

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

Diana Nur Afifah

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding exactly means is that baby given breastfeeding only, without any drinking or foods. Survey held on 2002 showed that the rate of exclusive breastfeeding program on 4-5 months very low, in urban area is 4-12%, however in rural area is 4-25%. Exclusive breastfeeding program on 5-6 months in urban area is 1-13%, however in rural area 2-13%.

This research was purpose to know factors contributing to the failure of exclusive breastfeeding program on Kecamatan Tembalang, Semarang according to place of birth and birth medical practitioner.

This research use qualitative method and descriptive type in order to make identification and analyze process of failure factors contributing exclusive breastfeeding easier. The research held on Kecamatan Tembalang, Semarang under Kedungmundu and Rowosari Public Health work authority.

Research subject consist of 12 persons which divided into 4 groups according to place of birth and birth medical practitioner. There is only 1 subject who can give breastfeeding successfully, which is subject who deliver her baby on Semarang Hospital. Predisposing factor contributing to the success of exclusive breastfeeding is mother's knowledge and motivation held negatively, enabling factor is exclusive breastfeeding campaign and midwife, delivery house, and hospital condusif facilities giving negative support. Beside that, barrier factors is incorrect perception about baby's food, formula milk promotion, and healthy problems on mothers and babies can also causing exclusive breastfeeding failure.

PENDAHULUAN

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

(5) diberikan secara eksklusif. ASI Eksklusif atau lebih tepat disebut pemberian ASI secara eksklusif, artinya bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain, seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, juga tanpa tambahan makanan padat, seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi ataupun tim mulai lahir sampai usia 6 bulan (Roesli, 2005).

Survei yang dilaksanakan pada tahun 2002 oleh *Nutrition and Health Surveillance System (NSS)* bekerjasama dengan Balitbangkes dan *Helen Keller International* di 4

kota (Jakarta, Surabaya, Semarang, Makasar) dan 8 pedesaan (Sumatera Barat, Lampung, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, NTB, Sulawesi Selatan), menunjukkan bahwa cakupan ASI Eksklusif 4-5 bulan di perkotaan antara 4-12%, sedangkan di pedesaan 4-25%. Pencapaian ASI Eksklusif 5-6 bulan di perkotaan antara 1-13%, sedangkan di pedesaan 2-13% (Depkes RI, 2004).

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

Berdasarkan data dari Puskesmas Kedungmundu dan Puskesmas Rowosari, Kecamatan Tembalang tahun 2005, tidak semua ibu melahirkan di Rumah Sakit Bersalin (RSB) atau di Rumah Bersalin (RB) dengan bantuan bidan atau dokter. Pada kenyataannya

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

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan jenis penelitiannya adalah deskriptif. Penelitian dilakukan di Kecamatan Tembalang, Kota Semarang, yang meliputi wilayah kerja Puskesmas Kedungmundu dan Puskesmas Rowosari. Lokasi ini diambil karena wilayah kerja kedua puskesmas ini meliputi daerah perkotaan dan pinggiran kota serta masih terdapat beberapa dukun bayi dan fasilitas kesehatan yang memadai seperti BPS, RB, dan RS.

Pengambilan subjek menggunakan metode *purposive sampling*. Pemilihan subjek dimulai dari pencarian data ibu yang memeriksakan kehamilan atau melahirkan di BPS, RB, dan RS, serta ibu yang melahirkan dengan bantuan dukun bayi. Satu orang subjek diperoleh bukan dari data tersebut melainkan dari salah satu subjek yang gagal diwawancarai karena masuk dalam kriteria eksklusi, yaitu ibu melahirkan secara tidak normal atau sesar.

Subjek penelitian dibagi menjadi 4 kelompok berdasarkan

tempat persalinan, yaitu Kelompok I: subjek yang melahirkan di rumah dengan bantuan dukun bayi, Kelompok II: subjek yang melahirkan di Bidan Praktek Swasta (BPS), Kelompok III: subjek yang melahirkan di Rumah Bersalin (RB), dan Kelompok IV: subjek yang melahirkan di Rumah Sakit (RS) dengan bantuan bidan atau dokter.

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

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

Pada penelitian ini dapat diperoleh subjek penelitian sebanyak 12 dan setiap kelompok terdiri dari 3 subjek penelitian. Informan dari tenaga kesehatan adalah 5 orang bidan, 1 orang pelaksana gizi Puskesmas Kedungmundu, 1 orang dokter RSUD Kota Semarang, dan 2 orang dukun bayi. Informan keluarga terdekat subjek yang berhasil diwawancarai adalah 7 orang suami subjek, 4 orang nenek (ibu subjek), dan satu orang kakak subjek.

Pengumpulan data dilakukan dengan observasi yaitu mengamati

secara langsung terhadap berbagai aktivitas subjek terutama yang sesuai dengan tujuan penelitian, pengamatan langsung di BPS, RB, dan RS, dan wawancara dengan menggunakan wawancara tidak berstruktur dengan teknik *in depth interview*. Proses pengambilan data dilakukan dimulai dari bayi berusia 0 bulan hingga 4 bulan dan wawancara mendalam dilaksanakan sedikitnya 3 kali untuk setiap subjek penelitian.

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

Analisis data yang digunakan adalah analisa kualitatif dan dalam penyajiannya berdasarkan dari data yang terkumpul kemudian disimpulkan. Data kualitatif diolah sesuai variabel yang tercakup dalam penelitian dengan metode induksi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Subjek Penelitian

Subjek penelitian terdiri dari 12 orang yang terbagi dalam 4 kelompok berdasarkan tempat bersalin dan penolong persalinan. Di antara ke-12 subjek terdapat 2 orang ibu pekerja, namun satu diantaranya berhenti bekerja setelah bayi berusia 2 bulan. Rentang umur subjek antara 17-38 tahun. Umumnya subjek hanya memiliki satu anak balita dalam keluarganya, namun ada 1 subjek yang memiliki 2 anak balita dan 1 subjek yang memiliki 3 anak balita dalam keluarganya. Jumlah subjek berpendidikan SMA/SMEA ada 6 orang, SMP/MTs ada 3 orang, dan SD ada 3 orang.

Subjek yang memiliki penghasilan keluarga > Rp 1.000.000,-/bl ada 2 orang, antara Rp 500.000,- hingga Rp 1.000.000,-/bl ada 8 orang, dan 2 subjek tidak memiliki penghasilan keluarga. Delapan dari 12 subjek melahirkan anak laki-laki, dan 4 melahirkan anak perempuan.

Praktik Pemberian Asi Eksklusif

Hasil penelitian terhadap 12 subjek menunjukkan bahwa hanya ada satu subjek yang berhasil memberikan ASI secara eksklusif pada bayinya, yaitu ibu yang melahirkan dengan bantuan bidan di RSUD Kota Semarang. Subjek ternyata telah terbiasa menyusui anaknya, dari yang pertama hingga yang ketiga. Pendidikan subjek rendah, hanya lulusan SD namun mau mengikuti anjuran pemerintah dan mau meninggalkan kebiasaan yang dapat membahayakan kesehatan anaknya. Selain itu faktor penghasilan keluarga juga sangat mendukung subjek dapat memberikan ASI Eksklusif. Keluarga tidak memiliki penghasilan karena suami subjek telah di PHK. Jadi mereka tidak memiliki biaya untuk membeli susu formula.

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

adalah uraian praktik pemberian ASI Eksklusif para subjek.

1. Pemberian kolostrum

Hampir semua subjek tidak mengetahui arti kolostrum, hanya satu subjek yang mengerti arti kolostrum. Namun mereka semua mengenali ciri-ciri kolostrum (setelah diberi penjelasan tentang kolostrum).

Sebagian besar subjek memberikan kolostrum kepada bayinya yang baru lahir. Mereka berpendapat bahwa ASI yang pertama keluar adalah yang paling baik dan bermanfaat bagi bayinya.

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

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

Pemberian kolostrum dapat dilakukan dengan baik jika

early initiation dilakukan oleh bidan atau perawat. Ibu yang berhasil menyusui pada jam pertama dan minggu pertama setelah persalinan maka ia akan berhasil memberikan ASI Eksklusif pada bayinya.

Dari hasil wawancara mendalam, hampir semua subjek mulai menyusui setelah lewat dari 30 menit. Subjek yang persalinannya di tolong oleh dukun bayi sebenarnya dapat langsung menyusui bayinya setelah melahirkan, namun dukun bayi akan memandikan bayi terlebih dahulu dengan air hangat dan membersihkan ibu. Walaupun observasi tidak dilakukan secara langsung saat persalinan dan *early initiation*, namun dari hasil wawancara mendalam dapat diketahui bahwa proses membersihkan ibu dan bayi akan memakan waktu lebih dari 30 menit.

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

rahim dalam kala tiga (Perinasia, 1994).

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

2. Pemberian prelaktal

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

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

Subjek yang ditolong oleh bidan baik di BPS, RB, maupun RS tidak memberikan madu

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

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

3. Pemberian MP-ASI

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

subjek). Alasan umumnya karena bayi menangis terus meskipun telah disusui dan diberi susu formula.

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

Sesuai yang disitasi oleh Maas (2004), bahwa pada suku Sasak di Lombok, ibu yang baru bersalin memberikan nasi pakpak (nasi yang telah dikunyah oleh ibunya lebih dahulu dan didiamkan selama satu malam) kepada bayinya agar bayinya tumbuh sehat dan kuat. Mereka percaya bahwa apa yang keluar dari mulut ibu merupakan yang terbaik untuk bayi. Sementara pada masyarakat Kerinci di Sumatera Barat, pada usia sebulan bayi sudah diberi bubur tepung, bubur nasi nasi, pisang dan lain-lain. Ada pula kebiasaan memberi roti, pisang, nasi yang sudah dilumatkan ataupun madu, teh manis kepada bayi baru lahir sebelum ASI keluar (Maas, 2004).

Kebanyakan ibu yang mulai memberikan makanan kepada bayinya mengalami sindrom ASI kurang.

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

Ukuran payudara berhubungan dengan beberapa faktor, misalnya faktor hormonal (estrogen dan progesteron), keadaan gizi, dan faktor keturunan. Hormon estrogen akan menyebabkan pertumbuhan saluran susu dan penimbunan lemak, sedangkan hormon progesteron memacu pertumbuhan kelenjar susu. Masukan makanan yang berlebihan terutama energi akan ditimbun sebagai lemak, sehingga payudara akan bertambah besar, sebaliknya penurunan masukan energi, misalnya karena penyakit, akan menyebabkan berkurangnya timbunan lemak termasuk di payudara, sehingga ukuran payudara berkurang. Seberapapun ukuran payudara seorang wanita, tetap dianggap normal, kecuali jika ada kelainan tertentu misalnya tumor. Ukuran payudara ideal sangat dipengaruhi faktor lingkungan atau penilaian masyarakat setempat.

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

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

Salah satu faktor yang secara langsung dapat mempengaruhi kondisi kesehatan bayi adalah makanan yang diberikan. Dalam setiap masyarakat ada aturan-aturan yang menentukan kuantitas, kualitas dan jenis-jenis makanan yang seharusnya dan tidak seharusnya dikonsumsi oleh anggota-anggota suatu rumah tangga, sesuai dengan

kedudukan, usia, jenis kelamin dan situasi-situasi tertentu. Misalnya, ibu yang sedang hamil tidak diperbolehkan atau dianjurkan untuk mengonsumsi makanan tertentu; ayah yang bekerja sebagai pencari nafkah berhak mendapat jumlah makanan yang lebih banyak dan bagian yang lebih baik daripada anggota keluarga yang lain; atau anak laki-laki diberi makan lebih dulu daripada anak perempuan. Walaupun pola makan ini sudah menjadi tradisi ataupun kebiasaan, namun yang paling berperan mengatur menu setiap hari dan mendistribusikan makanan kepada keluarga adalah ibu; dengan kata lain ibu mempunyai peran sebagai *gate keeper* dari keluarga.

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

Ada satu subjek yang menghentikan pemberian MP-ASI saat bayi berusia 2 bulan karena bayi muntah dan tidak mau makan lagi. Namun setelah usia

3 bulan lebih mulai diberi bubur lemu (bubur nasi yang dimasak dengan santan). Namun Ada subjek yang meneruskan pemberian MP-ASI karena bayi tidak mengalami kelainan atau gangguan kesehatan setelah diberi makan. Subjek merasa setelah diberi makan bayi dapat buang air besar dengan lancar dan tidak lembek lagi. Bahkan berat badan bayi dapat meningkat dengan cepat dan bayi terlihat segar.

Faktor Pendorong

1. Pengetahuan tentang ASI Eksklusif

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

Ahli filsafat, Keraf dan Dua (2001) mengatakan bahwa pengetahuan dibagi menjadi 3 macam, yaitu tahu bahwa, tahu bagaimana, dan tahu akan. "Pengetahuan bahwa" adalah pengetahuan tentang informasi tertentu, tahu bahwa sesuatu terjadi, tahu bahwa ini atau itu memang demikian adanya, bahwa apa yang dikatakan memang benar. Jenis pengetahuan ini disebut juga pengetahuan teoritis, pengetahuan ilmiah, walaupun

masih pada tingkat yang tidak begitu mendalam. Sedangkan "tahu bagaimana" adalah menyangkut bagaimana seseorang melakukan sesuatu. Pengetahuan ini berkaitan dengan keterampilan atau lebih tepat keahlian dan kemahiran teknis dalam melakukan sesuatu. "Tahu akan" adalah jenis pengetahuan yang sangat spesifik menyangkut pengetahuan akan sesuatu atau seseorang melalui pengalaman atau pengenalan pribadi.

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

Pengalaman dan pendidikan wanita semenjak kecil akan mempengaruhi sikap dan penampilan mereka dalam kaitannya dengan menyusui di kemudian hari. Seorang wanita yang dalam keluarga atau lingkungan sosialnya secara teratur mempunyai kebiasaan menyusui atau sering melihat wanita yang menyusui bayinya secara teratur, akan mempunyai pandangan yang positif tentang pemberian ASI. Di daerah yang mempunyai "budaya susu formula / botol", gadis dan wanita

muda di daerah tersebut tidak mempunyai sikap positif terhadap menyusui, sesuai dengan pengalaman sehari-hari. Tidak mengherankan bila wanita dewasa dalam lingkungan ini hanya memiliki sedikit bahkan tidak memiliki sama sekali informasi, pengalaman cara menyusui, dan keyakinan akan kemampuannya menyusui (Perinasia, 1994).

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

2. Motivasi pemberian ASI Eksklusif
Sebagian subjek tidak mengetahui ASI Eksklusif sehingga mereka tidak mempunyai motivasi untuk memberikan ASI Eksklusif. Namun mereka umumnya memiliki motivasi untuk menyusui bayinya. Hal ini terlihat dari sebagian besar subjek berupaya untuk memperbanyak produksi ASI-nya dengan cara minum jamu atau 'wejah' dan mengkonsumsi makanan yang dipercaya dapat memperlancar ASI.

Mereka beranggapan bahwa ASI penting untuk bayi karena dapat mencerdaskan otak dan mempercepat pertumbuhan disamping dapat menekan pengeluaran keluarga. Menyusui

menurut mereka juga dapat mmpererat kasih sayang antara ibu dan anak.

Faktor Pemungkin

1. Kampanye ASI Eksklusif

Pemerintah sebenarnya sangat gencar mempromosikan ASI Eksklusif. Hal ini bisa terlihat dengan adanya iklan-iklan di media cetak maupun elektronik. Namun kurangnya penyuluhan di puskesmas dan posyandu menyebabkan promosi tentang ASI Eksklusif kurang optimal. Selain itu program ASI Eksklusif bukan merupakan prioritas program puskesmas, yang menjadi perhatian utama saat ini adalah program penanggulangan gizi buruk.

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

Masyarakat Indonesia sangat beragam pendidikan dan daya tangkapnya terhadap berbagai informasi. Jadi promosi melalui media massa belumlah cukup untuk memberikan pengertian tentang suatu program pemerintah. Penyuluhan seharusnya dilakukan tidak

hanya terfokus pada para ibu, namun juga bagi bapak-bapak. Dalam perawatan bayi biasanya ibu akan berdiskusi terlebih dahulu dengan bapak.

2. Fasilitas BPS/RB/RS

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

Banyak Rumah Sakit, puskesmas, klinik dan rumah bersalin yang belum merawat bayi baru lahir berdekatan dengan ibunya. Berbagai alasan diajukan antara lain karena rasa kasihan karena ibu masih capai setelah melahirkan, ibu memerlukan istirahat, atau ibu belum mampu merawat bayinya sendiri. Ada pula kekhawatiran bahwa pada jam kunjungan, bayi mudah tertular penyakit yang mungkin dibawa oleh para pengunjung. Alasan lain adalah Rumah Sakit / klinik ingin memberikan pelayanan sebaik-baiknya sehingga ibu bisa beristirahat selama berada di rumah sakit. Namun setelah menyadari akan keuntungannya, sistem rawat gabung sekarang menjadi kebijakan pemerintah.

Rawat gabung adalah satu cara perawatan di mana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan

ditempatkan dalam sebuah ruangan, kamar atau tempat bersama-sama selama 24 jam penuh dalam seharinya. Istilah rawat gabung parsial yang dulu banyak dianut, yaitu rawat gabung hanya dalam beberapa jam seharinya, misalnya hanya siang hari saja sementara pada malam hari bayi dirawat di kamar bayi, sekarang tidak dibenarkan dan tidak dipakai lagi.

Tujuan rawat gabung adalah: (1) agar ibu dapat menyusui bayinya sedini mungkin, kapan saja dibutuhkan, (2) agar ibu dapat melihat dan memahami cara perawatan bayi yang benar seperti yang dilakukan oleh petugas, (3) agar ibu mempunyai pengalaman dalam merawat bayinya sendiri selagi ibu masih di rumah sakit dan yang lebih penting lagi, ibu memperoleh bekal ketrampilan merawat bayi serta menjalankannya setelah pulang dari rumah sakit, (4) dalam perawatan gabung, suami dan keluarga dapat dilibatkan secara aktif untuk mendukung dan membantu ibu dalam menyusui dan merawat bayinya secara baik dan benar, (5) ibu mendapatkan kehangatan emosional karena ibu dapat selalu kontak dengan buah hati yang sangat dicintainya, demikian pula sebaliknya bayi dengan ibunya.

RSUD Kota Semarang sebenarnya pernah memenangkan penghargaan sebagai Pemenang I Lomba Rumah Sakit dan Puskesmas Sayang Bayi Tingkat Propinsi Dati I Jawa Tengah pada tahun

1995/1996. Di RS ini etalase susu formula diletakkan di dalam ruangan (ruang istirahat bidan) sehingga tidak terlihat oleh pasien maupun pengunjung. RS tidak menganjurkan ibu untuk memberikan susu formula namun mendukung ibu untuk mencoba menyusui bayinya. Berdasarkan observasi, perawat memberikan ASI pada bayi di ruang bayi menggunakan sendok, tidak menggunakan dot. Selain itu pihak Rumah Sakit juga tidak menyediakan fasilitas air panas dan sterilisasi botol tidak seperti di BPS dan RB.

Di luar Kota Semarang terdapat Rumah Sakit yang sangat mendukung ASI Eksklusif. Ngeek...Jel adalah slogan Banyumasan yang banyak dipakai di kalangan bawah untuk menggambarkan bayi yang tengah 'ngeek' (menangis), langsung diam jika mulutnya (dije-) 'jel' (dimasuki) puting susu ibunya. Slogan yang dilaksanakan dengan konsekuen sejak tahun 1990 itu mengantar Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Banyumas menjadi juara nasional lomba RS Sayang Bayi tahun 1992 serta penghargaan nasional dan internasional sepanjang tahun 1992-1999. Terakhir, 4 September 2001, RS yang terletak di kota Kecamatan Banyumas ini meraih penghargaan berskala internasional dari John Hopkins University (AS) dalam rangka Pekan Air Susu Ibu (ASI) Sedunia dan Revitalisasi RS Sayang Ibu, bekerja sama dengan Departemen Kesehatan

dan Koalisi Sehat Indonesia 2010 (Kompas, 2001).

Faktor Penguat

1. Peranan Petugas Kesehatan

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

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

Sikap yang diberikan dalam pelayanan kesehatan juga penting untuk upaya menyusui. Sebagai contoh, petugas kesehatan dapat memberi pengaruh positif dengan cara memperagakan sikap tersebut

kepada ibu dan keluarganya, sehingga mereka memandang bahwa kehamilan, melahirkan dan menyusui sebagai suatu pengalaman yang menyenangkan yang diperoleh dalam suasana yang ramah dan lingkungan yang menunjang (Perinasia, 1994).

Kesalahan para bidan yang sangat jelas terlihat adalah memberikan susu formula sebagai prelaktal menggunakan dot. Menurut Cox (2006), dalam 48 jam kehidupannya, bayi tidak membutuhkan air susu terlalu banyak, hanya setengah sendok teh kolostrum saat pertama menyusui dan 1-2 sendok teh di hari kedua. Jadi pemberian prelaktal tidak perlu banyak dan cukup memberikannya dengan sendok.

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

2. Peranan Dukun Bayi

Dukun bayi saat ini jarang sekali ditemui. Dari 26 dukun bayi yang terdata oleh Puskesmas Kedungmundu dan Puskesmas Rowosari, hanya 2 dukun bayi yang masih membantu persalinan, selebihnya hanya membantu perawatan bayi seperti memandikan bayi dan memijat bayi. Para dukun bayi ini memberikan perawatan pascapersalinan hingga hari ke 11. Perawatan yang dilakukan adalah memandikan bayi, mengganti perban tali pusat, dan

memijat bayi. Kedua dukun bayi yang berhasil diwawancarai tidak mengetahui tentang ASI Eksklusif. Namun mereka pernah mendengarnya. Satu dukun bayi bahkan menganjurkan kepada ibu untuk memberikan susu formula pada bayinya dan jika susu formula habis dapat membeli di dukun bayi tersebut. Kedua dukun bayi telah mendapatkan berbagai pelatihan bahkan satu dukun bayi dianggap sebagai bidan oleh masyarakat sekitarnya.

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

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

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

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

3. Peranan Keluarga

Peranan keluarga terhadap berhasil tidaknya subjek memberikan ASI Eksklusif sangat besar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa subjek yang tinggal serumah dengan ibu (nenek) mempunyai peluang sangat besar untuk memberikan MP-ASI dini pada bayi. Bahkan ada subjek yang telah memberikan MP-ASI mulai bayi usia 11 hari atau setelah 'porthol

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

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

Ayah dapat berperan aktif dalam keberhasilan pemberian ASI dengan jalan memberikan dukungan secara emosional dan bantuan-bantuan praktis lainnya, seperti mengganti popok atau menyendawakan bayi. Hubungan yang unik antara seorang ayah dan bayinya merupakan faktor yang penting dalam pertumbuhan dan perkembangan seorang anak di kemudian hari. Ayah perlu mengerti dan memahami persoalan ASI dan menyusui agar ibu dapat menyusui dengan baik (Roesli, 2005).

Faktor Penghambat

1. Kebiasaan yang Keliru

Kebiasaan atau kebudayaan merupakan seperangkat kepercayaan, nilai-nilai dan cara perilaku yang dipelajari secara umum dan

dimiliki bersama oleh warga di suatu masyarakat. Kebiasaan dan praktik yang keliru yang ditemukan selama penelitian adalah pemberian prelaktal madu dan susu formula menggunakan dot kepada bayi baru lahir dan pemberian MP-ASI yang terlalu dini.

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

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

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

negatif pada kesehatan dan pertumbuhan bayi.

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

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

Adanya pantangan makanan ini merupakan gejala yang hampir universal berkaitan dengan konsepsi "panas-dingin"

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

2. Promosi Susu Formula

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

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

mengundang para bidan ke Hotel berbintang untuk mendengarkan penjelasan tentang produk mereka.

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

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

3. Masalah Kesehatan pada Ibu dan Anak

Apapun akan dilakukan oleh seorang ibu demi kebaikan atau kesenangan bayinya. Hasil wawancara dapat diketahui bahwa para subjek tetap berusaha menyusui bayinya walaupun mereka sedang sakit. Bahkan ada satu subjek yang rela tidak minum obat saat sakit gigi karena khawatir bayi tidak mau menyusu setelah subjek

meminum antibiotik. Namun ada satu subjek yang menghentikan menyusui saat sakit. ASI berhenti sebentar dan bayi tidak mau menyusu. Karena subjek berkeinginan besar untuk dapat menyusui lagi maka segala cara dicoba dan akhirnya bayi mau menyusu lagi.

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

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

makan dan minum, disertai keyakinan mampu memberi ASI pada anaknya. Dengan begitu, ibu dapat menyusui bayinya secara murni sekitar 4-6 bulan dan tetap memberikan ASI sampai si anak berusia dua tahun.

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

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

Kegagalan praktik pemberian ASI Eksklusif tidak dapat hanya dilihat dari konsep ilmu kesehatan namun juga konsep sosial budaya. Kegagalan praktik pemberian ASI Eksklusif dalam konsep sosial budaya dapat disebabkan oleh adanya hambatan struktural dan hambatan kultural. Hambatan struktural yang berarti hambatan karena hubungan sosial kelembagaan dan kemasyarakatan dan hambatan

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

SIMPULAN

Perbedaan tempat bersalin dan penolong persalinan tidak mempengaruhi berhasil tidaknya subjek memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya. Di antara ke-12 subjek hanya ada 1 subjek yang berhasil memberikan ASI Eksklusif sampai bayi berumur lebih dari 4 bulan.

Faktor pendorong (*predisposing factors*) gagalnya pemberian ASI Eksklusif adalah kurangnya pengetahuan subjek tentang ASI Eksklusif dan adanya ideologi makanan yang non-Eksklusif, sehingga tidak muncul motivasi yang kuat dari subjek untuk memberikan ASI Eksklusif pada bayinya. Faktor pemungkin (*enabling factors*) gagalnya pemberian ASI Eksklusif adalah kurangnya penyuluhan atau pengarahan

tentang ASI Eksklusif dari Posyandu, Puskesmas, maupun pertemuan PKK dan fasilitas rawat gabung di BPS/RB/RS yang tidak berjalan semestinya karena masih ada pemberian susu formula sebagai prelaktal. Faktor penguat (*reinforcing factors*) gagalnya pemberian ASI Eksklusif adalah kurangnya penyuluhan atau pengarahan dari bidan seputar menyusui saat memeriksakan kehamilan, anjuran dukun bayi untuk memberikan madu dan susu formula sebagai prelaktal, dan kuatnya pengaruh ibu (nenek) dalam pengasuhan bayi secara non-ASI Eksklusif.

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

DAFTAR PUSTAKA

Anonim, 2001, "Ngeek...Jel", Menghadang Susu Formula. Diakses pada tanggal 10 Agustus 2006, dari <http://kompas.com>.

Cox, S., 2006., *Breastfeeding with Confidence*, Panduan untuk belajar menyusui dengan percaya diri, PT Elex Media Komputindo, Jakarta, hal. 20.

Departemen Kesehatan RI, 2004, Kebijakan Departemen Kesehatan tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Pekerja

Wanita, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, 2005, Manajemen Laktasi: Buku Panduan bagi Bidan dan Petugas Kesehatan di Puskesmas, Dit. Gizi Masyarakat-Depkes RI, Jakarta.

Edmond, K.M., C. Zandoh, M.A. Quigley, S.A. Etego, S.O. Agyei, B.R. Kirkwood., 2006. *Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality*, Pediatrics 117, p. 380-386.

Iskandar, M.B., et al 1996 Mengungkap Misteri Kematian Ibu di Jawa Barat, Depok, Pusat Penelitian Kesehatan Lembaga Penelitian, Universitas Indonesia.

Keraf, A.S. dan M. Dua, 2001, Ilmu Pengetahuan Sebuah Tinjauan Filosofis, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, hal. 33-34.

Maas, L.T., 2004, Kesehatan Ibu dan Anak: Persepsi Budaya dan Dampak kesehatannya, FKM Universitas Sumatera Utara, USU Digital Library.

Perinasia, 1994, Melindungi, Meningkatkan, dan Mendukung Menyusui: Peran Khusus pada Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dan Menyusui, Pernyataan bersama WHO/UNICEF,

- Perkumpulan Perinatologi Indonesia, Jakarta.
- Reddy, P.H., 1990, *Dietary practices during pregnancy, lactation and infancy: Implications for Health*, *Health Transition: The Culture. Social and Behavioral determinants of Health*, volume II. Disunting oleh John C. Caldwell, et al., Canberra: Health Transition Centre.
- Roesli, U., 2005, Mengenal ASI Eksklusif, Trubus Agriwidya, Jakarta, hal. 2-47.
- Siswono, 2001a, Depkes tak Mampu Awasi Promosi PASI Sendirian. Diakses pada tanggal 10 Agustus 2006, dari <http://gizi.net>.
- Siswono, 2001b, Menyusui Bayi bisa Mencegah Pendarahan Pascapersalinan. Diakses pada tanggal 10 Agustus 2006, dari <http://gizi.net>.
- Susanto, 2007. Faktor-faktor Gizi untuk Menunjang Kesehatan. Disampaikan dalam Seminar Merencanakan Anak Sehat dan Cerdas dari Tinjauan Medis, Gizi, dan Psikologi, 27 Mei 2007, Semarang.
- Wiryo, H., 2007, *The Effect of Early Solid Food Feeding and The Absence of Colostrum Feeding On Neonatal Mortality*, FK Universitas Udayana. Diakses pada tanggal 27 Juli 2007, dari www.tempointeraktif.com.
- Wisnuwardhani, S.D., 2006, Praktik Menyusui yang Benar, Bahan Bacaan Manajemen Laktasi. Catatan Kuliah Obstetri Ginekologi plus FKUI, Diakses pada tanggal 10 Desember 2006, dari www.cakulobginplus+.com.