

Hubungan Operasi Sesar dengan Kegagalan Upaya Inisiasi Menyusu Dini di Indonesia: Analisis Data SDKI 2017

The Relationship of Caesarean Section and the Failure of Early Initiation of Breastfeeding in Indonesia: An Analysis of 2017 IDHS

Siti Masitoh¹, Siti Nurokhmah², Anissa Rizkianti¹, dan Sugiharti¹

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI., Jl. Percetakan Negara no.29, Jakarta Pusat, Indonesia

²Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Jl. Ahmad Yani, Pabelan, Kartasura, Surakarta.

*Korespondensi Penulis: siti.masitoh1726@gmail.com

Submitted: 30-06-2020, *Revised:* 30-09-2020, *Accepted:* 14-01-2021

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v3i1l.3430>

Abstrak

Prevalensi air susu ibu (ASI) eksklusif dan inisiasi menyusu dini (IMD) di Indonesia, masih rendah yaitu masing-masing 37,3% dan 58,2%. Di sisi lain, kelahiran melalui operasi sesar meningkat dari 12,3% pada 2012 menjadi 17,0% pada 2017. Wanita yang melahirkan dengan operasi sesar lebih kecil kemungkinannya untuk menyusui lebih awal. Studi ini bertujuan untuk mengetahui hubungan persalinan sesar dengan IMD pada wanita di Indonesia. Studi ini merupakan analisis lanjut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 dengan sampel 6.877 anak terakhir yang lahir dalam kurun waktu dua tahun sebelum survei. Variabel dependen adalah IMD, sedangkan variabel independen utama adalah persalinan sesar. Variabel kovariat lainnya antara lain usia, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, paritas, riwayat *antenatal care*, tempat persalinan, dan indeks kekayaan. Analisis data menggunakan regresi logistik untuk mengetahui hubungan antara persalinan sesar dengan IMD, yang dilihat dari nilai *Adjusted Odds Ratio* dengan interval kepercayaan 95%. Hasil studi menunjukkan bahwa delapan dari sepuluh (82,75%) wanita yang melahirkan dengan operasi sesar tidak melakukan IMD, dibandingkan dengan yang melahirkan persalinan pervaginam (62,75%). Wanita yang melahirkan melalui operasi sesar memiliki kemungkinan 7,16 kali lebih tinggi untuk tidak melakukan IMD (AOR 7,16; 95% CI: 3,66-14,01) dibandingkan dengan mereka yang melahirkan secara pervaginam. Untuk meningkatkan praktik IMD, ibu hamil perlu didorong untuk melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC) meningkatkan pengetahuan dan kepercayaan dirinya mengenai ASI. Selain itu, petugas kesehatan dan penyedia layanan kesehatan perlu memberikan dukungan kepada wanita yang melahirkan melalui operasi sesar untuk menyusui sedini mungkin melalui pemberian informasi mengenai ASI secara memadai, mendorong adanya *rooming-in*, serta mencegah pemberian promosi susu formula.

Kata kunci : operasi sesar; inisiasi menyusu dini; gizi anak bayi baru lahir; SDKI

Abstract

The prevalence of exclusive breastfeeding and early initiation of breastfeeding in Indonesia, is still low 37.3% and 58.2%, respectively. However, cesarean delivery increased from 12.3% in 2012 to 17.0% in 2017. Women who gave birth by cesarean section were less likely to breastfeed earlier. This study

aimed to determine the relationship between cesarean delivery and early initiation of breastfeeding among women in Indonesia. This study was a further analysis of the 2017 IDHS data with a sample of the 6,877 last-born children in the two years preceding the survey. The dependent variable was early initiation of breastfeeding, while the main independent variable was cesarean delivery. Other covariate variables include age, education, occupation, place of residence, parity, history of antenatal care, place of delivery and wealth index. Data analysis used logistic regression to determine the relationship between cesarean delivery and early initiation of breastfeeding, showing as the Adjusted Odds Ratio among 95% confidence interval. The results of the study showed that eight out of ten (82.75%) women who gave birth by cesarean section did not experience early initiation of breastfeeding, compared to those who delivered vaginal delivery (62.75%). Women who gave birth by cesarean section were 7.16 times more likely to not practice early initiation of breastfeeding (AOR 7.16; 95% CI: 3.66-14.01) compared to those who delivered vaginal delivery. To improve early initiation of breastfeeding, pregnant women need to be encouraged to do antenatal care (ANC) to increase their knowledge and confidence about breast milk. In addition, health workers and health care providers need to provide support to women who give birth by cesarean section to breastfeed as early as possible through providing adequate information about breastfeeding, encouraging rooming-in and preventing the promotion of formula milk.

Keywords: cesarean section delivery; early initiation of breastfeeding; new born nutrition; IDHS

PENDAHULUAN

Kelahiran melalui operasi sesar di Indonesia mengalami peningkatan dari 12,3% pada 2012 menjadi 17,0% pada tahun 2017.^{1,2} Angka ini melebihi batasan yang dibuat oleh World Health Organization (WHO) bahwa standar rata-rata persalinan operasi sesar di sebuah negara sekitar 5-15% per 1.000 kelahiran. Tingginya angka persalinan operasi sesar di Indonesia salah satunya disebabkan oleh banyaknya angka persalinan sesar terencana (elektif) sebesar 7%.² Operasi sesar yang tidak perlu, dapat berdampak buruk pada morbiditas dan mortalitas ibu, neonatal, dan bayi.³ Operasi sesar seharusnya dilakukan jika ada indikasi yang kuat secara medis sebagai intervensi kebidanan untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi dari komplikasi terkait kehamilan dan persalinan seperti terjadinya infeksi ibu dan perdarahan uterus yang lebih tinggi, dan peningkatan tekanan pernapasan dan hipoglikemia yang semuanya dapat berdampak buruk terhadap keberhasilan menyusui.^{4,5}

Studi di Kanada menyebutkan wanita yang melahirkan dengan operasi sesar cenderung tidak menyusui, atau menunda inisiasi menyusui dini

(IMD).⁵ Sejalan dengan hal tersebut, proporsi air susu ibu (ASI) eksklusif di Indonesia yang masih rendah yaitu 37,3% dan IMD sebesar 58,2%.⁶ Padahal, IMD menjadi salah satu kunci keberhasilan ASI eksklusif. Selain itu IMD menjadi penting karena banyak manfaat yang diperoleh antara lain IMD memungkinkan keluarnya kolostrum atau ASI yang keluar pertama kali yang dianggap sebagai imunisasi pertama karena mengandung banyak vitamin A, antibodi, dan faktor pelindung lainnya serta IMD juga dapat meningkatkan ikatan antara ibu dan bayi dan mengurangi risiko perdarahan pasca persalinan.⁷ Keterlambatan IMD pada persalinan sesar berhubungan dengan pemisahan ibu dengan bayi, berkurangnya kemampuan menyusui bayi, menurunnya penerimaan bayi, dan kurangnya pasokan ASI, yang merupakan prediksi dari durasi menyusui yang lebih pendek^{5,8}. Hasil *systematic review* tahun 2012 membuktikan adanya korelasi negatif antara kelahiran melalui operasi sesar dengan IMD,⁹ begitu juga dengan hasil penelitian di Cina dan Kanada mendukung hal tersebut bahwa metode persalinan sesar secara signifikan menurunkan proporsi keberhasilan IMD.^{5,10}

Praktik IMD merupakan bagian dari

strategi global WHO dan United Nation Children's Fund (UNICEF) untuk bayi terkait menyusui bersama dengan pemberian ASI eksklusif di enam bulan pertama dan lanjut menyusui hingga bayi berusia dua tahun atau lebih.¹¹ WHO juga merekomendasikan bagi ibu yang tidak dapat memulai menyusui selama satu jam pertama setelah melahirkan seperti ibu yang melahirkan melalui operasi sesar, harus tetap didukung untuk menyusui segera setelah mereka mampu.¹² Hal ini disebabkan karena menyusui banyak memberikan manfaat tidak hanya untuk kesehatan ibu tetapi juga kesehatan bayi. Menyusui berhubungan dengan lebih rendahnya angka mortalitas dan morbiditas pada bayi¹³. Selain itu, menyusui juga berkorelasi dengan tekanan darah, level kolesterol, dan prevalensi obesitas yang lebih rendah, disamping tingkat kecerdasan yang lebih tinggi di usia dewasa dibandingkan saat bayi tidak disusui.^{14,15} Bagi ibu, praktik menyusui juga memiliki berbagai manfaat kesehatan, antara lain sebagai metode kontrasepsi alami, mengurangi risiko pendarahan setelah melahirkan, menurunkan risiko diabetes tipe 2, kanker payudara, serta kanker ovarium.¹³ Besarnya kontribusi praktik menyusui terhadap kesehatan bayi dan ibunya, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang, serta kecenderungan kelahiran melalui operasi sesar yang meningkat dari tahun ke tahun, maka penting untuk mengetahui efek yang ditimbulkan dari operasi sesar terhadap IMD di Indonesia. Oleh karena itu, studi ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara operasi sesar dengan IMD di Indonesia.

METODE

Studi ini menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017, yang merupakan survei yang representatif secara nasional. Survei SDKI 2017 dilaksanakan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerja sama dengan Badan Pusat Statistik (BPS) dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan mendapat dukungan teknis dari US

Agency for International Development (USAID) dan Inner City Fund (ICF) International.² Data bersifat publik dan dapat diakses melalui laman. Kerangka sampel SDKI 2017 menggunakan daftar rumah tangga dalam blok sensus (BS) Sensus Penduduk (SP) 2010. Pemilihan sampel didasarkan pada metode sampling dua tahap berstrata. Sejumlah BS dipilih secara *probability proportional to size* (PPS) berdasarkan kategori indeks kekayaan rumah tangga hasil SP 2010. Dua puluh lima rumah tangga di setiap BS tersebut kemudian dipilih kembali secara sistematis. Secara keseluruhan, dari 47.963 rumah tangga yang diwawancarai, sebanyak 49.627 wanita usia subur (WUS) berhasil ditemui dan diwawancarai sehingga menghasilkan tingkat respon 97,8%.²

Untuk analisis dalam studi ini, penulis menggunakan data *Birth recode* (BR). Subset dari *file* induk tersebut kemudian dibuat dengan menerapkan kriteria inklusi yakni anak terakhir yang lahir dalam dua tahun sebelum survei, baik masih hidup ataupun sudah meninggal sehingga diperoleh sampel sebanyak 6.925 anak. Data sampel yang *missing* sebanyak 48 anak dihilangkan dari analisis sehingga jumlah sampel yang diperoleh adalah 6.877 anak.

Variabel *outcome* pada studi ini adalah IMD merupakan variabel berbentuk berdasarkan ketersediaan variabel pada SDKI yaitu bayi diletakkan di dada ibu segera setelah lahir atau sebelum satu jam dan segera terjadi kontak kulit antara bayi dan ibu setelah lahir.² Variabel IMD dikategorikan menjadi dua kelompok yakni '0' untuk IMD dan '1' untuk tidak IMD. Variabel independen utama adalah metode persalinan yang dibagi dalam dua kelompok, yaitu persalinan normal (per vaginam) dan operasi sesar. Hubungan antara metode persalinan dengan IMD dikontrol dengan variabel independen lain yaitu usia saat wawancara, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, paritas, ANC, tempat persalinan, dan indeks kuintil kekayaan.

Variabel usia yang diambil adalah usia saat wawancara dan dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu '0' untuk di bawah 35 tahun dan '1' untuk 35 tahun ke atas. Pendidikan ibu

dikategorikan ke dalam empat kelompok, tidak sekolah; pendidikan dasar; menengah; dan tinggi. Pekerjaan mengacu pada pertanyaan mengenai apakah seorang ibu bekerja atau tidak, dan dibagi menjadi dua kelompok yaitu 'bekerja' dan 'tidak bekerja'. Tempat tinggal dibagi dalam dua kategori yaitu pedesaan dan perkotaan. Definisi paritas dalam penelitian ini adalah jumlah anak yang telah dilahirkan hidup oleh ibu, yang kemudian dibagi menjadi dua yaitu primipara (satu orang anak) dan multipara (dua orang anak atau lebih). Ibu dikatakan melakukan kunjungan *antenatal care* (ANC) bila melakukan pemeriksaan kehamilan minimal satu kali pada trimester pertama, minimal satu kali pada trimester kedua dan minimal dua kali pada trimester ketiga. Variabel ANC dikategorikan ke dalam dua kelompok yaitu 'ya' dan 'tidak'. Tempat persalinan dibagi menjadi empat kategori meliputi fasilitas kesehatan pemerintah (rumah sakit pemerintah, klinik pemerintah, puskesmas, pustu/pusling, bidan di desa, poskesdes, polindes), fasilitas kesehatan swasta (rumah sakit swasta, klinik swasta, praktik dokter kandungan/kebidanan, praktik dokter umum, praktik bidan, perawat), rumah, dan tempat lain. Indeks kuintil kekayaan yang merupakan proksi dari status ekonomi rumah tangga dibagi menjadi tiga kelompok yakni miskin (kuintil 1 dan 2), menengah (kuintil 3), dan kaya (kuintil 4 dan 5) dari variabel *wealth index* yang dibentuk oleh tim DHS Program.

Analisis data dilakukan dalam beberapa tahap yaitu analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat dan bivariat dilakukan untuk memperoleh proporsi karakteristik sampel faktor-faktor yang berhubungan dengan IMD. Analisis multivariat berupa uji regresi logistik berganda kemudian dilakukan untuk mengetahui hubungan antara persalinan dengan operasi sesar dan IMD. Variabel dependen adalah IMD (ya vs tidak) dan variabel independen utama adalah persalinan dengan operasi sesar (ya vs tidak) yang dikontrol dengan variabel independen lainnya yaitu usia, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, paritas,

ANC, tempat persalinan, dan indeks kekayaan. Hasil analisis regresi ditunjukkan dari nilai *adjusted odds ratio* (AOR) dengan interval kepercayaan 95% dan mempertimbangkan bobot sampel (*weight*). Data dianalisis secara kuantitatif menggunakan aplikasi statistik Stata versi 13. Studi ini menggunakan data SDKI 2017 yang telah mendapatkan persetujuan etik dari Inner City Fund (ICF) International dan ORC Macro (No. ICF IRB FWA00000845), yang menyatakan bahwa identitas responden dijaga kerahasiaannya.

HASIL

Tabel 1 menyajikan karakteristik sampel. Sebagian besar ibu (80,83%) berusia di bawah 35 tahun dan lebih dari setengahnya telah menyelesaikan pendidikan menengah. Sekitar 62,97% ibu bekerja, dua pertiga wanita adalah multipara, 51,25% tinggal di daerah pedesaan, dan sebagian besar memiliki indeks kuintil kekayaan miskin (40,21%) dan kaya (40,07%). Sebagian besar ibu (97,53%) menerima perawatan antenatal, hampir setengah (49,52%) bersalin di layanan kesehatan swasta, dan 19,27% melahirkan melalui operasi sesar.

Ibu yang melakukan IMD sebesar 33,39%. Hubungan antara operasi sesar dengan keberhasilan IMD tersaji pada Tabel 2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan IMD dari hasil bivariat adalah metode persalinan, pendidikan ibu, paritas, menerima perawatan antenatal, status pekerjaan, dan tempat bersalin. Ibu yang melahirkan melalui operasi sesar berpeluang 2,85 kali lebih tinggi untuk tidak melakukan IMD, sedangkan wanita yang berpendidikan dasar, menengah dan tinggi memiliki peluang yang lebih rendah untuk tidak melakukan IMD. Wanita multipara atau pernah melahirkan lebih dari satu anak memiliki peluang 0,68 kali lebih rendah untuk tidak melakukan IMD, wanita yang tidak menerima perawatan ANC sesuai standar memiliki peluang 2,74 kali lebih tinggi untuk tidak melakukan IMD, wanita yang bekerja memiliki peluang 1,26 kali lebih tinggi untuk tidak melakukan IMD dan wanita yang melahirkan di rumah atau tempat lainnya

memiliki peluang yang lebih tinggi untuk tidak melakukan IMD dibandingkan dengan yang melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah. Namun, hasil ini belum dikontrol dengan variabel lain sehingga perlu dilakukan analisis multivariat.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa wanita yang melahirkan melalui operasi

sesar berpeluang 7,16 kali lebih tinggi untuk mengalami kegagalan dalam melakukan upaya IMD (AOR 7,16; 95% CI: 3,66-14,01) setelah dikontrol oleh variabel pekerjaan ibu, paritas, ANC, tempat persalinan, indeks kuintil kekayaan, dan variabel interaksi antara metode persalinan dengan indeks kekayaan.

Tabel 1. Karakteristik Ibu yang Melahirkan Anak Dua Tahun Sebelum Survei, SDKI 2017

Karakteristik	N^a	%
Umur saat wawancara		
Di bawah 35	5.578	80,83
>35	1.299	19,17
Pendidikan ibu		
Tidak sekolah	87	0,98
Pendidikan dasar	1.540	23,15
Pendidikan menengah	3.902	59,09
Pendidikan tinggi	1.348	16,78
Status Pekerjaan		
Tidak bekerja	4.178	62,97
Bekerja	2.699	37,03
Paritas		
Primipara	2.188	32,81
Multipara	4.689	67,19
Tempat tinggal		
Desa	3.510	51,25
Kota	3.367	48,75
Indeks kuintil kekayaan		
Miskin	3.224	40,21
Menengah	1.247	19,72
Kaya	2.406	40,07
Melakukan ANC		
Tidak	211	2,47
Ya	6.666	97,53
Tempat persalinan		
Faskes pemerintah	2.616	33,91
Faskes swasta	2.747	49,52
Rumah	1.502	16,46
Lainnya	12	0,11
Metode persalinan		
Pervaginam	5.607	80,73
Operasi Sesar	1.270	19,27
Total	6.877	100,0

^a *weighted number of cases*

Tabel 2. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kegagalan Upaya IMD

Karakteristik	Kegagalan IMD				OR (95% CI)	p-value
	Tidak		Ya			
	n	%	n	%		
Metode Persalinan						
Pervaginam	1.903	37,25	3.704	62,75	1	
Operasi sesar	180	17,32	1.090	82,78	2,85 (2,30 – 3,53)	0,001
Umur saat wawancara						
Di bawah 35	1.706	33,61	3.872	66,39	1	
>35	377	32,46	922	67,54	1,05 (0,90 – 1,23)	0,504
Pendidikan Ibu						
Tidak Sekolah	13	18,18	74	81,82	1	
Pendidikan dasar	448	32,57	1.092	67,43	0,46 (0,23–0,94)	0,033
Pendidikan Menengah	1.229	34,49	2.673	65,51	0,42 (0,21-0,86)	0,017
Pendidikan Tinggi	393	31,50	955	68,50	0,48 (0,24-0,99)	0,048
Paritas						
Primipara	565	27,82	1.623	72,18	1	
Multipara	1.518	36,10	3.171	63,90	0,68 (0,59 – 0,78)	0,001
Daerah tempat tinggal						
Perdesaan	1.040	32,78	2.470	67,22	1	
Perkotaan	1.043	34,02	2.324	65,98	0,95 (0,83 – 1,08)	0,418
Melakukan ANC						
Ya	2.054	33,83	4.612	66,17	1	
Tidak	29	15,73	182	84,27	2,74 (1,65 – 4,56)	0,001
Status pekerjaan						
Tidak bekerja	1.335	35,24	2.843	64,76	1	
Bekerja	748	30,23	1.951	69,77	1,26 (1,09 – 1,43)	0,001
Tempat persalinan						
Faskes pemerintah	883	33,26	1.733	63,74	1	
Faskes swasta	897	35,18	1.850	64,82	1,05 (0,91-1,21)	0,520
Rumah	302	22,27	1.200	77,73	1,60 (1,60-2,46)	0,001
Lainnya	1	2,07	11	97,93	26,86 (3,37-214,37)	0,002
Indeks kuintil kekayaan						
Miskin	950	33,74	2.274	66,26	1	
Menengah	396	34,50	8.51	65,50	0,97 (0,81-1,15)	0,709
Kaya	737	32,48	1.669	67,52	1,06 (0,92-1,22)	0,437
Total	2.083	33,39	4.794	66,61	-	-

Tabel 3. Hubungan antara Metode Persalinan dan Kegagalan Upaya IMD: Analisis Multivariat

Variabel	Adj OR	95% CI	p-value
Metode persalinan			
Operasi Sesar (ref: pervaginam)	7,16	3,66 – 14,01	0,001
Pekerjaan ibu			
Bekerja (ref: tidak bekerja)	1,23	1,07 – 1,41	0,004
Paritas			
Multipara anak (ref : primipara)	0,66	0,57- 0,76	0,001
ANC			
Tidak (ref: ya)	2,21	1,3 – 3,75	0,003
Tempat persalinan			
Faskes swasta (ref : faskes pemerintah)	0,99	0,85 – 1,15	0,944
Rumah (ref : faskes pemerintah)	2,43	1,93 – 3,05	0,001
Lainnya (ref : faskes pemerintah)	33,56	4,21 – 257,04	0,056
Indeks kuintil kekayaan			
Menengah (ref : miskin)	1,07	0,88 - 1,28	0,510
Kaya (ref : miskin)	1,13	0,95 - 1,34	0,166
Metode Persalinan_Indeks kuintil kekayaan	0,72	0,55 – 0,95	0, 018

PEMBAHASAN

Prevalensi IMD dari studi ini sebesar 33,39%, yang tidak ditampilkan pada laporan SDKI 2017 karena definisi pada studi ini menggabungkan antara pertanyaan bayi diletakkan di dada ibu segera setelah lahir atau sebelum satu jam dan segera terjadi kontak kulit antara bayi dan ibu setelah lahir.² Definisi IMD yang dilaporkan dalam SDKI 2017 antara lain 57% anak mendapatkan ASI satu jam setelah lahir dan 61% segera diletakkan di dada ibu setelah lahir serta 60% terjadi kontak kulit dengan ibu setelah lahir.² Angka ini sudah melampaui target nasional 50% dan meningkat bila dibandingkan lima tahun sebelumnya yang hanya mencapai 34,5%.^{6,16} Sayangnya, capaian positif tersebut tidak diikuti oleh keberhasilan ASI eksklusif dimana persentasenya tidak mengalami perubahan yang cukup berarti atau masih berada di kisaran 40% sejak 2007 hingga 2018.¹⁷ Tren positif capaian IMD ini sejalan dengan apa yang terjadi di beberapa negara berkembang seperti Nepal, India, Pakistan, dan Bangladesh.¹⁸ Meskipun demikian, yang terjadi di negara ASEAN khususnya Vietnam adalah sebaliknya, prevalensi IMD mengalami penurunan pada kurun 2006 – 2011,¹⁹ sedangkan di level global, hanya sekitar 42% bayi baru lahir yang mendapat IMD.¹³ Padahal praktik IMD yang benar memberikan efek yang positif terhadap keberhasilan ASI eksklusif karena IMD dapat menstimulasi produksi ASI ibu dan memastikan lebih banyak asupan kolostrum yang diproduksi selama beberapa hari pertama setelah kelahiran dan IMD memiliki efek positif pada durasi menyusui.²⁰

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa di antara wanita yang melahirkan melalui operasi sesar hanya 37,25% saja yang melakukan IMD. Angka ini masih 10% lebih rendah dibandingkan dengan hasil di Ethiopia.²⁰ Penelitian ini menunjukkan bukti yang kuat bahwa melahirkan melalui operasi sesar berkorelasi negatif dengan praktik IMD di mana wanita yang melahirkan secara operasi sesar memiliki kemungkinan 7,16 kali lebih tinggi untuk tidak melakukan IMD (AOR 7,16; 95% CI: 3,66-14,01) setelah dikontrol oleh variabel pekerjaan ibu, paritas,

ANC, tempat persalinan, indeks kuintil kekayaan, dan variabel interaksi antara metode persalinan dengan indeks kekayaan. Temuan ini turut memperkuat kesimpulan dari meta-analisis terakhir yang dilakukan hampir satu dekade yang lalu.⁹ Beberapa penelitian terbaru atau yang dilakukan setelah 2012, mulai dari analisis data survei nasional hingga studi dengan *setting* fasilitas kesehatan, menunjukkan hasil yang konsisten.^{18,21,22} Sebagai contoh, analisis data survei nasional di Bangladesh, Vietnam, dan Ethiopia membuktikan bahwa prevalensi IMD antara ibu yang melahirkan secara normal dengan yang melalui operasi sesar berbeda secara signifikan.^{18,19,20} Penelitian kohor di enam negara berkembang (Kenya, Zambia, India, Pakistan, Argentina, dan Guatemala) juga menunjukkan bahwa operasi sesar termasuk dalam faktor yang menghambat IMD.²³ Senada dengan penelitian-penelitian tersebut, studi di salah satu rumah sakit universitas di Saudi Arabia menunjukkan wanita yang melahirkan melalui vagina/normal lebih mungkin untuk menyusui dalam satu jam pertama, dan pada 24 jam setelah kelahiran dibandingkan dengan mereka yang menjalani operasi sesar.²¹

Penundaan IMD berkaitan dengan tindakan pelekatan *skin-to-skin* antara ibu dan bayi, dimana ibu yang melahirkan normal memiliki peluang 4,8 kali untuk melakukan *skin to skin* dibandingkan dengan persalinan sesar.²¹ Selain itu, persepsi rasa sakit dari wanita yang melahirkan secara sesar 3,3 kali lebih besar dibandingkan dengan persalinan normal. Persepsi rasa sakit akibat anestesi, dan/ atau akibat operasi ini dapat memengaruhi kemampuan untuk menyusui pada 24 jam pertama setelah melahirkan.^{5,21} Para ibu yang melakukan operasi sesar menyatakan bahwa rasa sakit setelah operasi sesar mengganggu kemampuan mereka untuk memegang, menyusui, dan merawat bayi mereka atau untuk duduk dan menyusui.²¹ Belum lagi jika akhirnya ibu dan bayi tidak bisa berada dalam satu ruangan/*rooming-in*.²¹ Wanita yang melahirkan secara operasi sesar biasanya dirawat lebih lama di rumah sakit dibandingkan dengan yang melahirkan secara normal. Hal ini juga berdampak negatif pada keberhasilan pemberian

ASI jangka pendek karena adanya perpisahan ibu-bayi yang berkepanjangan dan kurangnya pemberian ASI dan dukungan menyusui yang berkualitas saat berada di rumah sakit.²⁴

Beberapa hasil penelitian deskriptif di Indonesia menyatakan bahwa salah satu alasan mengapa persentase IMD pada kelahiran melalui operasi sesar rendah adalah absennya prosedur pelaksanaan IMD pada operasi sesar di beberapa rumah sakit.²⁵ Selain itu, terbatasnya petugas kesehatan baik dalam hal jumlah maupun keterampilan yang mendukung untuk melakukan prosedur IMD juga turut berpengaruh.²⁶ Namun, rumah sakit yang menjadi objek penelitian dalam kedua studi deskriptif tersebut merupakan rumah sakit umum daerah (RSUD) sehingga interpretasi hasilnya tidak dapat digeneralisasi ke semua fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia, dan desain penelitiannya yang tidak memungkinkan validasi eksternal. Sebagai contoh, penelitian mengenai pelaksanaan IMD di salah satu rumah sakit swasta di Jakarta menunjukkan adanya prosedur pelaksanaan IMD yang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit serta dukungan tenaga kesehatan terhadap praktik IMD dengan menginformasikan manfaat dan cara melakukan IMD, serta mendampingi ibu untuk membantu mengenal perilaku bayi saat proses IMD dilakukan.²⁷ Hal ini tentu saja memperlihatkan bahwa pelaksanaan IMD di rumah sakit pada kenyataannya masih belum seragam. Meskipun demikian, informasi yang disajikan masih cukup relevan sebagai sedikit gambaran sehingga penelitian lebih lanjut terkait dengan hal tersebut juga perlu dilakukan seperti penelitian kuantitatif dan kualitatif mengenai praktik IMD pada operasi sesar di fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta.

Pengaruh operasi sesar terhadap IMD juga dapat terlihat dari jenis operasi sesar (direncanakan atau tidak). Meskipun variabel tersebut tidak dianalisis dalam studi ini, beberapa studi mengungkapkan bahwa jenis operasi sesar mempengaruhi keberhasilan dalam melakukan IMD.^{5,28} Wanita yang merencanakan persalinan dengan operasi sesar cenderung untuk tidak menyusui atau mencari dukungan laktasi. Ibu yang bersalin melalui operasi sesar yang terencana

lebih mungkin memiliki usia kehamilan muda sehingga berdampak pada ketidakberhasilan IMD.²⁹ Hubungan antara operasi sesar dengan kegagalan IMD dipengaruhi oleh variabel kontrol yaitu pekerjaan ibu, paritas, ANC, tempat persalinan, dan indeks kuintil kekayaan. Ibu yang bekerja memiliki peluang 1,23 kali untuk gagal dalam melakukan upaya IMD. Hal ini mungkin terjadi karena ibu yang bekerja biasanya memilih untuk tidak menyusui anaknya apalagi jika harus kembali bekerja beberapa minggu setelah melahirkan.³⁰ Hasil kami menunjukkan hubungan yang positif antara multiparitas dan upaya inisiasi awal menyusui. Ibu yang memiliki anak >1 (multipara) memiliki kemungkinan 0,66 kali untuk mengalami kegagalan dalam IMD atau artinya 1,5 kali lebih tinggi untuk berhasil dalam IMD. Hasil studi ini sejalan dengan hasil di Saudi Arabia³¹ dan analisis SDKI Tahun 2012.³² Pada ibu yang memiliki anak lebih dari satu memiliki pengalaman dari menyusui anak sebelumnya menjadikan ibu lebih tau kapan harus memberikan ASI pertama kepada anaknya. Pengalaman menyusui anak sebelumnya memiliki dampak positif terhadap niat dan keinginan untuk melakukan IMD.³²

Di samping itu, riwayat pemeriksaan kehamilan/ANC juga turut berperan dalam keberhasilan pemberian IMD. Pelayanan pemeriksaan kehamilan dilakukan sekurang-kurangnya 4 (empat) kali selama masa kehamilan yang dilakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan minimal satu kali pada trimester pertama, minimal satu kali pada trimester kedua dan minimal dua kali pada trimester ketiga.³³ Pada pelayanan ANC ada 10 standar pelayanan yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan (10T) dimana salah satunya adalah temu wicara. Pada temu wicara ini akan dilakukan konseling terhadap perencanaan persalinan, keluarga berencana (KB) pasca salin, serta konseling terhadap persiapan tata laksana pemberian ASI pada bayi setelah melahirkan. Pengetahuan mengenai tata laksana pemberian ASI harus diketahui sedini mungkin sebelum ibu melahirkan. Pengetahuan mengenai hal ini dapat diperoleh dari konseling pada saat pemeriksaan kehamilan.³⁴ Kesulitan dalam melakukan IMD banyak disebabkan oleh kurangnya informasi dan

dukungan yang memadai dari tenaga kesehatan, seperti cara pelekatan bayi, perawatan payudara, dan posisi menyusui seperti yang ditunjukkan pada penelitian berbasis fasilitas kesehatan di Ankara, Turki.³⁵ Sebuah studi menyebutkan bahwa wanita yang pernah melakukan pemeriksaan kehamilan cenderung untuk melakukan IMD. Wanita yang tidak pernah melakukan pemeriksaan ANC kurang memiliki dukungan dan dorongan dari tenaga kesehatan, dan komitmen keluarga untuk meningkatkan keberhasilan mereka pada saat IMD.³⁶ Oleh sebab itu, penting bagi ibu hamil memeriksakan kehamilan untuk mendapatkan informasi yang diperlukan mengenai kesehatan ibu dan bayi termasuk mengenai pemberian ASI.

Tempat persalinan juga berpengaruh terhadap kegagalan IMD. Ibu yang melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peluang kegagalan melaksanakan upaya IMD lebih rendah dibandingkan dengan persalinan di rumah dan lainnya. Meski begitu jika kita analisis lebih lanjut ternyata fasilitas pelayanan kesehatan di swasta memiliki risiko kegagalan IMD yang lebih kecil dibandingkan dengan fasilitas pelayanan milik pemerintah. Perlu penelitian lebih lanjut tentang bagaimana penerapan praktik IMD di fasilitas pelayanan milik pemerintah dan swasta. Indeks kuintil kekayaan juga menjadi salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kegagalan upaya IMD. Ibu yang secara ekonomi tergolong ekonomi menengah dan kaya memiliki peluang lebih tinggi mengalami kegagalan dalam melakukan upaya IMD dibandingkan dengan yang miskin. Hasil ini sejalan dengan studi di Srilanka dan Nepal Barat. Ibu dari keluarga miskin mungkin tidak memiliki akses untuk memberikan susu formula atau tidak mempunyai kemampuan membeli makanan pengganti ASI lain seperti madu, atau olahan mentega yang menjadikan menyusui sebagai satu-satunya pilihan. Di sisi lain, para ibu dari kuintil kekayaan tertinggi lebih mungkin untuk menjalani operasi caesar terpilih, yang menyebabkan penundaan upaya IMD.³⁷

Untuk meminimalkan dampak negatif dari persalinan sesar, ada beberapa poin yang harus diperhatikan. Mengingat meningkatnya angka kelahiran sesar di Indonesia, Kementerian Kesehatan, rumah sakit, dan puskesmas perlu

bekerja sama untuk mengurangi tingkat kelahiran sesar. Ketika operasi sesar tidak dapat dihindari, dukungan yang memadai harus diberikan kepada setiap ibu yang melakukan persalinan dengan metode tersebut. Sejumlah penelitian menekankan pentingnya untuk memastikan bahwa ibu merasa nyaman secara fisik dan psikologis pada saat memulai menyusui. Salah satunya adalah dengan menghindari pemisahan dengan menempatkan ibu dan bayi dalam satu kamar (*rooming in*) atau paling tidak mempersingkat waktu pemisahan antara ibu dan bayi.³⁸ Penempatan bayi pada payudara ibu dapat dilakukan sesaat setelah operasi sesar agar terjadi kontak kulit antara ibu dengan bayi.³⁹ Memberi dukungan dan pengertian kepada ibu tentang manfaat menyusui³⁸ serta mencegah ibu untuk menggunakan susu formula sedini mungkin di rumah sakit juga perlu dilakukan baik oleh anggota keluarga maupun tenaga kesehatan.³⁸

Kelebihan studi ini adalah data yang digunakan merupakan data survei yang sampelnya representatif secara nasional, di mana metodologi penelitian dan instrumen yang digunakan dalam survei ini telah tervalidasi. Namun, penelitian ini juga memiliki beberapa keterbatasan. Kelebihan studi ini adalah data yang digunakan merupakan data survei yang sampelnya representatif secara nasional, di mana metodologi penelitian dan instrumen yang digunakan dalam survei ini telah tervalidasi. Namun, penelitian ini juga memiliki beberapa keterbatasan. Dalam studi SDKI 2017, responden hanya ditanyakan lama waktu responden menyusui bayinya pertama kali setelah melahirkan tanpa menanyakan apakah terjadi kontak kulit antara responden dengan bayi segera setelah melahirkan. Hal ini tentu saja kurang sesuai dengan rekomendasi yang telah dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan dan WHO yakni praktik menyusui dalam satu jam setelah kelahiran di mana bayi diletakkan di dada ibu segera setelah lahir dan segera terjadi kontak kulit antara bayi dan ibu setelah lahir. Keterbatasan penelitian ini menjadi masukan untuk pelaksanaan SDKI berikutnya agar variabel yang dikumpulkan sesuai dengan definisi WHO tersebut. Selain itu, data IMD yang diperoleh menggunakan metode *recall* memungkinkan

adanya *memory bias*. Beberapa cara untuk mengurangi bias ini antara lain pewawancara perlu melakukan *probing* untuk menggali jawaban responden secara lebih mendalam, serta perlu merumuskan pertanyaan yang mendetil agar kecil kemungkinan untuk digali kembali oleh pewawancara.^{39,40} Akan tetapi, kemungkinan terjadinya bias seperti ini dapat diasumsikan kecil karena proses melahirkan merupakan momen yang sangat penting bagi ibu disamping jumlah sampel yang besar. Di samping itu, umur yang dimasukkan dalam analisis adalah umur ibu saat wawancara sehingga mungkin ada perbedaan kondisi dengan kondisi ketika melahirkan.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan negatif antara operasi sesar dan IMD, bahwa wanita yang melahirkan melalui operasi sesar memiliki kemungkinan yang lebih rendah untuk melakukan IMD dibandingkan dengan mereka yang melahirkan secara pervaginam setelah dikontrol oleh variabel status pekerjaan, paritas, riwayat ANC, tempat bersalin, dan status ekonomi.

SARAN

Tenaga kesehatan pemberi layanan persalinan dan fasilitas pelayanan persalinan harus mendukung upaya peningkatan praktik IMD dengan mendorong ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC) sesuai standar untuk meningkatkan pengetahuan dan kepercayaan dirinya mengenai ASI. Dukungan yang memadai juga harus diberikan kepada setiap ibu yang melakukan persalinan dengan metode persalinan sesar seperti menempatkan ibu dan bayi dalam satu kamar (*rooming in*) atau paling tidak mempersingkat waktu pemisahan antara ibu dan bayi, meletakkan bayi sesegera mungkin setelah proses melahirkan, dan memberikan dukungan menyusui tambahan oleh tenaga kesehatan dan fasilitas layanan kesehatan untuk wanita yang melahirkan melalui operasi sesar selama periode awal pascapersalinan. Hal ini dapat dilakukan dengan tidak mempromosikan pemberian susu formula kepada bayi sedini mungkin. Kepada pelaksana SDKI selanjutnya (BKKBN, BPS, dan

Kementerian Kesehatan) perlu menambahkan satu pertanyaan tentang durasi proses kontak kulit bayi baru lahir dengan ibu baru bersalin agar dapat memenuhi kriteria IMD sesuai definisi WHO.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan, dan ICF yang telah memberikan izin penggunaan data SDKI untuk publikasi artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Kementerian Kesehatan (Kemenkes), ICF International. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012. Jakarta: BKKBN; 2013.
2. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Kementerian Kesehatan (Kemenkes), ICF International. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Jakarta: BKKBN; 2018.
3. Begum T, Rahman A, Nababan H, Hoque DME, Khan AF, Ali T, et al. Indications and Determinants of Caesarean Section Delivery: Evidence from a Population-Based Study in Matlab, Bangladesh. Spracklen CN, editor. PLoS One [Internet]. 2017 Nov 20;12(11):e0188074. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0188074>
4. Teguate I, Traore Y, Sissoko A, Y. M, Thera A, Dolo T, et al. Determining Factors of Cesarean Delivery Trends in Developing Countries: Lessons from Point G National Hospital (Bamako - Mali). In: Cesarean Delivery [Internet]. InTech; 2012. Available from: <http://www.intechopen.com/books/cesarean-delivery/determining-factors-of-cesarean-delivery-trends-in-developing-countries-lessons-from-point-g-nat>
5. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The Impact of Cesarean Section on Breastfeeding Initiation, Duration and Difficulties in the First Four Months Postpartum. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2016;16(90):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia Tahun 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2018. p. 182–3.

7. Padmavathi P, Jayadeepa T, Babu AA. Initiation of Breast Feeding After Caesarian Delivery. *Asian J Nurs Educ Res* [Internet]. 2014;4(1):114–6. Available from: [https://ajner.com/HTMLPaper.aspx?Journal=Asian Journal of Nursing Education and Research;PID=2014-4-1-23](https://ajner.com/HTMLPaper.aspx?Journal=Asian%20Journal%20of%20Nursing%20Education%20and%20Research;PID=2014-4-1-23)
8. Rowe-Murray HJ, Fisher JRW. Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean Section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding. *Birth* [Internet]. 2002 Jun;29(2):124–31. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1523-536X.2002.00172.x>
9. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding After Cesarean Delivery: A Systematic Review and Meta-analysis of World Literature 1 – 3. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2012;95(5):1113–35. Available from: <https://academic.oup.com/ajcn/article-abstract/95/5/1113/4576793>
10. Wu Y, Wang Y, Huang J, Zhang Z, Wang J, Zhou L, et al. The Association Between Cesarean Delivery and the Initiation and Duration of Breastfeeding: a Prospective Cohort Study in China. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2018;72(12):1644–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41430-018-0127-9>
11. UNICEF. *From the First Hour of Life: Making the Case For Improved Infants and Young Child Feeding Everywhere*. 2016.
12. World Health Organization. *Implementation Guidance*. In: *Making EHS an Integral Part of Process Design* [Internet]. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2010. p. 135–49. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/9780470935576.ch7>
13. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–90.
14. Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Long-term Consequences of Breastfeeding on Cholesterol, Obesity, Systolic Blood Pressure and Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2015;104:30–7.
15. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between Breastfeeding and Intelligence, Educational Attainment, and Income at 30 Years of Age: A Prospective Birth Cohort Study from Brazil. *Lancet Glob Heal*. 2015;3(4):199–205.
16. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2013. 171 p.
17. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Nasional (RISKESDAS) Nasional 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2007.
18. Karim F, Salam Khan AN, Tasnim F, Kabir Chowdhury MA, Billah SM, Karim T, et al. Prevalence and Determinants of Initiation of Breastfeeding Within One Hour of Birth: an Analysis of the Bangladesh Demographic and Health Survey, 2014. *PLoS One*. 2019;14(7):1–12.
19. Johar N, Mohamad N, Saddki N, Tengku Ismail TA, Sulaiman Z, Che Muzaini CM, et al. Trends and Determinants for Early Initiation of and Exclusive Breastfeeding under Six Months in Vietnam: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2000–2011. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2019 Sep;13(4):1–5.
20. Lakew Y, Tabar L, Haile D. Socio-medical Determinants of Timely Breastfeeding Initiation in Ethiopia: Evidence from the 2011 Nation Wide Demographic and Health Survey. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2015;10(24):1–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-015-0050-9>
21. Albokhary AA, James JP. Does Cesarean Section Have an Impact on the Successful Initiation of Breastfeeding in Saudi Arabia? *Saudi Med J* [Internet]. 2014;35(11):1400–3. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4362139/#:~:text=The probability of delayed initiation,after 24 hours of birth.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4362139/#:~:text=The%20probability%20of%20delayed%20initiation,after%2024%20hours%20of%20birth.)
22. Alzaheb RA. A Review of the Factors Associated with the Timely Initiation of Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding in the Middle East. *Clin Med Insights Pediatr*. 2017;11:1179556517748912.
23. Patel A, Bucher S, Pusdekar Y, Esamai F, Krebs NF, Goudar SS, et al. Rates and Determinants of Early Initiation of Breastfeeding and Exclusive Breast Feeding at 42 Days Postnatal in Six Low and Middle-Income Countries: a Prospective Cohort Study. *Reprod Heal*. 2015;12.
24. Perez-escamilla R, Maulen-radovan I, Dewey KG. The Association between Cesarean Delivery and Breast-Feeding Outcomes among Mexican Women. *Am J Public Health* [Internet]. 1996;86(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380403/pdf/amjph00517-0070.pdf>

25. Lestari, M. Faktor Terkait Inisiasi Menyusu Dini pada Ibu Postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Cilegon. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*. 2019;3(1):17–24.
26. Sophia Rattu O. Analisis Implementasi Inisiasi Menyusu Dini oleh Bidan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. M. Haulussy Ambon. Semarang: Universitas Diponegoro; 2013.
27. Sihombing NM, Rizkianti A. Dukungan Tenaga Kesehatan Terhadap Pelaksanaan Imd: Studi Kasus Di RS Swasta X dan RSUD Y di Jakarta. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. 2016;7(2):95–108.
28. Yisma E, Mol BW, Lynch JW, Smithers LG. Impact of Caesarean Section on Breastfeeding Indicators: Within-country and Meta-analyses of Nationally Representative Data from 33 Countries in Sub-Saharan Africa. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Sep 4;9(9):e027497. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-027497>
29. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr* [Internet]. 2018;203:190-196.e21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008>
30. Pérez-Escamilla R, Maulén-Radovan I, Dewey KG. The Association between Cesarean Delivery and Breast-Feeding Outcomes among Mexican Women. *Am J Public Health* [Internet]. 1996;86(6):832–6. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.6.832>
31. Örün E, Yalçın SS, Madendağ Y, Üstünyurt-Eras Z, Kutluk Ş, Yurdakök K. Factors Associated with Breastfeeding Initiation Time in a Baby-Friendly Hospital. *Turk J Pediatr*. 2010;52(1):10–6.
32. Aini N, Budyanra. Determinan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Wanita Usia 15-49 Tahun di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012). *Indones J Stat Its Appl*. 2019;3(1):33–48.
33. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2014.
34. Suparmi, Saptarini I. Determinan Pemberian ASI Eksklusif: Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012. *Jurnal Kesehatan Reproduksi* [Internet]. 2014;5(No 1, April):15–21. Available from: <http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/kespro/article/view/3879/3724>
35. Demirtas B. Multiparous Mothers: Breastfeeding Support Provided by Nurses. *Int J Nurs Pr* [Internet]. 2015;21(5):493–504. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijn.12353>
36. Regan J, Thompson A, DeFranco E. The Influence of Mode of Delivery on Breastfeeding Initiation in Women with a Prior Cesarean Delivery: A Population-Based Study. *Breastfeed Med* [Internet]. 2013 Apr;8(2):181–6. Available from: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2012.0049>
37. Khanal V, Scott JA, Lee AH, Karkee R, Binns CW. Factors Associated with Early Initiation of Breastfeeding in Western Nepal. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2015;12(8):9562–74. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/12/8/9562>
38. Chen C, Yan Y, Gao X, Xiang S, He Q, Zeng G, et al. Influences of Cesarean Delivery on Breastfeeding Practices and Duration: A Prospective Cohort Study. *J Hum Lact*. 2018;34(3):526–34.
39. Dudeja S, Sikka P, Jain K, Suri V, Kumar P. Improving First-hour Breastfeeding Initiation Rate After Cesarean Deliveries: A Quality Improvement Study. *Indian Pediatr* [Internet]. 2018 Sep 19;55(9):761–4. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s13312-018-1376-3>
40. Kathryn W, Tully KP, Labbok MH. Systematic Review of Evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3. *J Hum Lact* 2017;33(1)50–82 [Internet]. 2017;33(1):50–82. Available from: <https://doi.org/10.1177/0890334416679618>
41. Krishna R, Maithreyi R, Surapaneni KM. Research bias: A Review for Medical Students. *J Clin Diagnostic Res*. 2010;4:2320–4.
42. Bogner K, Landrock U. Response Biases in Standardised Surveys. *GESIS Survey Guidelines*. 2016.