

**ANALISIS SOSIALISASI PROGRAM INISIASI MENYUSU
DINI DAN ASI EKSKLUSIF KEPADA BIDAN DI
KABUPATEN KLATEN**



TESIS

**Untuk memenuhi persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S2**

**Program studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Managemen Kesehatan Ibu dan Anak**

Oleh

Yesie Aprillia

NIM. E4A007071

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2009**

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

**ANALISIS SOSIALISASI PROGRAM INISIASI MENYUSU DINI DAN ASI
EKSKLUSIF KEPADA BIDAN DI KABUPATEN KLATEN**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Yesie Aprilia

NIM : E4A007071

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 15 Febuari 2010
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

<p>Pembimbing Utama</p> <p><u>Dra.Ayun Sriatmi, M.Kes</u> NIP. 131 958 815</p>	<p>Pembimbing Pendamping</p> <p><u>Lucia Ratna Kartika W, SH, M.Kes</u> NIP. 132 084 300</p>
<p>Penguji</p> <p><u>Dr.Rizkiyana Sukandi, M.Kes</u> NIP. 140 228 725</p>	<p>Penguji</p> <p><u>dr. Bagus Wijanarko, MPH</u> NIP. 196211021991031002</p>

Semarang, 15 Febuari 2010
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program,

dr. Martha Irene Kartasurya, MSc, PhD.
NIP. 196407261991032003

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Yesie Aprillia

N I M : E4A007071

Menyatakan bahwa tesis judul : **“ANALISIS SOSIALISASI PROGRAM INISIASI MENYUSU DINI DAN ASI EKSKLUSIF KEPADA BIDAN DI KABUPATEN KLATEN”** merupakan :

1. Hasil karya yang dipersiapkan dan disusun sendiri
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program Magister ini ataupun pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan serenar-benarnya.

Semarang, 15 Februari 2010
Penyusun,

Yesie Aprillia
NIM. E4A007071

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama Lengkap : Yesie Aprillia, S.Si.T
Tempat/Tgl.Lahir : Klaten, 24 April 1980
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen
Alamat : Perumahan Cemara Hijau 2 No 8B,
Gayampit, Klaten

1. Riwayat Pendidikan

- a. Sekolah Dasar : SD Negeri 1 Jimus Polanharjo Klaten
- b. Sekolah Lanjutan Pertama : SMP Negeri 1 Delanggu, Klaten
- c. Sekolah Lanjutan Atas : SPK DEPKES Klaten
- d. Perguruan Tinggi
 - (a) Program Diploma III : POLTEKES SURAKARTA
 - (b) Program Diploma IV : STIKES Respati Yogyakarta

2. Riwayat Pekerjaan : Bidan

Demikian daftar riwayat hidup ini saya buat dengan sebenarnya.

Klaten, 23 Maret 2010

Yang menyatakan,

(Yesie Aprillia)

KATA PENGANTAR

Puji Tuhan Atas segala anugrah-Nya sehingga terselesaikan tesis dengan judul “Analisis Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten”. Keberhasilan penulis dalam penulisan tesis ini tidak terlepas dari bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik moril maupun materil. Untuk itu dengan segala hormat penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Direktur Program Pasca Sarjana UNDIP yang membuka peluang kepada siapa saja yang memenuhi persyaratan untuk meningkatkan pengetahuan.
2. dr. Martha Irine Kartasurya, M.Sc.,Phd selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang, yang telah memberikan dorongan dan motivasi untuk menyelesaikan studi.
3. Ibu Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes. Selaku Pembimbing Utama yang selalu meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dan memberikan arahan dalam penulisan serta penyelesaian tesis ini.
4. Ibu Lucia Ratna Kartika Wulan, SH., M.Kes. Selaku Pembimbing pendamping yang selalu meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dan memberikan arahan dalam penulisan serta penyelesaian tesis ini.
5. Keluargaku tercinta yang senantiasa memberikan dorongan, motivasi baik dalam suka dan duka.
6. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal tesis ini yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa semua yang tertuang dalam tesis ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan masukan berupa kritik dan saran demi kesempurnaan thesis ini. Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua

Semarang, 15 Februari 2010

Penulis

**Universitas Diponegoro
Program Pascasarjana
Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Minat Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak**

ABSTRAK

Yesie Aprillia

**Analisis Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif
kepada Bidan di Kabupaten Klaten**

146 halaman + 35 tabel + 7 gambar + 5 lampiran

Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten merupakan salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian bayi. Bidan mempunyai peranan yang sangat penting dalam mensukseskan program tersebut dan Sosialisasi sangat berpengaruh terhadap keberhasilan suatu program, Penelitian ini bertujuan untuk untuk mengetahui dan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif kepada bidan di Kabupaten Klaten.

Jenis penelitian ini merupakan penelitian diskriptif analitik yang menggunakan dua pendekatan yaitu pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Populasi penelitian adalah 530 bidan di Kabupaten Klaten yang diambil sampel menjadi 144 bidan. Jenis data yaitu data primer dan sekunder.

Terdapat 7 variabel dalam penelitian ini yaitu karakteristik responden, pengetahuan bidan, sikap, motivasi, pendanaan, komunikasi dan kebijakan. Dan hasil penelitian diperoleh bahwa persepsi bidan terhadap proses sosialisasi adalah baik, sedangkan diantara 7 variabel tersebut hanya variabel kebijakan yang berhubungan dengan persepsi bidan terhadap proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten

Kata Kunci : Sosialisasi, Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif, Bidan

**Diponegoro University
Postgraduate Program
Master's Program in Public Health
Majoring in Health Policy Administration
Sub Majoring in Maternal and Child Health Management**

ABSTRACT

Yesie Aprillia

Analysis of the Socialization of Early Inisiation and Exclusive Breastfeeding Program on Midwives in Klaten District

146 pages + 35 tables + 7 pictures + 5 enclosures

Early breastfed initiation and exclusive breastfeeding programs in the District of Klaten are one attempt to lower infant mortality rate. Midwives have important roles in the success of those programs. Socialization has important influence to the success of a program. The objective of this study is to know and to analyze factors related to the process of early brestfed initiation (IMD) and exclusive breastfeeding program socialization to midwives in Klaten District.

This was a descriptive-analytic study using two approaches, quantitative and qualitative. Study population was 530 midwives in the district of Klaten, of which 144 were taken as samples in the study. Primary and secondary data were used in this study.

There were 7 variables investigated in this study. Those variables were: respondent characteristics, midwife knowledge, attitude, motivation, funding, communication and policy. Results of this study showed that midwives perception towards socialization process were good. Among the 7 variables, policy was the only variable that was related to midwife perception towards socialization process of early breastfed initiation and exclusive breastfeeding programs in Klaten district.

Key words: Socialization, early breastfed initiation, exclusive breastfeeding, Midwife

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman pernyataan	iii
Riwayat hidup.....	iv
Kata pengantar.....	v
Abstrak	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	12
C. Pertanyaan Penelitian	13
D. Tujuan Penelitian.....	14
E. Manfaat Penelitian.....	16
F. Keaslian Penelitian.....	18
G. Ruang Lingkup	21
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Sistem Kesehatan Ibu dan Anak.....	22
1. sistem kesehatan.....	22
2. sistem kerjasama lintas sektoral	26
3. Sistem Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	27
4. Implementasi Kebijakan.....	28
B. Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif.....	29
C. Inisiasi Menyusu Dini.....	31
D. ASI Eksklusif	38
E. Perilaku IMD dan Pemberian ASI Eksklusif	41
F. Faktor-faktor pendukung dan Penghambat Progran IMD dan ASI Eksklusif.....	42
G. Ketenagaan Kesehatan	44
1. Sumber Daya Manusia Kesehatan	44
2. Bidan	44
3. Peran Bidan dalam IMD dan ASI Eksklusif	48
4. Pendidikan dan Pelatihan Bidan	49
H. Persepsi	54
I. Perilaku	56
J. Pengetahuan.....	58
K. Motivasi	59
L. Sosialisasi	61
M. Kerangka Teori.....	69

BAB III METODE PENELITIAN	
A. Variabel Penelitian	71
B. Hipotesis Penelitian	71
C. Kerangka Konsep Penelitian	73
D. Rancangan Penelitian	74
E. Jadwal Penelitian	93
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Keterbatasan dan Kekuatan Penelitian.....	94
B. Gambaran Umum Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Klaten	95
C. Analisis Penelitian	96
1. Persepsi Bidan Pada Proses Sosialisasi Dalam Implementasi Program IMD dan ASI Eksklusif Pada Bidan di Kabupaten Klaten	96
2. Karakteristik Bidan dengan Persepsi Proses Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif Pada Bidan di Kabupaten Klaten	99
3. Pengetahuan Bidan terhadap Program IMD dan ASI Eksklusif.....	106
4. Sikap Bidan Terhadap Program IMD dan ASI Eksklusif..	109
5. Motivasi bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif	114
6. Analisis Persepsi Bidan pada Pendanaan dalam Sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.....	118
7. Persepsi Bidan pada Proses Komunikasi dalam Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten.....	122
8. Persepsi Bidan pada Kebijakan dalam Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten.....	127
D. Hasil Analisa Kualitatif	130
E. Rekapitulasi Hubungan antara Variabel Bebas dengan Variabel Terikat.....	138
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. KESIMPULAN.....	140
B. SARAN.....	140
DAFTAR PUSTAKA.....	142
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Gambar	Halaman
1.1	Data Kegiatan Sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif pada tahun 2007-2009	9
1.2	Keaslian Penelitian	18
2.1	Jumlah Anggota IBI per-ranting di Kabupaten Klaten	76
2.2	Jumlah Sampel di masing-masing ranting IBI Kabupaten Klaten	78
2.3	Definisi Operasional	80
2.4	Jadwal Penelitian	93
5.1	Distribusi Jawaban Responden Tentang Persepsi Pada Proses Sosialisasi Dalam Implementasi Program IMD dan ASI Eksklusif Pada Bidan di Kabupaten Klaten Tahun 2009	96
5.2	Distribusi Frekuensi Persepsi Bidan Terhadap Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009	98
6.1.a	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur di Kabupaten Klaten Tahun 2009	99
6.1.b	Tabel Silang Hubungan Antara Umur dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten	99
6.1.c	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kabupaten Klaten Tahun 2009	100
6.1.d	Tabel Silang Pendidikan dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten	101
6.1.e	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Masa Kerja di Kabupaten Klaten Tahun 2009	103

6.1.f	Tabel Silang Masa Kerja Responden Dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Dan ASI Eksklusif Pada Bidan di Kabupaten Klaten	103
6.1.g	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Tempat Bekerja di Kabupaten Klaten Tahun 2009	104
6.1.h	Tabel Silang Hubungan Antara Tempat Kerja Responden Dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif Pada Bidan di Kabupaten Klaten	105
7.1	Distribusi Jawaban Responden berdasarkan Pengetahuan Bidan tentang Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif	107
7.2	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Bidan tentang Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009	108
7.3	Hubungan antara Pengetahuan dan Persepsi Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif	108
8.1	Distribusi Jawaban Responden tentang Sikap Bidan Terhadap Program IMD dan ASI Eksklusif	109
8.2	Distribusi Frekuensi Sikap Bidan Terhadap IMD dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009	112
8.3	Hubungan Sikap dan Persepsi Bidan Terhadap Program Sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif	113
9.1.	Distribusi Jawaban Responden tentang Motivasi Bidan Dalam Sosialisasi Program IMD dan ASI Ekkslusif	114
9.2.	Distribusi Frekuensi Motivasi Bidan tentang Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009	116
9.3.	Hubungan antara Motivasi dengan Persepsi Bidan Dalam Sosialisasi Program IMD dan ASI Ekkslusif	117

10.1.	Distribusi Jawaban Responden Tentang Persepsi Pendanaan	118
10.2	Distribusi Frekuensi Persepsi Bidan Terhadap Pendanaan Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009	120
10.3.	Hubungan Antara Pendanaan Dengan Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif	121
11.1.	Distribusi Jawaban Responden Tentang Persepsi Bidan pada Proses Komunikasi dalam Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten	122
11.2	Distribusi Frekuensi Persepsi Bidan tentang Komunikasi dalam Sosialisasi pProgram Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009	125
11.3.	Hubungan Antara Komunikasi Dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009	126
12.1.	Distribusi Jawaban Responden tentang Persepsi Bidan pada Kebijakan dalam Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten	128
12.2	Distribusi Penilaian Bidan terhadap Kebijakan Pelaksanaan Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009	129
12.3.	Hubungan antara Kebijakan dengan Persepsi Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif	129
13.	Rekapitulasi Hubungan antara Variabel Bebas dengan Variabel Terikat	138

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1.1	Teori Sistem menurut Azwar, 2004	25
1.2	Teori Implementasi oleh Van Meter dan Horn	29
1.3	Hubungan status kesehatan, perilaku, dan promosi kesehatan menurut Green dan Kauter	57
1.4	Proses terjadinya motivasi menurut Siswanto(2007)	60
1.5	Bagan Alir Teknik Sosialisasi	63
1.6	Kerangka Terori	70
2.1	Kerangka Konsep Penelitian	73

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Judul Gambar
1	Pengantar responden
2	Lembar permohonan menjadi responden dan informan
3	Persetujuan sebagai responden dan informan
4	Panduan kuisisioner penelitian
5	Panduan Wawancara Mendalam
6	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
7	Transkrip wawancara mendalam

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
FIGO	: <i>Federation of International Gynecologist Obstetrition</i>
ICM	: <i>Confederation Of Midwives</i>
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
KB	: Keluarga Berencana
PKK	: Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
UNICEF	: <i>United Nations Childrens Fund</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator penting dalam menentukan tingkat kesehatan masyarakat²². Di negara berkembang, saat melahirkan dan minggu pertama setelah melahirkan merupakan periode kritis bagi ibu dan bayinya. Sekitar dua per tiga kematian terjadi pada masa *neonatal*, dua per tiga kematian *neonatal* tersebut terjadi pada minggu pertama, dan dua per tiga kematian bayi pada minggu pertama tersebut terjadi pada hari pertama⁶⁰. Sedangkan di Indonesia, Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 48 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2005²⁶.

Banyak tindakan yang relatif murah dan mudah diterapkan untuk meningkatkan kesehatan dan kelangsungan hidup bayi baru lahir. Salah satunya adalah pemberian Air Susu Ibu (ASI) segera setelah lahir atau biasa disebut inisiasi menyusui dini serta pemberian ASI Eksklusif. Hal ini didukung oleh pernyataan *United Nations Childrens Fund* (UNICEF), bahwa sebanyak 30.000 kematian bayi di Indonesia dan 10 juta kematian anak balita di dunia pada tiap tahunnya, bisa dicegah melalui pemberian ASI secara eksklusif selama enam bulan sejak tanggal kelahirannya, tanpa harus memberikan makanan serta minuman tambahan kepada bayi. Edmond (2006) juga mendukung pernyataan UNICEF tersebut, bahwa bayi yang diberi susu formula, memiliki kemungkinan atau peluang untuk meninggal dunia pada bulan pertama kelahirannya 25 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang disusui oleh ibunya secara

eksklusif. Sehingga inisiasi menyusui dini diyakini mampu mengurangi risiko kematian balita hingga 22%²⁹.

Begitu banyak penelitian dan survey yang menyatakan manfaat dan keuntungan dari Inisiasi Menyusui Dini (IMD) serta pemberian ASI Eksklusif baik bagi ibu, bagi bayi, juga bagi keluarga dan masyarakat, namun ironisnya cakupan kedua praktek menyusui tersebut yaitu Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI Eksklusif masih sangat rendah. Menurut Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat (2003) pemberian ASI pada 30 menit pertama bayi baru lahir hanya 8,3%, 4-36% pada satu jam pertama bayi baru lahir²⁵, 3,7% bayi yang memperoleh ASI pada hari pertama¹⁰, menurut data SDKI 2002-2003, praktek pemberian ASI Eksklusif pada bayi sampai usia empat bulan hanya 55%, dan sampai usia 6 bulan sebesar 39,5%. Sedangkan cakupan ASI Eksklusif di Jawa Tengah adalah 34%, padahal target Indonesia Sehat 2010 sebesar 80% bayi diberi ASI Eksklusif sampai 6 bulan.

Dari data tersebut menunjukkan bahwa semakin tua umur bayi maka praktek pemberian ASI Eksklusif semakin menurun, dan kesadaran masyarakat Indonesia untuk pemberian ASI juga masih sangat memprihatinkan⁸⁴. Menurut Pusat Kesehatan Kerja Depkes RI (2005), kebiasaan memberi air putih dan cairan lain seperti teh, air manis, dan jus kepada bayi dalam bulan-bulan pertama, umum dilakukan oleh masyarakat.

Banyak aspek yang mempengaruhi pelaksanaan praktek Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI Eksklusif antara lain adalah ibu menyusui menghadapi banyak hambatan yang berhubungan dengan pelayanan yang diperoleh di tempat persalinan^{10,82,101}, dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga di rumah^{12,35,50}, banyaknya ibu yang belum dibekali

pengetahuan yang cukup tentang teknik menyusui yang benar dan manajemen kesulitan laktasi^{6,34}, termasuk tantangan yang dihadapi oleh ibu bekerja⁶⁵, selain itu praktek pemberian ASI Eksklusif juga diketahui banyak dipengaruhi oleh budaya dan norma yang berkembang dikalangan anggota keluarga, rekan dan masyarakat secara umum^{26,34,65}.

Menurut Siregar (2004), berbagai alasan dikemukakan oleh ibu-ibu yang tidak memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya, antara lain adalah ibu merasa produksi ASI kurang, kesulitan bayi dalam menghisap, ibu bekerja, keinginan untuk disebut modern dan pengaruh iklan/promosi pengganti ASI. Sedangkan menurut Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan (2007), masalah utama rendahnya pemberian ASI di Indonesia adalah faktor sosial budaya, kurangnya pengetahuan akan pentingnya ASI serta gencarnya promosi susu formula⁶⁶. Hal ini juga didukung oleh pernyataan UNICEF yang menyebutkan bahwa ketidaktahuan ibu tentang pentingnya ASI, cara menyusui dengan benar, serta pemasaran yang dilancarkan secara agresif oleh para produsen susu formula, merupakan faktor penghambat bagi terbentuknya kesadaran orang tua didalam memberikan ASI eksklusif⁹⁵.

Menciptakan kebiasaan pemberian ASI yang baik sejak menit pertama bayi baru lahir sangat penting untuk kesehatan bayi dan keberhasilan pemberian ASI itu sendiri^{7,24}, Menyusui yang paling mudah dan sukses dilakukan adalah bila si ibu sendiri sudah siap fisik dan mentalnya untuk melahirkan dan menyusui, serta bila ibu mendapat informasi, dukungan, dan merasa yakin akan kemampuannya untuk merawat bayinya sendiri^{23,53}. Keberhasilan program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) juga sangat dipengaruhi oleh sikap, pengetahuan dan motivasi bidan/dokter penolong persalinan itu sendiri⁷⁴. Hal ini didukung pula oleh

pernyataan Siregar A (2004), bahwa keberhasilan menyusui dini banyak dipengaruhi oleh sikap dan perilaku petugas kesehatan (dokter, bidan, perawat) yang pertama kali membantu ibu selama proses persalinan. Selain itu keberhasilan ibu menyusui juga harus didukung oleh suami, keluarga, petugas kesehatan dan masyarakat. Oleh karena itu sikap dan perilaku petugas kesehatan khususnya bidan yang didasari pengetahuan tentang IMD, ASI Eksklusif sebelumnya, besar pengaruhnya terhadap keberhasilan praktek IMD dan ASI Eksklusif itu sendiri.

Selain faktor ibu dan faktor petugas kesehatan, sosialisasi serta dukungan politis pemerintah baik pusat maupun daerah sangatlah penting dalam keberhasilan program Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI Eksklusif tersebut. Selama ini dukungan yang diberikan baik dari WHO maupun dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah terhadap peningkatan pemberian ASI Eksklusif sebenarnya telah memadai. Hal ini terbukti dengan adanya rekomendasi dari WHO dan UNICEF (2002) yang dibuat untuk peningkatan cakupan ASI Eksklusif, yaitu (1) inisiasi menyusui dini pada satu jam setelah kelahiran, (2) memberikan secara eksklusif, colostrum kepada bayi dan menghindari makanan/ minuman lainnya sebelum pemberian ASI dan makanan lain pada masa awal kehidupan bayi, (3) ASI Eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi, (4) memberikan nutrisi makanan tambahan yang higienis setelah umur 6 bulan.

Sedangkan dukungan politis dari pemerintah antara lain, telah dicanangkannya GNPP-ASI (Gerakan Nasional Peningkatan Penggunaan Air Susu Ibu) pada tahun 1990, Ditetapkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.450/MENKES/IV/2004 tentang Pemberian ASI secara eksklusif pada bayi Indonesia, yang memuat 10

(sepuluh) langkah menuju keberhasilan menyusui diantaranya berisi tentang: semua institusi pelayanan kesehatan mempunyai kebijakan tertulis mengenai pemberian ASI yang secara berkala dikomunikasikan kepada semua petugas kesehatan, melatih semua petugas kesehatan dengan keterampilan yang diperlukan untuk menerapkan kebijakan tersebut, memberi informasi mengenai manfaat ASI dan menyusui kepada semua ibu hamil, membantu ibu menyusui sedini mungkin dalam waktu setelah lahir sampai satu jam ⁷⁸, memberikan ASI kepada bayi tanpa dijadwal dan tidak memberikan dot serta beberapa langkah lainnya.

Bahkan Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dalam program APN (Asuhan Persalinan Normal) telah menetapkan 58 langkah yang mana Inisiasi Menyusu Dini masuk dalam urutan prosedur tetap seorang bidan dalam melakukan pertolongan persalinan. Namun cakupan pelaksanaan IMD dan ASI Eksklusif pun juga masih rendah. Begitu pula halnya dengan Kabupaten Klaten, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten cakupan pemberian ASI Eksklusif pada tahun 2005 adalah 3,17%, Tahun 2006 adalah 12,3%, Tahun 2007 adalah 22,4%, dan tahun 2008 sebesar 42,3% walaupun sudah terjadi peningkatan dan angka cakupan di tahun 2008 sudah lebih tinggi dari angka cakupan di Jawa Tengah, namun tetap saja angka tersebut masih rendah karena target nasional untuk cakupan ASI Eksklusif pada tahun 2010 adalah 80%. Sedangkan angka kematian neonatus di Kabupaten Klaten sejak tahun 2008 adalah 163 orang, sedangkan tahun 2009 sampai bulan oktober adalah 131 orang. Menghadapai kondisi ini Pemerintah Kabupaten Klaten bekerja sama dengan UNICEF Perwakilan Jawa Tengah berupaya meningkatkan kesadaran masyarakat tentang proses inisiasi dini dan pentingnya

pemberian ASI Eksklusif, dengan mencanangkan gerakan menyusui pada tahun 2007.

Untuk itu, guna mendukung program dari WHO dan dari pemerintah pusat, maka terdapat empat strategi aksi esensial yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten untuk mempromosikan, mendukung dan melindungi pemberian ASI, yaitu (1) memperkuat kebijakan/legislasi, dengan melakukan advokasi kepada bupati dan DPRD untuk mendukung program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif yang pada akhirnya ditetapkan Peraturan Daerah (Perda) Nomor no. 7 tahun 2008 tentang IMD dan ASI Eksklusif, (2) meningkatkan praktek di kalangan keluarga dan masyarakat, (3) memperbaiki sistem kesehatan, (4) meningkatkan *skill* petugas kesehatan dengan melatih menjadi fasilitator dan konselor ASI. Dengan ditetapkannya Peraturan Daerah (Perda) tentang IMD dan ASI Eksklusif, dan strategi aksi lainnya tersebut membuktikan bahwa pemerintah daerah Kabupaten Klaten sangat peduli dan mendukung program pemerintah tentang Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif.

Suatu kebijakan yang telah dirumuskan pasti mempunyai tujuan dan target yang ingin dicapai. Pencapaian target baru akan terealisasi bila kebijakan tersebut telah diimplementasikan, dengan demikian dapat dikatakan bahwa implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting dalam proses kebijakan bahkan jauh lebih penting daripada pembuat kebijakan. Dan langkah pertama yang dapat diambil dalam proses implementasi tersebut adalah dengan adanya sosialisasi kebijakan yang telah diputuskan. Karena sosialisasi pada dasarnya adalah penyebaran informasi (program, kebijakan, peraturan) dari

satu pihak (pemilik program, kebijakan, peraturan) kepada pihak(-pihak) lain (aparatur, masyarakat yang terkena program, dan masyarakat umum), yang mana isi informasi yang disebarluaskan bermacam-macam tergantung pada tujuan program⁹⁹. Sehubungan dengan program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif, maka perlu adanya sosialisasi kepada bidan sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan dan yang berhubungan langsung dengan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Selama ini proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten adalah mulai dari program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif tersebut yang ditetapkan oleh pemerintah daerah dan Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten, disosialisasikan kepada Puskesmas dan tenaga kesehatan termasuk dokter, bidan, perawat dan tenaga gizi dalam wujud pelatihan konselor dan fasilitator ASI, serta pemberdayaan masyarakat melalui peran kader dalam Pusat Pelayanan Terpadu (Posyandu), Tabungan ibu bersalin (Tabulin) dan kerjasama lintas sektor dengan Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) baik tingkat kabupaten, kecamatan maupun tingkat desa.

Salah satu tujuan dan indikator keberhasilan dari sosialisasi tentang program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten adalah diharapkan dengan sosialisasi tersebut mampu merubah perilaku bidan, sehingga bidan selalu melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dalam setiap pertolongan persalinan serta selalu mendukung pemberian ASI Eksklusif misalnya dengan memberikan penyuluhan tentang ASI Eksklusif pada ibu sejak *Ante Natal Care* (ANC) sampai menyusui, dan tidak memberikan susu formula pada bayi setelah lahir.

Karena seperti teori yang dikemukakan diatas bahwa peran petugas kesehatan dalam keberhasilan program ini sangat besar. Petugas kesehatan dalam hal ini bidan dapat menjadi faktor pendorong/pendukung namun juga dapat menjadi faktor penghambat keberhasilan program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif tersebut. Sehingga mutu sosialisasi menjadi sangat penting untuk itu dalam mensosialisasikan suatu program kebijakan perlu memperhatikan unsur-unsur perencanaan (*planning*), pengorganisasian/lembaga (*organizing*), pelaksanaan (*actuating*), dan pengendalian (*controlling*)^{36,84}. Dalam proses sosialisasi tersebut. Semua dilakukan dalam rangka mengemban tugas pokok yaitu supaya tujuan dan indikator keberhasilan dari sosialisasi tersebut dapat tercapai.

Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif sudah berjalan selama 2 tahun, saat ini keberhasilan yang diperoleh Kabupaten Klaten meliputi (1) Angka cakupan ASI Eksklusif meningkat yaitu dari 3,17% pada 2005 menjadi 22,4% pada 2007, dan 42,3% pada tahun 2008, (2) telah ditetapkannya Peraturan Daerah Nomor no. 7 tahun 2008 tentang IMD dan ASI Eksklusif, (3) memasukkan kegiatan konseling ASI dalam agenda layanan harian dan menyediakan pojok laktasi di setiap puskesmas, (4) diadakannya pelatihan Fasilitator ASI sebanyak 15 Orang, Konselor ASI sebanyak 309 Orang, dan Motivator ASI.yang berasal dari kader sebanyak 878 Orang yang tersebar di 34 wilayah Puskesmas di Kabupaten Klaten untuk meningkatkan pelayanan konseling ASI, (5) Rumah Sakit baik pemerintah maupun swasta mulai mengembangkan layanan menjadi Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi, (6) diadakannya berbagai aktivitas komunikasi untuk peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif.

Berikut ini data kegiatan sosialisasi tentang Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten (Tabel 1.1).

Tabel 1.1. Data Kegiatan advokasi dan sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif tahun 2007-2008

Kegiatan	Sasaran	Tujuan	Penanggungjawab
Sosialisasi inisiasi menyusu dini	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provider (dokter/bidan) ▪ RS/Klinik ▪ Bumil, Buteki, Keluarga ▪ LSM 	Memahami pentingnya inisiasi menyusu dini pada bayi <1 jam setelah lahir. Selalu melakukan IMD dalam setiap pertolongan persalinan, dan mendukung pemberian ASI Eksklusif	Dinas Kesehatan Kab Klaten
Pengembangan media tentang IMD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masyarakat 	Memahami pentingnya inisiasi menyusu dini pada bayi <1 jam setelah lahir . Promosi dalam bentuk Pembuatan Billboard, penyebaran Leaflet, Pembuatan Video dokumenter, Kunjungan media, dan pergelaran wayang kulit	DPRD, Bappeda, Dinas kesehatan Kab&Prop
Advokasi IMD, ASI Eksklusif dan Rawat gabung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RSUP ▪ RSIA ▪ BPS 	Memahami pentingnya IMD dan pemberian ASI Eksklusif Membuat kebijakan tentang IMD dan Asi Eksklusif di tempat pelayanan kesehatannya.	Dinas Kesehatan Kab Klaten, Pemda
Advokasi untuk menolak susu formula	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BPS ▪ RB ▪ RS/RSIA 	Menolak sarana kesehatan sebagai tempat promosi produk pengganti ASI	Dinas Kesehatan Kab Klaten, Pemda
Advokasi dan sosialisasi dengan Jambore ASI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kader ▪ Motivator ASI ▪ Konselor ASI ▪ Bidan ▪ Dokter 	Sebagai sarana membangun komitmen bersama untuk mensosialisasikan IMD dan ASI Eksklusif pada masyarakat	Dinas Kesehatan Kab Klaten, Pemda
Sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif Lintas Sektoral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PKK ▪ DPRD 	Sosialisasi lintas sektoral, kerjasama dari penentu kebijakan hingga lini terkecil dari masyarakat yaitu PKK	Dinas Kesehatan Kab Klaten, Pemda
Pembentukan Perda IMD dan ASI Eksklusif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provider (dokter/bidan) ▪ RS/Klinik ▪ Bumil, Buteki, Keluarga 	Perda ini berguna sebagai kekuatan hukum guna mengatur provider maupun institusi pelayanan kesehatan guna melaksanakan program IMD dan ASI Eksklusif	Dinas Kesehatan Kab Klaten, Pemda
Pelatihan Konselor ASI dan Pembentukan Ikatan Konselor ASI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bidan ▪ Dokter ▪ Petugas Gizi 	Terbentuknya Konselor-konselor ASI di Kabupaten Klaten	Dinas Kesehatan Kab Klaten, Pemda
Pembentukan Rumah Sakit Sayang Bayi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RSUP ▪ RS Islam ▪ RSIA & RS Swasta 	Terbentuknya Rumah Sakit Sayang Bayi di Kabupaten Klaten sehingga mendukung program Inisiasi menyusu Dini dan ASI Eksklusif	Dinas Kesehatan Kab Klaten & RS Swasta

Di Kabupaten Klaten terdapat 530 bidan yang tersebar di 34 kecamatan, 313 bidan berstatus PNS, 46 bidan berstatus PTT, sedangkan 171 bidan sebagian bekerja di RS Swasta, Rumah Bersalin, Rumah Sakit Ibu dan Anak maupun bekerja di Bidan Praktek Swasta Murni. Rata-rata pertolongan persalinan di Kabupaten Klaten di tolong olah bidan (65%), dokter (35%).

Dalam rangka mengsucceskan program IMD dan ASI Eksklusif, Kabupaten Klaten telah melatih 15 fasilitator ASI yang terdiri dari 3 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 3 orang sarjana kesehatan masyarakat, 6 orang bidan dan 2 orang petugas gizi. 309 bidan dan petugas kesehatan lainnya seperti petugas gizi dan perawat dilatih menjadi konselor ASI. Namun kenyataan di lapangan cakupan IMD dan ASI Eksklusif masih rendah.

Alasan pemilihan Kabupaten Klaten sebagai lokasi penelitian adalah karena walaupun program IMD dan ASI Eksklusif gencar disosialisasikan, namun belum semua bidan di Kabupaten Klaten melaksanakan IMD dan ASI Eksklusif pada setiap pertolongan persalinan yang dibuktikan dari belum adanya laporan evaluasi pelaksanaan IMD dan ASI Eksklusif. Selain itu sebagian besar bidan di Kabupaten Klaten belum mengetahui secara detail tentang isi dari Perda no 7 tahun 2008 yang telah ditetapkan.

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan peneliti, dari 25 Bidan Praktek Swasta hanya 45% yang selalu melakukan IMD pada setiap pertolongan persalinan yang dilakukannya, dari 25 bidan tersebut hanya 40% yang mengetahui dan memahami isi serta tujuan dari program IMD dan ASI Eksklusif yang tertuang dalam Perda no 7 th 2008 tersebut. Dari 25 bidan tidak ada yang mengetahui saksi bila tidak

melakukan IMD dan melaksanakan ASI Eksklusif serta reward yang akan didapatkan apabila melaksanakan IMD dan ASI eksklusif. Dan dari 12 Ibu bersalin normal, 8 diantaranya tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada proses persalinannya.

Sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif kepada bidan tersebut dapat dinilai belum sepenuhnya berhasil karena belum mampu merubah perilaku bidan untuk selalu melakukan IMD dalam setiap menolong persalinan yang dibuktikan dari pelaksanaan IMD baik di RSUP, RS Swasta, Rumah Bersalin, Puskesmas rawat inap, maupun di Bidan Praktek Swasta yang masih rendah. Hal ini mungkin disebabkan oleh beberapa faktor yang diantaranya adalah, belum jelasnya pembagian tugas, peran dan fungsi bidan, juga petunjuk teknis yang harus dilakukan bidan terutama bidan yang menjadi fasilitator dan tergabung dalam Ikatan Konselor ASI dalam rangka sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif, belum optimalnya fungsi dari agen sosialisasi (Kepala Puskesmas, IBI) dalam rangka sosialisasi program baik kepada bidan maupun kepada masyarakat secara umum, belum adanya monitoring dan evaluasi sosialisasi implementasi program, serta belum adanya sanksi dan *reward* yang jelas bagi bidan apabila bidan tersebut melakukan atau tidak melakukan Inisiasi Menyusu Dini pada pertolongan persalinan, atau bahkan karena kurang tauhan bidan atas isi dan tujuan dari program tersebut.

Sosialisasi program dikatakan berhasil apabila indikator atau tujuan dari program tersebut tercapai, Berdasarkan hal tersebut diatas maka peneliti termotivasi untuk melakukan analisis tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif kepada bidan mulai dari segi pendanaan sosialisasi itu

sendiri, komunikasi, dukungan kebijakan, juga karakteristik bidan itu sendiri baik umur, tingkat pendidikan, tempat bekerja, pengetahuan, sikap dan motivasi bidan terhadap program IMD dan ASI tersebut.

B. Perumusan Masalah

Rendahnya cakupan ASI Eksklusif merupakan salah satu masalah kesehatan yang harus mendapatkan perhatian lebih dari pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Dukungan kebijakan dari pemerintah daerah baik berupa Perda, Surat Keputusan (SK) Bupati maupun program-program yang ditujukan guna meningkatkan cakupan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif mutlak sangat diperlukan. Pemerintah daerah Kabupaten Klaten telah mewujudkan dukungannya kepada pemerintah pusat dengan menetapkan Peraturan Daerah (Perda) Nomor no. 7 tahun 2008 tentang Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif dan dengan menetapkan program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif sebagai program dari Dians Kesehatan Kabupaten Klaten. Berbagai strategi-strategi aksi dilakukan guna suksesnya program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif tersebut.

Berdasarkan latar belakang diatas guna mensukseskan suatu program maka perlu adanya sosialisasi program, dalam hal ini sosialisasi kepada bidan sangat diperlukan. Karena bidan merupakan ujung tombak pembangunan kesehatan di masyarakat dan berhubungan langsung dengan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dari latar belakang diatas juga dikemukakan bahwa keberhasilan sosialisasi program tersebut sangat dipengaruhi oleh proses sosialisasi itu sendiri baik perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pelaksanaan (*actuating*) dan pengendaliannya (*controlling*) maupun faktor-faktor lain,

maka mutu dari sosialisasi program tersebut sangat penting, karena apabila sosialisasi program tersebut kurang baik, maka implementasi program tersebut bisa tidak berhasil.

Dari paparan diatas, dapat diketahui bahwa indikator keberhasilan dari sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif adalah adanya perubahan perilaku bidan dalam melakukan IMD pada setiap pertolongan persalinan dan meningkatnya cakupan IMD dan ASI Eksklusif tersebut. Namun kenyataan dilapangan menunjukkan bahwa belum semua bidan melakukan IMD dan ASI Eksklusif dalam setiap pertolongan persalinannya. Dan faktor yang menentukan terjadi atau tidak terjadinya perubahan perilaku pada bidan adalah pada proses sosialisasi programnya. Untuk itu maka perumusan masalah yang ada adalah bahwa proses sosialisasi dalam rangka implementasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif kepada bidan belum berjalan dengan optimal yang dibuktikan dengan belum adanya perubahan perilaku pada semua bidan di Kabupaten Klaten dalam kaitannya dengan IMD dan ASI Eksklusif.

C. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan perumusan masalah diatas, maka pertanyaan penelitiannya adalah “Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten?.”

D. Tujuan Penelitian

Mengacu pada perumusan masalah tersebut diatas, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui dan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif kepada bidan di Kabupaten Klaten.

2. Tujuan Khusus

Secara khusus, penelitian ini bertujuan untuk mendiskripsikan, menganalisis dan menginterpretasikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Untuk mengetahui Karakteristik bidan di Kabupaten Klaten, meliputi umur, tingkat pendidikan, lama bekerja dan tempat bekerja.
- b. Untuk mengetahui pengetahuan bidan tentang program IMD dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten.
- c. Untuk mengetahui sikap bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten.
- d. Untuk mengetahui motivasi bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten.
- e. Untuk mengetahui persepsi bidan terhadap pendanaan pada program IMD dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten.
- f. Untuk mengetahui persepsi bidan terhadap komunikasi pada proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten.
- g. Untuk mengetahui persepsi bidan terhadap komunikasi pada proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten.

- h. Untuk mengetahui persepsi bidan terhadap proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.
- i. Untuk mengetahui hubungan antara faktor karakteristik bidan yang meliputi umur, tingkat pendidikan, masa bekerja dan tempat bekerja bidan dengan persepsi proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.
- j. Untuk mengetahui hubungan antara faktor pengetahuan bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif dengan persepsi proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.
- k. Untuk mengetahui hubungan antara faktor sikap bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif dengan persepsi proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.
- l. Untuk mengetahui hubungan antara faktor motivasi bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif dengan persepsi proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.
- m. Untuk mengetahui hubungan antara faktor pendanaan dengan persepsi proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.
- n. Untuk mengetahui hubungan antara faktor komunikasi dengan persepsi proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.

- o. Untuk mengetahui hubungan antara faktor kebijakan dengan persepsi proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten

Dapat digunakan sebagai bahan evaluasi atau rekomendasi yang berguna untuk mendukung/ meningkatkan sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif sehingga hasil sosialisasi program tersebut lebih optimal, tujuan program tercapai dan semua bidan melakukan IMD dalam setiap pertolongan persalinan serta mendukung pemberian ASI Eksklusif sehingga cakupan IMD dan pemberian ASI Eksklusif kepada bayi di masyarakat meningkat.

2. Bagi Profesi IBI

Untuk memberikan masukan kepada Organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI), khususnya cabang Klaten agar lebih memotivasi anggotanya untuk melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif, serta mampu menciptakan solusi-solusi terhadap kendala-kendala yang umumnya terjadi di masyarakat.

3. Bagi MIKM UNDIP

Memberikan gambaran hasil mahasiswa selama proses pembelajaran, dan dapat dijadikan acuan untuk mengembangkan keilmuan khususnya bidang praktik bidan dalam pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif.

4. Bagi Peneliti Lain

Dapat digunakan sebagai bahan penelitian lanjutan tentang Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif dengan variabel dan jenis penelitian lain, untuk tercapainya hasil yang optimal.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang ASI Eksklusif telah banyak dilakukan, namun penelitian tersebut dilakukan dengan variabel yang berbeda dengan penelitian ini. Berikut ini beberapa penelitian tentang ASI yang pernah dilakukan:

Tabel 1.2. Keaslian penelitian

Judul & Peneliti	Tujuan penelitian	Variabel	Sasaran	Metode	Hasil
"Hubungan Persepsi Bidan Desa Tentang ASI Eksklusif dengan Cakupan ASI Eksklusif di Kabupaten Pamekasan, Jawa Timur" oleh Agung Sudarsono, 2008	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui bagaimana persepsi bidan desa tentang ASI Eksklusif 2. Mengetahui Cakupan Asi Eksklusif 3. Mengetahui hubungan persepsi bidan desa tentang ASI Eksklusif dengan cakupan ASI Eksklusif 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variabel Independen: Persepsi bidan desa tentang ASI Eksklusif 2. Variabel Dependen: Cakupan ASI Eksklusif 	Bidan Desa di Kabupaten Pamekasan Jawa Timur	Kuantitatif dengan jenis penelitian observasional dengan rancangan <i>cross sectional</i> (potong lintang)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 58% dari responden tidak mendukung ASI Eksklusif. 2. Responden yang mempunyai persepsi yang mendukung ASI Eksklusif mempunyai cakupan yang baik (73,3%) 3. Terdapat hubungan antara persepsi bidan desa tentang ASI Eksklusif dengan cakupan ASI Eksklusif
"Strategi Sosialisasi Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI) Eksklusif di Kota Bengkulu."	Untuk mengetahui strategi sosialisasi peningkatan pemberian Asi Eksklusif di Kota Bengkulu	Strategi Sosialisasi	Responden penelitiannya adalah: kepala subdin kesga dan kasie gizi	Studi kasus dengan metode kualitatif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberdayaan masyarakat, TOMA & LSM Belum dilakukan. 2. Peran lintas sektoral kurang nampak 3. Ada keterkaitan antara

Oleh Sri Mulyati, 2004			dinkes kota Bengkulu, kepala dan koordinator program KIA dan gizi puskesmas, camat, kader kesehatan dan ibu-ibu menyusui bayi umur 0-6 bulan.		faktor sosek (sosek tinggi dan rendah), sosbud (positif dan negatif), pendidikan ibu (tinggi dan rendah), dan pekerjaan ibu (ibu bekerja formal/di luar rumah atau tidak) dengan pemberian pemberian ASI eksklusif.
"Determinan Keberhasilan Praktek Menyusui Dini pada Ibu Bersalin di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Moewardi Surakarta" oleh Siti Rahaju, 2002	1. Mengetahui faktor-faktor penentu atau determinan yang berpengaruh terhadap keberhasilan praktek menyusui dini pada Ibu Bersalin di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Moewardi Surakarta 2. Mengetahui hubungan antara karakteristik ibu bersalin dan petugas kesehatan terhadap keberhasilan praktek menyusui dini pada Ibu Bersalin di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Moewardi Surakarta	1. Variabel Independent: karakteristik ibu bersalin serta karakteristik petugas kesehatan 2. variabel dependent : praktek menyusui dini	1. Ibu bersalin 2. Petugas Kesehatan	Rancangan penelitian cross sectional, pengolahan data dengan deskriptif analitik, metode kuantitatif dan kualitatif	Pengetahuan ibu bersalin tentang Asi dan pengetahuan petugas kesehatan tentang manajemen laktasi memberikan kontribusi besar dalam keberhasilan praktek menyusui dini

Sedangkan perbedaan dengan penelitian kami adalah sebagai berikut:

Judul & Peneliti	Tujuan penelitian	Variabel	Sasaran	Metode
"Analisis Sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif kepada Bidan Di Kabupaten Klaten" Oleh Yesie Aprillia. 2009	Untuk menganalisis proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif kepada bidan di Kabupaten Klaten.	1. Variabel Independent: <ul style="list-style-type: none"> - Karakteristik bidan - Pengetahuan Bidan - Persepsi/Sikap Bidan - Motivasi Bidan - Pendanaan - Komunikasi - Kebijakan 2. Variabel Dependent: Persepsi Sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada bidan	Bidan di Kabupaten Klaten	Rancangan penelitian <i>cross sectional</i> , pengolahan data dengan deskriptif analitik, metode kuantitatif dan kualitatif.

Yang membedakan penelitian kami dengan penelitian lain adalah, pada penelitian ini kami hanya meneliti tentang proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif kepada bidan. Dengan meneliti hubungan antara variabel-variabel independent diatas terhadap proses sosialisasi pada bidan dalam rangka implementasi program IMD dan ASI Eksklusif, bukan pada perubahan perilaku bidan maupun hasil cakupan IMD dan ASI Eksklusif itu sendiri.

G. Ruang Lingkup

1. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian akan dilakukan sejak pra proposal pada bulan Desember 2008 sampai bulan Desember 2009.

2. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian akan dilakukan di Kabupaten Klaten.

3. Ruang Lingkup Materi

Termasuk dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat, khususnya bidang ilmu Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak. Materi dibatasi pada analisis sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan meliputi proses sosialisasi serta faktor lain yang berhubungan dengan proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten itu sendiri seperti faktor karakteristik bidan, pengetahuan, sikap dan motivasi bidan serta pendanaan, komunikasi, maupun kebijakan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sistem Kesehatan Ibu dan Anak

1. Sistem Kesehatan

Sistem kesehatan adalah suatu jaringan dari *suplai*, *demand* dan organisasi mediasi yang kompleks, yang mana meliputi tidak hanya penyedia pelayanan kesehatan (*suply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, tapi juga negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, baik dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material¹⁰⁰. Menurut Hartono (2001), sistem kesehatan adalah semua kegiatan yang secara bersama-sama diarahkan untuk mencapai tujuan utama berupa peningkatan dan pemeliharaan kesehatan. Sedangkan WHO (2000) mendefinisikan bahwa sistem kesehatan merupakan semua aktivitas yang memiliki tujuan utama meningkatkan, memperbaiki, atau merawat kesehatan.

Tujuan pokok penetapan sistem kesehatan adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, merespon harapan-harapan dan kebutuhan masyarakat sesuai dengan harga diri dan hak azasinya, dan memberikan perlindungan finansial terhadap kemungkinan dikeluarkannya biaya pelayanan kesehatan⁹. Untuk mencapai tujuan tersebut, sistem kesehatan memiliki empat fungsi, yaitu pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, pengembangan sumber daya kesehatan, serta pengawasan dan pengarahan pembangunan kesehatan². Menurut Departemen Kesehatan RI pada tahun 2004, dikatakan bahwa Sistem Kesehatan Nasional (SKN) didefinisikan

sebagai suatu tatanan yang menghimpun upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945.

World Health Report (2000) menuliskan 3 fungsi pokok sistem kesehatan (*stewardship, financing dan provision*). Sedangkan bentuk pokok sistem kesehatan menurut Azwar (2004) adalah

- a. Ditinjau dari unsur pokok pembentukan sistem kesehatan adalah:
 - 1) Pemerintah
 - 2) Penyedia pelayanan
 - 3) Masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan
- b. Ditinjau dari peranan pihak pemerintah yang berhadapan dengan pihak non pemerintah (swasta), bentuk pokok sistem kesehatan dibedakan atas tiga yaitu:
 - 1) Monopoli pemerintah, disini swasta tidak diberikan peran sama sekali dalam pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah.
 - 2) Dominasi pemerintah, disini swasta telah diberi peran, namun peran pemerintah lebih dominan.
 - 3) Dominasi swasta, disini swasta telah diberikan peran dan peranannya melampaui dominasi dari pemerintah.
- c. Ditinjau dari Pemanfaatan perangkat administrasi
Perangkat administrasi dibedakan menjadi
 - 1) Tenaga (*man*)
 - 2) Dana (*money*)
 - 3) Sarana (*material*)
 - 4) Metode (*metod*)

Pada umumnya tenaga, dana dan sarana bersifat terbatas, sedangkan metode selalu berkembang sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi.

d. Ditinjau dari pemanfaatan perangkat administrasi, khususnya pemanfaatana metoda, bentuk pokok sistem kesehatan dibedakan menjadi dua yaitu:

- 1) Sistem kesehatan modern, yang biasanya berkiblat ke negara barat.
- 2) Sistem kesehatan tradisional, yang masih banyak ditemukan dinegara berkembang.

Unsur pokok sistem kesehatan menunjukkan pada pengorganisasian struktur dan fungsi yang ada dalam sistem kesehatan:

- a. Pengorganisasian pelayanan
- b. Pengorganisasian pembiayaan
- c. Pengorganisasian upaya kendali mutu dan biaya pelayanan.

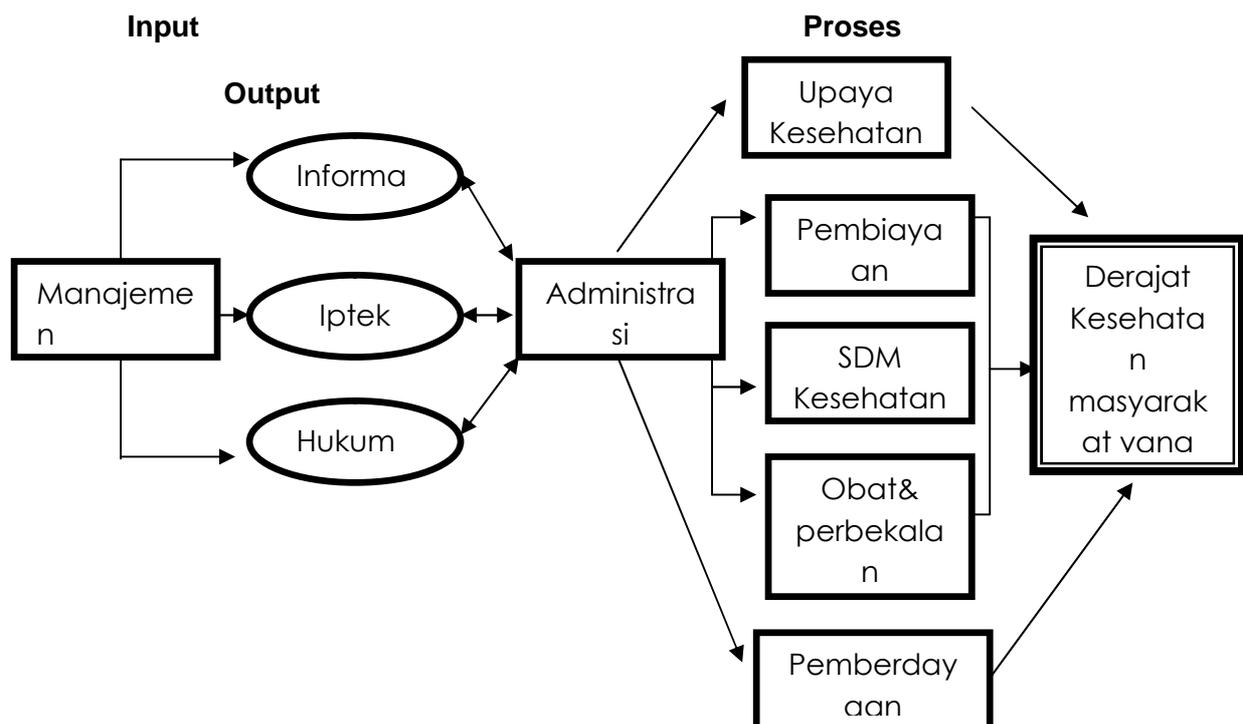
Biasanya pengorganisasian upaya kendali mutu dan biaya tidak berdiri sendiri, melainkan terpadu dengan pengorganisasian pelayanan dan pembiayaan.

Penetapan sistem kesehatan dapat dilakukan, salah satunya, dengan menempatkan bidang kesehatan sebagai salah satu 'pilar' pembangunan daerah. Hal ini dilakukan, tentunya dengan melihat potensi dan prioritas masalah di daerah. Penempatan bidang kesehatan sebagai salah satu pilar pembangunan daerah membawa konsekuensi luas terhadap kebijakan pembangunan di daerah. Semua program pembangunan sedapat mungkin diarahkan untuk mendukung program kesehatan. Konsekuensi lain adalah perlunya peningkatan yang signifikan alokasi biaya pembangunan kesehatan dalam Rancangan Anggaran Pembangunan Daerah^{8,9}.

Sistem kesehatan nasional yang dilaksanakan di daerah dijabarkan dalam Sistem Kesehatan Daerah (SKD) yang merupakan acuan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan daerah. Dalam Sistem Kesehatan Daerah (SKD) juga harus ditetapkan visi dan misi pembangunan kesehatan daerah, yang dapat menunjang dan mendukung visi dan misi pembangunan kesehatan nasional. Visi dan misi ini selanjutnya dimasukkan dalam rencana strategis pembangunan kesehatan daerah⁸.

Pemerintah provinsi dan Kabupaten/Kota dalam konteks pengembangan dan pembangunan Sistem Kesehatan Daerah (SKD) harus dapat terlebih dahulu memahami, mengidentifikasi elemen-elemen, fungsi, komponen dan berbagai *basic requirement* dari sistem kesehatan Provinsi dan Kabupaten/kota serta kaitan (*interconnected*) antar elemen. Langkah ini dilakukan agar setiap tingkatan dapat memiliki peta sesuai kendali masing-masing, jelas dan tidak tumpang tindih, sehingga dapat menghindari inefisiensi dari sistem.

Berikut gambaran sistem kesehatan menurut Azwar (2004):



Gambar 1.1 Teori Sistem menurut Azwar, 2004

2. Sistem Kerjasama Lintas Sektoral

Menurut Adisasmito (2007), Penyelenggaraan sistem kesehatan berdasarkan pada prinsip kemitraan. Dimana pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat termasuk swasta, dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki. Kemitraan antara pemerintah dengan masyarakat termasuk swasta serta kerjasama lintas sektor dalam pembangunan kesehatan diwujudkan dalam suatu jejaring yang berhasil-guna dan berdaya-guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Dalam kemitraan atau kerjasama lintas sektoral di bidang kesehatan menurut Notoatmojo (2007) terdapat tiga unsur pokok yang terlibat yaitu:

a. Unsur pemerintah

Unsur ini terdiri dari berbagai sektor antara lain pendidikan, pertanian, lingkungan hidup, agama dan lain sebagainya.

b. Dunia usaha atau unsur swasta

Yaitu dari kalangan perusahaan, industri maupun bisnis.

c. Unsur Organisasi non pemerintah atau sering disebut *Non Government Organization* (NGO), yang meliputi dua unsur penting, yakni; 1) unsur Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Massa (Ormas) termasuk yayasan kesehatan, 2) organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan sebagainya.

Langkah-langkah dalam menjalin kemitraan dan kerjasama lintas sektor antara lain dengan memasukan sumber daya yang tersedia di

masing-masing mitra kerja, melaksanakan kegiatan terpadu, menyelenggarakan pertemuan berkala untuk perencanaan, pemantauan, penilaian dan pertukaran informasi. Kerjasama lintas sektoral yang bisa dijalin dalam program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif antara lain dari Departemen Sosial, Departemen Pendidikan, Departemen agama, PKK, Kepolisian, Lembaga Swadaya Masyarakat, Tokoh Masyarakat⁶⁴.

3. Sistem Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Tingginya Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia sangat tinggi. Banyak faktor yang mempengaruhinya baik faktor didalam maupun diluar kesehatan. Dan segi medis sebenarnya sudah diketahui usaha-usaha preventif dan pengobatan yang mampu menolong wanita hamil, bersalin, bayi dan balita sehingga dapat terhindar dari bahaya kematian. Hanya saja sistem pelayanan terhadap hal ini terasa masih kurang memadai. Adapun faktor-faktor diluar kesehatan antara lain: kemiskinan, kurang memadainya pelayanan kesehatan, keterbatasan sarana transportasi, situasi geografi yang sulit, komunikasi antar lokasi mukim yang sulit terjangkau, rendahnya tingkat pendidikan wanita, keterbatasan jumlah tenaga terlatih dan profesional serta etos kerjanya yang masih rendah^{8,9,63,64}.

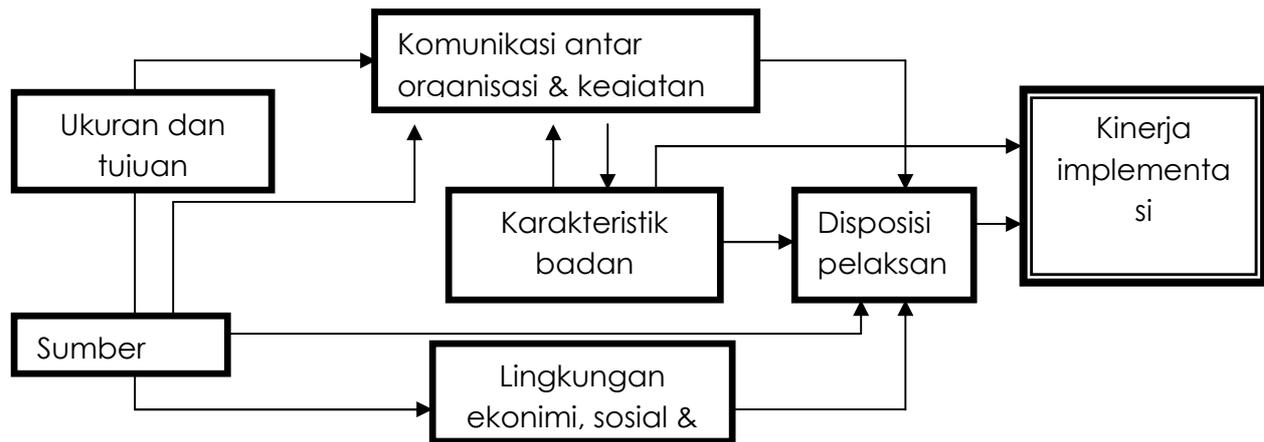
Pelayanan kesehatan ibu dan anak harus komprehensif, upaya yang saat ini nyata dilakukan oleh pemerintah antara lain melalui program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif. Diharapkan dengan program ini dapat menyumbang keberhasilan peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak sehingga bisa membantu mengatasi masalah

kematian ibu dan bayi, karena berdasarkan penelitian dari Edmon K (2006), dengan melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) menyumbang 22% untuk mengurangi kematian bayi.

4. Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan menurut *van Mater dan van Horn*, sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu (atau kelompok-kelompok) pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang ditetapkan dalam keputusan-keputusan kebijakan sebelumnya¹⁰³. Sedangkan menurut Santosa (2008), implementasi kebijakan adalah aktivitas-aktivitas yang dilakukan untuk melaksanakan sesuatu kebijakan secara efektif. Implementasi ini merupakan pelaksanaan aneka ragam program yang dimaksudkan dalam sesuatu kebijakan. Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya⁶³. Keberhasilan implementasi kebijakan menurut Edwards dipengaruhi oleh empat faktor atau variabel yaitu komunikasi, sumber-sumber, kecenderungan-kecenderungan atau tingkah laku, dan struktur birokrasi¹⁰³.

Menurut Meter dan Horn, ada lima variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi, yakni; (1) standart dan sarana kebijakan; (2) sumber daya; (3) komunikasi antar organisasi dan penguat aktivitas; (4) karakteristik agen pelaksana; dan (5) kondisi sosial ekonomi dan politik. Hubungan antara kelima variabel tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1.2. Teori implementasi oleh Van Meter dan Horn, 1975;

463

Dalam penelitian ini peneliti tidak akan membahas lebih lanjut tentang implementasi program IMD dan ASI Eksklusif namun lebih menitik beratkan pada proses sosialisasinya karena proses sosialisasi merupakan bagian atau langkah awal dari implementasi sebuah program atau kebijakan yang mana seperti teori diatas bahwa proses itu tidak lepas dari variabel-variabel diatas.

B. Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif

Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif adalah suatu program yang dicanangkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten yang ditetapkan guna mendukung keberhasilan program ASI Eksklusif oleh pemerintah pusat. Program ini mulai dilaksanakan sejak tahun 2006, dan guna mendukung program tersebut pemerintah daerah menetapkan Peraturan Daerah (Perda) no 7 tahun 2008 tentang Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif, yang mana isi dari salah satu pasalnya adalah; (1) setiap tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, dan perawatan kesehatan ibu dan anak wajib memberikan informasi tentang pentingnya IMD kepada ibu dan

keluarganya, (2) Setiap sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan pertolongan persalinan wajib menyediakan sarana dan prasarana bagi ibu melahirkan untuk melakukan IMD, dan (3) setiap tenaga kesehatan yang melakukan pertolongan persalinan dan perawatan ibu dan anak, wajib membantu melakukan IMD, kecuali ada alasan medis tertentu.

Pada Pasal ke 4 menyatakan bahwa setiap tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan lainnya wajib memberikan informasi dan bimbingan kepada masyarakat, terutama semua ibu yang baru melahirkan, ibu hamil, calon pengantin dan, serta remaja putri untuk memberikan ASI eksklusif dan cara menyusui yang baik. Pada pasal 5 mengatur tentang ruang laktasi yang wajib dimiliki setiap sarana pelayanan kesehatan bahkan tempat umum dan perkantoran/instansi. Hal itu berarti, instansi pemerintah, perusahaan swasta dan fasilitas umum harus menyediakan tempat khusus untuk ruang laktasi. Sedangkan tenaga kesehatan diwajibkan untuk memberi sosialisasi kepada masyarakat mengenai pentingnya menyusui dini kepada pasiennya.

Sedangkan Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten sendiri menetapkan bahwa Indikator dari keberhasilan program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten antara lain:

1. Turunnya Angka kematian Bayi dan Balita di Kabupaten Klaten
2. Terdapatnya perubahan perilaku pada bidan atau dokter dengan diterapkannya IMD dan ASI Eksklusif dalam setiap pertolongan persalinan
3. Adanya perubahan kebijakan terutama di RS/ RSIA dengan adanya ruang rawat gabung, pojok/ klinik laktasi, terbentuknya Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi.

4. Adanya pojok laktasi baik pada setiap institusi pelayanan kesehatan, maupun institusi swasta lainnya misalnya mall, bank, terminal, dsb.
5. Tingginya kesadaran masyarakat terutama ibu menyusui tentang pentingnya ASI Eksklusif dan meningkatnya cakupan IMD dan ASI Eksklusif.
6. Tersedianya pojok/klinik laktasi dan tempat konseling hampir di seluruh puskesmas .
7. Peningkatan jumlah ibu yang meminta inisiasi dini di rumah sakit, rumah bersalin maupun bidan praktek swasta.
8. Meningkatnya kesadaran bidan untuk tidak menerima sponsor dari susu formula
9. Sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif menjadi bagian dari bidan dan dokter dalam setiap memberikan pelayanan kesehatan.
10. Terbentuknya *peer counselor* pada ibu hamil dan ibu menyusui di setiap desa.

C. Inisiasi Menyusu Dini

1. Pengertian Inisiasi Menyusu Dini

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah bayi diberi kesempatan memulai inisiasi menyusui sendiri segera setelah lahir/ dini, dengan membiarkan kontak kulit bayi dengan kulit ibu setidaknya satu jam atau lebih, sampai menyusui pertama selesai^{30,79,95}. Apabila dalam satu jam tidak ada reaksi menyusui, maka boleh mendekatkan puting susu tetapi beri kesempatan bayi untuk inisiasi. Dalam prosedur ini kontak kulit bayi dengan kulit ibu (*Skin to skin*) lebih bermakna dibandingkan dengan proses inisiasi itu sendiri. Ada beberapa intervensi yang dapat mengganggu kemampuan alami bayi untuk mencari dan menemukan sendiri payudara ibunya.

Diantaranya, obat kimiawi yang diberikan saat ibu bersalin, kelahiran melalui obat-obatan atau tindakan seperti *caesar*, *vacum*, *forsep*, *episiotomi*

⁹⁵.

Dalam prosedur Inisiasi Menyusu Dini (IMD) segera setelah lahir, bayi harus diseka dari kepala hingga ujung kaki dengan kain lembut yang kering dan diletakkan bersentuhan kulit dengan ibunya. Kemudian bayi dan ibu diselimuti dengan kain kering lain ²⁹. Secara alami, sentuhan segera antara ibu dan bayinya yang baru lahir lewat proses kelahiran normal melalui vagina, bermanfaat meningkatkan kewaspadaan alami bayi serta memupuk ikatan antara ibu dan bayinya. Sentuhan segera seperti ini juga mengurangi perdarahan ibu serta menstabilkan suhu, pernafasan, dan tingkat gula darah bayi ¹³.

Bahkan seorang ibu yang memerlukan jahitan setelah melahirkan tetap dapat melakukan sentuhan kulit dengan bayinya. Bayi baru lahir yang lahir sehat secara normal akan terlihat sadar dan waspada, serta memiliki refleks '*rooting*' dan refleks mengisap untuk membantunya mencari puting susu ibu, mengisapnya dan mulai minum ASI. Kebanyakan bayi baru lahir sudah siap mencari puting dan mengisapnya dalam waktu satu jam setelah lahir ^{29,95}.

Bila diletakkan sendiri di atas perut ibunya, bayi baru lahir yang sehat akan merangkak ke atas, dengan mendorong kaki, menarik dengan tangan dan menggerakkan kepalanya hingga menemukan puting susu. Indera penciuman seorang bayi baru lahir sangat tajam, yang juga membantunya menemukan puting susu ibunya. Ketika bayi bergerak mencari puting susu, ibu akan memproduksi *oksitosin* dalam kadar tinggi. Ini membantu kontraksi otot rahim sehingga rahim menjadi kencang dan dengan demikian

mengurangi perdarahan. *Oksitosin* juga membuat payudara ibu mengeluarkan zat *kolostrum* ketika bayi menemukan puting susu dan mengisapnya^{79, 95,100}.

Dalam istilah yang lain, Inisiasi Menyusui Dini disebut juga sebagai proses *Breast Crawl*: Dalam sebuah publikasi oleh *breastcrawl.org*, yang berjudul *Breast Crawl: A Scientific Overview*, ada beberapa hal yang menyebabkan bayi mampu menemukan sendiri puting ibunya, dan mulai menyusui, yaitu:

- a. *Sensory Inputs* atau indera yang terdiri dari penciuman; terhadap bau khas ibunya setelah melahirkan, penglihatan; karena bayi baru dapat mengenal pola hitam putih, bayi akan mengenali puting dan wilayah *areola* ibunya karena warna gelapnya. Berikutnya adalah indera pengecap; bayi mampu merasakan cairan *amniotic* yang melekat pada jari-jari tangannya, sehingga bayi pada saat baru lahir suka menjilati jarinya sendiri. Kemudian, dari indera pendengaran; sejak dari dalam kandungan suara ibu adalah suara yang paling dikenalnya. Dan yang terakhir dari indera perasa dengan sentuhan; sentuhan kulit-ke-kulit antara bayi dengan ibu adalah sensasi pertama yang memberi kehangatan, dan rangsangan lainnya^{79, 95,100}.
- b. *Central Component*. Otak bayi yang baru lahir sudah siap untuk segera mengeksplorasi lingkungannya, dan lingkungan yang paling dikenalnya adalah tubuh ibunya. Rangsangan ini harus segera dilakukan, karena jika terlalu lama dibiarkan, bayi akan kehilangan kemampuan ini. Inilah yang menyebabkan bayi yang langsung dipisah dari ibunya, akan lebih sering menangis daripada bayi yang langsung ditempelkan ke tubuh ibunya^{79, 95,100}.

- c. *Motor Outputs*. Bayi yang merangkak di atas tubuh ibunya, merupakan gerak yang paling alamiah yang dapat dilakukan bayi setelah lahir. Selain berusaha mencapai puting ibunya, gerakan ini juga memberi banyak manfaat untuk sang Ibu, misalnya mendorong pelepasan plasenta dan mengurangi pendarahan pada rahim Ibu^{79, 95,100}.

Dalam prosedur IMD terdiri dari dua komponen utama yaitu:

- 1) Kontak antar kulit ibu dan bayi (*skin to skin*)
- 2) Upaya menyusui (*sucking*)

2. Alasan dan Manfaat Inisiasi Menyusu Dini

Berbagai penelitian mengemukakan alasan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) antara lain:

- a. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dapat mencegah 22% kematian bayi di Negara berkembang pada usia dibawah 28 bulan, namun jika menyusui pertama, saat bayi berusia diatas dua jam dan dibawah 24 jam pertama, maka dapat mencegah 16% kematian bayi di bawah 28 hari²⁹.
- b. Bayi yang diberi kesempatan menyusui dini dengan meletakkan bayi dengan kontak kulit ke kulit setidaknya selama satu jam, mempunyai hasil dua kali lebih lama disusui^{84,85,95}.
- c. Menunda Inisiasi Menyusu Dini (IMD) akan meningkatkan resiko kematian pada neonatus²⁹.
- d. Di Indonesia pemberian ASI secara dini mempunyai 8 kali lebih besar kemungkinan dalam memberikan ASI Eksklusif³².
- e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) akan meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif 6 bulan karena kontak dini ibu dan bayi

akan meningkatkan lama menyusui dua kali dibandingkan dengan kontak yang lambat ^{23,30,34,98}.

- f. Ibu dan bayi berinteraksi pada menit-menit pertama setelah lahir.
- g. Kemampuan ibu untuk menyesuaikan suhu tubuhnya dengan suhu yang dibutuhkan bayi meningkat meningkat (*thermoregulation thermal synchron*) ¹³.

Sedangkan manfaat dari Inisiasi Menyusu Dini (IMD) antara lain:

- a. Manfaat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) untuk Bayi
 - 1) Menurunkan angka kematian bayi karena *hypothermia* ¹³.
 - 2) Dada ibu menghangat bayi dengan suhu yang tepat ¹³.
 - 3) Bayi mendapatkan kolustrum yang kaya akan anti bodi, penting untuk pertumbuhan usus dan ketahanan bayi terhadap infeksi ²⁶.
 - 4) Bayi dapat menjilat kulit ibu dan menelan bakteri yang aman, berkoloni di usus bayi dan menyaingi bakteri *pathogen* ²⁶.
 - 5) Menyebabkan kadar glukosa darah bayi yang lebih baik pada beberapa jam setelah persalinan ²⁶.
 - 6) Pengeluaran mekonium lebih dini, sehingga menurunkan intensitas *ikterus* normal pada bayi baru lahir ²⁶.
- b. Manfaat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) untuk Ibu
 - 1) Ibu dan bayi menjadi lebih tenang ⁴⁹.
 - 2) Jalinan kasih sayang ibu dan bayi lebih baik sebab bayi siaga dalam 1-2 jam pertama ⁹⁵.
 - 3) Sentuhan, Jilatan, Usapan pada puting susu ibu akan merangsang pengeluaran hormon *oxytysin* ^{58,95}.
 - 4) Membantu kontraksi *uterus*, mengurangi resiko perdarahan, dan mempercepat pelepasan plasenta ⁸⁶.

3. Tatalaksana Inisiasi Menyusu Dini

Pada jam pertama bayi menemukan payudara ibunya, ini awal hubungan menyusui berkelanjutan dalam kehidupan antara ibu dan bayi menyusui⁹⁵. Kontak dengan bayi sejak dini itu membuat menyusui menjadi dua kali lebih lama, bayi lebih jarang infeksi, dan pertumbuhannya lebih baik. Di Indonesia, pemberian ASI dini dua hingga delapan kali menjadikan kemungkinan memberi ASI eksklusif lebih besar^{29,95}.

Inisiasi dini yang kurang tepat adalah menyorongkan mulut bayi ke puting ibunya untuk disusui segera setelah lahir saat bayi belum siap minum. Ini bisa mengurangi tingkat keberhasilan inisiasi awal menyusui. Bayi baru menunjukkan kesiapan untuk minum 30-40 menit setelah dilahirkan. Pada persalinan dengan operasi, inisiasi dini butuh waktu hingga lebih dari satu jam dengan tingkat keberhasilan 50 %^{29,54,79}.

Menurut Roesli (2005), berikut ini 5 tahapan dalam proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD):

- a. Dalam 30 menit pertama; Istirahat keadaan siaga, sesekali melihat ibunya dan menyesuaikan diri dengan lingkungan
- b. 30-40 menit; Mengeluarkan suara, memasukkan tangan ke mulut gerakan menghisap
- c. Mengeluarkan air liur
- d. Bergerak ke arah payudara; kaki menekan perut ibu, *areola* menjadi sasaran, menjilati kulit ibu sampai ujung *sternum*, kepala dihentak-hentakkan ke dada ibu, menoleh ke kanan ke kiri, menyentuh puting susu dengan tangan bayi

- e. Menemukan putting; menjilat, mengulum putting, membuka mulut dengan lebar dan melekat dengan baik dan menghisap puting susu.

Sedangkan berikut ini adalah 11 tatalaksana Inisiasi Menyusu Dini:

- a. Dianjurkan suami atau keluarga mendampingi ibu saat persalinan.
- b. Dalam menolong ibu saat melahirkan, disarankan untuk tidak atau mengurangi penggunaan obat kimiawai.
- c. Dibersihkan dan dikeringkan, kecuali tangannya, tanpa menghilangkan *vernix caseosa*⁹⁵.
- d. Bayi ditengkurapkan di perut ibu dengan kulit bayi melekat pada kulit ibu. Keduanya diselimuti, Bayi dapat diberi Topi⁹⁵.
- e. Anjurkan ibu menyentuh bayi untuk merangsang bayi mendekati puting susu.
- f. Bayi dibiarkan mencari puting susu ibu sendiri.
- g. Biarkan kulit bayi bersentuhan dengan kulit ibu selama paling tidak satu jam walaupun proses menyusui awal sudah terjadi atau sampai selesai menyusui awal^{4,95}
- h. Tunda menimbang, mengukur, suntikan vitamin K, dan memberikan tetes mata bayi sampai proses menyusui awal selesai⁴
- i. Ibu bersalin dengan tindakan operasi, tetap berikan kesempatan kontak kulit.
- j. Berikan ASI saja tanpa minuman atau makanan lain kecuali atas indikasi medis. Rawat Gabung; ibu dan bayi dirawat dalam satu kamar, dalam jangkauan ibu selama 24 jam⁴

Bila inisiasi dini belum terjadi di kamar bersalin; bayi tetap diletakkan didada ibu waktu dipindahkan ke kamar perawatan dan usaha menyusui dini dilanjutkan didalam kamar perawatan.

4. Masalah-masalah dalam praktek Inisiasi Menyusu Dini

Menurut UNICEF (2006), Banyak sekali masalah yang dapat menghambat pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini antara lain:

- a. Kurangnya kepedulian terhadap pentingnya Inisiasi Menyusu Dini.
- b. Kurangnya konseling oleh tenaga kesehatan dan kurangnya praktek Inisiasi Menyusu Dini.
- c. Adanya pendapat bahwa suntikan vitamin K dan tetes mata untuk mencegah penyakit *gonorrhoea* harus segera diberikan setelah lahir, padahal sebenarnya tindakan ini dapat ditunda setidaknya selama satu jam sampai bayi menyusui sendiri ³.
- d. Masih kuatnya kepercayaan keluarga bahwa ibu memerlukan istirahat yang cukup setelah melahirkan dan menyusui sulit dilakukan.
- e. Kepercayaan masyarakat yang menyatakan bahwa *kolostrum* yang keluar pada hari pertama tidak baik untuk bayi.
- f. Kepercayaan masyarakat yang tidak mengizinkan ibu untuk menyusui dini sebelum payudaranya di bersihkan

D. ASI Eksklusif

1. Pengertian ASI Eksklusif

ASI Eksklusif yaitu pemberian hanya ASI saja tanpa makanan dan minuman lain. ASI Eksklusif dianjurkan sampai 6 bulan pertama kehidupan bayi¹⁰¹. Memberikan ASI setelah persalinan juga

menunjukkan perlindungan pada bayi baru lahir terhadap infeksi dan pengaturan suhu tubuh. Pemberian ASI secara dini dan eksklusif sekurang-kurangnya 4-6 bulan akan membantu mencegah berbagai penyakit anak, termasuk gangguan lambung dan saluran nafas, terutama asma pada anak-anak. Hal ini disebabkan adanya *antibody* penting yang ada dalam kolostrum ASI (dalam jumlah yang lebih sedikit), akan melindungi bayi baru lahir dan mencegah timbulnya alergi. Untuk alasan tersebut, semua bayi baru lahir harus mendapatkan *kolostrum*^{73,76}.

2. Manfaat ASI Eksklusif

a. Manfaat ASI Eksklusif bagi Bayi

- 1) Bayi mendapatkan *kolostrum* yang mengandung zat kekebalan terutama *Immunoglobulin A* (IgA) yang melindungi bayi dari berbagai infeksi terutama diare, membantu pengeluaran *meconium*^{26,78}.
- 2) Menyelamatkan kehidupan bayi
- 3) Makanan terlengkap untuk bayi, terdiri dari proporsi yang seimbang dan cukup kuantitas semua zat gizi yang diperlukan untuk kehidupan 6 bulan pertama^{7,11,53,54}.
- 4) Selalu bersih dan selalu siap tersedia dalam suhu yang sesuai
- 5) Mudah dicerna dan zat gizi mudah diserap
- 6) Melindungi terhadap alergi karena tidak mengandung zat yang dapat menimbulkan alergi^{56,57}.
- 7) Pemberian ASI Eksklusif akan melindungi bayi baru lahir dari berbagai penyakit akan, terutama alergi dan gangguan pencernaan^{76,79}.

- 8) Pemberian ASI Eksklusif dapat mencegah *hypothermia* pada bayi baru lahir^{76,79}.
- 9) Pemberian ASI Eksklusif berarti mempertahankan pemberian ASI sekurangnya 4-6 bulan^{76,79}
- 10) Pemberian ASI akan membantu pencegahan infeksi.

b. Manfaat ASI Eksklusif bagi Ibu

- 1) Pemberian ASI memberikan 98% metode kontrasepsi yang efisien selama 6 bulan pertama sesudah kelahiran bila diberikan hanya ASI saja (eksklusif) dan belum terjadi menstruasi kembali^{76,79}.
- 2) Menempelkan segera bayi pada payudara membantu pengeluaran plasenta karena isapan bayi merangsang kontraksi rahim, oleh karena itu menurunkan resiko pasca persalinan⁷⁹.
- 3) Memberikan ASI segera (dalam waktu 60 menit) membantu meningkatkan produksi ASI dan proses laktasi⁷⁹.
- 4) Isapan puting segera dan sering membantu mencegah payudara bengkak.
- 5) Pemberian ASI membantu mengurangi beban kerja ibu karena ASI tersedia kapan dan dimana saja. ASI selalu bersih, sehat dan tersedia dalam suhu yang cocok⁷⁹.
- 6) Pemberian ASI sangat ekonomis.
- 7) Meningkatkan hubungan batin antara ibu dan bayi

c. Manfaat ASI Eksklusif bagi Keluarga

- 1) Tidak perlu uang untuk membeli susu formula, kayu bakar atau minyak untuk merebus air, susu atau peralatan.
- 2) Bayi sehat berarti keluarga mengeluarkan biaya lebih sedikit (hemat) dalam perawatan kesehatan dan berkurangnya kekhawatiran bayi akan sakit⁷⁹.
- 3) Penjarangan kelahiran karena efek kontrasepsi dari ASI eksklusif.
- 4) Menghemat waktu keluarga bila bayi lebih sehat
- 5) Pemberian ASI pada bayi (meneteki) berarti hemat tenaga bagi keluarga sebab ASI selalu siap tersedia⁷⁹.

E. Perilaku Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif

Perilaku atau ketrampilan adalah hasil dari latihan yang berulang, yang dapat disebut perubahan yang meningkat atau progresif oleh orang yang mempelajari ketrampilan tersebut sebagai hasil dari aktivitas tertentu. Perilaku atau ketrampilan dapat terwujud melalui hasil dari pengalaman, pengetahuan dan sikapnya^{5,37}.

Menurut Green (2000), terdapat tiga faktor utama yang dapat mempengaruhi perilaku individu atau masyarakat, yaitu: 1) faktor dasar (*predisposing factors*) yang meliputi: (a) pengetahuan individu; (b) sikap; (c) kepercayaan; (d) tradisi; (e) unsur-unsur yang terdapat dalam diri individu dan masyarakat dan; (f) faktor demografi; 2) faktor pendukung (*enabling factors*) yang meliputi: sumberdaya dan potensi masyarakat seperti lingkungan fisik dan sarana yang tersedia dan; 3) faktor

pendorong (*reinforcing factors*) yang meliputi sikap dan perilaku orang lain seperti teman, orang tua, dan petugas kesehatan.

Begitu pula dengan perilaku pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini dan pemberian ASI Eksklusif baik oleh ibu maupun petugas kesehatan terutama bidan, semuanya sangat dipengaruhi oleh faktor faktor tersebut diatas. Faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan IMD dan pemberian ASI Eksklusif terutama faktor sikap, motivasi, maupun pengetahuan, baik sikap, motivasi, dan pengetahuan ibu, maupun petugas kesehatan khususnya bidan^{5,43,54,56}.

F. Faktor-Faktor Yang Mendukung dan Menghambat Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif

Berikut beberapa factor yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini antara lain:

1. Kebijakan Instansi pelayanan kesehatan tentang IMD dan ASI Eksklusif.
2. Pengetahuan, Motivasi dan Sikap tenaga penolong persalinan^{21,52}.
3. Pengetahuan, Motivasi dan Sikap ibu.
4. Gencarnya promosi susu formula
5. Dukungan anggota keluarga

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan menyusui adalah sosial budaya, psikologis dan biologis ibu sendiri. Selain itu faktor-faktor yang mempengaruhi ibu untuk menyusui adalah:

1. Faktor Psikologi

Status psikologi mendasari ibu dan pendukungnya untuk keberhasilan menyusui, termasuk percaya diri ibu dan komitmen menyusui, bayi merasa kenyang merupakan kepuasan bagi ibu menyusui. Psikologis ibu termasuk disekitarnya yang dekat dalam struktur dukungan. Jenis

dari dukungan antara lain memberi dukungan informasi termasuk bagian dari pengetahuan tentang keuntungan menyusui dan cara menyusui. Dukungan emosi termasuk member pengertian, membesarkan hati dan menyayangi. Dukungan pertolongan termasuk memberi pertolongan fisik untuk dapat menyusui bayinya. Pemberi dukungan termasuk keluarga, teman, suami atau teman dekat, tenaga kesehatan dan lingkungan hidup⁵⁴.

2. Faktor dukungan Tenaga Kesehatan

Dukungan yang diberikan tenaga kesehatan dapat membangkitkan rasa percaya diri ibu untuk membuat keputusan menyusui bayinya. Informasi tentang perawatan payudara selama masa kehamilan, lama menyusui, keuntungan menyusui, inisiasi menyusui dini, merupakan dukungan tenaga kesehatan untuk menyukseskan kelangsungan pemberian ASI eksklusif^{56,71,72}.

3. Faktor Demografi

Faktor demografi terbagi menjadi dua, yaitu faktor sosio demografi dan faktor biomedik. Faktor sosio demografi terdiri dari umur, pendidikan, status perkawinan, suku, tingkat sosial dan penghasilan. Faktor biomedik terdiri dari jumlah kelahiran, kesehatan bayi dan kesehatan ibu (selama hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan)^{74,56}

Selain faktor diatas, adanya kebijakan dan dukungan dari badan kesehatan dan pemerintah juga membantu meningkatkan keberhasilan menyusui eksklusif.

G. Ketenagaan Kesehatan

1. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sumber daya kesehatan merupakan unsur terpenting didalam peningkatan pembangunan kesehatan secara menyeluruh, sumber daya kesehatan terdiri dari tenaga, sarana dan dana yang tersedia untuk pembangunan kesehatan. Sumber daya manusia kesehatan menurut Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2004 adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan pendidikan, dan pelatihan serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya^{93,103}.

Diharapkan dengan peningkatan sumber daya kesehatan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan diseluruh tingkat pelayanan kesehatan baik di desa, puskesmas dan rumah sakit. Bersamaan dengan ini jajaran kesehatan terus melakukan peningkatan kualitas SDM kesehatan dengan melakukan pelatihan-pelatihan yang berbasis kompetensi, peningkatan loyalitas terhadap profesi kesehatan. Tenaga kesehatan merupakan bagian terpenting didalam peningkatan pelayanan kesehatan di Kabupaten Klaten, peningkatan kualitas harus menjadi prioritas utama karena hal ini juga berkaitan dengan globalisasi dunia dan persaingan terhadap kualitas ketenagaan harus menjadi pemicu^{93,103}

2. Bidan

a. Pengertian

Definisi bidan menurut *International Confederation Of Midwives* (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi

bidan di seluruh dunia, dan diakui oleh WHO dan *Federation of International Gynecologist Obstetrition* (FIGO). Definisi tersebut secara berkala di review dalam pertemuan Internasional / Kongres ICM. Definisi terakhir disusun melalui konggres ICM ke 27, pada bulan Juli tahun 2005 di Brisbane Australia ditetapkan sebagai berikut: Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan²².

Dengan memperhatikan aspek sosial budaya dan kondisi masyarakat Indonesia, maka Ikatan Bidan Indonesia (IBI) menetapkan bahwa bidan Indonesia adalah: seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan²².

Bidan diakui sebagai tenaga professional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan

akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawat-daruratan²².

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak^{22,23}.

Bidan dapat praktik diberbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

b. Peran dan Fungsi Bidan

Bidan adalah sebagai pendidik, pengelola dan peneliti di masyarakat, dan peran bidan antara lain:

1) Bidan sebagai pengelola

Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pely kebidanan utk individu, kelg, kelompok khusus dan masy di wily kerja dengan melibatkan masy:

- a) Bersama Tim Kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji kebutuhan ibu dan anak untuk mengembangkan program pelayanan kesehatan
- b) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil kajian
- c) Mengelola kegiatan pelayanan masyarakat di Desa
- d) Mengawasi dan membimbing kader dukun atau petugas kesehatan lain

Berpatisipasi dengan tim kesehatan untuk melaksanakan program kesehatan pada sektor lain diwilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi dan tenaga kesehatan lain yang berada di wilayah kejanya :

- a) Bekerjasama dengan Puskesmas memberikan asuhan berupa rujukan dan tindak lanjut
 - b) Membina hubungan baik dengan kader, PLKB dan masyarakat
 - c) Melaksaknakan pelatihan membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain
 - d) Memberikan asuhan dari rujukan dukun bayi
 - e) Membina kegiatan kesehatan di masyarakat
- 2) Bidan sebagai pendidik
- a) Memberikan pendidikan pada masyarakat teerkait dengan masalah kesehatan ibu, anak dan KB.
 - b) Membimbing kader, dukun termasuk siswa kebidanan dan keperawatan
- 3) Bidan sebagai peneliti
- Melakukan pebelitian/investigasi baik sendiri maupun kelompok, meliputi :
- a) Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilaksanakan
 - b) Menyusun rencana kerja pelatihan
 - c) Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana
 - d) Mengolah dan menginterpretasikan data yang diperoleh
 - e) Menyusun laporan hasil investigasi dan tidak lanjut

- f) Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan

3. Peran Bidan dalam Meningkatkan IMD dan Pemberian ASI Eksklusif

Berhasil atau tidaknya penyusuan dini di tempat pelayanan ibu bersalin, rumah sakit sangat tergantung pada petugas kesehatan yaitu perawat, bidan atau dokter karena merekalah yang pertamanya akan membantu ibu bersalin melakukan Inisiasi Menyusu Dini⁸⁴. Petugas kesehatan di kamar bersalin harus memahami tatalaksana IMD dan laktasi yang baik dan benar, petugas kesehatan tersebut diharapkan selalu mempunyai sikap yang positif terhadap IMD dan ASI Eksklusif. Mereka diharapkan dapat memahami, menghayati dan mau melaksanakannya. Betapa pun sempitnya waktu yang dipunyai oleh petugas kesehatan tersebut, diharapkan masih dapat meluangkan waktu untuk memotivasi dan membantu ibu habis bersalin untuk melaksanakan IMD dan ASI Eksklusif^{79,78}.

Kesiapan petugas kesehatan termasuk bidan dalam program laktasi merupakan kunci keberhasilan^{79,78}. Peranan bidan dalam menyukseskan IMD dan ASI Eksklusif tidak lepas dari wewenang bidan dalam memberikan pelayanan pada ibu dan anak sebagaimana tercantum dalam Kepmenkes no 900/Menkes/SK/2002 Bab V Pasal 18 yaitu meningkatkan pemeliharaan dan penggunaan air susu ibu. Disamping itu dengan menginformasikan ASI pada setiap wanita hamil serta membantu ibu memulai pemberian ASI pada satu jam pertama setelah lahir^{100,101}.

Guna mendukung keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif, WHO merekomendasikan kepada seluruh tenaga kesehatan agar melakukan 7 kontak ASI atau 7 pertemuan ASI dalam upaya sosialisasi program dan setiap kali melakukan pelayanan kesehatan ibu dan anak yaitu:

- a. Pada saat *Ante Natal Care* (ANC) pertama / kunjungan pertama (K1) di Klinik Kesehatan Ibu dan Anak.
- b. Pada saat *Ante Natal Care* (ANC) kedua / kunjungan kedua di Klinik Kesehatan Ibu dan Anak.
- c. Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) oleh bidan/dokter penolong persalinan di kamar bersalin atau kamar operasi.
- d. Sosialisasi ASI di ruang perawatan pada hari ke 1-2.
- e. Sosialisasi ASI pada saat kontrol pertama hari ke 7.
- f. Sosialisasi ASI pada saat kontrol kedua hari ke 36.
- g. Sosialisasi ASI pada saat imunisasi.

4. Pendidikan dan Pelatihan Bidan Dalam upaya meningkatkan IMD dan Pemberian ASI Eksklusif.

Dalam rangka meningkatkan akses ibu, keluarga dan masyarakat terhadap informasi tentang pola makan terbaik bagi bayi dan anak sampai usia 2 tahun, setiap fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan ibu dan anak seperti Rumah Sakit, Rumah Sakit Bersalin, Puskesmas dan jaringannya, bidan praktek swasta, dan sebagainya, perlu memiliki tenaga konselor menyusui yang mampu membantu ibu dan keluarganya dalam melakukan inisiasi menyusui dini dan menyusui eksklusif selama 6 bulan. Terkait dengan maksud tersebut, Direktorat Bina Gizi Masyarakat Departemen Kesehatan

menyediakan tenaga konselor menyusui melalui pelatihan konseling menyusui dan pelatihan fasilitator Motivator ASI^{78,84}.

Karena pada dasarnya upaya sosialisasi belum cukup dan masih perlu didukung dengan kegiatan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan bidan dalam melaksanakan program IMD dan ASI Eksklusif. Menurut Munandar pelatihan adalah suatu proses jangka pendek yang mempergunakan prosedur sistematis dan terorganisir, yang mana karyawan non managerial mempelajari pengetahuan dan ketrampilan teknis untuk tujuan-tujuan tertentu.

Pelatihan adalah suatu usaha yang terencana untuk memperbaiki dan meningkatkan pengetahuan dan sikap bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pelatihan adalah:

a. Sistem Pelatihan

Peranan pelatih adalah mengajarkan bahan-bahan latihan dan metode tertentu sehingga peserta memperoleh pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang diperlukan. Peranan pelatih sangat menentukan keberhasilan pelatihan yang diselenggarakan sehingga pelatih harus dipilih yang ahli dalam bidangnya.

b. Metode Pelatihan

Ada dua jenis pelatihan yaitu; 1) Off-site yaitu pelatihan diluar pekerjaan yang meliputi teknik presentasi seperti ceramah, kuliah, teknik bimbingan berencana, pengajaran dengan komputer, pendidikan laboratorium atau T-group, model perilaku, simulasi dan pendidikan lewat TV/film. 2) Metode in-site atau pelatihan di

tempat kerja yang terdiri dari on the job training dan rotasi pekerjaan. Berbagai metode pelatihan mempunyai keunggulan dan kelemahan masing-masing. Cara untuk mengurangi kelemahan pelatihan antara lain dengan menggabungkan beberapa metode pelatihan. Menurut Notoatmodjo (2005), pemilihan metode pelatihan harus mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut; 1) Tujuan pelatihan; 2) Kemampuan pelatih; 3) Besarnya kelompok sasaran pelatihan; 4) Fasilitas yang tersedia; 5) kemampuan sasaran belajar; dan 6) Materi pelatihan. Lebih lanjut dikatakan bahwa metode belajar yang sesuai untuk meningkatkan pengetahuan adalah metode ceramah, sedangkan untuk aspek afektif dan tindakan menggunakan metode diskusi kelompok, demonstrasi dan bermain peran.

c. Peserta Pelatihan

Efektifitas dari pelatihan sangat tergantung dari peserta seperti: umur, pendidikan, dan pengalaman. Menurut Azwar (2000) usia muda lebih mudah menguasai persuasi. Faktor lain yang mempengaruhi peserta pelatihan adalah faktor homogenitas peserta, baik homogenitas tingkat pendidikan, masa kerja dan umur. Selain homogenitas, jumlah peserta pelatihan juga berpengaruh terhadap pelatihan, menurut Departemen Kesehatan RI (1999) untuk mendapatkan hasil yang maksimal, peserta pelatihan dalam satu kali pelatihan maksimal 30 orang.

d. Materi Pelatihan

Materi pelatihan merupakan salah satu komponen pelatihan yang harus diperhatikan, materi pelatihan harus sesuai dengan tujuan pelatihan.

e. Alat Bantu Belajar

Menurut Notoatmodjo (2007), alat bantu belajar mengajar adalah alat-alat yang digunakan oleh pelatih dalam menyampaikan materi. Selanjutnya dikatakan bahwa penggunaan alat bantu belajar berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang akan diterima menggunakan panca indera. Menurut Edgar Dale semakin banyak indera yang digunakan semakin banyak pengetahuan yang diperoleh.

Berdasarkan teori diatas, upaya yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten berupaya untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif, yaitu melalui kegiatan:

- a. Memberdayakan ibu dan meningkatkan dukungan anggota keluarga agar semakin banyak bayi baru lahir yang melakukan inisiasi menyusui dini, dan semakin banyak ibu mampu menyusui dengan benar.
- b. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan menyediakan tenaga konselor menyusui di sarana pelayanan kesehatan, dan revitalisasi sarana pelayanan kesehatan sayang ibu dan bayi.
- c. Menciptakan lingkungan kondusif yang memungkinkan ibu tetap menyusui sebagaimana mestinya.

Untuk melaksanakan kegiatan tersebut, keberadaan tenaga konselor menyusui menjadi sangat penting. Pengalaman selama ini menunjukkan bahwa peranan tenaga konselor menyusui sangat besar terhadap peningkatan pemberdayaan ibu, peningkatan dukungan anggota keluarga serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang pada gilirannya akan meningkatkan cakupan pemberian ASI

secara eksklusif di Indonesia. Oleh karena itu keberadaan tenaga fasilitator, konselor dan motivator ASI menyusui perlu dipertahankan dan ditingkatkan. Fungsi fasilitator ASI disini adalah sebagai fasilitator dalam pelatihan bidan untuk menjadi konselor-konselor ASI^{72,73,78}.

Sedangkan tenaga konselor menyusui diperoleh melalui suatu proses pelatihan konseling menyusui dengan menggunakan standar kurikulum atau modul yang baku. Selama ini standar kurikulum atau modul pelatihan konseling menyusui menggunakan modul WHO/UNICEF metode 40 jam yang telah diakui secara internasional. Alasan diberikannya pelatihan konselor, fasilitator dan motivator ASI antara lain:

- a. ASI merupakan hal yang mendasar bagi kesehatan dan perkembangan bayi telah dibuktikan secara ilmiah oleh para ahli di seluruh dunia.
- b. ASI eksklusif akan menghasilkan bayi yang lebih sehat dan lebih cerdas.
- c. Pemberian ASI mempersatukan jalinan kasih sayang ibu dan bayi sehingga mencapai perkembangan yang optimal.
- d. Lebih dari 90% ibu yang melahirkan di Indonesia menyusui bayinya, tetapi masih sangat sedikit jumlah ibu yang menyusui bayinya secara eksklusif sampai 4-6 bulan.
- e. Masih banyak ibu yang memberikan bayinya susu formula atau makanan padat sebagai makanan tambahan beberapa minggu setelah melahirkan.
- f. Kasus gizi buruk yang banyak terjadi hampir diseluruh wilayah Indonesia sebagian besar diderita oleh bayi berumur 6 bulan

keatas. Hal ini sebagai akibat pemberian ASI dan MP-ASI yang tidak tepat.

- g. Berbagai upaya telah dilakukan oleh Organisasi Kesehatan Dunia untuk promosi ASI.
- h. Peranan petugas kesehatan dalam mempromosikan ASI masih belum efektif karena belum mempunyai kemampuan (skill) yang cukup untuk melaksanakan tugas ini.

Sudah saatnya petugas kesehatan dapat membantu memberikan konseling kepada ibu-ibu yang mengalami kesukaran dalam menyusui dan memberikan dukungan untuk memberikan dan meningkatkan ASI

H. Persepsi

1. Pengertian Persepsi

Menurut Sunaryo (2004), persepsi adalah daya mengenal barang, kualitas/hubungan, dan perbedaan antara hal ini melalui proses mengamati, mengetahui atau mengartikan setelah panca indera mendapatkan rangsangan. Dengan demikian persepsi dapat diartikan sebagai proses diterimanya rangsang melalui panca indera yang didahului oleh perhatian sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan dan menghayati tentang hal yang diamati, baik yang ada diluar maupun yang ada di diri individu.

Sedangkan menurut Pritchard (1986) yang berperan dalam pembentukan persepsi adalah kognitif, afektif, kepribadian dan budaya yang dimiliki seseorang yang berasal dari kenyataan yang ada di lingkungannya, pengalaman masa lalu serta keasaan terakhir tentang emosi maupun motivasi seseorang. Lebih lanjut dikatakan bahwa

dengan melihat salah satu saja dari ketiga respons yaitu afektif, kognitif maka sikap seseorang sudah dapat diketahui (Azwar, 2004). Sementara itu, sikap menurut Azwar (2004) adalah kecenderungan satu bentuk reaksi perasaan, dapat berupa perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) atau perasaan tidak mendukung (*unfavorable*).

2. Pengukuran Persepsi (Sikap)

Menurut Azwar (2004), salah satu aspek penting guna memahami sikap dan perilaku manusia adalah masalah pengukuran (*assessment*) atau pengukuran (*measurement*). Salah satu metode yang dipakai untuk mengukur sikap adalah metode *rating* yang dijumlahkan yang populer disebut penskalaan *linkert*, yang merupakan metode pernyataan sikap yang menggunakan distribusi respon sebagai dasar penentuan nilai skalanya.

a. Skala Sikap

Metode pengukuran sikap dalam bentuk self report yang hingga kini masih dianggap paling dapat diandalkan adalah dengan menggunakan daftar pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab oleh individu yang disebut skala sikap. Skala sikap (*attitude scales*) berupa kumpulan pernyataan-pernyataan mengenai obyek sikap. Dari respons subyek pada setiap pertanyaan yang kemudian dapat disimpulkan mengenai arah dan intensitas sikap seseorang.

Pernyataan sikap (*attitude statements*) adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu yang hendak diungkapkan yang kalimatnya bisa mendukung atau memihak objek sikap (*favorabel*) dan yang tidak mendukung (*unfavorabel*).

b. Skor sikap dan interpretasinya

Skala sikap yang berisi pernyataan-pernyataan terpilih dan telah memiliki nilai skala bagi setiap kategori jawabannya, apabila telah diuji pula reliabilitasnya, dapat digunakan untuk mengungkapkan sikap sekelompok responden. Skor kemudian dijumlahkan sehingga merupakan skor responden pada skala sikap. Salah satu skor standar yang biasanya digunakan dalam skala Linkert adalah skor-T yaitu:

$$T = 50 + 10 \left[\frac{X - \bar{X}}{s} \right]$$

X : Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor standar

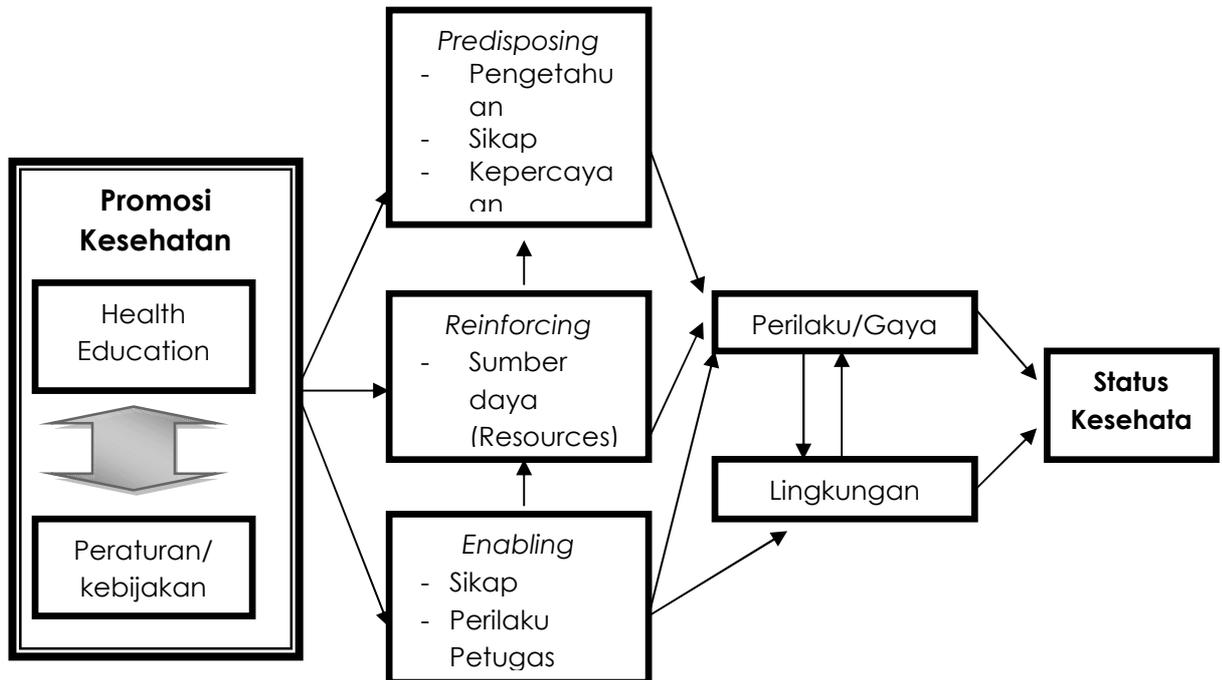
\bar{X} : Mean skor kelompok

s : Standar deviasi kelompok

I. Perilaku

Pengertian perilaku menurut Notoatmodjo (2007) adalah suatu aktivitas manusia itu sendiri baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Disamping itu faktor stimulus sendiri, motivasi, latar belakang pengalaman individu, status kepribadian dan sikap sangat mempengaruhi perilaku manusia. Green mengemukakan bahwa perilaku manusia terbentuk oleh faktor predisposisi, pendukung dan pendorong. Faktor predisposisi terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai. Faktor pendukung terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas, sarana kesehatan. Faktor pendorong terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan yang merupakan

kelompok referensi bagi masyarakat⁶⁴. Green dan Kreuter (2000), mengidentifikasi faktor-faktor tersebut sebagai berikut:



Gambar 1.3. Hubungan status kesehatan, perilaku dan promosi kesehatan menurut Green dan Kreuter (2000).

Mencermati dari teori Green diatas, dapat disimpulkan bahwa salah satu cara untuk mengubah perilaku adalah dengan melakukan intervensi terhadap faktor predisposisi, atau mengubah nilai, pengetahuan, sikap dan persepsi terhadap masalah kesehatan melalui pendidikan kesehatan. Namun demikian untuk memperoleh hasil yang lebih memuaskan, faktor pemungkin dan faktor penguat juga harus dapat turut berkontribusi sesuai dengan fungsinya. Artinya, dengan pengetahuan, sikap, nilai dan persepsi yang baik atau positif tetapi tidak ditunjang fasilitas yang memadai tentu tidak akan muncul perilaku yang diharapkan. Oleh karena itu intervensi yang dilakukan harus diikuti oleh ketersediaan fasilitas serta akan lebih baik lagi bila didukung oleh faktor penguat. Green juga mengatakan

bahwa sikap dan tingkah laku individu maupun masyarakat dapat dirubah melalui pemberian informasi yang diikuti dengan latihan-latihan.

J. Pengetahuan

Pengetahuan didefinisikan sebagai pengenalan terhadap kenyataan, kebenaran, prinsip dan keindahan terhadap suatu objek. Pengetahuan merupakan hasil stimulasi informasi yang diperhatikan, dipahami dan diingatnya. Informasi dapat berasal dari berbagai bentuk termasuk pendidikan formal maupun non formal, percakapan harian, membaca, mendengar radio, menonton televisi dan dari pengalaman hidup lainnya.

Penelitian Notoatmodjo (2007) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses untuk mendapatkan pengetahuan terlebih dahulu. Proses tersebut secara berurutan sebagai berikut: 1) *awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus; 2) *interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut, di sinilah sikap objek sudah mulai timbul; 3) *evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya; 4) *trial* (mencoba) dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus; 5) *adoption* dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Pengetahuan merupakan fungsi dari sikap. Menurut fungsi ini manusia mempunyai dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Adanya unsur-unsur pengalaman yang semula tidak konsisten dengan apa yang

diketahui oleh individu akan disusun, ditata kembali atau diubah sedemikian rupa sehingga tercapai suatu konsistensi. Sikap berfungsi sebagai suatu skema, suatu cara strukturisasi agar dunia di sekitar tampak logis dan masuk akal untuk melakukan evaluasi terhadap fenomena luar yang ada dan mengorganisasikannya⁸¹.

Pada lingkungan pendidikan kesehatan dikenal pepatah, "*Knowledge is necessary, but not sufficient*". Hal ini tidak berarti bahwa pengetahuan tidak penting dalam perubahan perilaku, hanya pengetahuan bukan satu-satunya syarat untuk merubah perilaku individu^{46,64}.

Tingkatan Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan. Enam tingkatan pengetahuan tersebut adalah sebagai berikut: 1) tahu (*know*); 2) memahami (*comprehension*); 3) aplikasi (*aplication*); 4) analisis (*analysis*); 5) Sintesis (*syntesis*); 6) evaluasi (*evaluation*). Pengetahuan seperti halnya sikap dapat diukur melalui metode wawancara, observasi dan uji tertulis.

K. Motivasi

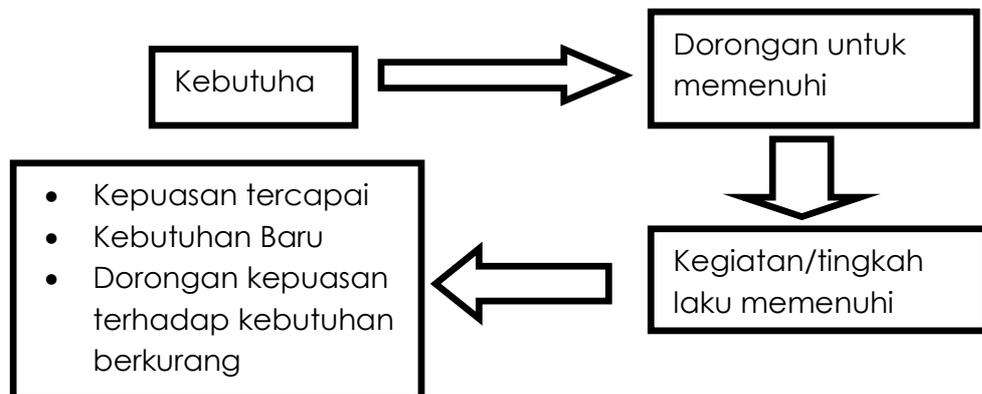
Motivasi menurut Terry G (1986) adalah keinginan yang terdapat pada diri seseorang individu yang mendorongnya untuk melakukan perbuatan atau perilaku. Sedangkan menurut Tuti (2006) mendefinisikan motivasi sebagai sesuatu hal yang menyebabkan dan yang mendukung suatu tindakan atau perilaku seseorang. Motivasi adalah suatu perangsang keinginan (*want*) dan daya penggerak kemauan bekerja seseorang, yang mana mempunyai tujuan tertentu yang ingin dicapai.

Motivasi seseorang akan sangat ditentukan oleh stimulusnya, stimulus yang dimaksud merupakan mesin penggerak motivasi seseorang sehingga menimbulkan pengaruh perilaku orang yang bersangkutan. Stimulus tersebut biasanya meliputi kinerja (*achievement*), penghargaan (*recognition*), tantangan (*challenge*), tanggung jawab (*responsibility*), pengembangan (*development*), keterlibatan (*involvement*) dan kesempatan (*opportunity*)⁸⁸.

Menurut Siswanto (2007) teori motivasi dapat dibedakan menjadi dua kelompok yaitu:

1. Teori kepuasan yang berorientasi pada faktor dalam diri individu yang menguatkan, mengarahkan, mendukung dan menghentikan perilaku.
2. Teori proses yang mendiskripsikan dan menganalisis bagaimana Perilaku dikuarkan, diarahkan, didukung dan dihentikan

Proses motivasi diarahkan untuk mencapai tujuan dan berikut model umum proses motivasi:



Gambar 1.4. Proses terjadinya motivasi menurut Siswanto (2007)

L. Sosialisasi

Dalam rangka peningkatan derajat kesehatan ibu dan bayi juga peningkatan cakupan ASI Eksklusif, perlu dilakukan suatu program yang dilaksanakan secara terarah dan kontinyu. Menanamkan prinsip Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif pada setiap asuhan yang diberikan bidan kepada masyarakat sangatlah penting, hal ini berhubungan dengan upaya untuk merubah perilaku bidan supaya selalu melakukan IMD dalam setiap pertolongan persalinan dan mendukung pemberian ASI Eksklusif. Upaya penyadaran tentang program IMD dan ASI Eksklusif kepada bidan merupakan tantangan yang sulit, namun bukan berarti tidak dapat dilaksanakan hanya saja dibutuhkan metode yang tepat untuk dapat menyampaikan informasi dan melakukan evaluasi terhadap upaya yang telah dilakukan

Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan mensosialisasikan program IMD dan ASI Eksklusif kepada bidan, yang dilakukan secara terencana dan termonitor. Definisi sosialisasi yang ditulis di Wikipedia (2008) adalah sebuah proses penanaman atau transfer kebiasaan atau nilai dan aturan dari satu generasi ke generasi lainnya dalam sebuah kelompok atau masyarakat. Menurut Depkes RI (2005) sosialisasi adalah penyebarluasan informasi (program, kebijakan, peraturan) dari satu pihak (pemilik program, kebijakan, peraturan) kepada pihak-pihak lain (aparatur, masyarakat yang terkena program, dan masyarakat umum). Sedangkan menurut Sugiyana (2008), sosialisasi merupakan aktivitas komunikasi yang bertujuan untuk menciptakan perubahan pengetahuan, sikap mental, dan perilaku khalayak sasaran terhadap ide pembaruan (inovasi) yang ditawarkan. Sugiyana (2008) juga berpendapat bahwa sosialisasi adalah pengenalan dan penyebarluasan program kepada masyarakat dan

aparatus yang menjadi sasaran program serta kepada pihak-pihak lain yang berkepentingan atau yang menjadi mitra kerja.

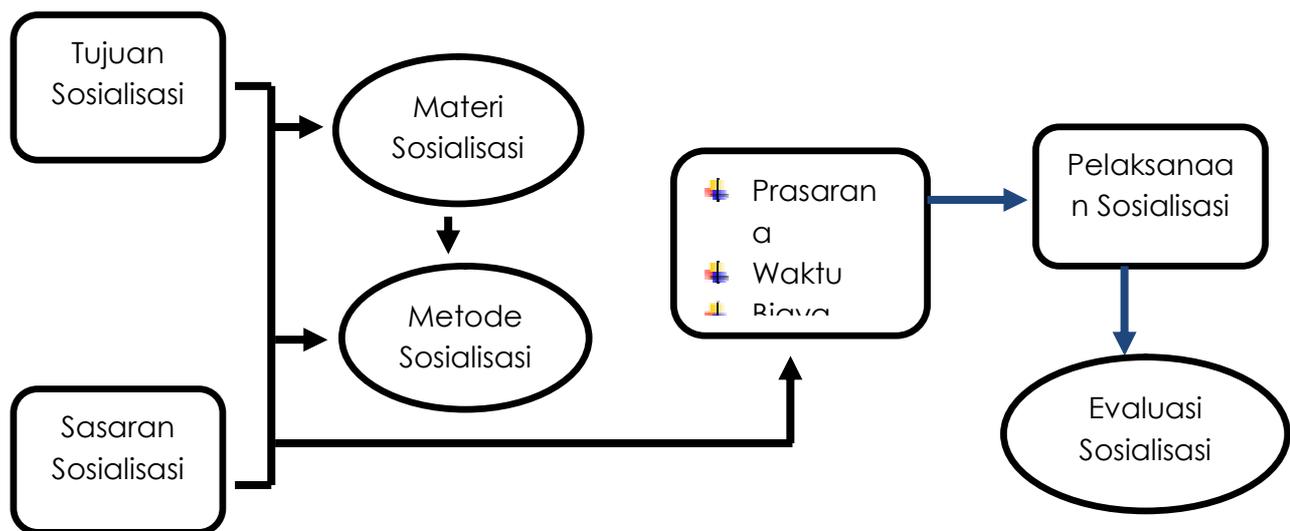
Dalam konteks Inisiasi menyusui Dini (IMD) dan ASI Eksklusif ini, Sosialisasi diartikan sebagai mekanisme penyampaian informasi program sesekatan dari pembuat program kepada bidan, jadi efektif atau tidak, berhasil atau tidak sosialisasi ini diukur dari tingkat pemahaman publik tentang program IMD dan ASI Eksklusif serta sejauh mana pemahaman bidan tentang program tersebut dapat mempengaruhi proses pengambilan keputusan dan perubahan perilaku. Isi informasi yang disebarluaskan bermacam-macam tergantung pada tujuan program. Informasi yang disebarkan menyangkut kebijakan program, panduan, standar kinerja yang digunakan, *lessons learnt*, pengalaman lapangan, dan hasil kegiatan. Seperti dijelaskan diatas maka sosialisasi sangat dipengaruhi oleh komunikasi dalam organisasi, dasar-dasar perilaku individu dan proses belajar tersebut dapat memperlancar atau menghambat jalannya sosialisasi^{82,84}.

Berbagai jenis informasi dalam rangka sosialisasi dapat disampaikan dalam pola dan bentuk kegiatan, yaitu melalui berbagai jenis event seperti: seminar, workshop, talkshow, simulasi ataupun penyebaran buku, leaflet, brosur, CD dan sebaran lainnya. Tergantung pada khalayak sasaran dan jenis pesan atau informasi yang ingin disebarluaskan, sosialisasi dapat dilakukan melalui tiga metode berikut ini:

1. Komunikasi tatap muka seperti pertemuan warga (musyawarah dusun, musyawarah desa), kunjungan rumah, kunjungan ke tempat-tempat berkumpulnya warga, lokakarya, rapat evaluasi.

2. Komunikasi massa seperti penyebarluasan *leaflet*, *pamflet*, poster, komik, *newsletter*, dan pemutaran film dokumenter.
3. Pelatihan Pelaku seperti pelatihan untuk fasilitator, konselor maupun motivator ASI

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya bahwa efektifitas penyebaran informasi dalam rangka sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif terkait dengan pengukuran atau pengujian atas upaya atau kegiatan yang dilakukan apakah suatu program sosialisasi perlu ditingkatkan kualitas dan atau kuantitasnya. Supaya proses sosialisasi berjalan dengan baik maka perlu memperhatikan alir teknik sosialisasi seperti tergambar dalam bagan berikut ini:



Gambar 1.5. Bagan alir teknik sosialisasi Departemen Dalam Negeri RI (2005)

Sosialisasi dapat dibagi menjadi dua pola: sosialisasi represif dan sosialisasi partisipatoris. Sosialisasi represif (*repressive socialization*) menekankan pada penggunaan hubungan terhadap kesalahan. Ciri lainnya adalah penekanan penggunaan materi dalam hukuman dan imbalan, penekanan kepatuhan seorang karyawan kepada para

menajemen, penekanan pada komunikasi bersifat satu arah, nonverbal dan berisi perintah. Penekanan sosialisasi represif terletak pada manajemen dan keinginan manajemen, dan peran perusahaan/ institusi pembuat kebijakan sebagai *significant other*⁹⁹.

Sosialisasi partisipatoris (*participatory socialization*) merupakan pola dimana karyawan yang dalam hal ini adalah petugas kesehatan khususnya bidan terlibat dalam proses sosialisasi. Hal ini dapat dilaksanakan dengan pemberian penghargaan dan hukuman terhadap bidan dalam pelaksanaan program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif. Selain itu hukuman dan imbalan bersifat simbolik. Dalam proses sosialisasi ini bidan diberi kebebasan. Penekanan diletakkan pada interaksi dan komunikasi bersifat lisan yang menjadi pusat sosialisasi adalah bidan dan keperluan bidan sedangkan perusahaan atau institusi menjadi *generalized*⁹⁹.

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya bahwa efektifitas penyebaran informasi dalam rangka sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif terkait dengan pengukuran atau pengujian atas upaya atau kegiatan yang dilakukan apakah suatu program sosialisasi perlu ditingkatkan kualitas dan atau kuantitasnya. Dalam menunjang sasaran sosialisasi dengan efektif dan efisien, maka diperlukan agen sosialisasi. Agen sosialisasi adalah pihak-pihak yang melaksanakan atau melakukan sosialisasi. Proses sosialisasi akan berjalan lancar apabila pesan-pesan yang disampaikan oleh agen-agen sosialisasi itu tidak bertentangan atau saling mendukung satu sama lain^{84,88}. Agen sosialisasi yang berperan dalam program Inisiasi Menyusu Dini dan Eksklusif antara lain:

1. Individual

Yang dimaksud disini adalah bidan yang telah menjadi fasilitator ASI dan Konselor ASI dimana bidan tersebut secara individu mempunyai pengaruh yang sangat besar dalam pelaksanaan sosialisasi program baik kepada sesama bidan dan petugas kesehatan maupun kepada masyarakat secara umum. Untuk itu perlu pendidikan, konseling dan diberikan dorongan terhadap masing-masing bidan.

2. Perusahaan/ Institusi

Perusahaan atau institusi merupakan agen sosialisasi yang berperan besar karena perusahaan atau institusi dalam hal ini Dinas Kesehatan, maupun Ikatan Bidan Indonesia harus selalu melakukan training/ pelatihan IMD dan ASI Eksklusif baik intern maupun ekstern bagi bidan, mempunyai jaringan yang luas dalam pelaksanaan IMD dan ASI Eksklusif, berfungsi sebagai konsultan program bagi bidan dan selalu melakukan konsultasi program IMD dan ASI Eksklusif kepada badan konsultan pemerintah maupun swasta.

3. Interpersonal

Hubungan interpersonal juga berpengaruh dalam pelaksanaan program IMD dan ASI Eksklusif baik antar bidan atau petugas kesehatan dalam satu institusi maupun antar institusi/ perusahaan dalam satu wilayah. Peranan dari hubungan interpersonal adalah adanya saling mengingatkan antar individu maupun institusi/ perusahaan untuk selalu melaksanakan program IMD dan ASI Eksklusif.

4. Pemerintah

Peranan pemerintah adalah sebagai pemantau dan pengarah terhadap pelaksanaan program IMD dan ASI Eksklusif. dengan dilakukan pemantauan diharapkan hasil yang dicapai dapat maksimal

dan pelaksanaan kebijakan yang telah diambil dapat terpantau dengan baik.

Pengukuran atas efektivitas sosialisasi informasi program IMD dan ASI Eksklusif dapat diukur dari tingkat pemahaman bidan sebagai petugas kesehatan ataupun bidan sebagai pelaksana program dan sejauh mana pemahaman tersebut mempengaruhi proses pengambilan keputusan.

Upaya sosialisasi harus juga didukung dengan kegiatan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pelatihan dan keterampilan karyawan. Selain itu dalam proses sosialisasi harus memperhatikan dan mengacu pada fungsi manajemen yang dirumuskan *George R. Terry*, yaitu perencanaan (*planning*), pengorganisasian/lembaga (*organizing*), pelaksanaan (*actuating*), dan pengendalian (*controlling*) atau sering disebut POAC. Semua proses tersebut dilakukan dalam rangka mengemban tugas pokok organisasi/lembaga untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Dalam manajemen modern, keempat fungsi tersebut bukan berjalan secara linier, tetapi merupakan siklus spiral. Secara sederhana dapat dikatakan bahwa siklus manajemen yang dilakukan oleh suatu organisasi/lembaga adalah merencanakan, mengorganisasi staf dan sumber daya yang ada, melaksanakan program kerja, dan mengendalikan jalannya pekerjaan. Di dalam tahapan pengendalian dilakukan evaluasi untuk memperoleh umpan balik (*feed back*) untuk dasar perencanaan selanjutnya atau untuk perencanaan kembali (*replanning*)³⁶.

1. Perencanaan (*planning*)

Perencanaan merupakan susunan langkah-langkah secara sistematis atau teratur untuk mencapai tujuan atau memecahkan masalah, dapat berbentuk grafis atau visual atau gambar bangunan dan

lingkungannya atau dapat juga verbal berupa rangkaian kata-kata.(Direktorat Jendral Cipta Karya Departemen Pekerjaan Umum dan IAP, 1997 : 91). Dalam perencanaan mencakup pengertian; penentuan terlebih dahulu apa yang akan dikerjakan, penentuan serangkaian kegiatan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Pembatasan yang terakhir merumuskan perencanaan merupakan penetapan jawaban kepada enam pertanyaan berikut :

- a. Tindakan apa yang harus dikerjakan ?
- b. Apakah sebabnya tindakan itu harus dikerjakan ?
- c. Di manakah tindakan itu harus dikerjakan ?
- d. Kapankah tindakan itu harus dikerjakan ?
- e. Siapakah yang akan mengerjakan tindakan itu ?
- f. Bagaimanakah caranya melaksanakan tindakan itu

Planning, termasuk *forecasting* (prakiraan) dan *budgeting* (perencanaan pendanaan).

2. Pengorganisasian/lembaga (*organizing*)

Kelembagaan / pengorganisasian dimaksudkan untuk mengelompokkan kegiatan-kegiatan yang diperlukan dan bagaimana hubungan antar kegiatan tersebut dalam suatu bentuk struktur organisasi atau institusi. Institusi yang dominan dalam mengelola manajemen suatu ruang atau wilayah adalah organisasi pemerintah. Hal ini menyangkut:

- a. Kebijakan program
- b. Struktur birokrasi pelaksana program
- c. Prosedur tetap atau standar prosedur

3. Pelaksanaan (*actuating*)

Pelaksanaan yaitu dimana rencana yang telah dibuat akan diterjemahkan menjadi kegiatan-kegiatan nyata. Fungsi pengarahan

dapat juga disebut dengan istilah lain, seperti motivasi (*Motivation*), penggerakan (*Actuating*) atau pemberian komando (*Commanding*).

Untuk dapat melaksanakan fungsi manajemen maka diperlukan alat manajemen (*tools*) yang sering diistilahkan dengan 6 M, yaitu *Men* (manusia), *Money* (uang), *Materials* (bahan), *Machines* (mesin, alat), *Methods* (cara), dan *Markets* (pasar).

4. Pengendalian (*controlling*)

Pengendalian merupakan tindakan preventif, agar hasil suatu pekerjaan atau pelaksanaan rencana tidak menyimpang dari tujuan yang direncanakan semula dan berkelanjutan (*sustainable*). Pengawasan merupakan tugas yang melekat pada setiap pimpinan sehingga disebut sebagai pengawasan melekat (*waskat*). Tujuan pengendalian organisasi adalah agar pelaksanaan tugas dan fungsi setiap komponen organisasi sesuai dengan rencana dan program yang telah ditetapkan. Biasanya di dalam pelaksanaan rencana tidak bersifat kaku karena dalam kurun waktu kegiatan dapat dilakukan evaluasi dan revisi/penyesuaian rencana program dengan perkembangan kondisi yang terjadi. Hal ini menyangkut adanya evaluasi, rencana tindak lanjut, sanksi atau reward dalam program IMD dan ASI Eksklusif.

Sehingga dalam kaitannya dengan sosialisasi bidan kepada masyarakat tentang program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif setidaknya mengacu pada metode *POAC* (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) tersebut diatas sehingga hasil yang didapatkan lebih optimal.

Dalam konteks sosialisasi program, sangat memerlukan kombinasi antara pendekatan atau kegiatan individu dan sosial yang mengarah ke

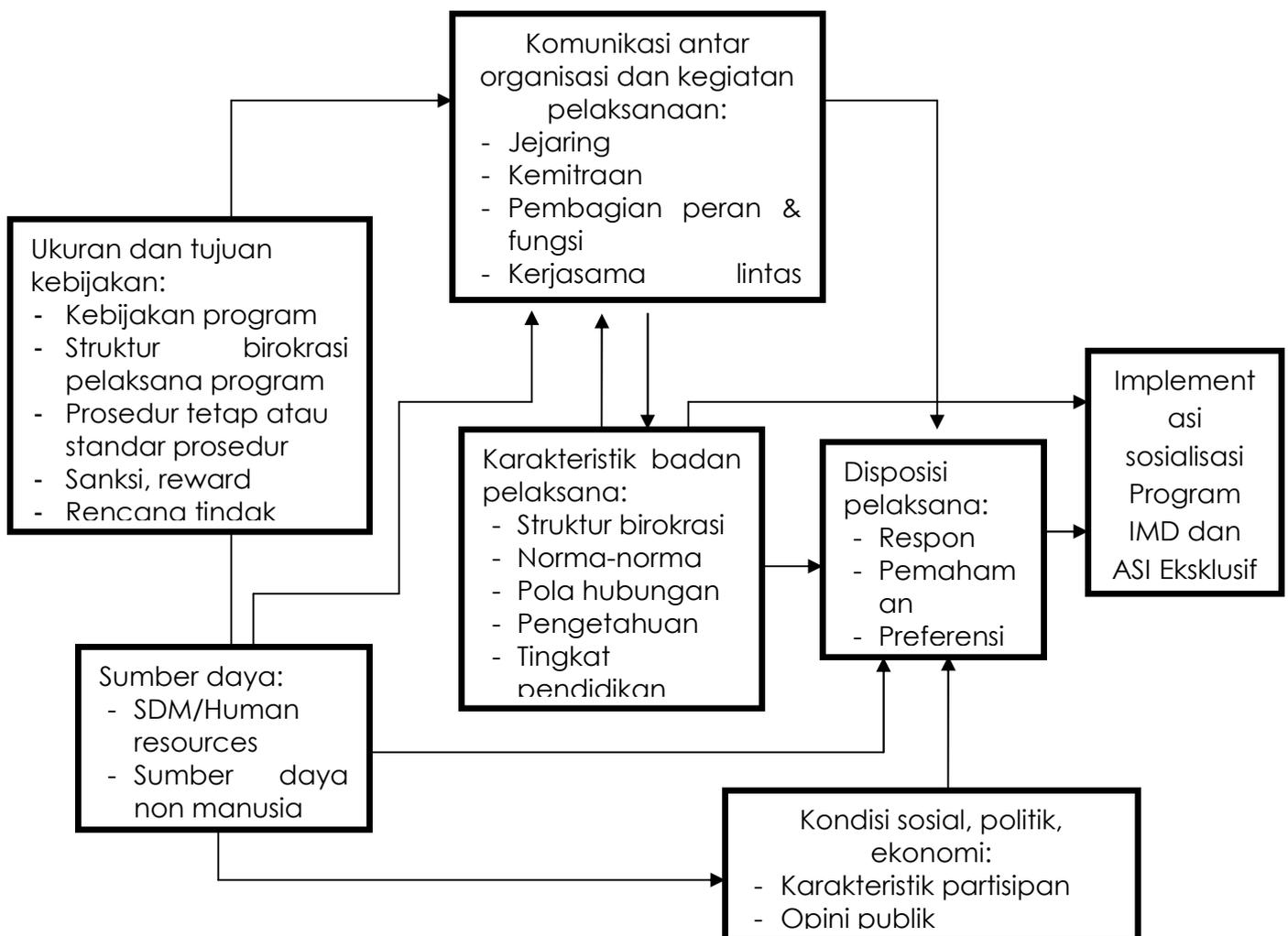
advokasi sehingga memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, dukungan masyarakat dan adanya sistem yang mendukung terhadap program atau kegiatan yang disosialisasikan. Selain itu media komunikasi adalah sarana yang penting dalam proses sosialisasi untuk mensosialisasikan pesan-pesan kesehatan pada masyarakat. Oleh sebab itu teknik sosialisasi yang baik adalah mampu mensosialisasikan program kesehatan dan info kesehatan yang sesuai dengan tingkat penerimaan.

M. KERANGKA TEORI

Berdasarkan tinjauan pustaka, dapat ditarik kesimpulan bahwa Sosialisasi merupakan unsur yang sangat penting dalam upaya mencapai keberhasilan dari tujuan program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif. Hal ini tergantung dari banyak faktor, baik dari proses sosialisasi itu sendiri baik (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*), kesiapan sumber daya manusianya seperti sumber dana, komunikasi yang meliputi SDM/ petugas pemberi sosialisasi, sarana dan prasarana yang digunakan dalam rangka sosialisasi program, dukungan birokrasi atau kebijakan baik struktur maupun kelembagaan program, juga faktor-faktor intrinsik meliputi persepsi/sikap dan perilaku bidan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan ibu dan anak, ketersediaan waktu serta fasilitas yang tersedia pengetahuan, pendidikan bidan, promosi susu formula serta pemberdayaan masyarakat dan kerjasama lintas sektoral yang dijalin dalam rangka sosialisasi program tersebut.

Bila sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif pada bidan belum berhasil, maka proses sosialisasi yang dimulai dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, evaluasi dan monitoring program berlangsung kurang baik. Masalah yang dapat terjadi pada

proses sosialisasi dapat dikaitkan dengan fungsi manajemen (POAC), adalah kurang jelasnya tujuan program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif (P), pembagian tugas yang tidak jelas atau bahkan tidak ada (O), koordinasi dan motivasi petugas kesehatan yang rendah, sikap dan perilaku petugas kesehatan yang kurang mendukung (A), pengawasan (Supervisi) lemah dan jarang dilakukan, pencatatan data untuk membantu dan memantau program yang kurang akurat, dan jarang dimanfaatkan umpan baliknya (C). Yang secara skematis kerangka teori dapat digambarkan seperti teori implementasi di bawah ini:



Gambar 1.6. Kerangka teori penelitian Teori implementasi oleh Van Meter dan Horn, 1975; 463

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. VARIABEL PENELITIAN

Variabel penelitian antara lain:

1. Variabel Bebas

a. Faktor Karakteristik bidan yang meliputi:

- 1) Umur
- 2) Tingkat Pendidikan
- 3) Lama Bekerja
- 4) Tempat bekerja

b. Faktor Pengetahuan bidan

c. Faktor Sikap Bidan

d. Faktor Motivasi Bidan

e. Faktor Pendanaan

f. Faktor Komunikasi

g. Faktor Kebijakan

2. Variabel Terikat

Persepsi bidan pada proses sosialisasi program IMD dan ASI
Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten

B. HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis dari penelitian ini adalah:P

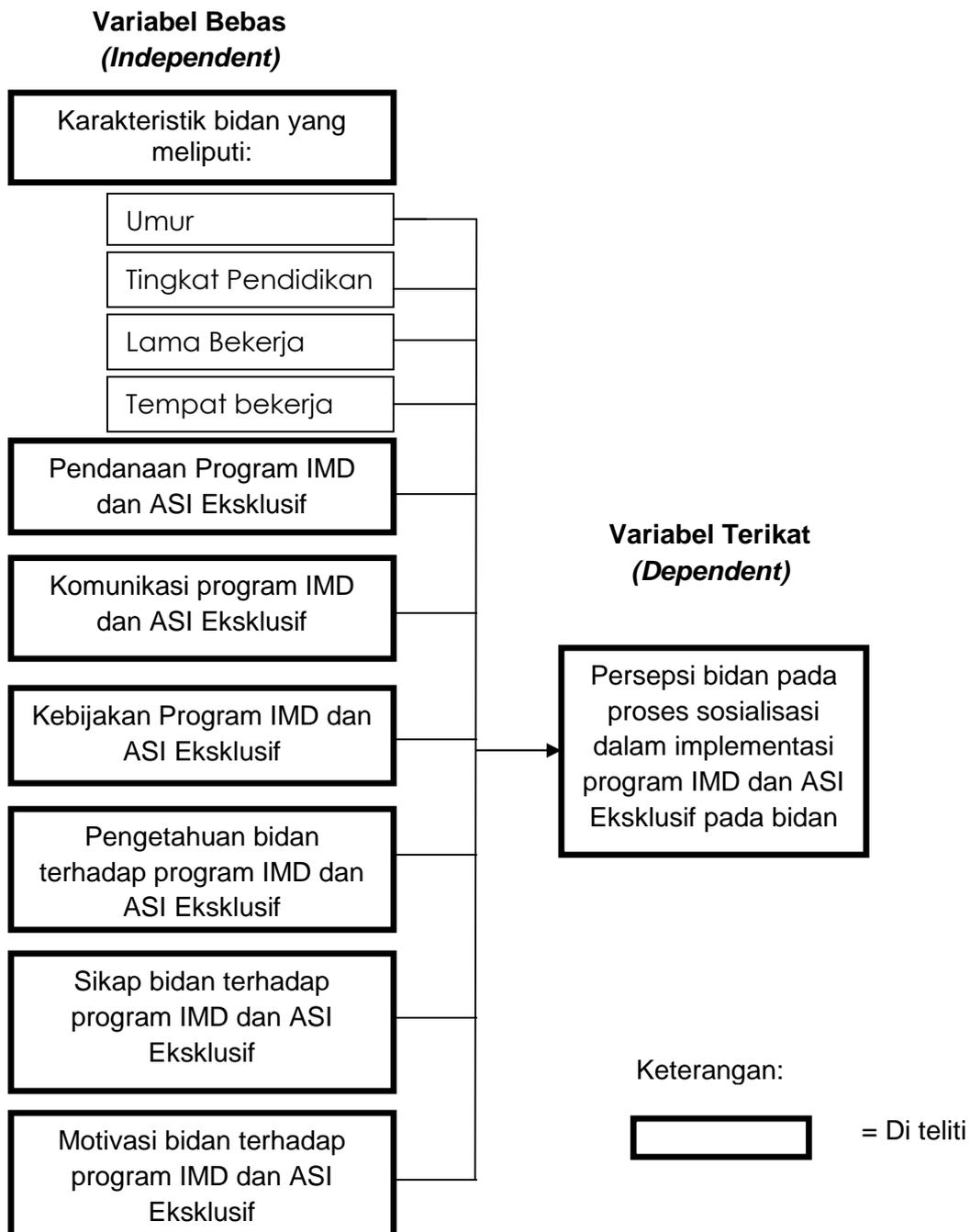
1. Ada hubungan antara faktor karakteristik bidan meliputi umur, tingkat pendidikan, masa bekerja, tempat bekerja bidan dengan proses

sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.

2. Ada hubungan antara faktor pengetahuan bidan dengan proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.
3. Ada hubungan antara faktor sikap bidan dengan proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.
4. Ada hubungan antara faktor motivasi bidan dengan proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.
5. Ada hubungan antara faktor pendanaan dengan proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.
6. Ada hubungan antara faktor komunikasi dengan proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.
7. Ada hubungan antara faktor kebijakan dengan proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.

C. KERANGKA KONSEP PENELITIAN

Berdasarkan latarbelakang masalah, tinjauan pustaka dan kerangka teori yang telah dijelaskan sebelumnya, maka disusunlah kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



Gambar 2. 1. Kerangka konsep penelitian

D. RANCANGAN PENELITIAN

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian diskriptif analitik yang menggunakan kuantitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan untuk mengetahui hubungan antar variabel bebas yaitu karakteristik bidan yang meliputi umur, tingkat pendidikan, lama bekerja dan tempat bekerja, pengetahuan, sikap, motivasi bidan, pendanaan, komunikasi dan kebijakan terhadap persepsi bidan pada proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten. Namun dalam penelitian ini peneliti berusaha melakukan pendekatan kualitatif yang sifatnya digunakan sebagai konfirmasi untuk memperkuat data kuantitatif sehingga dapat mengungkapkan peristiwa-peristiwa riil di lapangan, juga dapat mengungkapkan nilai-nilai yang tersembunyi (*hidden value*), lebih peka terhadap informasi-informasi yang bersifat diskriptif dan berusaha mempertahankan keutuhan obyek yang diteliti dan untuk metode pendekatan kualitatif yang dipakai penelitian adalah menggunakan metode wawancara mendalam kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten, Ketua Program IMD dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten dan Ketua Cabang Ikatan Bidan Indonesia di Kabupaten Klaten.

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Pendekatan waktu yang digunakan untuk pengumpulan data penelitian ini adalah *cross sectional* (belah lintang) dimana proses pengambilan data dilakukan dalam waktu yang bersamaan antara variabel bebas serta variabel terikat pada subyek penelitian yaitu bidan di wilayah Kabupaten Klaten.

3. Metode Pengumpulan data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah :

a. Data Primer

Penelitian ini data dikumpulkan berdasarkan dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti maupun pembantu peneliti dengan menggunakan pedoman pada kuesioner yang berisi beberapa daftar pertanyaan dan pernyataan yang menyangkut beberapa variabel bebas (*independent*), variabel terikat (*dependent*). Hal ini bertujuan untuk menggali gagasan responden terhadap pertanyaan kuesioner yang telah diberikan pada waktu wawancara, bersifat eksploratif, sehingga dapat diperkaya informasi. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dibantu oleh petugas pewawancara yang sudah dilatih dulu sebelum turun ke lapangan agar memiliki persamaan persepsi dengan peneliti^{9,64}.

Sedangkan pada pendekatan kualitatif, data primer untuk semua variabel baik variabel bebas, terikat maupun pengganggu dikumpulkan melalui teknik wawancara mendalam. Wawancara mendalam tersebut dilakukan kepada Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Program IMD dan ASI Eksklusif Dinas Kesehatan Klaten dan Ketua Ikatan Bidan Indonesia Cabang Klaten.

b. Data Sekunder

Data sekunder dipakai sebagai pendukung data primer, yang didapatkan dari dokumentasi karakteristik bidan seperti tingkat pendidikan, status pekerjaan, tempat bekerja dan lama bekerja dari bidan itu sendiri, dan dokumentasi pelaksanaan sosialisasi yang dilakukan, ini digunakan sebagai data penunjang dan pelengkap yang ada relevansinya dengan keperluan penelitian.

4. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bidan di wilayah Kabupaten Klaten. Sebanyak 530 bidan yang tersebar di wilayah Kabupaten Klaten.

5. Prosedur Pemilihan Sampel dan Sampel Penelitian

Jumlah bidan di Kabupaten Klaten adalah 530 bidan, yang keanggotaan dalam organisasi IBI terbagi menjadi 6 ranting. Dengan jumlah anggota di masing-masing ranting sebagai berikut:

Tabel 2.1. Jumlah anggota IBI per- ranting di Kabupaten Klaten

No	Nama Ranting	Jumlah
1	Ranting Kota	120
2	Ranting Gondang	120
3	Ranting Jatinom	70
4	Ranting Pedan	100
5	Ranting Delanggu	80
6	Ranting Rumah Sakit	40
	Jumlah	530

Prosedur pengambilan sampel dilakukan menggunakan sampel tunggal untuk estimasi proporsi suatu populasi dengan menggunakan ketepatan relatif, dengan rumus *simple random sampling* menurut Sastroasmoro (2002) berikut ini:

$$n = z^2 \frac{Q}{e^2 P}$$

Keterangan:

P = proporsi ASI eksklusif = 0,423

e = tingkat ketepatan relatif yang diinginkan = 0,20

z α = tingkat kepercayaan yang dikehendaki adalah 95% = 1,96

Berdasarkan data profil Kabupaten Klaten tahun 2008, cakupan ASI Eksklusif adalah 42,3%, maka:

$$P=0,423; z\alpha=1,96; e=0,20$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times (1 - 0,423)}{(0,20)^2 \times 0,423}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,577}{0,04 \times 0,423}$$

$$n = \frac{2,216603}{0,01692} = 131,0049$$

Untuk menghindari kurangnya subyek karena kesalahan teknis atau sebab lain maka jumlah sampel ditambah 10% sehingga minimal sampel adalah 144,0049 dibulatkan menjadi 144 Orang.

Karena bidan di Kabupaten Klaten tersebar dan dibagi dalam 6 ranting yang masing-masing jumlah anggotanya berbeda, maka untuk pengambilan sampel di tiap ranting dilakukan dengan *simple random sampling* dan dengan proporsi yang sama (Budiarto, 2001). Dengan menggunakan rumus:

$$\frac{n}{N} \times \text{€ sampel}$$

Contoh pengambilan sampel di wilayah ranting kota:

Diketahui :

n = Jumlah responden di ranting kota : 120 bidan

N= Jumlah seluruh bidan di wilayah Kabupaten Klaten : 530 bidan

€ Sampel = jumlah sampel : 144 bidan

Di jawab:

$$\frac{120}{530} \times 144 = 32,60 \text{ dan dibulatkan menjadi } 33$$

Dari perhitungan maka didapatkan jumlah sampel masing-masing stratum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2. Jumlah sampel di masing-masing ranting IBI Kabupaten Klaten

Nama Wilayah Ranting	Jumlah Sampel
Ranting Kota	33
Ranting Gondang	33
Ranting Jatinom	19
Ranting Pedan	27
Ranting Delanggu	22
Ranting Rumah Sakit	10
Jumlah	144

Dan untuk menentukan siapa saja yang menjadi responden, maka peneliti menggunakan *simple random sampling* atau sampling acak yang sederhana yang disebabkan dari penelitian ini terbatas dan homogen⁷⁷.

Sedangkan strategi untuk memperoleh informan dalam pendekatan kualitatif pada penelitian ini adalah dengan mencari informan yang dapat memberikan informasi mengenai fenomena yang diteliti untuk menggali informasi yang akan menjadi dasar rancangan dan teori yang muncul. Informan adalah subyek yang memahami informasi obyek penelitian sebagai pelaku maupun orang yang memahami obyek penelitian⁶. Cara yang digunakan peneliti untuk memperoleh informan dalam penelitian ini adalah dengan cara *key person* untuk melakukan wawancara mendalam guna melakukan triangulasi data.

Adapun kriteria inklusi :

- a. Berstatus bidan yang bekerja di wilayah Kabupaten Klaten

- b. Bertugas minimal 1 tahun sebagai bidan.

Kriteria eksklusi :

- a. Sedang sakit berat sehingga tidak dapat diwawancara
- b. Tidak bersedia menjadi responden

6. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala pengukuran

Tabel 2.3. Definisi Operasional

No	Jenis Variabel	Nama Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran	
				Skala	Kategori
1	Variabel Independen	Karakteristik Bidan: - Umur -Tingkat Pendidikan -Tempat Bekerja -Lama Bekerja	Usia bidan saat diadakan penelitian ini Merupakan jenjang pendidikan yang pernah ditempuh oleh bidan tersebut Merupakan tempat pekerjaan pokok bidan tersebut Merupakan lama waktu bekerja bidan tersebut sejak menjadi bidan pertama kali sampai sekarang	Ordinal Ordinal Nominal Ordinal	1= ≤ 30 tahun 2= 31- 45 tahun 3= ≥ 46 tahun 1= D1 Kebidanan 2= D3 Kebidanan 3= Sarjana/S2 Kebidanan 1 =BPS Murni 2 =PPKKS/ RSUP 3 =RS/RSIA/RB Swasta 1 =≤ 10 tahun 2 = 11s/d 20 tahun 3 =≥ 21 tahun
		Pengetahuan Bidan	Pengetahuan merupakan fungsi dari sikap. Menurut fungsi ini manusia mempunyai dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. (Soekanto,2000). Penilaian:	Interval	1=baik 2=kurang

			<ul style="list-style-type: none"> - baik jika skor ≥ 9 - kurang jika skor < 9 		
		Sikap Bidan	<p>Adalah gambaran subyektif internal bidan desa tentang IMD dan ASI Eksklusif terhadap keadaan eksternalnya yang menjadi dasar membuat keputusan untuk melakukan pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk melakukan IMD dalam setiap pertolongan persalinan dan memberi informasi tentang ASI Eksklusif kepada ibu mulai hamil sampai menyusui</p> <p>Penilaian:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendukung, bila nilai > 86 - Tidak mendukung, bila nilai ≤ 86 	Ordinal	0=Tidak mendukung 1=mendukung
		Motivasi Bidan	<p>Motivasi adalah tingkat dorongan yang timbul dari dalam diri subyek penelitian untuk melaksanakan program IMD dan ASI Eksklusif yang ditunjukkan dengan jumlah skor yang diperoleh dari kuisisioner motivasi</p> <p>Penilaian:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baik jika skor > 48 - Kurang jika skor ≤ 48 	Interval	1=baik 2=cukup 3=kurang 4=sangat kurang
		Pendanaan	<p>Yaitu pemahaman bidan terhadap besaran dan alokasi anggaran yang digunakan untuk pelaksanaan sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif yang mencakup tentang distribusi dana yang dialokasikan untuk proses sosialisasi, jenis dana yang dikeluarkan, dan dana-dana yang dimungkinkan untuk bisa dianggarkan oleh bidan untuk melaksanakan proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif.</p> <p>Penilaian:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baik > 34 - Kurang ≤ 34 	Nominal	0 = Tidak Baik 1 = Baik
		Komunikasi	<p>Keberhasilan suatu sosialisasi program salah satunya dipengaruhi oleh komunikasi (Subarsono, 2008), dan keberhasilan komunikasi interpersonal dalam sosialisasi program ditentukan oleh efektifitas komunikasi dari para petugas pembuat program. Hal ini meliputi</p>	Interval	1= baik 2= kurang

			<p>komunikasi antar organisasi dan penguat aktivitas, Interaksi personal, perhatian, intensitas komunikasi dan visualisasi. Dalam komunikasi ini juga meliputi komunikasi tatap muka, komunikasi massa, pelatihan dan juga meliputi komunikasi yang dilakukan oleh si pemberi sosialisasi program.</p> <p>Penilaian:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baik > 57 - Kurang ≤ 57 		
		Kebijakan	<p>Merupakan jaringan keputusan (<i>decision networking</i>) yang saling berhubungan untuk membentuk suatu strategi atau pendekatan dalam hubungannya dengan issue-issue praktis mengenai pelayanan dalam program IMD dan ASI Eksklusif. seperti kebijakan program, <i>Standart Operating Procedures</i> (SOP), struktur organisasi, sanksi dan reward.</p> <p>Penilaian:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesuai, bila nilai ≥ 18 - Kurang Sesuai, bila nilai < 18 	Ordina I	1 = Sesuai 0 = Tidak sesuai
2	Variabel Dependent	Persepsi bidan pada proses sosialisasi dalam implementasi program IMD dan ASI Eksklusif pada bidan	<p>Adalah gambaran subyektif bidan terhadap pelaksanaan proses sosialisasi dalam implementasi program IMD dan ASI Eksklusif</p> <p>Penilaian:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baik dengan skor > 54 - Kurang dengan skor ≤ 54 	Interva I	1= Baik 2= Sedang 3= Kurang

7. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner yang meliputi kuisisioner dan panduan wawancara mendalam yang dibuat sendiri oleh peneliti. Disusun secara terstruktur yang mengacu pada landasan teori pada tinjauan pustaka tentang:

a. Pendekatan Kuantitatif

1) Kuisisioner tentang karakteristik bidan

Instrumen identitas responden disusun sendiri dalam bentuk pertanyaan yang harus diisi oleh responden, meliputi nama, umur, pendidikan terakhir, tempat bekerja dan lama bekerja sebagai bidan

2) Kuisisioner Pengetahuan bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif

Pengetahuan merupakan fungsi dari sikap. Menurut fungsi ini manusia mempunyai dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya⁸. Untuk mengukur pengetahuan bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif menggunakan kuisisioner pertanyaan dengan jawaban benar dan salah. Jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai 0⁸.

Pertanyaan dalam kuisisioner meliputi aspek pengertian IMD dan ASI Eksklusif, Alasan dan manfaat IMD dan ASI Eksklusif, juga pengetahuan bidan tentang kebijakan-kebijakan tentang IMD dan ASI Eksklusif. Pertanyaan dibagi menjadi dua jenis yaitu bersifat positif (favorable) dan bersifat negatif (unfavorable). Jumlah pertanyaan untuk mengetahui

pengetahuan bidan terdiri dari 11 pertanyaan. Pertanyaan yang favorable diberi nilai 1 untuk jawaban yang benar dan nilai 0 untuk jawaban yang salah; sebaliknya, pada pertanyaan *unfavorable* diberi nilai 0 untuk jawaban yang benar dan nilai 1 untuk jawaban yang salah. Jika benar semua maka total nilai adalah 11 dan jika salah semua, maka total nilai 0. Interpretasi nilai tentang pengetahuan bidan tentang program IMD dan ASI Eksklusif setelah diubah menjadi skor T, Pengelompokan berdasarkan ketentuan sebagai berikut: baik dengan skor ≥ 9 , dan kurang dengan skor < 9 . Untuk mendapatkan skor dengan rumus sebagai berikut :

$$x = \frac{\sum^f}{N} \times 100\%$$

Keterangan: X = Skor yang diperoleh

\sum^f = Jumlah jawaban yang benar

N = Jumlah soal

3) Kuisisioner sikap bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif

Sikap bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif adalah gambaran subyektif internal bidan desa tentang IMD dan ASI Eksklusif terhadap keadaan eksternalnya yang menjadi dasar membuat keputusan untuk melakukan pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk melakukan IMD dalam setiap pertolongan persalinan dan memberi informasi tentang ASI Eksklusif kepada ibu mulai hamil sampai menyusui yang dinilai berdasar kuisisioner, dengan jawaban dibagi menjadi lima kategori yaitu: sangat sesuai (SS), sesuai (S), tidak berpendapat (TP), tidak sesuai (TS), sangat tidak sesuai

(STS). Interpretasi nilai persepsi bidan desa setelah diubah menjadi skor T, dikelompokkan menjadi 2⁸ yaitu:

- a) Mendukung program IMD dan ASI Eksklusif : bila nilai skor \geq rata-rata skor standar (> 86).
- b) Tidak mendukung program IMD dan ASI Eksklusif : bila nilai skor $<$ rata-rata skor standar (≤ 86).

Pada variabel sikap bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif terdapat 19 pertanyaan yang terdiri dari 9 pernyataan favorable dan 10 pernyataan unfavorable.

4) Kuisiener Motivasi bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif

Sebanyak 12 soal menggunakan kuisiener yang jawabannya dibagi menjadi lima kategori yaitu: sangat sesuai (SS), sesuai (S), tidak berpendapat (TP), tidak sesuai (TS), sangat tidak sesuai (STS). Nilai motivasi bidan tentang program IMD dan ASI Eksklusif diperoleh dengan menjumlahkan seluruh skor jawaban. Interpretasi nilai tentang motivasi bidan tentang program IMD dan ASI Eksklusif setelah diubah menjadi skor T, Pengelompokan berdasarkan ketentuan sebagai berikut: baik bila skor > 48 dan kurang bila skor ≤ 48 .

5) Kuisiener yang berisi tentang pendanaan program IMD dan ASI Eksklusif.

Dalam kuisiener pendanaan ini, berisi tentang pemahaman bidan terhadap besaran dan alokasi anggaran yang digunakan untuk pelaksanaan sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif selama ini, seperti dana yang dijanjikan oleh dinas kesehatan

dalam rangka sosialisasi program, jenis dana yang disediakan dan juga dana-dana yang dijanjikan untuk dapat di anggarkan dalam rangka sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif tersebut.

Untuk mengukurnya peneliti menggunakan kuisisioner yang jawabannya dibagi menjadi dua kategori yaitu: ya dan tidak. Bila jawaban tidak, skor =0; bila jawaban Ya, skor =1. Total skor menunjukkan penilaian tentang pendanaan program tersebut dan Interpretasi nilai tentang pendanaan sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif dengan mencari *cut off point* nya. Pendanaan dikatakan baik apabila total skor diatas *mean* (> 34), dan sebaliknya pendanaan dikatakan kurang apabila total skor dibawah *mean* (≤ 34).

- 6) Kuisisioner yang berisi tentang komunikasi dalam sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif.

Hal ini meliputi komunikasi antar organisasi dan penguat aktivitas, Interaksi personal, perhatian, intensitas komunikasi dan visualisasi. Untuk mengukur faktor komunikasi sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif menggunakan kuisisioner yang jawabannya dibagi menjadi lima kategori yaitu: sangat sesuai (SS), sesuai (S), tidak berpendapat (TP), tidak sesuai (TS), sangat tidak sesuai (STS). Untuk soal *favorable*, jawaban SS diberi skor 5, S diberi skor 4, TP diberi skor 3, TS diberi skor 2, STS diberi skor 1. Sedangkan untuk pertanyaan yang *unfavorable* jawaban SS diberi skor 1, S diberi skor 2, TP diberi skor 3, TS diberi skor 4, STS diberi skor 5.

Interpretasi nilai tentang komunikasi dalam sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif setelah diubah menjadi skor, pengelompokan berdasarkan ketentuan sebagai berikut: baik dengan skor > 57 dan kurang dengan skor ≤ 57 .

- 7) Kuisisioner yang berisi tentang kebijakan program IMD dan ASI Eksklusif.

Isi dari kuisisioner tentang kebijakan ini meliputi kebijakan, struktur birokrasi, sanksi maupun reward. Untuk mengukur faktor kebijakan program IMD dan ASI Eksklusif menggunakan kuisisioner yang jawabannya dibagi menjadi 2 kategori yaitu: ya/ada dan tidak. Interpretasi nilai dalam kebijakan setelah diubah menjadi skor adalah dikatakan kebijakan sesuai bila skor ≥ 11 , kurang sesuai bila skor < 11 .

- 8) Kuisisioner tentang persepsi bidan pada proses sosialisasi implementasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif

Berisi tentang persepsi bidan/pandangan bidan secara subyektif dan individual terhadap proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif, berdasarkan fungsi manajemennya baik dari perencanaan, pengorganisasian termasuk *man, money, method, material*, pelaksanaannya dan monitoringnya.

Kuisisioner ini berisi sebanyak 7 soal menggunakan kuisisioner yang jawabannya dibagi menjadi lima kategori. Interpretasi nilai tentang persepsi bidan pada proses sosialisasi implementasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif setelah diubah menjadi skor T, Pengelompokan berdasarkan

ketentuan sebagai berikut: baik dengan skor > 54 , dan kurang bila skor ≤ 54 .

b. Pendekatan Kualitatif

Sedangkan pada penelitian kualitatif, peneliti berfungsi sebagai instrument penelitian. Nasution (1988) menyatakan bahwa dalam penelitian kualitatif tidak ada pilihan lain daripada menjadikan manusia sebagai instrument penelitian utama, oleh karena segala sesuatunya belum mempunyai bentuk yang pasti. Karena itu hubungan antara peneliti dengan informan merupakan hubungan yang intensif, hubungan tersebut sangat berpengaruh terhadap kualitas data yang diperoleh dan diceritakan terkait dengan fenomena yang ada.

Pada penelitian kualitatif ini, peneliti menggunakan pedoman wawancara mendalam. Dalam penelitian ini informan sebagai sampel penelitian adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten, ketua program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif, ketua IBI Cabang Klaten.

c. Pengukuran validitas kuesioner

Uji validitas dimaksudkan untuk mengetahui ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya, memberikan hasil ukur yang sesuai dengan menghitung korelasi antara masing-masing pertanyaan dengan skor total. Kriteria yang digunakan untuk validitas adalah $p \leq 0.05$ maka dinyatakan valid, atau dengan signifikansi dilakukan dengan membandingkan nilai r hitung dengan nilai r tabel. Jika nilai r hitung lebih besar dengan r tabel dan nilai r positif, maka butir pertanyaan tersebut dikatakan valid.

Kuisisioner sebelum diberikan kepada responden terlebih dahulu dilakukan uji coba terhadap 30 responden selain responden yang akan dijadikan subyek penelitian. Uji coba dilakukan terhadap 30 bidan di Kabupaten Klaten yang mempunyai karakteristik yang sama dengan subyek penelitian. Uji validitas ini dilakukan di Kabupaten Klaten dengan alasan bahwa program IMD dan ASI Eksklusif hanya ada di Kabupaten Klaten saja, dan bagi bidan yang telah dijadikan responden untuk uji validitas maka tidak lagi menjadi sampel penelitian.

Pertanyaan menggunakan kuesioner dan responden diminta untuk mengisi kuesioner dengan pertanyaan yang sudah tersedia. Kemudian mengkorelasikan pada masing-masing skor yang diperoleh pada masing-masing item pertanyaan atau pernyataan dengan skor total dan teknik korelasi yang dipakai adalah korelasi *product moment*. Apabila korelasi antar skor signifikan (p value > 5%), maka item pertanyaan tersebut tidak valid. Hasil uji validitas terhadap kuesioner setiap variabel dapat dilihat pada lampiran.

d. Pengukuran reliabilitas kuesioner

Realibilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan tadi diukur berkali-kali dengan waktu yang berlainan. Uji reabilitas dilakukan untuk mengukur seberapa jauh responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuesioner yang diberikan. Reabilitas instrumen adalah tingkat konsistensi hasil yang dicapai oleh sebuah alat ukur. Pengukuran reliabilitas kuesioner pada penelitian ini dengan menggunakan Metode tes ulang. Asumsi dasar metode ini adalah

suatu alat tes memiliki reliabilitas yang tinggi jika digunakan pada waktu yang berbeda dan mendapatkan hasil yang sama⁸. Sedangkan untuk hasil uji reliabilitas dapat dilihat pada lampiran.

8. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

a. Pengolahan dan analisis data kuantitatif

Pada pengolahan data kuantitatif, analisa yang dilakukan meliputi analisa alat ukur kuisioner dengan menggunakan uji validitas dan reliabilitas. Kemudian pengolahan data dilanjutkan dengan:

1) Editing

Meneliti kembali kelengkapan pengisian, keterbacaan, pengisian, dan kesesuaian jawaban, relevansi jawaban, dan keseragaman satuan data.

2) Koding

Mengklasifikasi jawaban responden menurut macamnya dengan cara memberikan kode/tanda pada masing-masing jawaban dengan kode tertentu

3) Tabulating

Mengelompokan data sesuai dengan tujuan penelitian kemudian memasukkannya ke dalam tabel, setiap jawaban sudah diberi nilai hasil koding. Hal ini dimaksudkan untuk memudahkan pada waktu melakukan pengolahan data. Pada tahap ini dilakukan kegiatan memasukan data ke dalam tabel-tabel yang telah ditentukan nilai atau katagori faktor secara tepat dan cepat. Penyajian data dalam penelitian ini yaitu dalam bentuk narasi dan tabel sesuai judul penelitian

Selanjutnya data yang diperoleh akan diolah dan dilakukan analisis statistik yang terdiri dari analisis univariat dan bivariat.

1) Analisis univariat

Analisis dilakukan terhadap variabel-variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekwensi dan proporsinya, untuk mendriskripsikan masing-masing variabel dalam bentuk distribusi frekwensi.

2) Analisis bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk melihat hubungan dua variabel yang berhubungan atau berkorelasi dimaksudkan untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel bebas (karakteristik responden, pendanaan, komunikasi, kebijakan, pengetahuan, sikap dan motivasi bidan). Dan variabel terikat yaitu persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten.

Adapun analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis Korelasi *Chi-Square*. Hubungan antara variabel bebas dengan skala ordinal terhadap variabel terikat dengan skala ordinal dianalisis dengan uji *Chi-Square* untuk mendapatkan hubungan bermakna. Perhitungan analisis bivariat menggunakan uji *Chi-Square* metoda *Yates Correction* sesuai dengan persyaratan penggunaan uji *Chi-Square* untuk tabulasi silang 2X2 dan besar sampel adalah 144 orang bidan ($n > 40$). Untuk menentukan apakah terjadi hubungan yang bermakna antara variabel bebas dan variabel terikat, maka menggunakan *p value* yang dibandingkan dengan tingkat

kesalahan yang digunakan yaitu 5% atau 0.05. Apabila p value ≤ 0.05 , maka H_0 ditolak, yang berarti ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Sedangkan p value > 0.05 , maka H_0 diterima, yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

b. Pengolahan dan analisis data kualitatif

Pada pengolahan data kualitatif dilakukan guna mengkonfirmasi hal-hal yang memerlukan penjelasan lebih dalam, analisis ini dilakukan sejak pengumpulan data berlangsung, dimana bila jawaban hasil wawancara setelah dilakukan analisis terasa belum memuaskan, maka peneliti melanjutkan pertanyaan lagi, sampai diperoleh data yang kredibel. Selanjutnya peneliti melakukan analisis memakai model Miles dan Huberman (1984), yang mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara terus menerus sampai tuntas, sampai data tersebut jenuh. Dengan langkah-langkah aktivitas analisis sebagai berikut:

1) *Data Reduction* (Reduksi Data)

Data yang diperoleh dicatat secara teliti dan rinci, kemudian merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal yang penting, dicari tema dan polanya (sesuai dengan kategori).

2) *Data Display* (Penyajian Data)

Setelah data direduksi, data disajikan dalam bentuk teks yang bersifat naratif.

3) *Conclusion Drawing/ Verification*

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Keterbatasan dan Kekuatan Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten ini tidak terlepas dari keterbatasan/penghambat dan faktor kekuatan/pendukung. Keterbatasan penelitian terletak dari instrumen yang belum sempurna karena dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan tinjauan pustaka yang ada. Walaupun instrumen dibuat berdasarkan tinjauan pustaka yang ada, tetapi mungkin masih ada aspek-aspek yang terlewat karena keterbatasan peneliti dalam memahami konsep tersebut, namun sudah diatasi dengan melakukan uji coba dengan melakukan uji validitas dan reliabilitasnya kepada sejumlah responden bidan di desa Kabupaten Klaten yang hampir sama karakteristik respondennya, namun diluar dari responden yang dipakai dalam penelitian, dengan alasan karena program IMD dan ASI Eksklusif hanya ada di Kabupaten Klaten.

Disamping kelemahan penelitian ini juga mempunyai faktor kelebihan/kekuatan sehingga penelitian ini dapat berjalan sesuai yang diharapkan. Kekuatan dari penelitian ini adalah:

1. Penelitian ini mengangkat kasus aktual tentang sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten yang merupakan program unggulan dari Kabupaten Klaten.
2. Pada penelitian ini, pada variabel yang memerlukan eksplorasi yang lebih dalam, maka dilakukan wawancara mendalam kepada beberapa informan yaitu kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten, Ketua Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif, Ketua IBI Cabang Klaten, untuk mendapatkan penjelasan tentang program

sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif secara lebih mendetail. Dengan demikian peneliti mendapatkan sebanyak mungkin informasi tentang pemahaman dari topik penelitian secara lebih mendalam sehingga hasil yang didapatkan lebih maksimal.

B. Gambaran Umum Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Klaten

Dalam rangka mewujudkan visi dan misi Indonesia Sehat 2010. Dinas Kesehatan, Kabupaten Klaten mempunyai program unggulan yaitu Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif yang mana ini merupakan program satu-satunya di Indonesia yang didukung dengan Peraturan Daerah (Perda no 7 tahun 2008). Selama menjalankan program IMD dan ASI Eksklusif ini banyak sekali tantangan dan hambatan yang dihadapi antara lain:

1. Fasilitasi Menyusui

Masih minimnya fasilitas umum tempat untuk menyusui (Pojoyok Laktasi) walaupun dalam Perda sudah tertulis dengan jelas bahwa Pusat Pelayanan Kesehatan bahkan tempat-tempat umum wajib menyediakan pojok laktasi.

2. Kompetitor

Kompetitor program yang sangat kuat dinilai menjadi tantangan yang cukup berat. Terutama pabrik susu yang notabeneanya terletak di wilayah kabupaten Klaten, yang mana berbagai macam insentif dan reward diberikan kepada bidan agar mau menganjurkan kepada ibu-ibu *post partum* untuk mengkonsumsi susu formula kepada bayinya.

3. Promosi IMD dan ASI Eksklusif

Masih belum maksimalnya promosi IMD dan ASI Eksklusif yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan

4. Sumber Daya Manusia

Masih ditemuinya bidan yang memberikan susu formula kepada bayi kurang dari 6 bulan. Masih adanya bidan yang mempunyai kerjasama dengan produsen susu formula. Kurang adanya *reward* kepada bidan dan sanksi dalam menjalankan program IMD dan ASI Eksklusif. Serta masih perlunya sosialisasi tentang program IMD dan ASI Eksklusif kepada masyarakat.

Untuk itu perlu adanya analisis tentang sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif sehingga hasil yang dicapai dapat maksimal.

C. Analisis Penelitian

Berikut ini analisis pembahasan hasil penelitian menggunakan analisis kuantitatif

1. Persepsi Bidan Pada Proses Sosialisasi Dalam Implementasi Program IMD dan ASI Eksklusif Pada Bidan di Kabupaten Klaten

Berikut ini distribusi jawaban responden pada persepsi proses sosialisasi:

Tabel 5.1. Distribusi Jawaban Responden Tentang Persepsi Pada Proses Sosialisasi Dalam Implementasi Program IMD dan ASI Eksklusif Pada Bidan di Kabupaten Klaten Tahun 2009

No	Aspek yang dianalisa	S B	Buruk	Cukup	Baik	S. Baik	Jumlah
1	Pelatih/ Fasilitator a. Bagaimana tanggapan fasilitator terhadap setiap pertanyaan yang di ajukan?	-	-	41 (28,5 %)	88 (61,1 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)

Lanjutan Tabel 5.1.

No	Aspek yang dianalisa	1	2	3	4	5	Jumlah
	b. Bagaimana penyampaian materi sosialisasi oleh fasilitator?	-	-	18 (12,5 %)	111 (77,1 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)

2	Materi Sosialisasi						
	a. Bagaimana penilaian anda tentang materi sosialisasi program secara keseluruhan?	-	-	73 (50,7 %)	56 (38,9 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)
	b. Bagaimana penilaian anda tentang penyampaian materi program dengan sosialisasi menggunakan spanduk dan poster besar	-	-	73 (50,7 %)	56 (38,9 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)
	c. Bagaimana penilaian anda tentang Penyuluhan manfaat program	-	-	56 (38,9 %)	73 (50,7 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)
	d. Bagaimana penilaian anda tentang materi program Pelatihan Fasilitator ASI	-	-	56 (38,9 %)	73 (50,7 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)
	e. Bagaimana penilaian anda tentang materi program Pelatihan Konselor ASI	-	-	56 (38,9 %)	73 (50,7 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)
3	Bagaimana tanggapan anda tentang metode sosialisasi yang selama ini digunakan	-	-	40 (27,8 %)	89 (61,8 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)
4	Bagaimana pendapat anda tentang alat bantu belajar yang digunakan selama proses sosialisasi	-	-	73 (50,7 %)	56 (38,9 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)
5	Bagaimana bahasa yang digunakan dalam media informasi	-	-	85 (59%)	44 (30,6 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)
6	Menurut anda bagaimana perencanaan sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif meliputi:	-	-	62 (43,1 %)	67 (46,5 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)
	a. Pemberian undangan						
	b. Pemberian akomodasi	-	17 (11,8 %)	79 (54,9 %)	33 (22,9 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)
	c. Pemberian uang transport	-	17 (11,8 %)	74 (51,4 %)	38 (26,4 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)
	d. Penjadwalan	-	-	79 (54,9 %)	50 (34,7 %)	15 (10,4 %)	144 (100%)

	e. Pelaksanaan menggunakan jam kerja	-	-	47 (32,6 %)	90 (62,5 %)	7 (4,9%)	144 (100%)
7	Menurut anda bagaimana proses penyelenggaraan sosialisasi ini secara keseluruhan	-	-	57 (39,6 %)	80 (55,6 %)	7 (4,9%)	144 (100%)

Dari tabel diatas, kita bisa melihat responden yang menyatakan bahwa proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif ini sangat baik hanya 15 orang (10,4%) dari total responden, sedangkan sebagian besar menyatakan cukup maupun baik saja. Dan yang perlu menjadi perhatian adalah pada pemberian uang transportasi dan akomodasi 17 orang (11,8%) dari total responden menyatakan buruk. Selain itu bahasa yang digunakan dalam media informasi ternyata juga memerlukan perhatian khusus, karena pada distribusi jawaban responden terdapat lebih separuh dari total responden atau 85 (59%) menyatakan cukup.

Sedangkan persepsi bidan terhadap sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten adalah sebagai berikut :

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Persepsi Bidan Terhadap Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009

No	Persepsi Bidan Tentang Sosialisasi Program IMD & ASI Eksklusif	f	%
1	Baik	90	62,5%
2	Kurang	54	37,5%
Jumlah		144	100%

Penjelasan dari tabel di atas adalah bahwa frekuensi persepsi bidan yang baik tentang sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan

ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten lebih banyak (62,5%) daripada persepsi yang kurang (37,5%).

2. Karakteristik Bidan dengan Persepsi Proses Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif Pada Bidan di Kabupaten Klaten

a. Karakteristik Bidan berdasarkan Umur

Distribusi karakteristik responden berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel tabel 6.1a di bawah ini:

Tabel 6.1a. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur di Kabupaten Klaten Tahun 2009

Karakteristik	f	%
Umur		
- ≤ 30	36	25
- 31-45	103	71,5
- ≥46	5	3,5

Berdasarkan tabel 6.1a dapat diketahui mayoritas responden di Kabupaten Klaten berusia dewasa yakni 31-45 tahun sebanyak 103 orang (71,5%). Sedangkan responden yang berusia ≥46 tahun hanya 5 orang (3,5%). Umur termuda adalah 20 tahun dan yang tertua adalah 61 tahun.

b. Hubungan Antara Umur Dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif Pada Bidan di Kabupaten Klaten

Tabel 6.1.b Tabel Silang Hubungan Antara Umur dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten

Katagori Umur	Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif				Total	
	Baik		Kurang		f	%
	f	%	f	%		

≤ 30	24	66,7	12	33,3	36	100
31-45	64	62,1	39	37,9	103	100
≥46	2	40	3	60	5	100
Total	90	62,5	54	37,5	144	100

Dari tabel diatas dapat diketahui adalah bahwa responden yang berpersepsi baik pada proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif dan berumur ≤30 tahun sedikit lebih banyak (66,7%) daripada responden yang berumur 31-45 tahun (62,1%), maupun ≥46 tahun (40%). Sedangkan responden yang berpersepsi kurang terhadap proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada kelompok umur ≥ 46 tahun lebih banyak (60%) di banding dengan responden yang berumur ≤30 tahun (33,3%) maupun 31-45 tahun (37,9%).

Dari hasil uji hubungan antara dua variabel dengan menggunakan uji *Rank Spearman's* menghasilkan p-value sebesar 0,509 ($p > 0,05$), berarti H_0 diterima dan H_a ditolak yang dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara variabel umur dengan variabel persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI eksklusif.

c. Karakteristik Bidan berdasarkan Tingkat Pendidikan

Distribusi karakteristik responden berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel tabel 6.1c di bawah ini:

Tabel 6.1c. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kabupaten Klaten Tahun 2009

Karakteristik	f	%
Tingkat Pendidikan		
- D1 Kebidanan	63	43,8
- D3 Kebidanan	74	51,4
- S1 atau S2	7	4,9

Berdasarkan karakteristik pendidikan dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berpendidikan D III Kebidanan yakni sebanyak 74 orang atau sebesar 51,4%. Namun, masih banyak juga responden yang masih berpendidikan D1 Kebidanan, yakni sebanyak 63 orang atau sebesar 43,8%, sedangkan yang berpendidikan S1 atau S2 hanya sebanyak 7 orang atau 4,9%. Purwanto (2005) menyatakan bahwa tingkat pendidikan turut menentukan seseorang untuk berpersepsi, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pengetahuan dan semakin kritis seseorang terhadap kebutuhannya akan pelayanan kesehatan.

d. Hubungan Antara Pendidikan Dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten

Tabel 6.1.d. Tabel Silang Tingkat Pendidikan dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten

Kategori Tingkat Pendidikan	Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif				Total	
	Baik		Kurang			
	f	%	f	%	f	%
D1 Kebidanan	39	61,9	24	38,1	63	100
D3 Kebidanan	47	63,5	27	36,5	74	100
S1 atau S2	4	57,1	3	42,9	7	100
Total	90	62,5	54	37,5	144	100

Penjelasan dari hasil tabel silang diatas adalah bahwa responden yang berpersepsi baik terhadap proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada tingkat pendidikan D3 Kebidanan sedikit lebih besar (63,5%) daripada tingkat pendidikan

D1 Kebidanan (61,9%) maupun S1 atau S2 (57,1%). Sedangkan responden yang berpersepsi kurang terhadap proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada tingkat pendidikan S1 dan S2 ternyata justru sedikit lebih besar (42,9%) dibanding dengan tingkat pendidikan D3 Kebidanan (36,5%) maupun D1 Kebidanan (38,1%).

Dari tabel diatas, pada dasarnya tidak ada perbedaan yang terlalu mencolok terhadap responden yang berpersepsi baik pada proses sosialisasi program, antara yang berpendidikan D1 Kebidanan maupun D3 Kebidanan, hal ini mungkin karena dipengaruhi oleh proses pelatihan, pengalaman kerja maupun seminar-seminar yang pernah diikuti oleh para bidan yang mana dalam pelatihan-pelatihan yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten, tidak ada perbedaan perlakuan atau jeda yang eksklusif antara bidan lulusan D1, Lulusan D3 maupun S1 dan S2.

Dari hasil uji hubungan antara dua variabel dengan menggunakan uji *Rank Spearman's* menghasilkan p-value sebesar 0,938 ($p > 0,05$), berarti H_0 diterima dan H_a ditolak yang dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara variabel pendidikan dengan variabel persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI eksklusif.

Hal ini kurang sesuai dengan pendapat Purwanto (2005) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan turut menentukan seseorang untuk berpersepsi, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pengetahuan dan semakin kritis seseorang terhadap kebutuhannya akan pelayanan kesehatan.

e. Karakteristik Bidan berdasarkan Masa Kerja

Distribusi karakteristik responden berdasarkan masa kerja dapat dilihat pada tabel tabel 6.1e di bawah ini:

Tabel 6.1e. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Masa Kerja di Kabupaten Klaten Tahun 2009

Karakteristik	f	%
Masa Kerja		
- ≤10 tahun	40	27,8
- 11-20 tahun	99	68,8
- >20 tahun	5	3,5

Berdasarkan karakteristik masa kerja diketahui bahwa sebagian besar lama masa kerja responden adalah 11-22 tahun yaitu sebanyak 99 orang atau 68,8%. Sedangkan responden yang masa kerjanya ≤10 tahun sebanyak 40 orang atau 27,8%. Sedangkan responden yang masa kerjanya telah mencapai lebih dari 22 tahun hanya sebanyak 5 orang atau 3,5%.

f. Hubungan Antara Masa Kerja Dengan Persepsi Sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten

Tabel 6.1.f. Tabel Silang Masa Kerja Responden Dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Dan ASI Eksklusif Pada Bidan di Kabupaten Klaten

Masa Kerja Responden	Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif				Total	
	Baik		Kurang		f	%
	f	%	f	%		
≤10 tahun	26	65	14	35	40	100
11-20 tahun	62	62,6	37	37,4	99	100
>20 tahun	2	40	3	60	5	100
Total	90	62,5	54	37,5	144	100

Dari tabel diatas dapat dilihat adalah bahwa responden yang berpersepsi baik terhadap proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif dengan masa kerja ≤ 10 tahun cenderung sedikit lebih besar (65%) dibanding dengan responden yang mempunyai masa kerja 11-20 tahun (62,6%), maupun responden yang memiliki masa kerja >20 tahun (40%). Sedangkan responden yang berpersepsi kurang terhadap proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif yang mempunyai masa kerja > 20 tahun cenderung lebih besar (60%) dibandingkan dengan responden dengan masa kerja ≤ 10 tahun (35%) maupun responden yang mempunyai masa kerja 11-20 tahun (37,4%).

Dari hasil uji hubungan antara dua variabel dengan menggunakan uji *Rank Spearman's* menghasilkan p-value sebesar 0,522 ($p > 0,05$), berarti H_0 diterima dan H_a ditolak yang dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara variabel masa kerja dengan variabel persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI eksklusif. Hal ini dimungkinkan karena pada proses sosialisasi program IMD dan IMD dan ASI eksklusif ini tidak dibedakan antara yang mempunyai masa kerja sedikit maupun masa kerja yang sudah lama. Selain itu program IMD dan ASI Eksklusif sendiri baru berjalan kurang dari 2 tahun di Kabupaten Klaten.

g. Karakteristik Bidan berdasarkan Tempat Bekerja

Distribusi karakteristik responden berdasarkan Tempat Bekerja dapat dilihat pada tabel tabel 6.1g di bawah ini:

Tabel 6.1.g. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Tempat Bekerja di Kabupaten Klaten Tahun 2009

Karakteristik	f	%
Tempat Kerja		
- BPS Murni	17	11,8
- Puskesmas/RSUP	125	86,8
- RS/RSIA/RB	2	1,4

Tempat kerja responden sebagian besar sebagian besar adalah di Puskesmas atau Rumah Sakit yaitu sebanyak 125 orang atau 86,8%. Sedangkan yang lainnya bekerja sebagai Bidan Praktek Swasta Murni 17 orang (11,8%) dan di Rumah Bersalin hanya 2 orang (1,4%).

h. Hubungan Antara Tempat Kerja Dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten

Tabel 6.1.h. Tabel Silang Hubungan Antara Tempat Kerja Responden Dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif Pada Bidan di Kabupaten Klaten

Tempat Kerja Responden	Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif				Total	
	Baik		Kurang			
	f	%	f	%	f	%
BPS Murni	12	70,6	5	29,4	17	100
Puskesmas/RSUP	77	61,6	48	38,4	125	100
RS/RSIA/RB	1	50	1	50	2	100
Total	90	62,5	54	37,5	144	100

Penjelasan dari hasil tabel silang diatas adalah bahwa responden yang mempunyai persepsi baik terhadap proses sosialisasi pada program IMD dan ASI Eksklusif yang bekerja di Bidan Praktek Swasta (BPS) murni lebih banyak (70,6%) dibanding dengan responden yang bekerja di Puskesmas/RSUP (61,6%), maupun di RS/RSIA/RB (50%). Sedangkan responden yang mempunyai persepsi kurang terhadap

proses sosialisasi pada program IMD dan ASI Eksklusif yang bekerja di RS/RSIA/RB ternyata cenderung lebih besar (50%) di banding dengan responden yang bekerja di Puskesmas/RSUP (38,4%) maupun di BPS Murni (29,4%). Hal ini kemungkinan disebabkan karena pada responden yang bekerja di BPS Murni cenderung lebih termotivasi untuk meningkatkan mutu pelayanannya, dikarenakan sumber penghasilan responden didapatkan melalui tempat prakteknya.

Dari hasil uji hubungan antara dua variabel dengan menggunakan uji *Rank Spearman's* menghasilkan p-value sebesar 0,722 ($p > 0,05$), berarti H_0 diterima dan H_a ditolak yang dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara variabel tempat kerja dengan variabel persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI eksklusif. Dari hasil hubungan diatas diketahui bahwa antara karakteristik responden tidak ada hubungannya dengan persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif.

Hal ini kurang sesuai dengan pernyataan Pritchard (1986) yang berperan dalam pembentukan persepsi adalah kognitif, afektif, kepribadian dan budaya yang dimiliki seseorang yang berasal dari kenyataan yang ada di lingkungannya, pengalaman masa lalu serta kesan terakhir tentang emosi maupun motivasi seseorang.

3. Pengetahuan Bidan terhadap Program IMD dan ASI Eksklusif

Berikut ini distribusi jawaban responden tentang pengetahuan bidan terhadap program IMD dan Asi Eksklusif:

Tabel 7.1. Distribusi Jawaban Responden berdasarkan Pengetahuan Bidan tentang Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif.

No	Pengetahuan	Benar	Salah	Jumlah
1	IMD adalah membantu bayi baru lahir untuk menyusu pada puting susu ibunya	111 (77,1%)	33 (22,9%)	144 (100%)
2	ASI Eksklusif adalah menyusukan bayi sesudah ASI keluar	82 (56,9%)	62 (43,1%)	144 (100%)
3	IMD adalah membantu menyusukan bayi setelah ibu bersalin selesai dibersihkan tubuhnya	86 (59,7%)	58 (40,3%)	144 (100%)
4	Tujuan IMD adalah Memberikan kolustrum pada bayi	138 (95,8%)	6 (4,2%)	144 (100%)
5	Tujuan IMD adalah Menurunkan Resiko Kematian Bayi	134 (93,1%)	10 (6,9%)	144 (100%)
6	Tujuan IMD adalah Meningkatkan resiko Alergi	14 (9,7%)	130 (93,1%)	144 (100%)
7	ASI Eksklusif yaitu hanya diberikan ASI saja kepada bayi sampai berumur 6 bulan tanpa makanan tambahan lainnya	134 (93,1%)	10 (6,9%)	144 (100%)
8	Pemberian madu kepada bayi saat ASI belum keluar masih termasuk dalam kategori ASI Eksklusif	71 (49,3%)	73 (50,7%)	144 (100%)
9	membantu ibu memulai memberi ASI sesegera mungkin setelah bayi lahir	140 (97,2)	4 (2,8%)	144 (100%)
10	Dalam rangka sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif bidan wajib memberikan penyuluhan tentang ASI kepada ibu sejak ANC	144 (100%)	-	144 (100%)
11	Bidan tidak harus selalu melakukan IMD dan ASI Eksklusif pada setiap pasiennya	12 (8,3%)	132 (91,7%)	144 (100%)

Dari distribusi jawaban tersebut diatas sebagian besar pengetahuannya baik walaupun dari butir pertanyaan ternyata masih ada sebagian bidan yang beranggapan bahwa pemberian madu kepada bayi saat ASI belum keluar masih termasuk dalam kategori ASI Eksklusif. Dan sebagian besar bidan masih menganggap bahwa Inisiasi Menyusu Dini adalah membantu menyusukan bayi setelah ibu

bersalin selesai dibersihkan tubuhnya. Namun dari distribusi jawaban diatas dapat kita lihat bahwa semua bidan mempunyai kesadaran untuk memberikan penyuluhan tentang ASI kepada ibu sejak ANC dan sebagian besar berpendapat bahwa bidan harus melakukan IMD dan ASI Eksklusif. Berikut distribusi frekuensi tingkat pengetahuan bidan tentang program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten:

Tabel 7.2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Bidan tentang Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009

No	Pengetahuan bidan tentang sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif	f	%
1	Baik	80	55,6
2	Kurang	64	44,4
Jumlah		144	100%

Penjelasan dari tabel di atas adalah bahwa frekuensi pengetahuan bidan yang baik tentang program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten adalah paling dominan (55,6%). Sedangkan hubungan antara pengetahuan dengan persepsi sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif di sajikan dalam bentuk tabel silang dibawah ini:

Tabel 7.3. Hubungan antara Pengetahuan dan Persepsi Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif

Persepsi Bidan Tentang Pengetahuan	Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif				Total	
	Baik		Kurang		f	%
	f	%	f	%		
Baik	54	60	26	48,1	80	55,6
Kurang	36	40	28	51,9	64	44,4
Total	90	100	54	100	144	100

Penjelasan dari hasil tabel silang diatas adalah bahwa pada responden yang mempunyai persepsi proses sosialisasi baik dan berpengetahuan baik lebih besar (60%) daripada yang mempunyai persepsi tentang pengetahuan yang kurang (40%). Sedangkan responden yang berpersepsi kurang namun berpengetahuan baik sedikit lebih kecil (48,1%) dibanding dengan yang berpengetahuan kurang (51,9%)

Dari hasil uji hubungan antara dua variabel dengan menggunakan *chi-square* menghasilkan p-value sebesar 0,116 ($p > 0,05$), berarti H_0 diterima dan H_a ditolak yang dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara variabel pengetahuan dengan variabel persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI eksklusif.

Hal ini juga tidak sesuai dengan pernyataan Pritchard (1986) yang berperan dalam pembentukan persepsi adalah kognitif, afektif, kepribadian dan budaya yang dimiliki seseorang yang berasal dari kenyataan yang ada di lingkungannya, pengalaman masa lalu serta kebiasaan terakhir tentang emosi maupun motivasi seseorang.

4. Sikap Bidan Terhadap Program IMD dan ASI Eksklusif

Berikut ini distribusi jawaban responden tentang sikap bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif:

Tabel 8.1. Distribusi Jawaban Responden tentang Sikap Bidan Terhadap Program IMD dan ASI Eksklusif.

No	Sikap	SS	S	TP	TS	STS	Juml
1	Bayi yang baru lahir sesegera mungkin	129 (89,6)	15 (10,4%)	-	-	-	144 (100)

	diberi ASI)))
2	Bayi yang baru lahir diberi kolostrum	129 (89,6 %)	15 (10,4%)	-	-	-	144 (100 %)
3	Kolostrum harus dibuang karena tidak baik untuk bayi	1 (0,7 %)	1 (0,7%)	-	24 (16,7 %)	118 (81,9 %)	143 (100 %)
4	ASI diberikan setiap kali bayi meminta (tidak dijadwal)	106 (73,6 %)	31 (21,5%)	2 (1,4%)	5 (3,5 %)	-	144 (100 %)
5	Menurut saya yang terpenting dalam teknik menyusui adalah bila bayi mulai mau menghisap	11 (7,6 %)	-	5 (3,5%)	45 (31,3 %)	83 (57,6 %)	144 (100 %)
6	Kebijaksanaan inisiasi menyusui dini saya rasakan sulit untuk dikerjakan	-	-	4 (2,8%)	69 (47,9 %)	71 (49,3 %)	144 (100 %)
7	Bayi yang lahir dengan partus tidak normal, menurut saya boleh diberi ASI secepatnya	73 (50,7 %)	67 (46,5%)	2 (1,4%)	-	2 (1,4 %)	144 (100 %)
8	Menurut saya cairan selain ASI boleh diberikan selama ASI belum keluar	-	1 (0,7%)	-	65 (45,1 %)	78 (54,1 %)	144 (100 %)
9	Perlu adanya tambahan pemberian susu formula bayi bila ASI belum lancar	68 (47,2 %)	76 (52,8%)	-	-	-	144 (100 %)
10	Saya senang membantu ibu melakukan inisiasi menyusui dini dalam setiap persalinan	60 (41,7 %)	84 (58,3%)	-	-	-	144 (100 %)
11	Saya meluangkan waktu untuk menasihati ibu tentang pentingnya ASI Eksklusif dan cara meneteki yang benar	98 (68,1 %)	43 (29,9%)	-	3 (2,1 %)	-	144 (100 %)

Lanjutan Tabel 8.1.

No	Sikap	SS	S	TP	TS	STS	Juml
12	Sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif sangat penting terutama bagi petugas kesehatan khususnya dokter dan bidan	103 (71,5 %)	26 (18,1%)	13 (9,0%)	2 (1,4 %)	-	144 (100 %)
13	Inisiasi Menyusu Dini harus kepada semua ibu bersalin kecuali yang melalui bedah caesar.	2 (1,4 %)	2 (1,4%)	6 (4,2%)	60 (41,7 %)	74 (51,4 %)	144 (100 %)
14	Melakukan sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif kepada masyarakat sangat menyita waktu praktek sebagai bidan	-	-	13 (9,0%)	78 (54,2 %)	53 (36,8 %)	144 (100 %)
15	IMD terasa merepotkan karena perlu waktu dan pengawasan ekstra pada ibu yang dilakukan IMD setelah bersalin	3 (2,1 %)	1 (0,7%)	10 (6,9%)	75 (52,1 %)	55 (38,2 %)	144 (100 %)
16	Pemberian susu formula lebih praktis dibanding dengan ASI apalagi pada ibu-ibu yang bekerja	1 (0,7 %)	-	6 (4,2%)	77 (53,5 %)	60 (41,7 %)	144 (100 %)
17	Saya merasa mengikuti pelatihan sebagai fasilitator dan konselor ASI kurang efektif karena pada dasarnya kita sudah mendapatkan teori konseling dan ASI saat masih kuliah.	-	4 (2,8%)	4 (2,8%)	65 (45,1 %)	71 (49,3 %)	144 (100 %)
18	Saya selalu meluangkan waktu untuk memberikan konseling kepada ibu sejak ANC hingga masa nifas	86 (59,7 %)	40 (27,8%)	16 (11,1%)	2 (1,4 %)	-	144 (100 %)

19	Keberadaan perda tentang IMD dan ASI Eksklusif sangat membebani kerja bidan	-	5 (3,5%)	25 (17,4%)	67 (46,5%)	47 (32,6%)	144 (100%)
----	---	---	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Dari distribusi jawaban diatas, kita sudah bisa lihat bahwa sikap bidan terhadap program IMD dan Asi Eksklusif sangat positif, hal ini ditandai bahwa dari 144 responden terdapat 129 responden (89,6%) sangat setuju bahwa bayi yang baru lahir sesegera mungkin diberi ASI. Selain itu sebagian besar responden 59,7% selalu meluangkan waktu untuk memberikan konseling tentang IMD dan Asi Eksklusif kepada ibu sejak ANC hingga masa nifas. Namun ada yang masih menjadi perhatian yaitu masih ada beberapa responden yang setuju bahwa perlu adanya tambahan pemberian susu formula bayi bila ASI belum lancar. Hal ini yang menjadi alasan bahwa proses sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif harus tetap diberikan secara intensif kepada para bidan.

Distribusi frekuensi sikap terhadap program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten adalah sebagai berikut

Tabel 8.2 Distribusi Frekuensi Sikap Bidan Terhadap IMD dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009

No	Sikap Bidan Terhadap Program IMD dan ASI Eksklusif	f	%
1	Mendukung	87	60,4%
2	Tidak Mendukung	57	39,6%
Jumlah		144	100%

Dari tabel distribusi frekuensi diatas juga terlihat dengan jelas bahwa sebagian besar bidan mempunyai sikap yang mendukung terhadap program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di

Kabupaten Klaten (60,4%) Namun ada pula sebagian responden yang memiliki sikap yang tidak mendukung (39,6%).

Sedangkan hubungan antara sikap dengan proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif adalah:

Tabel 8.3. Hubungan Sikap dan Persepsi Bidan Terhadap Program Sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif

Sikap Bidan Terhadap Program IMD dan ASI Eksklusif	Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif				Total	
	Baik		Kurang			
	f	%	f	%	f	%
Mendukung	51	58,6	36	41,4	87	60,4
Tidak Mendukung	39	68,4	18	31,6	57	39,6
Total	90	62,5	54	137,5	144	100

Penjelasan dari hasil tabel silang diatas adalah bahwa pada responden yang berpersepsi baik terhadap proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif dan juga mempunyai sikap yang mendukung ternyata sedikit lebih kecil (58,6%) daripada responden yang memiliki yang tidak mendukung (68,4%). Sedangkan justru pada responden yang memiliki persepsi kurang baik terhadap proses sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif dan memiliki sikap yang mendukung terhadap program tersebut ternyata sedikit lebih besar (41,4%) dibanding dengan sikap yang tidak mendukung (31,6%). Dari hasil uji hubungan antara dua variabel dengan menggunakan uji *chi-square* menghasilkan p-value sebesar 0,235 ($p > 0,05$), berarti H_0 diterima dan H_a ditolak yang dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara variabel sikap dengan variabel persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI eksklusif.

5. Motivasi bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif

Berikut ini distribusi jawaban responden tentang motivasi :

Tabel 9.1. Distribusi Jawaban Responden tentang Motivasi Bidan Dalam Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif.

No	Motivasi	SS	S	TP	TS	STS	Σ
1	Ikut andil dalam program IMD dan ASI Eksklusif membuat kita merasa semakin berguna bagi masyarakat	72 (50%)	71 (49,3%))	1 (0,7%)	-	-	144 (100%)
2	Atasan selalu mengontrol dan mengawasi kita saat melakukan IMD dan ASI Eksklusif	35 (24,3%)	84 (58,3%))	22 (15,3%))	2 (1,4%)	1 (0,7%)	144 (100%)
3	Atasan mendukung Sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif	71 (49,3%)	71 (49,3%))	2 (1,4%)	-	-	143 (100%)
4	Hubungan antara bidan dan kepala puskesmas maupun direktur RS (Atasan) dalam penerapan IMD dan ASI Eksklusif sangat harmonis dan saling bahu membahu	59 (41%)	75 (52,1%))	10 (6,9%)	-	-	144 (100%)
5	Selalu ada reward bila bidan melakukan IMD dan ASI	1 (0,7%)	3 (2,1%)	6 (4,2%)	83 (57,6%)	51 (35,4%)	144 (100%)

	Eksklusif						
6	Sarana dan prasarana untuk mendukung sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif sangat memadai	-	5 (3,5%)	22 (15,3%)	83 (57,6%)	34 (23,6%)	144 (100%)
7	Hubungan antara pembuat program dan pelaksana sangat baik, harmonis dan sinergis	27 (18,8%)	85 (59%)	31 (21,5%)	1 (0,7%)	-	144 (100%)

Lanjutan tabel 9.1

No	Motivasi	SS	S	TP	TS	STS	Σ
8	Terdapat penambahan tunjangan khusus/dana operasional bagi bidan yang melakukan sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif	1 (0,7%)	2 (1,4%)	8 (5,6%)	79 (54,9%)	54 (37,5%)	144 (100%)
9	Saya merasa puas saat berhasil melakukan IMD	75 (52,1%)	56 (38,9%)	13 (9%)	-	-	144 (100%)
10	Saya selalu mengeluh dalam melaksanakan IMD dan ASI Eksklusif, karena terlalu ribet, berbelit-belit dan membuang waktu	-	1 (0,7%)	12 (8,3%)	86 (59,7%)	45 (31,3%)	144 (100%)
11	Sudah dibuat target dan evaluasi/peneliti	1 (0,7%)	8 (5,6%)	28 (19,4%)	80 (55,6%)	27 (18,8%)	144 (100%)

	an secara rutin oleh dinas kesehatan terhadap pelaksanaan IMD & ASI Eksklusif oleh bidan)	%)	%)	%)
12	Program IMD dan ASI Eksklusif harus berhasil agar dana dari UNICEF keluar	42 (29,2%)	79 (54,9%))	14 (9,7%)	9 (6,3%)	-	144 (100%)

Dari distribusi jawaban responden tentang motivasi bidan tentang program IMD dan ASI Eksklusif didapatkan beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh Dinas Kesehatan Kab Klaten yaitu tentang sarana dan prasarana untuk mendukung sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif kurang memadai, reward kepada bidan bila bidan melakukan IMD dan ASI Eksklusif, juga perlu adanya target dan evaluasi/penelitian secara rutin oleh dinas kesehatan terhadap pelaksanaan IMD & ASI Eksklusif oleh bidan.

Distribusi frekuensi tingkat motivasi bidan tentang program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten adalah sebagai berikut :

Tabel 9.2 Distribusi Frekuensi Motivasi Bidan tentang Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009

No	Motivasi Bidan Tentang Program	f	%
1	Baik	129	89,6
2	Kurang	15	10,4
Jumlah		144	100%

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar bidan mempunyai motivasi bidan yang baik tentang program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten. Namun tetap saja masih ada yang mempunyai motivasi kurang. Hal ini memerlukan kajian yang lebih dalam lagi mengingat keberhasilan suatu program sangat ditentukan dari motivasi pelaku program itu sendiri. Tabel silang antara variabel motivasi dan persepsi sosialisasi adalah sebagai berikut :

Tabel 9.3. Hubungan antara Motivasi dengan Persepsi Bidan Dalam Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif.

Motivasi Bidan Tentang Program	Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif				Total	
	Baik		Kurang			
	f	%	f	%	f	%
Baik	83	64,3	46	35,7	129	89,6
Kurang	7	46,7	8	53,3	15	10,4
Total	90	62,5	54	37,54	144	100

Dari hasil tabel silang diatas dapat diketahui adalah bahwa pada reponden yang berpersepsi baik terhadap proses sosialisasi dan mempunyai motivasi yang baik pula sedikit lebih besar (64,3%) dibanding dengan responden yang mempunyai motivasi yang kurang (46,7%), sedangkan pada responden yang berpersepsi kurang terhadap proses sosialisasi dan mempunyai motivasi yang baik ternyata sedikit lebih kecil (35,7%) dibandingkan dengan yang mempunyai motivasi kurang (37,54%).

Dari hasil uji hubungan antara dua variabel dengan menggunakan uji *chi-square* menghasilkan p-value sebesar 0,181 ($p > 0,05$), berarti H_0 diterima dan H_a ditolak yang dapat disimpulkan bahwa tidak ada

hubungan antara variabel motivasi dengan variabel persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI eksklusif.

6. Analisis Persepsi Bidan pada Pendanaan dalam Sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten

Berikut ini distribusi jawaban responden tentang persepsi pendanaan :

Tabel 10.1. Distribusi Jawaban Responden Tentang Persepsi Pendanaan

No	Persepsi Pendanaan	Ya	Tidak	Jumlah
1	Apakah terdapat dana khusus bagi bidan untuk program IMD dan ASI Eksklusif	29 (20,1)	115 (79,9)	144 (100%)
2.a	Dana transportasi yang diberikan pada responden saat sosialisasi	41 (28,5%)	103 (71,5%)	144 (100%)
2.b	Dana akomodasi yang diberikan pada responden saat sosialisasi	55 (38,2%)	89 (61,8%)	144 (100%)
2.c	Dana untuk uang saku yang diberikan pada responden saat sosialisasi	63 (43,8%)	81 (61,8%)	144 (100%)
3	Terdapat anggaran tersendiri dari pemerintah/Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten untuk sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten	58 (40,3%)	86 (59,7%)	144 (100%)

Lanjutan tabel 10.1

No	Persepsi Pendanaan	Ya	Tidak	Jumlah
4.a	Terdapat alokasi dana yang dimungkinkan bisa dianggarkan oleh bidan untuk promosi	54 (37,5%)	90 (62,5%)	144 (100%)
4.b	Terdapat alokasi dana yang dimungkinkan bisa dianggarkan oleh bidan untuk Penyuluhan kader	40 (27,8%)	104 (72,2%)	144 (100%)
4.c	Terdapat alokasi dana yang dimungkinkan bisa dianggarkan oleh bidan untuk Penyuluhan kepada ibu hamil	50 (34,7%)	94 (65,3%)	144 (100%)
4.d	Terdapat alokasi dana yang dimungkinkan bisa dianggarkan oleh bidan untuk Pembuatan klinik laktasi/pojok laktasi	62 (43,1%)	82 (56,9%)	144 (100%)

4.e	Terdapat alokasi dana yang dimungkinkan bisa dianggarkan oleh bidan untuk pembelian Alat peraga penyuluhan	64 (44,4%)	80 (55,6%)	144 (100%)
4.f	Terdapat alokasi dana yang dimungkinkan bisa dianggarkan oleh bidan untuk melakukan Kunjungan rumah	67 (46,5%)	77 (53,5%)	144 (100%)
4.g	Terdapat alokasi dana yang dimungkinkan bisa dianggarkan oleh bidan untuk melakukan Konseling ASI	62 (43,1%)	82 (56,9%)	144 (100%)
5	Terdapat alokasi dana khusus untuk pelatihan bagi bidan agar menjadi fasilitator ASI	31 (21,5%)	113 (78,5%)	144 (100%)
6.a	Uang transportasi untuk fasilitator ASI	25 (17,4%)	119 (82,6%)	144 (100%)
6.b	Uang Akomodasi untuk fasilitator ASI	44 (30,6%)	100 (69,4%)	144 (100%)
6.c	Uang Saku untuk fasilitator ASI	45 (31,3%)	99 (68,8%)	144 (100%)
7	Terdapat alokasi dana khusus untuk pelatihan bagi bidan agar menjadi konselor ASI	49 (34%)	95 (66%)	144 (100%)
8.a	Uang transportasi untuk konselor ASI	44 (30,4%)	100 (69,4%)	144 (100%)
8.b	Uang Akomodasi untuk konselor ASI	67 (46,5%)	77 (53,5%)	144 (100%)
8.c	Uang Saku untuk konselor ASI	99 (68,6%)	45 (31,3%)	144 (100%)
9	Insentif khusus apabila bidan tersebut melaksanakan IMD dalam pertolongan persalinannya	117 (81,3%)	27 (18,8%)	144 (100%)
10	Insentif khusus apabila bidan tersebut menyarankan/menganjurkan untuk memberikan ASI Eksklusif pada masyarakat di tempat kerjanya?	13 (9%)	131 (91,0%)	144 (100%)

Lanjutan tabel 10.1

No	Persepsi Pendanaan	Ya	Tidak	Jumlah
11	Dana untuk memberikan penyuluhan kepada kader/ibu	38 (26,4%)	106 (73,6%)	144 (100%)
12	Kecukupan dana untuk kegiatan sosialisasi?	66 (45,8%)	78 (54,2%)	144 (100%)

Dari distribusi jawaban responden diatas dapat kita lihat bahwa menurut responden ada beberapa hal yang bersangkutan dengan pendanaan sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif yang masih perlu diperhatikan, yaitu alokasi dana khusus bagi bidan dalam melakukan sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif. Selain itu juga perlu adanya peningkatan dana guna melatih bidan menjadi fasilitator, karena seperti diungkapkan di bab sebelumnya bahwa fasilitator ASI di Kabupaten Klaten hanya berjumlah 15 orang.

Dari variabel ini juga masih perlu diperhatikan tentang reward kepada bidan yang melakukan IMD maupun yang menyarankan/menganjurkan untuk memberikan ASI Eksklusif pada masyarakat di tempat kerjanya, juga dana untuk memperlengkap alat peraga guna penyuluhan kepada kader dan ibu dalam kegiatan sosialisasi, dimana ini merupakan salah satu stimulant bagi bidan sehingga termotivasi untuk selalu melaksanakan program IMD dan ASI Eksklusif.

Sedangkan hasil distribusi frekuensi persepsi bidan terhadap pendanaan program ini dapat dilihat dari tabel berikut ini:

Tabel 10.2 Distribusi Frekuensi Persepsi Bidan Terhadap Pendanaan Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009

No	Persepsi Bidan Tentang Pendanaan	f	%
1	Baik	62	43,1%
2	Kurang	82	56,9%
Jumlah		144	100%

Penjelasan dari tabel di atas adalah bahwa frekuensi persepsi bidan yang baik tentang pendanaan program Inisiasi Menyusu Dini dan

ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten sedikit lebih kecil (43,1%) daripada persepsi yang tidak baik (56,9%). Namun, walaupun perbedaan persepsi bidan tentang pendanaan antara yang berpersepsi baik dan kurang hanya sedikit selisihnya, namun ini perlu menjadi perhatian, karena terdapat lebih dari separuh dari responden yang berpersepsi bahwa pendanaan proses sosialisasi ini kurang baik. Karena pendanaan merupakan hal yang pokok dalam menjalankan sebuah program.

Sedangkan hasil dari analisis bivariat variabel pendanaan dan persepsi sosialisasi adalah sebagai berikut:

Tabel 10.3 Hubungan Antara Pendanaan Dengan Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif

Persepsi Bidan Tentang Pendanaan	Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif				Total	
	Baik		Kurang			
	f	%	f	%	f	%
Baik	39	62,9	23	37,1	62	100
Kurang	51	62,2	31	37,8	82	100
Total	90	62,5	54	37,5	144	100

Dari 90 responden yang mempersepsikan bahwa sosialisasi baik ternyata yang mempunyai persepsi sosialisasi baik dan juga berpersepsi bahwa pendanaan baik sedikit lebih besar (62,9%) daripada yang berpersepsi pendanaan tidak baik (62,5%). Demikian juga pada bidan yang mempunyai persepsi kurang baik terhadap proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif dan berpersepsi pendanaan baik ternyata hanya sedikit lebih kecil (37,1%) yang dibanding dengan responden yang berpersepsi bahwa pendanaan tidak baik (37,8%).

Dari hasil uji hubungan antara dua variabel tersebut, dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil yaitu p-value sebesar 0,931 ($p > 0,05$), yang berarti H_0 diterima dan H_a ditolak sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel pendanaan dengan variabel persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI eksklusif.

Hal ini kurang sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Departemen Dalam Negeri (2005) tentang alur teknik sosialisasi yang mana disitu dicantumkan bahwa masalah pendanaan (sarana dan prasarana, biaya) merupakan salah satu komponen penting dalam proses sosialisasi sebuah program.

7. Analisis Persepsi Bidan pada Komunikasi dalam Sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten

Berikut ini distribusi jawaban responden tentang persepsi Komunikasi :

Tabel 11.1. Distribusi Jawaban Responden Tentang Persepsi Bidan pada Proses Komunikasi dalam Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten:

No	Komunikasi	SS	S	TP	TS	STS	Juml
1	Tidak perlu terjalin komunikasi yang baik antara pembuat program dengan pemerintah daerah setempat *	7 (4,9%)	1 (0,7 %)	10 (6,9 %)	37 (25,7 %)	89 (61,8%)	144 (100%)
2	Menginformasikan pada seluruh bidan	79 (54,9%)	53 (36,8 %)	10 (6,9 %)	2 (1,4 %)	-	144 (100%)

3	Instansi lain tidak perlu mengetahui tujuan dan isi program *	-	-	17 (11,8 %)	62 (43,1 %)	64 (44,4%)	143 (100%)
4	Tidak perlu dibentuk jejaring dan kerjasama lintas sektoral sebagai wadah untuk menginformasikan tujuan dan materi sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif *	2 (1,4%)	6 (4,2 %)	-	45 (31,3 %)	91 (63,2%)	144 (100%)
5	Perlu adanya hubungan yang baik antara pembuat program dan bidan untuk pelaksanaan sosialisasi program	88 (61,8%)	48 (33,3 %)	4 (2,8 %)	3 (2,1 %)	-	144 (100%)
6	Tidak perlu adanya pelatihan tersendiri bagi bidan untuk mensosialisasikan program karena pada dasarnya salah satu tugas bidan adalah sebagai konselor.*	-	2 (1,4 %)	14 (9,7 %)	55 (38,2 %)	73 (50,7%)	144 (100%)
7	Perlu adanya pertemuan rutin antar bidan yang terjadwal dengan baik guna keefektifan proses sosialisasi	70 (48,6%)	60 (41,7 %)	11 (7,6 %)	3 (2,1 %)	-	144 (100%)
8	Metode/ cara penyampaian	73 (50,7%)	58 (40,3 %)	13 (9,0 %)	-	-	144 (100%)

	dalam rangka sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif yang selama ini dilakukan)	%)	%)			
9	Kapasitas atau kemampuan nara sumber pemberi sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif	59 (41%)	76 (52,8 %)	9 (6,3 %)	-	-	144 (100%)
10	Materi/ referensi yang diberikan dalam rangka sosialisasi program	85 (59%)	57 (39,6 %)	2 (1,4 %)	-	-	144 (100%)
11	Alat bantu peraga maupun AVA untuk mengkomunikasikan program dalam rangka sosialisasi program kepada bidan	71 (49,3%)	58 (40,3 %)	15 (10,4 %)	-	-	144 (100%)
12	Teknik komunikasi dalam rangka sosialisasi program kepada bidan melalui media cetak	66 (45,8)	66 (45,8 %)	11 (7,6 %)	1 (0,7 %)	-	144 (100%)
13	Teknik komunikasi dalam rangka sosialisasi program kepada bidan melalui maupun elektronik	62 (43,1)	68 (47,2 %)	13 (9,0 %)	1 (0,7 %)	-	144 (100%)

Hasil deskripsi dari distribusi jawaban responden seperti yang tercantum diatas dapat diketahui bahwa baik materi, maupun pembawa materi serta system komunikasi dalam sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif adalah baik. Namun karena variabel ini distribusinya tidak normal maka didapatkan nilai mean 57, dan dari pengkategorian yang dilakukan peneliti ternyata persepsi bidan tentang komunikasi adalah baik. Hal ini dapat dilihat dari tabel 8.2 yang

menggambarkan tentang Distribusi frekuensi persepsi bidan tentang komunikasi dalam proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten

Namun dari distribusi jawaban responden diatas beberapa hal yang masih perlu perhatian adalah masih adanya responden yang menyatakan Tidak perlu terjalin komunikasi yang baik antara pembuat program dengan pemerintah daerah setempat, walaupun jumlahnya kecil 8 orang (5,3%), namun hal ini perlu jadi perhatian. Karena pada dasarnya untuk mensukseskan program sosialisasi IMD perlu terjalin adanya komunikasi pada semua pihak. Selain itu masih banyak responden yang tidak mau berpendapat terhadap beberapa pernyataan dari kuisisioner diatas, kerjasama lintas sektoral dan tugas bidan sebagai konselor ASI.

Berikut ini distribusi frekuensi persepsi bidan tentang komunikasi dalam sosialisasi program ini:

Tabel 11.2 Distribusi Frekuensi Persepsi Bidan tentang Komunikasi dalam Sosialisasi Pogram Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009

No	Persepsi Bidan Tentang Komunikasi	f	%
1	Sangat Baik	129	89,6%
2	Kurang	15	10,4%
Jumlah		144	100%

Dalam tabel tersebut diatas dapat menunjukkan bahwa sebagian besar persepsi bidan tentang komunikasi dalam proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten sudah sangat baik yaitu 129 orang atau 89,6%. Sedangkan untuk mengetahui hubungan antara komunikasi dengan persepsi bidan pada

proses sosialisasi peneliti melakukan analisis bivariat yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 11.3 di bawah ini:

Tabel 11.3. Hubungan Antara Komunikasi Dengan Persepsi Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009

Persepsi Bidang Tentang Komunikasi	Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif				Total	
	Baik		Kurang			
	f	%	f	%	f	%
Sangat Baik	79	61,2	50	38,8	129	89,6
Kurang	11	73,3	4	26,7	15	10,4
Total	90	62,5	54	37,5	144	100

Penjelasan dari hasil tabel silang diatas adalah bahwa pada responden yang mempunyai persepsi baik terhadap proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif dan mempunyai persepsi sangat baik terhadap komunikasi ternyata sedikit lebih kecil (61,2%) dibandingkan dengan responden yang berpersepsi baik (73,3%). Namun pada responden yang berpersepsi kurang terhadap proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif dan berpersepsi sangat baik terhadap proses komunikasi sedikit lebih besar (38,8%) dibandingkan dengan responden yang berpersepsi baik terhadap proses komunikasi (26,7%).

Dari analisis tersebut, dapat disimpulkan bahwa antara responden yang berpersepsi baik/kurang terhadap proses sosialisasi program IMD dan Asi Eksklusif dengan responden yang berpersepsi sangat baik/baik terhadap komunikasi adalah seimbang karena tidak ada perbedaan yang mencolok antara keduanya. Dalam hal ini berarti dalam proses komunikasi program ini sudah baik.

Namun masih sangat perlu selalu diadakan peningkatan, terutama di kapasitas dan kemampuan/kompetensi nara sumber dalam memberikan sosialisasi, karena seperti kita ketahui sampai saat ini Kabupaten Klaten baru mempunyai 15 orang fasilitator ASI. Sehingga perlu sekali adanya penambahan fasilitator karena komunikasi merupakan unsur yang sangat penting dalam proses sosialisasi. Karena Keberhasilan suatu sosialisasi program salah satunya dipengaruhi oleh komunikasi (Subarsono, 2008), dan keberhasilan komunikasi interpersonal dalam sosialisasi program ditentukan oleh efektifitas komunikasi dari para petugas pembuat program. Hal ini meliputi komunikasi antar organisasi dan penguat aktivitas, Interaksi personal, perhatian, intensitas komunikasi dan visualisasi.

Dari hasil uji hubungan antara dua variabel dengan menggunakan uji *Rank Spearman's* menghasilkan p-value sebesar 0,828 ($p > 0,05$), berarti H_0 diterima dan H_a ditolak yang dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara variabel komunikasi dengan variabel persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI eksklusif.

Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan Winarno, (2007) bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat faktor atau variabel yaitu komunikasi, sumber-sumber, kecenderungan-kecenderungan atau tingkah laku, dan struktur birokrasi. Namun hal ini sesuai dengan pernyataan dari informan.

8. Persepsi Bidan pada Kebijakan dalam Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten

Berikut distribusi jawaban responden tentang kebijakan:

Tabel 12.1. Distribusi Jawaban Responden tentang Persepsi Bidan pada Kebijakan dalam Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif pada Bidan di Kabupaten Klaten

No	Persepsi Kebijakan	Ya	Tidak	Σ
1.a.	Terdapat perda	138 (95,8%)	6 (4,2%)	144 (100%)
1.b.	Terdapat Surat Keputusan	117 (81,3%)	27 (18,8%)	144 (100%)
1.c	Terdapat surat perintah	36 (25%)	108 (75%)	144 (100%)
1.d	Terdapat Juklak & Juknis	53 (36,8%)	91 (63,2%)	144 (100%)
2	Selama ini sudah ada team khusus pada tingkat kabupaten yang bertugas melaksanakan sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif	107 (74,3%)	37 (25,7%)	144 (100%)
3	Terdapat prosedur tetap yang harus dan wajib dilakukan bidan dalam Inisiasi Menyusu Dini	6 (4,2%)	138 (95,8%)	144 (100%)
4	Terdapat prosedur tetap yang harus dan wajib dilakukan bidan dalam rangka pemberian ASI Eksklusif	24 (16,7%)	120 (83,3%)	144 (100%)
5	Ada aturam yang sudah disahkan kepada bidan untuk tidak memajang, menyediakan apalagi menggunakan susu formula bagi pasiennya di tempat bekerja bidan tersebut	135 (93,8%)	9 (6,3%)	144 (100%)
6	Terdapat SOP ditiap tempat kerja dalam kaitannya dengan program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif	127 (88,2%)	17 (11,8%)	144 (100%)
7	Tidak Ada sangsi bagi bidan yang tidak melakukan IMD	117 (81,3%)	27 (18,8%)	144 (100%)
8	Tidak Ada sangsi bagi bidan yang tidak melakukan ASI Eksklusif	111 (77,1%)	33 (22,9%)	144 (100%)
9	Tidak Ada reward bagi bidan yang melakukan IMD	122 (84,7%)	22 (15,3%)	144 (100%)
10	Tidak Ada reward bagi bidan	110	34	144

	yang melakukan ASI Eksklusif	(76,4%)	(23,6%)	(100%)
--	------------------------------	---------	---------	--------

Dari distribusi jawaban responden diatas dapat kita lihat bahwa sampai saat ini belum ada aturan yang mengatur sanksi maupun reward bagi bidan yang melakukan atau tidak melakukan IMD, dan selama ini tidak ada evaluasi khusus berupa format laporan baku yang digunakan untuk mengontrol pelaksanaan IMD.

Distribusi penilaian bidan terhadap pelaksanaan kebijakan program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten adalah sebagai berikut :

Tabel 12.2. Distribusi Penilaian Bidan terhadap Kebijakan Pelaksanaan Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten Tahun 2009

No	Penilaian Bidan Tentang Kebijakan	f	%
1	Sesuai	114	79,2
2	Tidak Sesuai	30	20,8
Jumlah		144	100%

Penjelasan dari tabel di atas adalah bahwa frekuensi penilaian bidan tentang kebijakan yang sesuai dengan program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten lebih besar (79,2%) daripada penilaian yang tidak sesuai (20,8%). Sedangkan hubungan antara kebijakan dengan persepsi sosialisasi program dapat dilihat dari table di bawah ini

Tabel 12.3. Hubungan antara Kebijakan dengan Persepsi Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif

Penilaian Bidan Tentang Kebijakan	Persepsi Proses Sosialisasi Program IMD dan ASI Eksklusif				Total	
	Baik		Kurang			
	f	%	f	%	f	%

Sesuai	80	70,2	34	29,8	114	79,2
Tidak Sesuai	10	33,3	20	66,7	30	20,8
Total	90	100	54	100	144	100

Penjelasan dari hasil tabel silang diatas adalah bahwa dari 90 responden yang mempunyai persepsi baik terhadap proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif dan mempunyai penilaian yang baik tentang kebijakan yang sesuai ternyata lebih besar (70,2%) dibanding dengan responden yang mempunyai penilaian kebijakan tidak sesuai (33,3%). Sedangkan pada responden yang mempunyai persepsi kurang terhadap proses sosialisasi dan mempunyai penilaian yang sesuai terhadap kebijakan separuh lebih kecil (29,8%) daripada responden yang punya penilaian bahwa kebijakan tidak sesuai (66,7%).

Dari hasil uji hubungan antara dua variabel dengan menggunakan uji *chi-square* menghasilkan p-value sebesar 0,0001 ($p < 0,05$), berarti H_0 ditolak dan H_a diterima yang dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara variabel kebijakan dengan variabel persepsi proses sosialisasi program IMD dan ASI eksklusif.

Hal ini sangat sesuai dengan pendapat Winarno (2007) yang menyatakan bahwa sebuah program sangat dipengaruhi oleh kebijakan yang dibuat dalam lembaga atau instansi tersebut.

D. Hasil Analisa Kualitatif

Analisa kualitatif ini dilakukan pada beberapa variabel saja yang memerlukan kajian lebih mendalam. Sifat dari analisa kualitatif ini adalah

untuk mengklarifikasi dan mengeksplorasi dari beberapa variabel yang menurut peneliti sangat penting untuk dilakukan analisa lebih mendalam.

1. Faktor Pengetahuan Bidan

Sebagian besar dari responden mempunyai pengetahuan yang baik tentang program IMD dan ASI Eksklusif ini. Apabila dilihat dari karakteristiknya antara responden yang berpendidikan D1, D3, D4, S1 maupun S2 ternyata tidak ada perbedaan yang mencolok tentang pengetahuan responden terhadap program IMD dan ASI eksklusif.

Hal ini dikarenakan tidak ada jeda yang eksklusif antara masing-masing responden pada saat diadakan sosialisasi program berupa workshop, seminar maupun lokakarya. Hal ini sesuai dengan informasi dari informan yaitu ketua IBI Kab Klaten pada saat dilakukan wawancara mendalam berkaitan dengan pengetahuan bidan terhadap program IMD dan ASI Eksklusif yaitu:

Informan 3.

Untuk pengetahuan bidan saya rasa sebagian besar baik ya mbak...karena bentuk sosialisasi yang kita lakukan macem-macem ada seminar, ada workshop yang mana siapa saja di anjurkan untuk ikut supaya pengetahuan dan wawasannya bertambah.

2. Faktor Sikap Bidan

Dari hasil analisa data kuantitatif dapat terlihat dengan jelas bahwa sebagian besar bidan mempunyai sikap yang mendukung terhadap program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten (60,4%). Hal ini senada dengan yang diungkapkan oleh informan dalam wawancara mendalam :

Kotak 1.

....."Setahu saya sebagian besar mendukung mbak...mulai dari kepala puskesmasnya sampai bidan desa saya rasa semua mendukung."....

Informan 1

....."Mendukung mbak..".....

Informan 2

....."Yang namanya program pasti ada yang mendukung, juga ada yang tidak mendukung. Tapi sebagian besar bidan saya mendukung kok mbak sikapnya. Paling-paling hambatan mereka adalah waktu IMD yang kadang lama padahal pasien ANC banyak. Atau mungkin karena kebijakan di RS atau RB setempat memang tidak melakukan IMD pada setiap pertolongan persalinan dengan berbagai alasannya.....".....

Informan 3

Hal ini kemungkinan terjadi karena program IMD dan ASI Eksklusif merupakan program unggulan Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten dan merupakan program yang sudah mempunyai Perda, maka walaupun responden mempunyai persepsi yang kurang baik tentang proses sosialisasi namun mempunyai sikap yang tetap mendukung. Karena pada dasarnya sebagian besar bidan di Kabupaten Klaten mendukung program tersebut. Terlepas dari apakah proses sosialisasinya baik maupun kurang baik. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan yaitu ketua IBI cabang Klaten:

Kotak 2

....."Pada dasarnya hampir semua bidan saya mendukung sich mbak...karena semua sadar betapa pentingnya IMD dan ASI bagi kesejahteraan bayi. Terlepas dari berbagai kekurangan dalam program di sana-sini, tetep bidan-bidan saya selalu mendukung program ini."

Informan 3

3.

Hasil analisa kuantitatif menyebutkan bahwa sebagian besar bidan mempunyai motivasi yang baik tentang program IMD dan ASI Eksklusif. Walaupun pada uji *chi square* di dapatkan hasil p value 0,181, namun dari tabel silang hubungan antara motivasi bidan terhadap persepsi sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif dapat dilihat adanya pola kecenderungan positif yang menggambarkan bahwa pada responden yang mempunyai motivasi baik maka cenderung mempunyai persepsi yang baik pula terhadap program, begitu pula sebaliknya pada responden yang memiliki motivasi kurang cenderung mempunyai persepsi yang kurang pula pada program sosialisasi IMD dan ASI Eksklusif tersebut.

Saat peneliti mencoba untuk mengeksplorasi distribusi jawaban dari responden mengenai reward dan punishment ternyata didapatkan jawaban bahwa selama ini tidak ada reward maupun punishment bagi bidan yang melakukan atau tidak melakukan IMD dan ASI Eksklusif.

Hal ini yang harusnya menjadi perhatian bagi penyelenggara program, karena motivasi seseorang sangat dipengaruhi oleh adanya reward atau punishment. Hal ini juga juga diungkapkan oleh Ketua IBI Cabang Kabupaten Klaten pada saat wawancara mendalam:

Kotak 3

.....“Memang masih perlu peningkatan motivasi terutama pada bidan-bidan yang BPS-nya ramai mbak...kadang gak sempat (saking banyaknya pasien kali) melakukan IMD secara benar, apalagi melakukan penyuluhan tentang ASI saat ANC. Selain itu tidak adanya reward dan punishment menjadikan membuat kadang mereka malas melakukan IMD mbak. Tapi itu menjadi Pe eR tersendiri bagi saya mbak, untuk memacu motivasi mereka.”....

Informan 3

Sebuah program akan berjalan dengan baik jika motivasi para pelaksana program juga baik. Dengan motivasi yang baik maka akan terjadi perubahan perilaku dari para bidan dalam melaksanakan IMD dan ASI Eksklusif.

Dan yang dapat berpengaruh terhadap motivasi bidan adalah reward maupun punishment dalam program ini. Karena sudah diketahui bahwa pabrik susu formula berada di wilayah Kabupaten Klaten dan telah menjalin kerjasama dengan para bidan selama beberapa tahun, dengan reward yang sangat menggiurkan bagi bidan. Dari sini bisa kita lihat bahwa masih adanya bidan yang kurang termotivasi untuk melaksanakan program IMD dan ASI Eksklusif tersebut kemungkinan besar disebabkan oleh karena reward yang diberikan oleh pabrik susu formula lebih menjanjikan dibandingkan dengan program ini. yang mana program ini tidak ada reward maupun punishment terhadap bidan yang melakukan maupun tidak melakukan program IMD dan ASI Eksklusif ini.

4. Faktor Pendanaan

Dari hasil analisis kuantitatif diatas didapatkan hasil bahwa bahwa bidan yang mempunyai persepsi baik tentang pendanaan program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten sebagian besar menyatakan kurang.

Walaupun pada dasarnya pendanaan program ini minim, namun setelah dilakukan penggalian informasi lebih mendalam tentang pendanaan ini dengan analisis kualitatif didapatkan hasil yang signifikan yang mampu menjelaskan ketidaksesuaian ini seperti karena sebagian besar responden adalah perempuan, status sosial ekonomi

responden yang baik, masih adanya dana bantuan dari UNICEF, dan Dinas Kesehatan Kab Klaten beserta jajarannya mempunyai solusi pemecahan masalahnya.

Hasil analisa kualitatif dari variabel pendanaan diketahui bahwa sumber dana untuk kegiatan yang terkait dengan program IMD dan ASI Eksklusif berasal dari berbagai sumber seperti UNICEF, Pemda, dana Jamkesmas, selain itu juga dari anggaran dana untuk Posyandu (APBN). Secara khusus informan juga menyatakan bahwa anggaran lain juga digali untuk mendukung kegiatan sosialisasi dan pelaksanaan program IMD dan ASI Eksklusif. Salah satunya adalah anggaran internal Puskesmas yang pada umumnya diambil dari dana pengembalian pelayanan Puskesmas, meskipun demikian tidak semua Puskesmas memiliki kebijakan yang sama. Yang mana salah satu kendalanya adalah karena Puskesmas memiliki pendapatan yang kecil sehingga menyebabkan dana pengembalian juga kecil.

Salah satu yang menarik dikaitkan dengan pendanaan adalah melibatkan peranserta masyarakat yang mana untuk inisiatif ini beberapa Puskesmas mengembangkan Tabulin (Tabungan Ibu Bersalin) dengan adanya kelompok yang berkonsolidasi ini memungkinkan bagi puskesmas untuk melakukan kegiatan pembekalan dan sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif bagi ibu-ibu hamil.

Dan untuk menyiasati minimnya dana untuk kegiatan sosialisasi, maka beberapa puskesmas mempunyai kebijakan, untuk “nebeng” (ikut serta) dalam kegiatan program-program lain. Sebagai contoh ketika dilakukan penyuluhan di Posyandu mengenai kesehatan ibu dan anak maka program IMD dan ASI Eksklusif diikuti sertakan didalamnya.

Selain itu juga mengikutsertakan dalam kegiatan seperti pertemuan yang dilaksanakan oleh masyarakat maupun lintas sektoral (PKK). Dengan berbagai macam strategi tersebut, pada akhirnya disimpulkan bahwa sebenarnya untuk kegiatan sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif tidak memerlukan dana yang terlalu banyak. Hal ini sesuai dengan yang diikatakan dalam teori bahwa efektifitas biaya yang baik adalah dimana sumber daya dan sumber dana yang ada dapat diorganisasi untuk menghasilkan keuntungan yang paling tinggi (Purwanto, 2005)

Dari informasi yang diperoleh melalui wawancara mendalam kepada ketua program IMD dan ASI Eksklusif didapatkan jawaban sebagai berikut:

Kotak 4.

...”Untuk besaran dana sebenarnya cukup banyak mbak, hanya saja ditinjau dari kecukupan hambatan tentang dana yang kita alami saat ini, adalah bantuan UNICEF berakhir pada akhir tahun 2009. Sedangkan sejak tahun 2008 Pemda mengalami deficit 30M. Sehingga dikhawatirkan dana untuk program ini di tahun anggaran 2010 berkurang. Untuk itu perlu diadakan advokasi untuk program ini kepada masyarakat agar swadaya. Nah untuk dana-dana penyuluhan yang kontinyu sampai saat ini mengandalkan dari dana swadaya puskesmas, dan selama ini untuk penyuluhan program ini, di”domplengkan” dengan penyuluhan/kegiatan lainnya, seperti pada Penyuluhan gizi, Kegiatan Posyandu dll. Sehingga tidak perlu dana banyak-banyak mbak.”

Informan 2

5. Faktor Komunikasi

Persepsi terhadap komunikasi pada proses sosialisasi IMD dan ASI eksklusif dinilai baik oleh sebagian besar responden. Namun tetap masih banyak kendala yang harus di hadapi karena informasi dalam sosialisasi program masih sering terhambat dan tidak bisa maksimal

karena masih adanya kekurangan fasilitator ASI, hal ini seperti diungkapkan informan berikut ini:

Kotak 5

...” Yo jelas mbak, karena anggotanya aja 530 bidan, sedangkan sini baru punya 15 orang fasilitator mbak, itu aja kita juga sering diminta ke luar daerah untuk sosialisasi program ini. Jadi memang kita masih kekurangan fasilitator, kalau konselor sebagian besar sudah kami latih. sehingga mungkin proses komunikasinya kurang bagus”

Informan 3

...” Selama ini fasilitator kita memang masih sangat minim, tapi dalam sosialisasi kami selalu berusaha sebaik-baiknya. Sehingga maksud dan tujuan program ini bisa tercapai.”

Informan 2

6. Faktor Kebijakan

Kebijakan merupakan satu-satunya faktor yang berpengaruh secara signifikan pada persepsi bidan terhadap sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten. Menurut informasi yang diperoleh dari informan bahwa sampai saat ini belum ada surat perintah yang mewajibkan kepada bidan untuk melakukan IMD dan ASI Eksklusif beserta lembaran evaluasi, punishment maupun reward bagi bidan.

Hal ini sesuai dengan informasi dari informan (Ketua Program IMD dan ASI Eksklusif) bahwa:

Kotak 6

.....”Memang selama ini belum ada punishment, namun ini sedang di godhug bersama tim pembuat program. Kalaupun nanti ada punishment, mungkin paling hanya punishment administratif berupa teguran. Sedangkan reward sampai sekarang tidak ada mbak, namun ini masih akan di konsep juga di tingkat bupati.”

Informan 2

Sebuah program akan berjalan dengan baik atau tidak sangat dipengaruhi oleh kebijakan. Hal ini juga sesuai dengan pernyataan informan (Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten) yang

Kotak 7

...."Program kita ini bisa jalan atau tidaknya ya tergantung dukungan kebijakan mbak, baik dari Pemda, maupun Dinkes sendiri. Karena ini sangat menyangkut segala dana, teknik sampai tethek bengeknya sebuah program. Jadi bila kebijakannya gak pas ya otomatis programnya juga gak pas mbak..."

Informan 1

E. Rekapitulasi Hubungan antara Variabel Bebas dengan Variabel Terikat

Berikut ini hasil rekapitulasi hubungan antara karakteristik responden, pendanaan, komunikasi, kebijakan, pengetahuan, sikap dan motivasi bidan terhadap persepsi bidan pada proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten

Tabel 13. Rekapitulasi Hubungan antara Variabel Bebas dengan Variabel Terikat

No	Variabel Bebas	Variabel Terikat	p value	Keterangan
1.a	Karakteristik responden berdasarkan umur	Persepsi bidan pada proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten	0,509	Tidak ada hubungan
1.b	Karakteristik responden berdasarkan Tingkat Pendidikan		0,938	Tidak ada hubungan
1.c	Karakteristik responden berdasarkan Masa Bekerja		0,522	Tidak ada hubungan
1.d	Karakteristik		0,722	Tidak ada

	responden berdasarkan Tempat Bekerja	Klaten		hubungan
2	Pengetahuan		0,116	Tidak ada hubungan
3	Motivasi		0,181	Tidak ada hubungan
4	Sikap		0,235	Tidak ada hubungan
5	Pendanaan		0,931	Tidak ada hubungan
6	Komunikasi		0,828	Tidak ada hubungan
7	Kebijakan		0,001	Ada hubungan

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Persepsi bidan terhadap proses sosialisasi program IMD dan ASI Eksklusif adalah baik (62,5%).
2. Sebagian besar responden berumur 31-45 Th (71,5%), berpendidikan D 3 Kebidanan (51,4%), dengan masa kerja 11-20 th (68%) dan sebagian besar bekerja di Puskesmas/RS (86,8%)
3. Pada umumnya semua responden berpersepsi baik pada semua variabel kecuali pada variabel pendanaan yang sebagian besar menyatakan kurang baik (56,9%).
4. Dari variabel-variabel diatas hanya kebijakan yang berhubungan dengan proses sosialisasi program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif pada bidan di Kabupaten Klaten dengan nilai p value = 0,0001

B. Saran

Dalam upaya meningkatkan keberhasilan program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif di Kabupaten Klaten, berdasarkan kesimpulan di atas :

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten:
 - a. Kebijakan merupakan variabel yang sangat berpengaruh terhadap program IMD dan ASI Eksklusif, untuk itu, walaupun sudah ada Perda tersendiri untuk program ini, harus dibuat turunannya dari perda tersebut yang mempunyai kekuatan hukum yang mengikat.

Dan ditujukan kepada kepala RS/RSIA/Puskesmas bahkan kepada bidan untuk menjalankan program IMD dan ASI Eksklusif tersebut.

- b. Perlu dibuat kebijakan-kebijakan yang lebih bersifat teknis seperti juklak, juknis serta protap karena dengan adanya kebijakan teknis tersebut, maka baru bisa mengajukan anggaran
 - c. Perlu dipikirkan adanya saksi/punishment atau reward kepada bidan yang melakukan dan tidak melakukan IMD /ASI Eksklusif, sehingga hal ini bisa memotivasi bidan untuk lebih serius dalam menjalankan program ini
 - d. Perlu disosialisasikan pada bidan tentang anggaran yang dapat digunakan oleh bidan dalam melaksanakan IMD dan ASI Eksklusif bisa melalui IBI, serta perlu adanya perbaikan dalam komunikasi, tata cara dan frekuensi dalam sosialisasi.
 - e. Perlu adanya *enabling environment* sehingga perilaku bidan berubah, sehingga kebijakan bisa lebih difokuskan lagi.
 - f. Perlu terbentuknya *community peer counselor* yang dibangun sehingga dapat mendorong adanya kebiasaan pada bidan maupun masyarakat untuk selalu melakukan IMD dan ASI Eksklusif.
2. Bagi Ikatan Bidan Indonesia cabang Kabupaten Klaten
- a. Membantu mensukseskan program IMD dan ASI Eksklusif melalui motivasi asi secara terus menerus disetiap pertemuan rutin IBI.
 - b. Mengundang pakar-pakar IMD maupun ibu-ibu menyusui yang sudah dilakukan IMD, untuk memberikan refresing materi IMD kepada Para Bidan.
 - c. Ikut memantau dan mendukung program IMD dan ASI Eksklusif

DAFTAR PUSTAKA

1. Abada TSJ, Trovato F, and Lalu N. **Determinants of breastfeeding in the Philippines: A survival analysis.** *Soc Sci Med* **52**: 71-81. 2001
2. Adisasmito, Sistem Kesehatan Nasional, Rajawali Pers, Jakarta, 2007
3. American Academy of Pediatric, **Breastfeeding and Use of Human Milk.** *Journal Pediatric.* 2005, Vol **115**. No. 2
4. American College of Obstetrics and Gynecology. **Breastfeeding: Maternal and infant aspects.** Special report from ACOG. *ACOG Clin Rev*, 12(supp), 1s-16s. 2007.
5. Ariani Pongoh, **Analisis Praktek Bidan Dalam Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi diruang Merak II RSUD kelas C Sorong,** Papua Barat, 2007.
6. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. **Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply.** *Pediatrics* 2000; 106 (5): 67-DOI: 10.1542/peds.106.5.e67. Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/5/e67. Accessed on May 29, 2006.
7. Arun Gupta, **Initiating Breastfeeding within one hour of birth: A scientific brief. Family dan Reproductive health, Division of Child Health an Development,** WHO, Geneva, 2006
8. Azwar,A., **Pengantar Administrasi kesehatan edisi ketiga,** Binarupa Aksara, Jakarta, 1996
9. Azwar, A., Sistem Kesehatan, Binarupa Aksara, Jakarta, 2004.
10. Badan Pusat Statistik-Statistics Indonesia (BPS) and ORC Macro. **Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003.** Calverton, Maryland, USA: BPS and ORC Macro, 2003.
11. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK. **Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomized controlled trial.** Infant Feeding Study Group. *Lancet* 2003; **361**: 1418 –1423. (Abstract).
12. Bar-Yam NB and Darby L. **Fathers and breastfeeding: A review of literature.** *J Hum Lact* 1997; **13** (1): 45-50.
13. Bergstrom, A., Okong, P., & Ransjo-Arvidson, A. **Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn.** *Acta Paediatr*, **96**(5), 655-658, 2007.

14. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. **Support for breastfeeding mothers**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 1. Art. No.: CD001141; DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub3
15. Bugin, B. **Analisa Data Penelitian Kualitatif**. *Pemahaman Filosofis dan Metodologi ke Arah Penguasaan Model Aplikasi*. Raja Grafindo Persada. Jakarta, 2005
16. Bugin, B, **Metodologi Penelitian Kualitatif**. *Aktualisasi ke Arah Ragam Varian Kontemporer*. Jakarta. Raja Grafindo Persada, 2001.
17. Buku Acuan penuntun APN , Jakarta, JHPIEGO, 2007
18. Cindy-Lee Dennis, **The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial**, *CMAJ*. 2002 January 8; 166(1): 21–28.
19. Cohen R, Lange L, Slusser W. **A description of a male-focused breastfeeding promotion corporate lactation program**. *J Hum Lact* 2002; **18**: 61–65.
20. Collaborative WHO study team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. **Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis**. *Lancet* 2000; **355**:451-5.
21. Dearden KA, Quan LN, Do M, et al. **Work outside the home is the primary barrier to exclusive breastfeeding in rural Viet Nam: Insights from mothers who exclusively breastfed and worked**. *F Nutr Bull* 2002; **23** (4): 99-106
22. **Departemen Kesehatan RI**, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Gizi Masyarakat Jakarta, 2002.
23. Dinkes Propinsi Jawa Tengah. **Profil Kesehatan**. Semarang. 2006.
24. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. **Survey cepat cakupan ASI eksklusif di Jakarta**. Jakarta, 2005.
25. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. **Gizi dalam Angka sampai tahun 2002. (Nutrition in Numbers until Year 2002)**. Jakarta, Indonesia: Directorate of Community Nutrition, MoH RI, 2003.
26. Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Klaten. **Profil Kesehatan**. Klaten. 2007
27. Dignan, M.B., Carr, P.A. (1992). **Program Planning for Health Education and Promotion**. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger.

28. Dunn, William N., ***Analisis Kebijakan Publik***, Yogyakarta: Gadjah mada University Press, 1999
29. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga_etege S, Owusu-Agyei S and Kirkwood BR. ***Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality***. *Pediatrics* 2006; **117**: 380-386. Available at: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/3/e380>.
30. Ertem IO, Votto N and Leventhal JM. ***The timing and predictors of early termination of breastfeeding***. *Pediatrics* 2001; **107**; 543-548. Available at <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/3/543>
31. Falceto OG, Giugliani ERJ, and Fernandes CLC. ***Couples relationships and breastfeeding: Is there an association?*** *J Hum Lact* 2004; **20** (1): 46-55.
32. Februhartanty J, ***strategic Roles of Fathers in Optimizing breastfeeding Practices***; Study in an Urban Setting Of Jakarta, UI, Jakarta, 2008
33. Fauzi R et al, ***Patern and influencing factors of breastfeeding of working mothers in several areas in Jakarta***, paediatricia Indonesia, Vol 47, 2007.
34. Giugliani ERJ. ***Common problems during lactation and their management***. *J Pediatr* (Rio J) 2004; **80** (5 Suppl): S147-S154.
35. Green CP. ***Improving breastfeeding behaviors: Evidence from two decades of intervention research***. Washington DC, USA: LINKAGES Project, 1999
36. Gibson, James L. ***Organisasi dan Manajemen***, Penerbit Erlangga. Jakarta. 1990
37. Gustiana, ***Hubungan Praktek menyusui dengan kelangsungan hidup anak di Indonesia (Analisis Data SDKI 2002-2003)***, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Utama Kesehatan Ibu dan Anak - Kesehatan Reproduksi Jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan, 2007, UGM.
38. Ghofur, ***Hubungan Jarak Kelahiran Anak Sebelumnya dan Menyusui Dengan Mortalitas Bayi di Indonesia (Studi Analisis SDKI 2002-2003)***, UGM, 2004.
39. <http://www.hc.sc.gc.ca/fn-an/nutrition> – SPM PP-ASI
40. Harrington, Charlene dan Carroll L Estes (ed). ***Health Policy Crisis and Reform in the U.S. Health Care Delivery System***. Jones and Bartlett Publishers, Inc. Sudbury Massachussets, 2004.

41. Haider R, Ashworth A, Kabir I and Huttly SRA. ***Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomized controlled trial.*** *Lancet* 2000;**356**:1643–1647.
42. Health Service Program (HSP). ***Basic Human Services Baseline Household Survey 2005/2006 in 30 districts of 6 provinces in Indonesia:*** Report of results. Jakarta: HSP, USAID, 2006.
43. Hector D, King L, and Webb K. ***Factors affecting breastfeeding practices: Applying a conceptual framework.*** *N S W Public Health Bull* 2005; **16** (3-4): 52-55.
44. Hopkinson J, James K, and Zimmer JP. ***Management of breastfeeding. In: Nutrition during infancy: Principles and practice.*** Tsang RC, Zlotkin SH, Nichols BL, and Hansen JW (eds). Ohio, USA: *Digital Educational Publishing Inc.*, 1997.
45. ILCA, ***Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding, International Lactation Consultant Association's Revision task force, 2nd edition:*** 1-32. 2005
46. Jones, Charles O., ***Pengantar Kebijakan Publik.*** Jakarta: Rajawali Pers. 1991.
47. Judarwanto, ***Penghambat ASI Eksklusif Itu Masih Banyak Perpekstif dalam Pekan ASI se-Dunia*** 1-7 Agustus 2006 Kemunduran di tengah penggalakan ASI, RS Bunda Jakarta, 2006Kepmenkes RI No.450/MENKES/IV/2004.
48. Kramer, M., Chalmers, B., Hodnett, E., & PROBIT Study Group. ***Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A randomized trial in the republic of Belarus.*** *JAMA*, **285**, 413-420, 2001.
49. Kroeger, M., & Smith, L.,. ***Impact of birthing practices on breastfeeding:*** Protecting the mother and baby continuum. Boston: Jones and Bartlett, 2004.
50. Lawrence RA and Lawrence RM. ***Breastfeeding: A guide for the medical profession. 6th edition.*** *Philadelphia*, USA: Mosby Inc., 2005.
51. León-Cava N, Lutter C, Ross J, and Martin L. ***Quantifying the Benefits of Breastfeeding: A Summary of the Evidence.*** Washington DC, USA: Food and Nutrition Program/Health Promotion and Protection Division, *Pan American Health Organization (PAHO)*, 2002.
52. Lin-Lin Su, *BMJ* 2007;**335**:596 , ***Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding:*** ***randomised controlled trial,***

- BMJ 2007;**335:596** (22 September),
doi:10.1136/bmj.39279.656343.55.
53. Linkages, **Melahirkan, memulai pemberian ASI dan tujuh hari pertama setelah melahirkan**, 2007. www.linkagesproject.org.
 54. LINKAGES, **Pemberian ASI Eksklusif atau ASI saja : Satu-Satunya Sumber Cairan Yang Dibutuhkan Bayi Usia Dini**, 2002. www.linkagesproject.org.
 55. Luciano B. Santiago et al, **promoting of breastfeeding;the importance of pediatrician with specific training**, *Jornal de Pediatria, J Pediatr (Rio J)*. 2003;**79(6):504-12**.
 56. Mardeyanti, **Hubungan Status Pekerjaan dengan Kepatuhan Ibu Memberikan ASI eksklusif di RSUD Dr. Sardjito Yogyakarta**, Program Pasca Sarjana UGM., 2007.
 57. Mahtab S, 2007; **Maternal nutrition status and practice & perinatal, neonatal mortality in rural Andhara Pradesh, India.**, *Indian J Med Res* **127**, January 2008, pp 44-51
 58. Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E et al; **Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking**. *Birth*, 2001, **29**: 13-19
 59. Meyr, Robert R, **Policy and Program Planning: A Development Perspective**, *Englewood Cliff*: Prentice-Hall, 1995.
 60. Minarto, **Upaya Peningkatan Status Gizi Masyarakat**, Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Depkes, 2007.
 61. Moleong L.J. **Metodologi Penelitian Kualitatif**. Edisi Revisi. penerbit PT. Remaja Rosda Karya. Bandung, 2007
 62. Moch. Sodik, Arifin, **Evaluasi Proses Perencanaan Program Peningkatan ASI**, 2001.
 63. Nugroho D, Riant, **Kebijakan Publik : Formulasi, Implementasi dan Evaluasi**. **Jakarta** : PT. Elex Media Komputindo. 2004.
 64. Notoatmodjo, **Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku**, Rineka Cipta, Jkarta, 2002.
 65. Ong G, Yap M, Li FL, and Choo TB. **Impact of working status on breastfeeding in Singapore**: Evidence from the National Breastfeeding Survey 2001. *Eur J Public Health* 2005; **15** (4): 424-430.
 66. Owen G Christopher **meta-analysis pressure in later life: systematic review and Effect of breast feeding in infancy on blood**
doi:10.1136/bmj.327.7425.1189 2003;327;1189-1195 *BMJ*
<http://bmj.com/cgi/content/full/327/7425/1189>.

67. Pangan dan Gizi VIII: ***Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi*** di Jakarta tanggal 17-19 May 2004.
68. Patton M, Q. ***Metode Evaluasi Kualitatif***. Cetakan I. Pustaka Pelajar. Yogyakarta, 2006
69. Perda No 7 Tahun 2008 Kabupaten Klaten.
70. Prawirohardjo, S, ***Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal***, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta, 2000.
71. Pusat Kesehatan Kerja Depkes RI,; ***Kebijakan Departemen Kesehatan Tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Pekerja Wanita***, 2005.
72. Pusat Kesehatan Kerja Depkes RI,; ***Kebijakan Departemen Kesehatan tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Pekerja Wanita***, 2006.
73. Rahmi, Halohalo parenting guide, ***Menyusui Dini Cegah Kematian Balita***. Selasa, 29-Januari-2008 20:36:07
74. Rahajuningsih tri, ***Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang ASI dengan Pemberian Kolostrum Dan ASI Eksklusif Di Kelurahan purwoyoso Kecamatan Ngaliyan, UGM***, 2005.
75. Republik Indonesia,; ***Undang Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah***. Jakarta : CV. Tamita Utama, 2004.
76. Ricard M, et al,; ***Breastfeeding in Infancy and Blood Pressure in Later Life***; Systematic Review an Meta Analysis., American journal of epidemiology Vol 161 No 1, By The John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2004.
77. Riduwan, ***Metode dan Teknik Menyusun Tesis***, Alfabeta, 2004.
78. Roesli, ***Mengenal ASI Eksklusif seri 1***, PT Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara, 2005.
79. Roesli, ***Inisiasi Menyusu Dini***, Pustaka Bunda, Jakarta, 2008
80. Santosa, ***Administrasi Publik, Teori dan Aplikasi Good Governance***, Refika Aditama, Bandung, 2008
81. Sastroasmoro Sudigdo dan Ismael Sofyan. ***Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis***. Sagung Seto. Jakarta. 2002.
82. Septiari AM, Februhartanty J and Bardosono S. ***Practice and attitude of midwives towards the current exclusive breastfeeding recommendation until 6 months: A qualitative study in North***

- Jakarta.** MSc Thesis. Jakarta: SEAMEO-TROPMED Regional Center for Community Nutrition, University of Indonesia, 2006
83. Shaker I, Scott JA, and Reid M. **Infant feeding attitudes of expectant parents: breastfeeding and formula feeding.** *J Adv Nurs* 2004; **45** (3): 260-268.
 84. Siregar A, **Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor-faktor yang mempengaruhinya,** Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Sumatra Utara, 2004.
 85. Sood S, Chandra U, Palmer A, and Molyneux I. **Measuring the effects of the SIAGA behavior change campaign in Indonesia with population-based survey results.** Maryland, USA: JHPIEGO, 2004.
 86. Sobhy, S. M., NA. **The effect of earl initiation of breastfeeding on the amount of vaginal blood loss during the fourth stage of labor.** *Egypt PublicHealth Association*, **79**(1-2), 1-12. 2004.
 87. Stremmer J and Lovera D. **Insight from a breastfeeding peer support pilot program for husbands and fathers of Texas WIC participants.** *J Hum Lact* 2004; **20** (4): 417-422.
 88. Sumarno I and Prihatini S. **Studi longitudinal pola pemberian makanan bayi dari lahir sampai usia empat bulan di Kabupaten Sukabumi dan Cirebon.** (studi longitudinal pada bayi 0-4 bulan di Sukabumi and Cirebon). Widyakarya Nasional, 2007.
 89. Tanja S et al.; **Breastfeeding Practice in Mostar, Bosnia and Herzegovina; cross sectional Self Repport Study,** *CMJ* 45 (1):38-43, 2004
 90. The American Academy of Pediatrics. Policy statement: **Breastfeeding and the use of human milk.** *Pediatrics* 2005; **115** (2): 496-506. Available at <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/2/496>.
 91. **The importance of exclusively breastfeeding for the first six months.** Washington, DC: Pan American Health Organization; 3 August 2004. Press release, available at: <http://www.paho.org/English/DD/PIN/pr040803.htm>
 92. **The WHO global data bank on breastfeeding and complementary feeding.** Web site: <http://www.who.int/research/iycf/bfcf/bfcf.asp?menu=00> (accessed 14 February 2008).
 93. Tjokroamidjojo, Bintoro, **"Good Governance: Paradigma Baru Manajemen Pembangunan"**, Jakarta, 20 Juni 2000, *kertas kerja*.
 94. Tuti Sukini, **Hubungan Pendidikan Kesehatan oleh Bidan terhadap Keberhasilan ASI Eksklusif di Kabupaten Purworejo,** 2006.

95. UNICEf, Breast Crawl ; ***Initiation of Breastfeeding by Breast Crawl***, Breast Crawl.org, 2007.
96. UNICEF / WHO. ***Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care***, Section 1, Background and Implementation, Preliminary Version, January 2006.
97. UNICEF Global database: ***breastfeeding indicators***. Web site: <http://www.childinfo.org/eddb/brfeed/test/database.htm>
98. Vaidya, K., Sharma, A., & Dhungel, S. ***Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding***. *Nepal Medical College Journal*, 7(2), 138-140, 2005.
99. Webmaster. ***The PDCA Cycle***. Disitasi dari : <http://dotmouth.edu/>. Last Update : Agustus 2007
100. WHO. ***Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding***. Geneva, Switzerland: Family and reproductive health, Division of child health and development, WHO, 1998.
101. WHO, ***Community Based Strategis for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Country***, WHO, 2007.
102. Widayat. ***Metode Penelitian Pemasaran***. Malang: penerbit Universitas Muhammadiyah Malang, 2004.
103. Winarno, Budi. ***Kebijakan Publik Teori dan Proses edisi revisi***. Media Pressindo. Yogyakarta. 2008