya sebagian besar karena bayi telah diberi prelaktal susu formula saat masih di BPS/RB. Bahkan ada satu subjek yang akhirnya tidak bisa menyusui bayinya karena bayi sudah terbiasa dengan dot dan tidak mau menyusu ibunya.

Kotak 22

"Yang ini blas, nggak pernah ngerasain asi blas, (kolostrum) nggak, kalo saya rasain nggak pernah, emoh tho, enak botolnya, kalo ditempatnya bu rosita langsung dikasih dot mungkin karena aku belum keluar tapi besoknya kok dikasih dot lagi ya udahlah"

RW, 35 Th, SPB2

b. Masalah Kesehatan pada Ibu dan Anak

Apapun akan dilakukan oleh seorang ibu demi kebaikan atau kesenangan bayinya. Hasil wawancara dapat diketahui bahwa para subjek tetap berusaha menyusui bayinya walaupun mereka sedang sakit. Bahkan ada satu subjek yang rela tidak minum obat saat sakit gigi karena khawatir bayi tidak mau menyusu setelah subjek meminum antibiotik. Namun ada satu subjek yang menghentikan menyusui saat sakit. ASI berhenti sebentar dan bayi tidak mau menyusu. Karena subjek berkeinginan besar untuk dapat menyusui lagi maka segala cara dicoba dan akhirnya bayi mau menyusu lagi.

Kotak 23

" Waktu itu aku sakit seminggu nggak tak minumke, pake susu dulu..habis itu nggak mau, susune nggak keluar anakke ya nggak mau, terus tak cobain terus sampe akhirnya mau"

QM, 19 Th, SPB3

Keadaan payudara ibu mempunyai peran dalam keberhasilan menyusui, seperti puting tenggelam, mendatar atau puting terlalu besar dapat mengganggu proses menyusui. Hampir semua ibu tidak mengalami kelainan payudara. Namun sebagian besar ibu mulai dapat menyusui setelah hari kedua atau ketiga.

Menyinggung ukuran payudara, Arlina dalam Siswono (2001b) mengatakan, besar atau kecil payudara, serta bentuk payudara tidak terkait langsung dengan produksi ASI. Tidak ada jaminan kalau payudara besar akan menghasilkan lebih banyak ASI, sedang payudara kecil menghasilkan lebih sedikit. Produksi ASI lebih banyak ditentukan oleh faktor nutrisi, frekuensi pengisapan, dan faktor emosi. Menyusui bayi yang baik harus sesuai kebutuhan si bayi, atau nirjadwal, karena secara alamiah bayi akan mengatur kebutuhannya sendiri. Semakin sering bayi menyusu, maka payudara akan memproduksi ASI lebih banyak. Semakin kuat daya isap bayi, maka semakin banyak ASI yang diproduksi. Ibu tidak akan kekurangan ASI, karena ASI akan terus diproduksi, asal bayi tetap mengisap. Ibu cukup makan dan minum, disertai keyakinan mampu memberi ASI pada anaknya. Dengan

begitu, ibu dapat menyusui bayinya secara murni sekitar 4-6 bulan dan tetap memberikan ASI sampai si anak berusia dua tahun.

Masalah kesehatan bayi menurut beberapa subjek dapat diatasi jika bayi mengkonsumsi ASI. Apabila bayi sakit yang mengkonsumsi obat bukan bayinya melainkan ibu. Mereka percaya bahwa melalui ASI obat dapat tersalurkan ke bayi dan bayi akan cepat sembuh. Seperti yang dilakukan oleh SPRS3.

Kotak 24

"Nek pilek2 ibu saget mik obat...nggih niki to wayah atis pilek, kulo ngombe mixagrip"

M, 32 Th, SPRS3

Beberapa subjek juga percaya bahwa apa yang dimakan ibu dapat menyebabkan bayi sehat atau sebaliknya dapat menyebabkan gangguan kesehatan pada bayinya. Semua subjek percaya bahwa jika ibu mengkonsumsi sambal atau es saat menyusui dapat menyebabkan bayi diare atau terserang penyakit. Jadi mereka umumnya menghindari mengkonsumsi sambal dan es atau tetap mengkonsumsi tetapi tidak berlebihan.

Kegagalan praktik pemberian ASI Eksklusif tidak dapat hanya dilihat dari konsep ilmu kesehatan namun juga konsep sosial budaya. Kegagalan praktik pemberian ASI Eksklusif dalam konsep sosial budaya dapat disebabkan oleh adanya hambatan struktural dan

hambatan kultural. Hambatan struktural yang berarti hambatan karena hubungan sosial kelembagaan dan kemasyarakatan dan hambatan kultural adalah hambatan karena keadaan budaya yang berlaku di masyarakat. Faktor kegagalan pemberian ASI Eksklusif yang termasuk dalam hambatan struktural adalah kampanye ASI Eksklusif yang kurang, fasilitas BPS, RB, dan RS yang kurang kondusif bagi pemberian ASI Eksklusif, peranan petugas kesehatan, dukun bayi dan keluarga yang kurang, dan promosi susu formula yang sangat gencar di media massa. Sedangkan yang termasuk dalam hambatan kultural adalah pengetahuan tentang ASI Eksklusif dan motivasi pemberian ASI Eksklusif yang kurang karena masih melekatnya pengetahuan budaya lokal tentang pemberian makan pada bayi.

H. Keterbatasan Penelitian

1. Observasi di BPS/RB/RS tidak dapat optimal karena peneliti tidak diijinkan mengamati proses persalinan karena dapat mengganggu.
2. Observasi tidak dapat dilakukan sesuai jadwal karena kendala waktu, jarak, dan subjek sulit ditemui, sehingga ada subjek yang diwawancarai hanya 3 kali namun ada juga yang lebih dari 3 kali.

V. SIMPULAN DAN SARAN

L. SIMPULAN

1. Perbedaan tempat bersalin dan penolong persalinan tidak mempengaruhi berhasil tidaknya subjek memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya.
2. Di antara ke-12 subjek hanya ada 1 subjek yang berhasil memberikan ASI Eksklusif sampai bayi berumur lebih dari 4 bulan.
3. Faktor pendorong (*predisposing factors*) gagalnya pemberian ASI Eksklusif adalah kurangnya pengetahuan subjek tentang ASI Eksklusif dan adanya ideologi makanan yang non-Eksklusif, sehingga tidak muncul motivasi yang kuat dari subjek untuk memberikan ASI Eksklusif pada bayinya.
4. Faktor pemungkin (*enabling factors*) gagalnya pemberian ASI Eksklusif adalah kurangnya penyuluhan atau pengarahan tentang ASI Eksklusif dari Posyandu, Puskesmas, maupun pertemuan PKK dan fasilitas rawat gabung di BPS/RB/RS yang tidak berjalan semestinya karena masih ada pemberian susu formula sebagai prelaktal.
5. Faktor penguat (*reinforcing factors*) gagalnya pemberian ASI Eksklusif adalah kurangnya penyuluhan atau pengarahan dari bidan seputar menyusui saat memeriksakan kehamilan, anjuran dukun bayi untuk memberikan madu dan susu formula sebagai

prelaktal, dan kuatnya pengaruh ibu (nenek) dalam pengasuhan bayi secara non-ASI Eksklusif.

6. Faktor penghambat pemberian ASI Eksklusif adalah keyakinan dan praktik yang keliru tentang makanan bayi, promosi susu formula yang sangat gencar, dan masalah kesehatan ibu dan bayi.
7. Keseluruhan faktor kegagalan ini bersifat struktural dan kultural sehingga menuntut strategi penanggulangan yang komprehensif.

M. SARAN

1. Bagi Departemen Kesehatan agar dapat melakukan penyuluhan tentang ASI Eksklusif secara internal terlebih dahulu jika ingin meningkatkan persentase pemberian ASI Eksklusif dan mencegah terjadinya masalah gizi di masa yang akan datang.
2. Bagi pendidikan agar penelitian selanjutnya perlu dipertimbangkan untuk memberikan intervensi berupa penyuluhan tentang ASI Eksklusif sehingga dapat membantu promosi ASI Eksklusif.
3. Bagi masyarakat agar lebih aktif mencari informasi yang penting bagi kesehatan keluarga agar pengetahuan yang diperoleh tidak salah.
4. Perlu kerjasama lintas sektoral (antar departemen) untuk mengatasi masalah struktural dan kultural dalam memasyarakatkan ASI Eksklusif.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, S., D. Hastuti, U. Sumarwan, 2004, Pengambilan Keputusan Pemberian ASI Eksklusif kepada Bayi di Kota Bogor, Media GIZI & KELUARGA, Juli 2004, hal. 70-77.
- Ahmadi, A., 2002, Psikologi Sosial, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, hal. 197-198.
- Angelsen, N.K., T. Vik, G. Jacobsen, L.S. Bakketeig, 2001. *Breastfeeding and Cognitive Development at 1 and 5 Years Old*. BMJ Arch Dis Child 85, p. 183-188.
- Anonim, 2001, "Ngeek...Jel", Menghadang Susu Formula. Diakses pada tanggal 10 Agustus 2006, dari <http://kompas.com>.
- Ambarwati, R., 2004, Faktor yang Berhubungan dengan Kegagalan Pemberian ASI Eksklusif di Puskesmas Padangsari Kabupaten Ungaran, Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang, hal. 50-65.
- Arisman, 2004, Gizi dalam Daur Kehidupan: Buku Ajar Ilmu Gizi, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, hal. 40-53.
- As'ad, M., 2005, Psikologi Industri Seri Ilmu Sumber Daya Manusia, Penerbit Liberty, Yogyakarta, hal. 45-57.
- Brady, M., 2006, *The Thirty-fourth World Health Assembly 21 May 1981*. Diakses pada tanggal 16 Agustus 2006, dari <http://www.babymilkaction.org>.
- Budioro, B., 1998, Pengantar Pendidikan (Penyuluhan) Kesehatan Masyarakat, Badan Penerbit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang, hal. 12-20.
- Chumbley, J., 2004, Menyusui: Panduan para ibu untuk menyusui dan mengenalkan bayi pada susu botol, Penerbit Erlangga, Jakarta, hal. 10-13.
- Cox, S., 2006., *Breastfeeding with Confidence*, Panduan untuk belajar menyusui dengan percaya diri, PT Elex Media Komputindo, Jakarta, hal. 20.

- Departemen Kesehatan RI, 2001, Buku Panduan Manajemen Laktasi, Dit. Gizi Masyarakat-Depkes RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2004a, Kepmenkes RI No. 450/MENKES/IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif pada Bayi Indonesia, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2004b, Kebijakan Departemen Kesehatan tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Pekerja Wanita, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2005, Manajemen Laktasi: Buku Panduan bagi Bidan dan Petugas Kesehatan di Puskesmas, Dit. Gizi Masyarakat-Depkes RI, Jakarta.
- Diaz, S., C. Herrerros, R. Aravena, M.E. Casado, M.V. Reyes, V. Schiappacasse, 1995, *Breast-feeding duration and growth of fully breast-fed infants in a poor urban Chilean population*, Am J Clin Nutr 62, p. 371-376.
- Dinas Kesehatan Pemerintah Propinsi Jawa Tengah, 2005, Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Tahun 2003, Pradipta. Diakses pada tanggal 22 Mei 2006, dari <http://www.jawatengah.go.id>.
- Edmond, K.M., C. Zandoh, M.A. Quigley, S.A. Etego, S.O. Agyei, B.R. Kirkwood., 2006. *Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality*, Pediatrics 117, p. 380-386.
- Green, LW dan W. Kreuter, 1991, *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach*, 2nd Ed, Mayfield Publishing Company, London, hal. 142-177.
- Hanson, M.B., *et al* 2003, *Correlates of Breast-feeding in a Rural Population*, Am J Health Behav 27(4), p. 432-444.
- Hudelson, P.M., 1994, *Qualitative Research for Health Programmes*, Division of Mental Health WHO, Geneva, p. 81.
- Iskandar, M.B., *et al* 1996 Mengungkap Misteri Kematian Ibu di Jawa Barat, Depok, Pusat Penelitian Kesehatan Lembaga Penelitian, Universitas Indonesia.
- Keraf, A.S. dan M. Dua, 2001, Ilmu Pengetahuan Sebuah Tinjauan Filosofis, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, hal. 33-34.

- King, F.S., 1991, *Menolong Ibu Menyusui*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, hal. 131-139.
- King, F.S. dan A. Burgess, 1996, *Nutrition for Developing Countries*, 2nd Ed, Oxford University Press, New York, p. 96.
- Kretchmer, N. dan M. Zimmermann, 1997, *Developmental Nutrition*, Allyn and Bacon, London, p. 170-298.
- Kusnanto, H., 2001, *Metode Kualitatif dalam Riset Kesehatan*, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, hal. 1-9.
- Lawrence, R.A., 1994, *Breastfeeding: A guide for the medical profession*, 4th Ed, Mosby, Missouri, p. 17.
- LINKAGES, 2002, *Pemberian ASI Eksklusif atau ASI saja: Satu-satunya Sumber Cairan yang Dibutuhkan Bayi Usia Dini*, Diakses pada tanggal 16 Agustus 2006, dari www.linkagesproject.org.
- Maas, L.T., 2004, *Kesehatan Ibu dan Anak: Persepsi Budaya dan Dampak Kesehatannya*, FKM Universitas Sumatera Utara, USU Digital Library.
- Margawati, A., 2005, *Patterns of Breast-feeding Practice in Semarang, Indonesia Comparison between Women in Peri-urban Area and Urban Area*, The University of Hull, p. 209-212.
- Marjono, A.B., 2006, *Kamar Bersalin dan Rawat Gabung*, Catatan Kuliah Obstetri Ginekologi plus FKUI, Diakses pada tanggal 10 Desember 2006, dari www.cakulobginplus.com.
- Moleong, L.J., 2006, *Metode Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung, hal. 155-244.
- Nik, 2005, *Program ASI Eksklusif hingga Bayi Enam Bulan*, Diakses pada tanggal 22 Mei 2006, dari Media Indonesia Online.
- Notoatmodjo, S., 2003, *Prinsip-prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, hal. 118-145.
- Nutrition and Health Surveillance System*, 2002, *Breastfeeding and Complementary Feeding Practices in Indonesia*, *Nutrition and Health Surveillance System Annual Report 2002*, Helen Keller Worldwide. Jakarta.

- Permana, F.D., 2006, Faktor-faktor Penyebab Kegagalan Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu tidak Bekerja (Studi Kualitatif di Desa Batusari Kecamatan Mranggen Kabupaten Demak Tahun 2006), Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Undip, Semarang, hal. 38-90.
- Perinasia, 1994, Melindungi, Meningkatkan, dan Mendukung Menyusui: Peran Khusus pada Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dan Menyusui, Pernyataan bersama WHO/UNICEF, Perkumpulan Perinatologi Indonesia, Jakarta.
- Pudjadi, S., 2001, Bayiku Sayang: Petunjuk Bergambar untuk Merawat Bayi dan Jawaban atas 62 Pertanyaan yang Mencemaskan, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta, hal. 16-33.
- Rachmawati, E dan R. Kuntari, 2006, Air Susu Ibu versus Susu Botol, Diakses pada tanggal 16 Agustus 2006, dari <http://www.kompas.co.id>.
- Reddy, P.H., 1990, *Dietary practices during pregnancy, lactation and infancy: Implications for Health*, *Health Transition: The Culture, Social and Behavioral determinants of Health*, volume II. Disunting oleh John C. Caldwell, et al., Canberra: Health Transition Centre.
- Roesli, U., 2005, Mengenal ASI Eksklusif, Trubus Agriwidya, Jakarta, hal. 2-47.
- Roesli, U., 2001, Bayi Sehat berkat ASI Eksklusif, PT. Elex Media Komputindo, Jakarta, hal. 1-34.
- Setyawati, A., 2002, Perilaku Pemberian ASI oleh Ibu tidak Bekerja di Desa Jomblang Kecamatan Takeran Kabupaten Magetan (Studi Kualitatif), Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Undip, Semarang, hal. 42-96.
- Siswono, 2001a, Depkes tak Mampu Awasi Promosi PASI Sendirian. Diakses pada tanggal 10 Agustus 2006, dari <http://gizi.net>.
- Siswono, 2001b, Menyusui Bayi bisa Mencegah Pendarahan Pascapersalinan. Diakses pada tanggal 10 Agustus 2006, dari <http://gizi.net>.
- Suhardjo, 1992, Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, hal. 68-108.
- Soeparmanto, P. dan S.C. Rahayu, 1998, Hubungan Antara Pola Pemberian ASI dengan Faktor Sosial, Ekonomi, Demografi, dan

Perawatan Kesehatan. Diakses pada tanggal 22 Mei 2006, dari <http://www.tempo.co.id>.

Soesanti, I., 2004, Praktik Pemberian ASI dan Pemberian MP-ASI pada Anak Usia 0-3 tahun di Masyarakat Nelayan Kel. Kalisari, Kec. Mulyorejo, Kota Surabaya, Jurnal Ilmiah Media Gizi Indonesia, hal. 41-50.

Soetjningsih, 1997, ASI Petunjuk untuk Tenaga Kesehatan, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, hal: 1-175.

Sterken, E., 2006, *Risk of Formula Feeding: a brief annotated bibliography*, WABA and INFACT Canada, Malaysia dan Toronto.

Stewart-Knox, B., K. Gardiner, M. Wright, 2003, *What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions*, J Hum Nutr Dietet 16, p. 265-273.

Susanto, 2007. Faktor-faktor Gizi untuk Menunjang Kesehatan. Disampaikan dalam Seminar Merencanakan Anak Sehat dan Cerdas dari Tinjauan Medis, Gizi, dan Psikologi, 27 Mei 2007, Semarang.

Suyatno, 2000, Pengaruh Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Tradisional terhadap kejadian ISPA, Diare, dan Status Gizi Bayi pada 4 (empat) bulan Pertama Kehidupannya, Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, hal. 35-68.

Syarifah, 2004, Pengetahuan dan Perilaku Dukun Bayi tentang Kasus Risiko Tinggi dan Rujukan Puskesmas setelah Mendapat Latihan dengan Metode Permainan Simulasi. Diakses pada tanggal 16 Agustus 2006, USU Digital Library Sumatera Utara.

UNICEF, WHO, IDAI, 2005, Rekomendasi tentang Pemberian Makan Bayi pada Situasi Darurat: Pernyataan Bersama UNICEF WHO IDAI 7 Januari 2005, Jakarta.

Utomo, B., 2000, *The Slowing Progress of Breastfeeding Promotion Program in Indonesia: Causes and Recommendation*, Kumpulan Makalah Diskusi Pakar bidang Gizi tentang ASI-MP ASI, Antropometri, dan BBLR, Kerjasama antara Persatuan Ahli Gizi Indonesia, LIPI, dan UNICEF.

WABA, 2006, *1-7 August 2006, WABA World Breastfeeding Week [Brochure]*, www.waba.org.my.

- Weimen, J., 2001, *The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis*, U.S. Department of Agriculture, Food Assistance and Nutrition Research, Report No. 13, Washington, DC.
- WHO dan UNICEF, 1993, *Breastfeeding Counseling: A training course. Participants Manual*, WHO-UNICEF, New York, p. 14.
- Widjaja, M.C., 2004, Gizi Tepat untuk Perkembangan Otak dan Kesehatan Balita, Kawan Pustaka, Jakarta, hal: 1-29.
- Widiastuti, 1999, Tidak Etisnya Promosi Susu Formula (Telaah), *Warta Konsumen*, No. 4 Tahun XXV, hal.18-25.
- Wiryo, H., 2007, *The Effect of Early Solid Food Feeding and The Absence of Colostrum Feeding On Neonatal Mortality*, FK Universitas Udayana. Diakses pada tanggal 27 Juli 2007, dari www.tempointeraktif.com.
- Wisnuwardhani, S.D., 2006, Praktik Menyusui yang Benar, Bahan Bacaan Manajemen Laktasi. Catatan Kuliah Obstetri Ginekologi plus FKUI, Diakses pada tanggal 10 Desember 2006, dari www.cakulobginplus+.com.
- YLKI, 2003, *Asia Pasific Conference on Breastfeeding: Adakah yang Lebih Baik daripada Menyusui?: Strategi Global untuk Memperbaiki Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak*, *Warta Konsumen*, Edisi Desember 2003/No.12/XXIX, hal. 18-20.
- YLKI, 2005, Jalan Panjang Menyukkseskan Program ASI Eksklusif 6 Bulan, *Warta Konsumen*, Edisi Februari 2005/No.02/XXXI, hal. 10-14.

Lampiran 1.

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

**Penelitian Mengenai Faktor-Faktor yang Berperan dalam
Kegagalan Praktik Pemberian ASI Eksklusif
(Studi Kualitatif di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang Tahun 2006)**

Kami yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Bersedia berpartisipasi menjadi subjek penelitian yang akan dilakukan oleh Diana Nur Afifah dari Program Pascasarjana Magister Gizi Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.

Demikian pernyataan ini saya buat sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 2006

Mengetahui

Peneliti

Responden

(Diana Nur Afifah)

(.....)

Lampiran 2.

DAFTAR PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM*

FAKTOR-FAKTOR YANG BERPERAN DALAM
KEGAGALAN PRAKTIK PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF
(Studi Kualitatif di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang Tahun 2006)

SUBJEK

A. KARAKTERISTIK SUBJEK

1. Nama :
2. Umur :
3. Usia saat menikah :
4. Pendidikan :
5. Jumlah anak balita dalam keluarga :
6. Selisih umur si bungsu dgn kakaknya :
7. Pekerjaan :
8. Pekerjaan suami :
9. Penghasilan keluarga :
10. Tanggal persalinan :
11. Tempat persalinan :
12. Penolong persalinan :

*) Daftar pertanyaan untuk ibu yang melahirkan dengan bantuan dukun bayi disesuaikan dengan keadaan

B. PRAKTIK PEMBERIAN ASI (EKSKUSIF ATAU INKLUSIF)

PRA PERSALINAN

1. Apakah Ibu sudah pernah punya anak? Pernah Menyusui?
2. Di mana Ibu memeriksakan kehamilan? Berapa kali?
3. Masalah-masalah apa yang dialami selama kehamilan?
4. Saat memeriksakan kehamilan, apakah Ibu sempat berkonsultasi dengan bidan / dokter?
5. Apakah bidan / dokter Ibu memberikan penjelasan seputar menyusui bayi? (Manfaat ASI, kapan mulai menyusui)

PERSALINAN (HARI I)

1. Jam berapa Ibu datang ke BPS / RB / RS?
2. Apakah ada penjelasan tentang perawatan payudara dan dilakukan perawatan payudara?
3. Jam berapa Ibu melahirkan?
4. Apa yang dilakukan bidan / dokter / perawat sesaat setelah Ibu melahirkan?
5. Berapa lama jarak waktu melahirkan hingga melihat bayi?

6. Apakah bidan / dokter / perawat membantu Ibu untuk mulai memberikan ASI saat pertama kali memperlihatkan bayi?
7. Apakah saat pertama kali menyusui Ibu sempat mandi atau berganti pakaian?
8. Apakah saat itu bayi sudah mandi dan memakai baju?
9. Apakah Ibu dan bayi tidur dalam satu ruangan?
10. Apakah bidan / dokter / perawat memberitahukan bagaimana cara menyusui yang benar?
11. Berapa lama jarak menyusui I dan II? Jika lama, mengapa?
12. Apakah saat itu bayi masih di ruangan? Apakah bayi tidur terus?
13. Apakah saat itu Ibu melihat bayi diberi susu formula?
14. Apakah puting Ibu lecet dan merasa kesakitan setelah menyusui?

HARI II-VII

1. Berapa hari Ibu berada di BPS / RB / RS?
2. Selama Ibu di BPS / RB / RS apakah Ibu sudah menyusui?
3. Hari keberapa ASI (yang berwarna putih atau ASI matur) keluar?
4. Apakah ada masalah dengan kondisi Ibu?
5. Apa saja yang diberikan kepada bayi sebelum ASI keluar atau ASI masih sedikit? (Jika tidak diberi apa-apa apakah Ibu tidak merasa kasihan?)
6. Apa saja yang diberikan kepada bayi setelah ASI keluar?
7. Apakah Ibu dibawakan susu formula dan botol dari BPS / RB / RS? Bagaimana pendapat Ibu?
8. Apakah di rumah pemberian susu formula tersebut dilanjutkan?
9. Bagaimana berat badan bayi setelah satu minggu? Bagaimana pendapat Ibu? Apa yang Ibu lakukan kemudian?
10. Dalam satu hari, berapa kali bayi anda buang air besar? Bagaimana pendapat Ibu? Apa yang Ibu lakukan kemudian?

MINGGU II-IV/BULAN II/III/IV

1. Apakah ada masalah dengan kondisi bayi?
2. Apakah ada masalah dengan kondisi Ibu?
3. Apakah bayi sudah dapat menyusu dengan baik (banyak)?
4. Apakah bayi masih menangis setelah disusui?
5. Apa yang dilakukan Ibu jika bayi masih terus menangis walaupun telah disusui?
6. Apabila bayi tidur terus, apa yang Ibu lakukan?
7. Apakah yang dilakukan Ibu jika bayi masih menjilat-jilat mulutnya walaupun telah disusui?
8. Apakah Ibu telah memberikan makanan selain ASI?

C. PREDISPOSING FACTORS

PENGETAHUAN

1. Pengetahuan tentang ASI Eksklusif
2. Pengetahuan tentang kolostrum

MOTIVASI

1. Perasaan saat pertama kali menyusui
2. Alasan Ibu memberikan ASI Eksklusif / dorongan yang membuat Ibu ingin / tidak ingin memberikan ASI Eksklusif

D. ENABLING FACTORS

KAMPANYE ASI EKSKLUSIF

1. Kampanye tentang ASI eksklusif dari petugas kesehatan ataupun LSM

FASILITAS BPS/RB/RS (untuk yang melahirkan di BPS/RB/RS)

1. Perawatan dan fasilitas yang didapat dari BPS/RB/RS sebelum dan sesudah persalinan (pada Ibu dan bayi)
2. Penyuluhan atau anjuran tentang perawatan bayi, persiapan menyusui, dan pentingnya pemberian ASI Eksklusif
3. *Early initiation* (membantu Ibu mencoba menyusui bayi pertama kali maksimal 30 menit setelah persalinan)

E. REINFORCING FACTORS

PENGARUH TENAGA KESEHATAN

1. Informasi yang pernah didapatkan dari tenaga kesehatan tentang ASI Eksklusif

PENGARUH DUKUN BAYI

1. Informasi yang pernah dapatkan dari dukun bayi tentang ASI Eksklusif

PENGARUH ORANG TERDEKAT

1. Informasi yang pernah dapatkan dari orang terdekat anda tentang ASI Eksklusif

F. FAKTOR PENGHAMBAT

KEYAKINAN YANG KELIRU

1. Makanan / minuman yang dipercaya dapat memperlancar ASI
2. Makanan / minuman yang tidak boleh dikonsumsi selama menyusui

PROMOSI SUSU FORMULA

1. Dari mana mendapatkan informasi tentang susu formula
2. Dari mana mendapatkan susu formula pertama kali untuk bayi (sebagai prelaktal)

KONDISI KESEHATAN IBU

1. Gangguan kesehatan yang dialami ibu selama menyusui
2. Masalah dalam menyusui
3. Kecukupan ASI

KONDISI BAYI

1. Gangguan kesehatan yang dialami oleh bayi selama menyusu

Lampiran 3.

DAFTAR PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM

FAKTOR-FAKTOR YANG BERPERAN DALAM
KEGAGALAN PRAKTIK PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF
(Studi Kualitatif di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang Tahun 2006)

INFORMAN (ORANG TERDEKAT SUBJEK)

- A. KARAKTERISTIK INFORMAN
 - 1. Nama :
 - 2. Umur :
 - 3. Pendidikan :
 - 4. Hubungan dengan subyek :
- B. PENGETAHUAN TENTANG ASI
- C. PENGETAHUAN TENTANG ASI EKSKLUSIF
- D. PENGETAHUAN TENTANG KOLOSTRUM
- E. PENGETAHUAN TENTANG PEMBERIAN MAKAN PADA BAYI
- F. KAMPANYE ASI EKSKLUSIF
- G. KEYAKINAN YANG KELIRU
 - 1. Makanan / minuman apa yang dipercaya dapat memperlancar ASI
 - 2. Makanan / minuman apa yang tidak boleh dikonsumsi selama menyusui
- H. PROMOSI SUSU FORMULA
 - 3. Informasi tentang susu formula
 - 4. Susu formula pertama kali untuk bayi (sebagai prelaktal di BPS/RB/RS)
- I. KONDISI KESEHATAN IBU
 - 4. Gangguan kesehatan yang dialami subjek (anak/istri) selama menyusui
- J. KONDISI BAYI
 - 2. Gangguan kesehatan yang dialami oleh bayi selama menyusui

Lampiran 4.

DAFTAR PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM

FAKTOR-FAKTOR YANG BERPERAN DALAM
KEGAGALAN PRAKTIK PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF
(Studi Kualitatif di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang Tahun 2006)

INFORMAN (TENAGA KESEHATAN)

- A. KARAKTERISTIK INFORMAN
 - 1. Nama :
 - 2. Umur :
 - 3. Pendidikan :
- B. TANGGAPAN TENAGA KESEHATAN TERHADAP MAKANAN BAYI USIA 0-6 BULAN
- C. KAMPANYE ASI EKSKLUSIF
 - 1. Kampanye ASI Eksklusif yang dilakukan
 - 2. Informasi yang disampaikan tentang ASI Eksklusif dari kampanye tersebut
- D. FASILITAS BPS/RB/RS (untuk yang melahirkan di BPS/RB/RS)
 - 1. Fasilitas yang diberikan kepada para ibu hamil dan ibu yang telah bersalin di tempat saudara
 - 2. Penyuluhan atau anjuran tentang perawatan bayi, persiapan menyusui, dan pentingnya pemberian ASI Eksklusif
 - 3. *Early initiation*
- E. KEYAKINAN YANG KELIRU
 - 3. Makanan / minuman yang dipercaya dapat memperlancar ASI
 - 4. Makanan / minuman yang tidak boleh dikonsumsi selama menyusui
- F. PROMOSI SUSU FORMULA
 - 5. Informasi tentang susu formula

Lampiran 5.

Karakteristik Subjek Penelitian

Subjek	Umur (tahun)	Pendidikan	Σ Balita dalam Keluarga	Penhasilan Keluarga	Tanggal Persalinan	Jenis Kelamin Bayi	Penolong Persalinan
SPB1	30	SMA	1	1.000.000/bl	12 Okt 2006	Laki-laki	Bidan
SPB2	35	SMA	3	3.000.000/bl	29 Sept 2006	Perempuan	Bidan
SPB3	19	SMP	1	500.000/bn	7 Des 2006	Perempuan	Bidan
SPRB1	22	SMA	1	2.500.000/bl	26 Nov 2006	Laki-laki	Bidan
SPRB2	22	SMEA	1	1.000.000/bl	14 Nov 2006	Laki-laki	Bidan
SPRB3	29	SMA	2	500.000/bl	3 Nov 2006	Laki-laki	Bidan
SPRS1	34	SMA	1	750.000/bl	3 Des 2006	Laki-laki	Bidan
SPRS2	38	SD	1	-	29 Nov 2006	Perempuan	Bidan
SPRS3	32	SD	1	800.000/bl	29 Nov 2006	Perempuan	Bidan
SPD1	20	SMP	1	500.000/bl	17 Sept 2006	Laki-laki	Dukun bayi
SPD2	25	SD	1	600.000/bl	26 Sept 2006	Laki-laki	Dukun bayi
SPD3	17	MTS	1	-	18 Okt 2006	Laki-laki	Dukun bayi

Lampiran 6.

KARAKTERISTIK INFORMAN (ORANG TERDEKAT SUBJEK)

Informan	Umur (tahun)	Pendidikan	Hubungan dengan Subjek
IT1	34	D3	Suami
IT2	35	D3	Suami
IT3	23	SMP	Suami
IT4	27	D1	Kakak
IT5	44	-	Ibu
IT6	55	SD	Ibu
IT7	37	SMA	Suami
IT8	41	SD	Suami
IT9	36	SMP	Suami
IT10	40	SD	Ibu
IT11	35	-	Suami
IT12	35	SD	Ibu

Lampiran 7.

KARAKTERISTIK INFORMAN (TENAGA KESEHATAN DAN DUKUN BAYI)

Informan	Umur (tahun)	Pendidikan	Pekerjaan
NK1	42	D1 Kebidanan	Bidan Puskesmas Kedungmundu
NK2	34	D3 Gizi	Pelaksana Gizi Puskesmas Kedungmundu
NK3	22	D3 Kebidanan	Bidan BPS Yulia Ermawati
NK4	34	D3 Kebidanan	Bidan RB. Sendangmulyo-Bhayangkari
NK5	21	D3 Kebidanan	Bidan RB. Budi Rahayu
NK6		Kedokteran	Dokter RSUD Kota Semarang, Ruang Dewi Kunti-Pasca Persalinan
NK7		D1 Kebidanan	Bidan RSUD Kota Semarang
NK8	45	-	Dukun bayi
NK9	45	-	Dukun bayi

Lampiran 8.

FOTO-FOTO PENELITIAN



a. Wawancara dengan subjek



b. Wawancara dengan dukun bayi



c. Etalase salah satu BPS



d. Bayi dan botol yang diperoleh dari BPS

Lampiran 9.

REKAPAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

Subjek	Bulan ke-			
	I	II	III	IV
SPB1	Formula+ASI	Formula+ASI	Formula+ASI	Formula+ASI
SPB2	Formula	Formula	Formula	Formula
SPB3	Formula+ASI	Formula+ASI+Pisang	Formula+ASI	ASI
SPRB1	Formula+ASI	Formula+ASI	Formula+ASI+Bubur	Formula+ASI+Bubur
SPRB2	Formula+ASI+Nasi uleg pisang	Formula+ASI+Nasi uleg pisang	Formula+ASI+Nasi uleg pisang	Formula+ASI+Nasi uleg pisang+Jus buah
SPRB3	Formula+ASI	ASI	ASI+Pisang	ASI+Bubur
SPRS1	Formula+ASI	Formula+ASI+Pisang	Formula+ASI+Pisang	Formula+ASI+Pisang
SPRS2	ASI	ASI	ASI	ASI
SPRS3	Formula+ASI	ASI+Nasi uleg pisang	ASI+Bubur santan	ASI+Bubur santan
SPD1	ASI+Formula	ASI	ASI	ASI+Bubur
SPD2	Madu+ASI+Bubur	ASI+Bubur roti	ASI+Bubur roti	ASI+Bubur nasi
SPD3	Kurma+Degan+ASI+Bubur	ASI+Bubur	ASI+Bubur	ASI+Bubur