

Strategi Intervensi Program dan Pemanfaatan Potensi Lokal dalam Upaya Peningkatan Cakupan ASI Eksklusif di Kabupaten Balangan

Program Intervention Strategy and The Utilization of Local Potentials in Efforts to Improve Exclusive Breastfeeding Coverage in Balangan District

Rukmini,^{1*} Eka Fatmawati,² Yuli Trisnanto,³ dan Yunita Fitrianti¹

¹UPF Inovasi Teknologi Kesehatan, Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Jln. Indrapura No. 17 Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

²Dinas Kesehatan Kabupaten Mamaju, Jln. Pemuda No.2 Kabupaten Mamuju Provinsi Sulawesi Barat, Indonesia

³Seksi Intelegen dan Penindakan Keimigrasian, Kantor Imigrasi Kelas II, Jln. Panglima Sudirman, Caruban Kabupaten Madiun 63153, Jawa Timur, Indonesia

*Korespondensi Penulis : imas_yatno@yahoo.co.id

Submitted: 29-01-2020, *Revised:* 27-08-2020, *Accepted:* 28-09-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i3.2743>

Abstrak

Pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif merupakan tahap awal dalam asupan gizi bagi anak. Permasalahan yang terjadi karena pola pemberian ASI yang tidak sesuai dengan konsep ASI eksklusif, seperti memberikan Makanan Pendamping Air Susu ibu (MP-ASI) lebih dini. Tulisan ini merupakan artikel kebijakan berdasarkan hasil penelitian kualitatif dengan pendekatan etnografi kesehatan, untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi rendahnya cakupan ASI eksklusif. Penelitian dilakukan di Desa Mauya (etnik Banjar) dan Desa Marajai (dominasi etnik Dayak Meratus), Kabupaten Balangan Kalimantan Selatan. Informan utama adalah ibu yang memiliki bayi 0-6 bulan (16 orang), sedangkan informan pendukung bidan kampung (2 orang), tokoh adat/tokoh masyarakat (2 orang) dan petugas kesehatan (2 orang). Pengumpulan data dengan *participant observation*, wawancara mendalam dan wawancara tidak terstruktur, dokumentasi audio visual, dan penelusuran data sekunder di fasilitas dan petugas kesehatan. Hasil menunjukkan praktik ASI eksklusif di Desa Mauya dan Desa Marajai Kabupaten Balangan masih rendah dipengaruhi beberapa faktor yaitu aspek kesehatan ibu dan bayi, ketersediaan petugas dan fasilitas pelayanan kesehatan, faktor sosial, ekonomi, budaya, kondisi geografis, akses media informasi. Dapat disimpulkan ada tiga faktor utama yakni faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong yang saling terkait dalam praktik ASI eksklusif. Artikel ini merekomendasikan upaya intervensi program untuk mengatasi permasalahan ASI eksklusif dilakukan secara menyeluruh, komprehensif dan terintegrasi baik pada peningkatan kualitas program pelayanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan kerjasama lintas sektor serta pemanfaatan potensi budaya lokal.

Kata kunci : ASI eksklusif; strategi program; kebijakan; etnografi kesehatan; potensi lokal

Abstract

Exclusive breastfeeding is the initial stage in nutritional intake for children. Problems that occur because the pattern of breastfeeding is not in accordance with the concept of exclusive breastfeeding, such as providing complementary foods with breast milk (MP-ASI) earlier. This paper is a policy article, based on the results of qualitative research with a health ethnographic approach, to determine the factors that

influence the low coverage of exclusive breastfeeding. The research was conducted in Mauya Village (ethnic Banjar) and Marajai Village (ethnic Dayak Meratus), Balangan District, South Kalimantan. The main informants are mothers who have babies 0-6 months (16 people), while the informants who support village midwives (2 people), traditional / community leaders (2 people) and health workers (2 people). Data collection by participant observation, in-depth interviews and unstructured interviews, audio-visual documentation and secondary data search in facilities and health workers. The results show that the practice of exclusive breastfeeding in Mauya Village and Marajai Village, Balangan Regency is still low influenced by several factors, namely aspects of maternal and infant health, availability of health care workers and facilities, social, economic, cultural, geographic conditions, access to information media. It can be concluded that there are 3 main factors, namely predisposing, enabling, and driving factors that are interrelated in the practice of exclusive breastfeeding. This article recommends that program intervention efforts to overcome the problem of exclusive breastfeeding, it is necessary to carry out comprehensive and integrated intervention both in improving the quality of health service programs, community empowerment and cross-sector cooperation and utilization of local cultural potentials.

Keywords : exclusive breastfeeding; program strategy; policy; health ethnography; local potenciales

PENDAHULUAN

Di negara berkembang, sekitar 10 juta bayi mengalami kematian yang 60% seharusnya dapat dicegah dengan air susu ibu (ASI) karena terbukti meningkatkan status kesehatan bayi. Oleh karena itu, World Health Organization - United Nations Children's Fund (WHO-UNICEF) (1990) mendeklarasikan Pekan ASI Sedunia (*World Breastfeeding Week*), untuk mengingatkan pentingnya ASI bagi bayi.¹ Rekomendasi WHO agar anak disusui ASI sedikitnya 6 bulan dan makanan padat seharusnya diberikan sesudah anak berumur 6 bulan serta ASI seharusnya dilanjutkan sampai umur dua tahun.²

Pemerintah Indonesia merekomendasikan lama pemberian ASI eksklusif menjadi 6 bulan, yang sebelumnya 4 bulan,³ berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 450/MENKES/SK/VI/2004 tentang Pemberian ASI Secara Eksklusif.⁴ Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif, menyebutkan ASI eksklusif adalah pemberian ASI pada bayi sejak dilahirkan selama 6 bulan pertama tanpa makanan atau minuman yang lain.⁵ Undang-undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009, Pasal 128 menyatakan bahwa selama pemberian ASI, pihak keluarga, pemerintah daerah, dan masyarakat, harus mendukung ibu secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus di

tempat kerja dan tempat sarana umum.⁶

Cakupan bayi mendapat ASI eksklusif di Indonesia tahun 2019 yaitu sebesar 67,74%, sudah melampaui target Renstra tahun 2019 yaitu 50%. Persentase tertinggi cakupan pemberian ASI eksklusif terdapat pada Provinsi Nusa Tenggara Barat (86,26%), sedangkan persentase terendah terdapat di Provinsi Papua Barat (41,12%), sedangkan cakupan di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 68,02%.⁷ Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, proporsi pola pemberian ASI eksklusif pada bayi berumur 0 – 5 bulan di Indonesia sebesar 37,3%.⁸ ASI eksklusif terbukti menurunkan angka kematian karena infeksi, pada bayi berusia kurang dari 3 bulan (88%) dan sebanyak 82% dari 37,94% anak sakit. Kolostrum ASI mengandung zat kekebalan 10 -17 kali dari susu sapi yang melindungi bayi dari penyakit infeksi seperti infeksi telinga, diare, pilek dan infeksi akut pernafasan bagian bawah.⁹ Ditinjau perspektif ekonomi, tidak menyusui berhubungan dengan kehilangan nilai ekonomi sekitar \$302 milyar setiap tahunnya (0-49%) dari Pendapatan Nasional Bruto.¹⁰

Di Indonesia pemberian ASI bukan hal sulit diterapkan, tetapi permasalahannya adalah pola pemberian ASI yang tidak sesuai dengan konsep ASI eksklusif, seperti memberikan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) lebih dini.

Asupan gizi yang kurang karena pantangan makanan tertentu setelah melahirkan menurut tradisi leluhur, mempengaruhi kualitas dan kuantitas ASI. Menurut penelitian Setyaningsih¹¹ hanya 8,87% ibu yang memberikan ASI eksklusif, sedangkan ibu menyusui tetapi masih memiliki kepercayaan yang kurang mendukung ASI eksklusif sebesar 80,70% dan tradisi yang tidak bertentangan dengan konsep ASI eksklusif sebesar 71,93%. Pola pemberian ASI semacam itu juga pun masih dilakukan di Kabupaten Balangan. Adapun cakupan ASI eksklusif di Kabupaten Balangan adalah 46,1%.

Untuk mengatasi permasalahan ASI eksklusif perlu dilakukan intervensi program kesehatan. Intervensi kesehatan masyarakat adalah segala upaya atau kebijakan untuk meningkatkan kesehatan baik individu dan komunitas yang berdampak positif pada kesehatan masyarakat. Intervensi dilakukan dengan menetapkan jenis intervensi yang diprioritaskan agar program tercapai secara efektif dan efisien.¹² Dalam tulisan ini menjabarkan rekomendasi upaya intervensi, baik perbaikan dan pengembangan program maupun pemanfaatan potensi lokal untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif sesuai permasalahan yang ditemui di lapangan.

METODE

Tulisan ini merupakan artikel kebijakan berdasarkan hasil penelitian kualitatif dengan pendekatan etnografi kesehatan, yang dilakukan oleh Rukmini dkk. berjudul “Menyusui dalam Bingkai Tradisi, pada Etnik Dayak Meratus dan Banjar”. Riset etnografi tersebut, berdasarkan kesepakatan peneliti dan Dinas Kesehatan Kabupaten Balangan, ditetapkan masalah kesehatan prioritas untuk diatasi adalah rendahnya cakupan ASI eksklusif. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya cakupan ASI eksklusif.¹³

Metode etnografi menurut Campbell dan Lassiter¹⁴ menjabarkan data secara deskriptif seluruh peristiwa, kejadian, nilai, gagasan, dan fenomena yang ada di dalam suatu komunitas. Menurut Vari *et al*,¹⁵ cara hidup masyarakat

secara tradisi memengaruhi pandangan terhadap kesehatan serta kualitas kesehatannya. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Uren di Kabupaten Balangan Kalimantan Selatan, di Desa Mauya (etnik Banjar) dan Desa Marajai (dominasi etnik Dayak Meratus). Informan terdiri dari informan utama adalah ibu yang memiliki bayi 0-6 bulan yaitu sebanyak 8 orang di Desa Mauya dan 8 orang di Desa Marajai. Sedangkan informan pendukung masing-masing 1 orang di setiap desa yaitu bidan kampung (2 orang), tokoh adat/tokoh masyarakat (2 orang) dan petugas kesehatan (2 orang). Pemilihan informan berdasarkan metode *purposive sampling* dan *snowball sampling*. Pengumpulan data dengan *participant observation*, peneliti menetap di lokasi selama 50 hari untuk mengobservasi segala peristiwa, perilaku, fenomena, nilai, dan gagasan masyarakat. Pengumpulan data juga dilakukan dengan wawancara mendalam dan wawancara tidak terstruktur, dokumentasi audio visual, dan penelusuran data sekunder di fasilitas dan petugas kesehatan.

Analisis data berdasarkan temuan faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya cakupan ASI eksklusif, yang dibagi dalam 3 aspek yaitu faktor predisposisi, pemungkin dan pendorong. Kemudian dilakukan pemetaan masalah yang penting untuk perumusan intervensi yang tepat, baik dengan perbaikan program kesehatan, penciptaan program baru maupun pemanfaatan potensi lokal berdasarkan pengetahuan lokal. Artikel ini juga dilandasi dengan peraturan perundangan, literatur, dan hasil penelitian dalam upaya peningkatan cakupan ASI eksklusif.

HASIL

Artikel ini disusun dengan tema yang bertujuan untuk memberikan rekomendasi intervensi program peningkatan cakupan ASI eksklusif di Kabupaten Balangan, yang dijabarkan dalam beberapa subtema yaitu cakupan pelayanan kesehatan ibu, faktor-faktor dibalik rendahnya cakupan ASI eksklusif, potensi lokal pengobatan tradisional, konteks kebijakan dan rekomendasi strategi intervensi untuk peningkatan cakupan ASI eksklusif.

Tabel 1. Cakupan Kelas Ibu Hamil, Persalinan Nakes, dan ASI Eksklusif Informan Utama di Desa Mauya dan Desa Marajai, Juni 2016

Asal Desa Informan	Kelas Ibu Hamil				Persalinan Ditolong Nakes				ASI Eksklusif			
	Ikut		tidak		Iya		tidak		iya		tidak	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mauya	6	75%	2	25%	3	37%	5	63%	3	37%	5	63%
Marajai	3	37%	5	63%	1	12%	7	88%	1	12%	7	88%

Sumber : Data primer hasil wawancara

Tabel 2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Rendahnya Cakupan ASI Eksklusif di Desa Mauya dan Marajai Kabupaten Balangan, Tahun 2016

No.	Faktor	Aspek	Keterangan
1.	Predisposisi adalah faktor yang melatarbelakangi praktik ASI eksklusif, yang berasal dari ibu dan bayi yang berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif	<p>Pengetahuan masih rendah</p> <p>Pendidikan ibu rendah</p> <p>Motivasi ibu</p> <p>Pengalaman ibu dalam pemberian makanan prelakteal dini</p> <p>Kepercayaan terhadap <i>mauk</i> (<i>mauk</i> = penyakit/gangguan setelah persalinan atau masa nifas berupa perdarahan, sakit kepala, lemah, rambut rontok, badan sakit dsb)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Belum memahami ASI eksklusif diberikan selama 6 bulan tanpa makanan tambahan - Pemberian makanan pendamping ASI terlalu dini, mulai sejak lahir (pisang atau nasi dihaluskan). - ASI yang pertama (kolostrum) dianggap sebagai susu yang sudah rusak dan tak baik diberikan pada bayi, dapat menyebabkan diare, muntah, dan masuk angin <p>SD, tertinggi SLTP, putus sekolah, bahkan tidak sekolah sama sekali.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sebagian besar ibu yang bekerja di kebun, sehingga memberikan MP ASI sebelum usia 6 bulan. - Merasa nyaman dan aman bersalin di rumah <p>Ibu yang bayinya tidak mengalami gangguan akibat makanan prelakteal dini, cenderung bersikap negatif terhadap pemberian ASI eksklusif.</p> <p>Pantangan makanan tertentu pada masa nifas karena dianggap penyebab <i>mauk</i> sehingga asupan gizi berkurang berakibat menurunnya produksi ASI. Makanan yang tidak diperbolehkan daging, telur, ikan laut, sayur-sayuran (sayur keladi, cabe, terong, dsb) dan buah-buahan (jeruk, nanas, pepaya dsb), ikan yang dipelihara dengan memakan <i>bama</i> (pelet), ayam pedaging, dsb. Ibu hanya boleh makan nasi, garam, lada, ikan gabus, sayur pisang.</p>
2.	Pemungkin merupakan faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi praktik ASI eksklusif	<p>Masalah payudara</p> <p>Inisiasi menyusui dini (IMD)</p> <p>Program kesehatan</p> <p>Tenaga kesehatan</p> <p>Ketersediaan sarana dan prasarana</p>	<p>ASI tidak keluar, payudara bengkak.</p> <p>Belum dilakukan, setelah lahir bayi langsung dimandikan karena lebih banyak ditolong dukun bayi.</p> <p>Cakupan program peningkatan ASI eksklusif melalui kelas ibu hamil masih rendah</p> <p>Bidan desa belum menetap di Desa Marajai</p> <p>Masih minim, di Desa Marajai, listrik dan Polindes belum tersedia, Desa Mauya sudah tersedia. Di kedua desa merupakan daerah terpencil, jalanan belum beraspal/tanah dan tidak ada transportasi umum.</p>
3.	Pendorong adalah berasal dari luar kondisi ibu dan anak yang turut memperkuat perilaku tidak melakukan praktik ASI eksklusif	<p>Penolong persalinan</p> <p>Lingkungan sosial budaya, ekonomi</p> <p>Akses media dan informasi</p>	<p>Masih didominasi dukun bayi (12 orang ditolong dukun, dari 16 ibu/responden)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominasi keluarga dan orangtua dalam penentuan penolong persalinan di dukun, praktek pemberian makanan prelakteal dini, pantangan terhadap makanan di masa nifas - Faktor ekonomi yang rendah, berdampak kurangnya akses untuk ke tenaga kesehatan, kurangnya pemenuhan gizi ibu (ASI berkurang) dan menuntut ibu bekerja yang menghambat pemberian ASI. <p>Akses media dan informasi masih sangat terbatas. Di Desa Marajai belum tersedia listrik dan sinyal telekomunikasi</p>

Sumber : Data primer hasil wawancara

Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu

Tabel 1 menunjukkan, baik di Desa Mauya dan Desa Marajai sebagian besar persalinan tidak ditolong oleh tenaga kesehatan (nakes) dan tidak menyusui ASI eksklusif dan yaitu masing-masing di Desa Mauya (63%) dan Desa Marajai 63%). Untuk kelas ibu hamil, Desa Marajai sebagian besar sudah ikut (75%), sedangkan Desa Mauya sebagian besar tidak mengikuti kelas ibu hamil (63%).

Faktor – Faktor dibalik Rendahnya Cakupan ASI Eksklusif

Pada dasarnya faktor yang memengaruhi rendahnya cakupan ASI eksklusif baik di Desa Mauya dan Desa Marajai relatif sama. Cakupan ASI eksklusif dipengaruhi oleh aspek ibu dan bayi, ketersediaan pelayanan kesehatan, aspek sosial budaya, ekonomi, penolong persalinan dan akses informasi. Peneliti membagi menjadi tiga faktor utama yakni faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong (Tabel 2).

Faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong saling memiliki keterkaitan dalam praktik ASI eksklusif. Permasalahan yang muncul dari tiga faktor tersebut, tidak berjalan sendiri-sendiri tetapi ada keterkaitan, baik langsung maupun tidak langsung.

Potensi Lokal Pengobatan Tradisional

Hasil menunjukkan, terdapat pengetahuan lokal seperti *tatamba kampung* (obat tradisional) yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi permasalahan ibu nifas dan menyusui. Penggunaan *tatamba kampung* untuk melancarkan ASI tidak hanya dengan mantra (*Banyu tawar* dan *gantar*), tetapi juga dengan menggunakan jenis akar-akaran dan pucuk daun. Jenis daun adalah *urung* (daun kapas), pucuk daun cabai, pucuk daun pepaya, atau daun *lalatung* yang dihangatkan untuk mengompres payudara yang berfungsi untuk merangsang produksi ASI.

Pernyataan Ibu I, dari Desa Marajai, yang menggunakan beberapa jenis pucuk daun untuk memperlancar produksi ASI.

“Saya dulu diambilkan urung (daun kapas), pucuk daun cabai, pucuk daun pepaya.

Dihangatkan lalu diletakkan di sekitar puting. Tiga kali sehari, siang, malam, setelah itu keluar ASInya.”

Pengalaman istri Bapak T, penghulu adat di Desa Mauya, untuk melancarkan ASI dengan jenis daun *Lalatung*.

“Kalau orang mau mengasih ASI misalnya ASInya ga ada, ada daun. Daun lalutung, kan ada getahnya putih, bisa dari getah paya-paya, tetapi itu encer ASInya, yang bagus daun lalutung tadi, yang muda diambil, dibara ke api. Paling sehari semalam itu sudah ada airnya, bagus banget bu ai, aku berapa ikung anak kaya itu pang.”

Konteks Kebijakan

Regulasi yang mendasari pelaksanaan ASI eksklusif di Indonesia adalah Undang-Undang No. 36 Tahun 2009. Pasal 128 menyatakan : (1) Setiap bayi memiliki dan harus dipenuhi haknya untuk mendapatkan ASI secara eksklusif sejak dilahirkan selama 6 bulan; (2) Memberikan perlindungan dan dukungan kepada ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya; dan (3) Meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah daerah, dan pemerintah untuk mendukung ibu dan bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus.⁶

Peraturan Presiden No. 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), dimulai sejak saat konsepsi (pertemuan sel sperma dan sel telur), perkembangan janin dalam kandungan hingga bayi berumur 2 tahun. Indikator spesifik program tersebut untuk ibu menyusui dan anak 0-23 bulan diwujudkan dengan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan ditambah makanan pendamping ASI setelah umur 6 bulan.¹⁶

Pasal 6 Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif menyatakan bahwa setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya.⁵ Bila ditinjau dari aspek : 1) Isu hukum, PP ini memberikan arahan kepada setiap ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya; 2) Implikasi hukum,



Gambar 1. Daun *Urung* dan *Lalutung* untuk Memperlancar ASI

*Sumber: Dokumentasi Peneliti

PP ini memberikan arahan dan seruan untuk ibu memberikan ASI eksklusif, tetapi arahan ini tidak memiliki sanksi hukum; 3) Solusi hukum, para pihak harus mendorong dan memfasilitasi agar ibu dapat memberikan ASI eksklusif kepada bayinya dan ibu tidak boleh dikriminalisasi atau diberikan sanksi berdasarkan pasal seruan tersebut.

Pasal 3 Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 15 Tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu menyebutkan bahwa pengurus tempat kerja dan penyelenggara tempat sarana umum harus mendukung program ASI eksklusif. Dukungan dilakukan melalui penyediaan fasilitas khusus untuk menyusui dan/atau memerah ASI, pemberian kesempatan ibu yang bekerja memberikan ASI kepada bayi atau memerah ASI di tempat kerja, pembuatan peraturan internal yang mendukung keberhasilan program ASI eksklusif dan penyediaan tenaga terlatih.¹⁷

Kebijakan dan regulasi tentang ASI eksklusif sudah tersedia, tetapi kenyataan di lapangan masih banyak masyarakat yang tidak mengetahui pentingnya pemberian ASI eksklusif terutama di pedesaan terpencil. Masyarakat belum memahami bahwa ASI eksklusif diberikan selama 6 bulan, tanpa makanan pendamping ASI. Mereka telah memberikan ASI, tetapi tidak sesuai konsep ASI eksklusif. Oleh karena itu, perlu upaya strategi program untuk peningkatan pemberian ASI eksklusif yang menjangkau

masyarakat khususnya masyarakat pedesaan.

Adanya budaya masyarakat untuk memberikan makanan tambahan pendamping ASI sebelum usia bayi 6 bulan seperti pisang, nasi dan susu, seperti pernyataan Ibu S (bidan kampung).

“Kalau kami dikampung ini, tidak ada sih yang ibaratnya susu itu membeli. Susu sendiri saja, sama pisang juga, pisang itu sebelum ibunya ada air susunya. Kalau dia mau makan, seperti bubur, kalau tidak mau, semata air susu saja yang diberi. Sebagian anak-anak ada yang sudah bisa makan, seperti bubur, nasi dihaluskan, bisa juga pakai banyu bamati (air yang sudah masak) untuk melarutkan makanan itu”.

Rekomendasi Strategi Intervensi untuk Peningkatan Cakupan ASI eksklusif

Berbagai kebijakan dan program untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif telah digulirkan di Indonesia, tetapi tidak semua program tersebut dapat diterapkan di setiap lokasi, misalnya program penyediaan fasilitas laktasi. Program semacam ini tentunya tidak akan relevan bila diterapkan di pedesaan. Untuk itu akan dibahas beberapa upaya program yang dapat meningkatkan cakupan ASI eksklusif terutama di pedesaan.

Untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif yang sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan fisik, intelegensi dan emosional bayi maka perlu dilakukan intervensi

yang komprehensif dan terintegrasi baik pada peningkatan kualitas program pelayanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan kerjasama lintas sektor serta pemanfaatan potensi budaya lokal. Adapun rekomendasi strategi intervensi peningkatan cakupan pemberian ASI eksklusif hasil temuan riset ini adalah :

A. Intervensi Berbasis Program Pelayanan

Kesehatan

Program Kesehatan yang dapat dilakukan untuk mendukung pemberian ASI eksklusif adalah :

a. Konselor Laktasi

Berdasarkan PP No. 33 Tahun 2012, pemerintah pusat dan daerah harus berperan menyediakan konselor laktasi di fasilitas kesehatan, yang mempunyai kompetensi membantu ibu dan keluarganya melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan ASI eksklusif selama 6 bulan, melalui pelatihan yang tersertifikasi. Kenyataan di lapangan, tidak semua puskesmas mempunyai petugas konseling atau konselor menyusui yang terlatih.¹⁸

Oleh karena itu, perlu adanya pemenuhan konselor laktasi di fasilitas kesehatan, baik dari tenaga bidan atau tenaga kesehatan lainnya. Untuk mengatasi keterbatasan nakes, konselor ASI bisa berasal dari masyarakat, kader Posyandu atau ibu yang telah berhasil memberikan ASI eksklusif yang dilatih. Ujung tombak pelaksanaan konseling menyusui adalah konselor menyusui.

b. Peningkatan Kualitas Surveilans Gizi

Data ASI eksklusif di puskesmas diperoleh dari pelaporan KIA dan indikator surveilans gizi, bagi ibu yang berkunjung di puskesmas dan jaringannya. Tetapi, informasi ini tentunya belum cukup karena data yang tersedia adalah data ibu yang berkunjung ke fasilitas.¹³ Oleh karena itu perlu peningkatan surveilans gizi untuk memperoleh informasi pencapaian ASI eksklusif dan IMD, melalui pendataan di masyarakat untuk menjaring informasi ibu yang tidak mengunjungi

faskes. Petugas harus mengumpulkan dan mengolah data secara baik dan benar sehingga menghasilkan informasi valid yang bermanfaat untuk *monitoring* dan evaluasi program untuk perumusan kebijakan dan strategi intervensi program peningkatan praktik ASI eksklusif.

c. Kebijakan Penolong Persalinan oleh Tenaga Kesehatan

Penolong persalinan berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif. Ibu yang melahirkan dengan tenaga kesehatan lebih menerapkan IMD dan ASI eksklusif, sehingga mencegah pemberian makanan prelakteal dini. Kenyataannya di pedesaan, masih banyak pertolongan persalinan dilakukan oleh dukun atau keluarga. Oleh karena itu kebijakan penolong persalinan harus ditingkatkan dengan pemenuhan penyediaan bidan desa, dimana setiap desa harus memiliki bidan desa yang menetap terutama daerah yang terpencil.

Penelitian Rukmini dkk.¹³ menunjukkan, proses persalinan masih sering dibantu oleh non nakes yaitu dukun beranak (*bidan kampung*), anggota keluarga atau suami. Pada dasarnya faktor dalam penentuan pemilihan penolong persalinan, relatif sama antara suku Dayak dan suku Banjar, dijelaskan pada Tabel 2, tetapi suku Dayak Meratus di Desa Marajai, menempati daerah yang lebih terpencil di lereng gunung dan pedalaman hutan sehingga kesulitan untuk mengakses layanan kesehatan.

Pemilihan *bidan kampung* sebagai penolong persalinan karena lebih murah dan sesuai dengan kemampuan ekonomi, seperti pernyataan Bapak I.

“Sudah direncanakan pang khusus bidan kampung. Waktu itu biasa saja kan, soalnya biayanya kurang mampu, jadinya memilih bidan kampung, (bayar) keikhlasan kita saja, kan bidan kampung itu hanya dengan beras, gula, gula merah, telur ayam, benang, minyak, tatali, itu adatnya. Uang serelanya kita saja. Itu diberikan ketika dilaksanakan tepung tawar”

Ibu H lebih memilih persalinan dibantu oleh *bidan kampung* daripada tenaga kesehatan, karena merasa lebih nyaman, aman, dan tidak khawatir menjadi pembicaraan jika persalinan mengalami kesulitan.

“Iya kesepakatan bersama. Kami saja kalau nggak ada keluhan apa-apa, kalau nggak ada masalah ya tenang-tenang saja, nggak mau rame-rame orang banyak tahu, itu lama baru ngelahirin, kan malu. Jadi kan di sini adat kan lama ngelahirin, nggak mau digosipin.”

Kesulitan akses layanan kesehatan dirasakan oleh Bapak A, istrinya melahirkan di rumah dan tidak sempat memanggil tenaga kesehatan karena jaraknya jauh.

“Saya minta bantu bidan kampung untuk menolong persalinan. Jadi menjemput bidan kampung sudah pukul 5 pagi. Nggak lama dipijit bidan kampung lalu keluar tambuni (plasenta), kalau untuk bayinya saya sendiri yang menolong. Tidak sempat untuk memanggil bidan, jadi saya dan ibu memutuskan untuk melahirkan di rumah saja.”

d. Edukasi ASI Eksklusif

Tenaga kesehatan perlu melaksanakan pendampingan, pemberian informasi, dan edukasi ASI eksklusif dan IMD yang lebih intensif selama masa hamil hingga menyusui, bertujuan meningkatkan pengetahuan ibu dan keluarga dan membangun tingkat kepercayaan terhadap tenaga kesehatan. Sasaran pembelajaran ASI eksklusif tidak hanya ibu hamil tetapi juga suami dan keluarga, yang berguna meningkatkan dukungan lingkungan sosial, baik melalui program kelas ibu hamil atau pelayanan kesehatan lain di Posyandu, Poskesdes, dan Polindes.

Baik etnik Dayak Meratus dan etnik Banjar, faktor keluarga dan orangtua dari ibu bersalin sangat dominan menentukan dalam pemberian ASI dan makanan pendamping ASI. Pengetahuan mengenai makanan pendamping ASI, diperoleh masyarakat secara turun temurun. Menurut Ibu M (bidan kampung), bila ada ibu yang melahirkan

maka masyarakat yang menjenguk membawa pisang untuk makanan prelakteal bayi.

“Kalau di sini setelah melahirkan itu ada yang membawakan mengantarkan, iya dikasih pisang.”

Pengalaman yang sama dipaparkan Bapak AS, yang sudah memiliki tiga anak, dalam memberikan pisang saat anaknya lahir.

“Bahkan anak saya sendiri pun kemarin yang anak pertama itu ibunya kan air susunya nggak keluar, jadi dikasih pisang juga oleh saya.”

B. Pemberdayaan Ibu, Keluarga, dan Masyarakat

a. Peningkatan Peran Ibu, Suami dan Keluarga

Untuk perluasan program ASI eksklusif, puskesmas dapat melibatkan ibu atau keluarga untuk menyosialisasikan praktik ASI eksklusif ke masyarakat lingkungan tempat tinggalnya. Keterlibatan ibu, suami dan keluarga yang telah berhasil mempraktikkan pemberian ASI eksklusif sangat diperlukan. Ibu yang lulus praktik ASI eksklusif menjadi contoh bagi ibu lainnya, dengan berbagi pengalaman memberikan ASI eksklusif, manfaat yang dirasakan terhadap kesehatan ibu dan anak, baik dari aspek fisik, psikologis, dan ekonomi keluarga.

Dari studi ini, informan yang menyusui ASI eksklusif sebanyak 3 orang (Desa Mauya, etnik Banjar) dan 1 orang (Desa Marajai, etnik Dayak). Misalnya, pengalaman Ibu RJ, yang memiliki pemahaman serta motivasi yang tinggi untuk memberikan ASI eksklusif dan menghindari pemberian makanan prelakteal, bisa menjadi contoh yang baik.

“Bila menyusui susunya belum berair, tidak usah diapa-apakan, tidak diberi apa-apa (red: bayi), tetapi disusui terus tidak diberi apa-apa. Walau tidak berair susunya tetap disusui. Dua hari itu benar-benar tidak ada ASI-nya, tapi

tidak khawatir karena sudah disarankan oleh bidannya.”

b. Kemitraan dengan Bidan Kampung (Dukun bayi)

Peningkatan dan revitalisasi program kemitraan bidan dan *bidan kampung*, dengan pelatihan dan pendampingan tentang KIA. Materi pelatihan kepada *bidan kampung* lebih diperluas sesuai dengan kebutuhan pelayanan KIA yaitu perawatan dan faktor risiko kehamilan, persalinan, pasca persalinan, IMD, ASI eksklusif, makanan prelakteal, gizi ibu hamil & menyusui serta tumbuh kembang anak. Pelatihan bertujuan meningkatkan pengetahuan pada *bidan kampung* untuk pelayanan KIA yang komprehensif, sehingga dapat menghindari praktik yang tidak sesuai dengan medis, namun tidak menghilangkan tradisi dan ritual kunci yang tidak bertentangan dengan kesehatan.

Penelitian Rukmini dkk.¹³, menemukan praktik yang tidak sesuai medis pada ibu melahirkan adalah pemotongan tali pusat dengan bambu dan pemberian makanan/minuman prelakteal (seperti pisang, madu, air dsb) bagi bayi baru lahir. Bapak U (*bidan kampung*) di Desa Marajai, menyatakan penggunaan bambu sebagai pemotong tali pusat merupakan cara agar bayi terhindar dari penyakit.

...”Jika melahirkan, lalu dipotong tali pusat setelah itu dimandikan (bayinya), pemotong tali pusat pun tidak boleh besi, adat kami dahulu tidak boleh besi, pakai bambu diambil sembilu (bagian luar yang tajam). Besi itu benda yang berpenyakit, menurut sejarahnya itu memang bambu. Lalu sembilu dari bambu dimantrakan (tawar wisa) dulu supaya tidak bengkak, tali pusat diikat menggunakan ringit (tali terbuat dari kulit kayu).”

Ritual lainnya di wilayah Desa Mauya dan Marajai terkait ibu pasca melahirkan dan bayi baru lahir adalah tradisi *tepung tawar*, yang bertujuan sebagai prosesi pembersihan, penebusan bayi dan wujud syukur atas kelahiran anak mereka, seperti

pernyataan Ibu I, dari Desa Marajai.

“Untuk syarat yang di siapakan kepada bidan yang memotong tali pusat, tatali, beras ketan, minyak, gula aren, kelapa, kain putih, diletakan ke dalam bakul, tujuannya untuk diserahkan kepada yang memotong tali pusat bayi. Gunanya untuk pembersihan bidan yang memegang bekas darah-darah bayi.”

Dari tradisi tersebut, maka kemitraan antara bidan dan *bidan kampung* dapat dilakukan sesuai dengan peran masing-masing. Bidan dapat melakukan pendampingan dan transfer ilmu kepada bidan kampung untuk penanganan ibu melahirkan dan bayi baru lahir. Sedangkan *bidan kampung* dapat membantu ritual budaya pasca kelahiran bayi yang tidak bertentangan dengan konsep medis, seperti ritual *tepung tawar*.

c. Kemitraan dengan Toma/Toga dan Organisasi Kemasyarakatan

Kedudukan tokoh masyarakat (toma) dan tokoh agama (toga) perlu dimanfaatkan dalam sosialisasi program kesehatan karena kedudukannya lebih tinggi dalam tatanan sosial sehingga memiliki pengaruh dalam kehidupan bermasyarakat. Kondisi tersebut merupakan potensi yang bisa dimanfaatkan untuk menyebarkan praktik ASI eksklusif kepada masyarakat.

Penelitian Rukmini dkk.¹³, di samping keluarga, lingkungan sosial juga turut mempengaruhi secara tidak langsung praktik ASI eksklusif. Masyarakat di Desa Mauya dan Marajai merupakan masyarakat yang masih kental akan tradisi. Pengetahuan kesehatan masyarakat lebih banyak didapatkan dari orangtua, tetangga dan tokoh masyarakat merupakan lingkungan sosial kedua.

d. Kemitraan dengan Organisasi Kemasyarakatan

Pemberdayaan masyarakat dapat melibatkan organisasi sosial yang ada di

pedesaan, misalnya organisasi sosial keagamaan, kepemudaan, tani, dan sebagainya. Puskesmas atau tenaga kesehatan perlu memberdayakan organisasi sosial untuk membantu melaksanakan kegiatan untuk mendukung peningkatan kualitas kesehatan termasuk pemberian ASI eksklusif di masyarakat. Kegiatan yang dilakukan sesuai dengan sasaran dan ruang lingkup organisasi tersebut.

Upaya tersebut dilakukan melalui advokasi program ASI eksklusif. Advokasi sebagai salah satu komunikasi interpersonal maupun massa yang ditujukan pada penentu kebijakan (*policy makers*) atau pembuat keputusan (*decision makers*) di semua tingkatan sosial yang bertujuan sebagai *political commitment, policy support, social acceptance, and system support*.²⁰ Dengan demikian akan tercipta pemahaman dan komitmen bersama sehingga program kesehatan tidak hanya menjadi program puskesmas tetapi dapat menjadi kegiatan bersama masyarakat. Pelaksanaan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi untuk menjalin kemitraan dengan berbagai pihak dapat dilakukan oleh petugas promosi kesehatan puskesmas.²⁰

Informasi bidan koordinator (Ibu H) dalam riset ini, Puskesmas mengalami kesulitan untuk menyosialisasikan ASI eksklusif, karena kurangnya minat masyarakat untuk mengikuti kelas ibu hami jika tidak ada imbalannya, sedangkan anggaran puskesmas terbatas.

“Harus ada kaya diiming-imingi gitu. Ada pang semalam rencana konsultasi sama bidan desa. Katanya ngga mau, katanya. Lapah-lapah (red: capek) turun dari gunung ngga dapat apa-apa”

Oleh karena itu, perlu melakukan pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan seluruh komponen masyarakat dan organisasi sosial dengan advokasi ASI eksklusif melalui pelatihan sehingga dapat membantu puskesmas.

C. Kerjasama Lintas Sektor

Kerjasama lintas sektor perlu dilakukan untuk mengembangkan strategi peningkatan praktik ASI eksklusif. *Stakeholder* yang mempunyai potensi untuk kerja sama adalah Dinas Kesehatan dan jaringannya, Dinas Pendidikan, Dinas Pemberdayaan Perempuan, BKKBN, Bappeda, Departemen Agama/KUA, Dinas Sosial, pihak swasta, bupati dan gubernur. Setiap level *stakeholder* tersebut mempunyai peran, tugas pokok dan fungsi yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan strategi peningkatan ASI eksklusif.

D. Intervensi Berbasis Potensi Lokal

Hasil riset menunjukkan terdapat obat tradisional yang digunakan untuk ibu hamil, bersalin dan masa nifas serta untuk memperlancar ASI. Potensi pengetahuan lokal, dengan *tatamba kampung* atau obat tradisional dapat dimanfaatkan untuk mengobati permasalahan kesehatan ibu. Penelitian obat dan saintifikasi jamu perlu dilakukan misalnya tanaman obat untuk keluhan payudara dan melancarkan ASI, sehingga dapat dibuktikan secara ilmiah tentang pengetahuan lokal yang sudah diyakini masyarakat. *Tatamba kampung* diharapkan menjadi alternatif penyelesaian masalah bagi keluhan ibu pasca persalinan yang lebih familiar dengan memanfaatkan potensi keanekaragaman hayati di lingkungan tempat tinggal mereka.

PEMBAHASAN

Penelitian Rukmini dkk.¹³ menunjukkan di Desa Mauya dan Marajai di Kabupaten Balangan, cakupan pemberian ASI eksklusif masih rendah disebabkan multifaktor. Pengetahuan masyarakat pedesaan tentang asupan gizi pada masa kehamilan dan masa nifas masih rendah, keyakinan berpantang terhadap makanan tertentu pada masa nifas, berpengaruh terhadap produksi ASI dan mempunyai kebiasaan memberikan makanan prelakteal dini, seperti pisang dsb. Pendidikan ibu sangat rendah dan sebagian besar bekerja sebagai petani di kebun atau di sawah.

Hal ini sesuai penelitian Yunarsih,²¹ faktor yang berpengaruh terhadap praktik ASI eksklusif adalah pendidikan, informasi tentang cara menyusui dan dukungan masyarakat. Pendidikan berkaitan dengan kemampuan ibu untuk menerima informasi yang berpengaruh terhadap pengetahuan dan persepsi ibu mengenai keuntungan dan kerugian menyusui. Dukungan masyarakat merupakan faktor eksternal terbesar pengaruhnya terhadap ASI eksklusif, terkait dengan budaya dan norma yang diyakini oleh keluarga, teman dan masyarakat karena dampaknya terhadap rasa percaya diri ibu. Penelitian Kurniawan²² menemukan, faktor yang menghambat keberhasilan ASI eksklusif adalah usia tua, ibu bekerja, pemberian susu formula di instansi pelayanan kesehatan, MP-ASI dini pada bayi usia <6, bulan dan pemakaian empeng (*pacifier*). Pemberian MP ASI dini merupakan faktor determinan negatif yang paling kuat Penelitian Murhan²³ menunjukan umur ibu yang tidak berisiko, pendidikan menengah keatas, tidak bekerja, dukungan suami, paritas lebih > 1, merupakan faktor yang mendukung perilaku pemberian ASI eksklusif.

Pemberian ASI sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan bayi. Penelitian Rahmad,²⁴ menunjukan bayi mendapatkan ASI eksklusif mengalami pertumbuhan normal sebesar 78,9%, sedangkan yang tidak mendapatkan ASI eksklusif hanya sebesar 15,2% dan bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif berpeluang 21 kali mengalami gangguan pertumbuhan.

Dari aspek program pelayanan kesehatan, ASI eksklusif telah disosialisasikan di kelas ibu hamil Puskesmas Uren Kabupaten Balangan, tetapi kurang berjalan optimal karena tidak banyak ibu yang berkunjung. Kondisi Desa Marajai, diperparah dengan jarak tempuh yang jauh, jalan rusak dan tidak tersedianya transportasi umum. Penelitian Alifah²⁵ terkait program ASI eksklusif di puskesmas menunjukkan manajemen pelaksanaan masih lemah, tim pelaksana program masih kurang, tidak ada pembiayaan, minimnya

sarana prasarana (tidak ada poster, *leaflet*, dan ruangan laktasi, laktasi kit jarang digunakan), belum ada *job description* yang jelas, kurangnya koordinasi antar petugas dan belum memiliki perencanaan terprogram untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif.

Rekomendasi tulisan ini menekankan pentingnya peran petugas kesehatan untuk melaksanakan konseling meningkatkan pemahaman dan pengetahuan ibu dan keluarga tentang ASI eksklusif. Penelitian Kusumaningrum dkk.²⁶ menunjukkan faktor yang memengaruhi keberhasilan ASI eksklusif adalah informasi dan promosi yang didapatkan ibu menyusui, peran petugas kesehatan, dukungan keluarga dan anatomi fisiologi payudara ibu menyusui.

Lokasi Desa Mauya dan Marajai yang terpencil sehingga membatasi akses ke puskesmas, sehingga menghambat peran petugas kesehatan dalam konseling ASI eksklusif. Oleh karena itu, dibutuhkan konselor ASI yang mampu memberikan konseling ASI dan konseling gizi yang menjangkau sasaran ibu dan masyarakat di perdesaan. Sejalan hal tersebut, di Indonesia telah terbentuk Ikatan Konselor Menyusui Indonesia (IKMI), merupakan mitra pemerintah dalam upaya peningkatan pemberian ASI dan melaksanakan pelatihan konselor laktasi. Diperkirakan 3.000 tenaga konselor menyusui sudah dilatih oleh beberapa lembaga di Indonesia dengan latar belakang pendidikan beragam.²⁷

Konseling ASI yang sesuai standar dan kualitas yang baik, akan meningkatkan pengetahuan, efikasi diri, kemampuan dan keberhasilan pemberian ASI, baik diberikan pada antenatal maupun pasca nifas. Penelitian Vidayanti²⁸ membuktikan konseling laktasi berpengaruh terhadap efikasi diri dan kemampuan menyusui ibu yang lebih baik terhadap bayinya sebesar 3,85 kali. Penelitian Liliana²⁹ menunjukkan konseling laktasi berpengaruh terhadap pengetahuan, kemampuan, dan keberhasilan ibu dalam pemberian ASI. Penelitian Murtirayarini dkk.³⁰ menunjukkan meskipun

puskesmas telah melaksanakan konseling ASI, tetapi masih banyak menemui kendala meliputi 1) Komponen input yaitu kurangnya komitmen konselor, minimnya sumber daya manusia dan keterbatasan sarana prasarana; 2) Komponen aktivitas, belum ada petunjuk teknis konseling menyusui, lemahnya pemantauan pascapelatihan; 3) Komponen *output*, belum dilakukan *monitoring*, supervisi dan evaluasi program konseling, belum ada data jumlah klien yang diberi konseling dan kepuasan klien konseling menyusui.

Dalam penelitian ini juga ditemukan masih kuatnya pengaruh suami, keluarga dan orangtua dalam pemberian ASI eksklusif. Kondisi ini sejalan dengan penelitian Ramadani³¹, dukungan suami berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif, ibu yang suaminya mendukung pemberian ASI eksklusif berpeluang memberikan ASI eksklusif 2 kali daripada yang tidak mendapat dukungan suaminya.

Selain faktor yang telah disebutkan, faktor terpenting dalam keberhasilan ASI eksklusif adalah inisiasi menyusui dini (IMD). Berdasarkan Survei Data Dasar (SDD) ASUH oleh Pusat Penelitian Keluarga Sejahtera Universitas Indonesia (PUSKA-UI) menemukan ibu yang tidak melakukan IMD berisiko memberikan makanan/minuman prelakteal 1,8 kali sampai 5,3 kali dan ibu yang melakukan IMD, 2 sampai 8 kali lebih besar kemungkinannya untuk memberikan ASI secara eksklusif sampai 4 bulan.³²

Berbagai peraturan dan kebijakan program tentang ASI eksklusif telah dibuat, tetapi implementasi kebijakan ASI eksklusif dan IMD di Indonesia masih rendah. Hasil kajian Fikawati³³, menunjukkan cakupan ASI eksklusif masih rendah dan masih kurang optimalnya fasilitasi IMD di Indonesia. Kebijakan ASI eksklusif belum lengkap dan komprehensif, materi IMD belum masuk secara eksplisit dalam kebijakan dan masih lemahnya aspek sistem eksternal dan subsistem kebijakan dalam penyusunan kebijakan ASI eksklusif. Hasil penelitian menunjukkan, faktor yang melatarbelakangi pemilihan tempat dan

penolong persalinan adalah tingkat kepercayaan dengan tenaga kesehatan, hubungan kekerabatan keluarga dan *bidan kampung*, faktor ekonomi, akses terhadap layanan dan jarak tempuh yang jauh. Kepercayaan masyarakat untuk melahirkan di bidan desa sudah mulai meningkat, tetapi sebagian besar masih tetap memilih untuk bersalin dirumah, karena merasa lebih nyaman, sudah tidak kuat ke rumah bidan, jarak yang jauh, akses jalan yang rusak dan tidak adanya transportasi umum.

Permasalahan kesehatan erat kaitannya dengan lingkungan sosial budaya masyarakat. Cara hidup (*way of life*) sangat berpengaruh terhadap kualitas kesehatan. *Systematic review Withers et al*³⁴ terhadap 74 studi di Asia, menunjukkan 45 studi tentang pasca persalinan, sebagian besar kajian tentang kepercayaan dan praktik yang dilakukan yaitu praktik pijat, kondisi sanitasi saat melahirkan, pemanfaatan dukun dan obat tradisional, kepercayaan keseimbangan panas dan dingin, perilaku tabu, sihir, dan takhayul. Penelitian Agus³⁵ menunjukkan, keyakinan makanan dingin seperti susu, jeruk dan sebagainya dihindari selama kehamilan dan masa laktasi karena membahayakan janin dan makan ikan membuat ASI berbau dan rasanya tidak enak. Anjuran dan pantangan makanan tertentu didasarkan keyakinan tentang efek pada pertumbuhan bayi kondisi tersebut yang mempengaruhi produksi ASI yang berdampak pada masih rendahnya cakupan ASI eksklusif.

KESIMPULAN

Praktik ASI eksklusif di Desa Mauya (etnis Banjar) dan Desa Marajai (etnis Dayak Meratus) Kabupaten Balangan masih rendah dipengaruhi beberapa faktor yang relatif sama. Cakupan ASI eksklusif dipengaruhi oleh aspek kesehatan ibu dan bayi, ketersediaan petugas dan fasilitas pelayanan kesehatan, faktor sosial, ekonomi, budaya, kondisi geografis, akses media informasi. Dapat disimpulkan ada tiga faktor utama yakni faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong yang saling terkait dalam praktik ASI

eksklusif. Intervensi program untuk mengatasi permasalahan ASI eksklusif dilakukan secara menyeluruh, komprehensif dan terintegrasi baik pada peningkatan kualitas program pelayanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan kerjasama lintas sektor serta pemanfaatan potensi budaya lokal.

SARAN

Saran penting yang diharapkan mampu meningkatkan cakupan praktik ASI eksklusif, sesuai sasaran intervensi yaitu : (1) Ibu dan keluarga. Keterlibatan ibu dan keluarga, yang telah melaksanakan praktik ASI eksklusif bisa menjadi konselor laktasi, (2) Tokoh masyarakat. Kedudukan tokoh masyarakat, tokoh agama, dan *bidan kampung* yang terpadang merupakan potensi yang bisa dimanfaatkan untuk menyebarkan praktik ASI eksklusif, (3) Dinas Kesehatan dan puskesmas. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, kelas ibu hamil, peningkatan sasaran dan frekuensi pendampingan dan pembelajaran ASI eksklusif baik di puskesmas dan jaringannya, (4) Lintas sektor. Kerjasama lintas sektor perlu dilakukan dengan analisis *stake holder* yang mempunyai tingkat kekuasaan, kepentingan, pengaruh dan dukungan untuk mengembangkan strategi peningkatan praktik ASI eksklusif, (5) Peneliti. Diharapkan melaksanakan penelitian riset intervensi, untuk pengembangan model intervensi dan pemberdayaan untuk peningkatan cakupan ASI eksklusif. Penelitian tentang obat tradisional dan saintifikasi jamu yang merupakan potensi lokal masyarakat untuk mengatasi keluhan payudara dan melancarkan ASI.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada Kepala Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan atas dukungannya. Terima kasih juga kepada Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas Uren, BPS, Kepala Desa, tokoh masyarakat, *bidan kampung*, petugas kesehatan, masyarakat

serta semua pihak yang terlibat di Kabupaten Balangan Provinsi Kalimantan Selatan atas bantuan dan kerja samanya pada pelaksanaan riset etnografi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Menyusui Sebagai Dasar Kehidupan. Infodatin. Jakarta: Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2018. p1–8.
2. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. Kemenkes RI. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Lakip) tahun 2018. Direktorat Pelayanan Kesehatan Tradisional, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta : Kemenkes RI; 2018 [Internet]. Available from: http://yankes.kemkes.go.id/app/lakip2/downloads/2018/KP/kestrad/lakip_kestrad_2018.pdf
4. Kemenkes RI. Kepmenkes No. 450 Th. 2004 tentang Pemberian ASI. Jakarta : Kemenkes RI; 2004.
5. Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Jakarta; 2012.
6. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta; 2009
7. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia; 2019.
8. Balitbangkes Kemenkes RI. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019. 1-674 p.
9. Kemenkes RI. Pedoman Pekan ASI Sedunia (PAS) Tahun 2016. Jakarta : Direktorat Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan RI; 2016.
10. Kemenkes RI. Situasi dan Analisis ASI eksklusif. Infodatin. Jakarta: Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014. p. 1–8.
11. Setyaningsih FTE, Farapti F. Hubungan Kepercayaan dan Tradisi Keluarga pada Ibu Menyusui dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kelurahan Sidotopo, Semampir, Jawa Timur. Jurnal Biometrika dan Kependudukan. 2019;7(2):160.
12. Symond D. Penentuan Prioritas Masalah dan Prioritas Jenis Intervensi Kegiatan Dalam Pelayanan di Suatu Wilayah. Jurnal Kesehatan Masyarakat [Internet]. 2013;7(2):94–100. Available from: 115-235-1-SM.pdf

13. Rukmini, Eka F, Yuli T. Menyusui dalam Bingkai Tradisi, pada Etnik Dayak Meratus dan Banjar. Buku Seri Etnografi. Jogjakarta: Penerbit Kanisius; 2016. 1-259 p.
14. Campbell E, Lassiter LE. Doing Ethnography Today Theories, Method, Exercises. Wiley Blackwell. 2015;1(4):53.
15. Vari P, Vogeltanz-Holm N, Olsen G, Anderson C, Holm J, Peterson H, et al. Community Breastfeeding Attitudes and Beliefs. *Health Care Women Int.* 2013;34(7):592–606.
16. Republik Indonesia. Peraturan Presiden Nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang fokus pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Jakarta; 2013. 1-16 p.
17. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 15 Tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/Atau Memerah Air Susu Ibu. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
18. Prihanti GS, Fujaya MY, Djauhari T, Hermayanti D. Peningkatan Ketrampilan Kader Posyandu dalam Konseling Laktasi sebagai Upaya Menggalakkan ASI Eksklusif. *Jurnal Berkala Ilmu Kedokteran dan Kesehatan.* 2015;1(2):102–11.
19. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
20. Rodiah S, Rosfiantika E, Yanto A. Strategi Promosi Kesehatan Puskesmas Dtp Tarogong Kabupaten Garut. *Jurnal Sosiohumaniora.* 2016;18(1 Maret):55–60.
21. Rahayu D, Yunarsih. Faktor Predisposisi yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberian ASI eksklusif Berdasarkan Teori Maternal Role Attainment Ramona T Mercher. *Jurnal Ilmu Kesehatan.* 2017;6(1):48–55.
22. Kurniawan B. Determinan Keberhasilan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif Determinants of the Successful of Exclusive Breast Feeding. *Jurnal Kedokteran Brawijaya.* 2013;27(4):236–40.
23. Nurhayati, Holiday I, Murhan A. Faktor – Faktor yang berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif di Desa Candi Mas. *Jurnal Keperawatan.* 2015;XI(1):86–95.
24. Hendra A, Rahmad A. Pemberian Asi dan MP - ASI terhadap Pertumbuhan Bayi Usia 6-24 Bulan. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala.* 2017;17(1 April):8–14.
25. Alifah N. Analisis Sistem Manajemen Program Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Candilama Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat [Internet].* 2012;1(2):97–107. Available from: <http://ejournals1.undip.ac.id/index.php/jkm9>
26. Kusumaningrum T, Lestari CP, Sulistyono A. Analisis Faktor Tingkat Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Menyusui. *Jurnal Ners.* 2010;5(1 April):55–61.
27. Indonesia IKM. Ikatan Konselor Menyusui Indonesia. Wadah Seminat Para Konselor Menyusui Indonesia. Semiloka Nas [Internet]. 2011; Available from: www.gkia.org/.../140123050006_4. IKMI - 9 februari 2012. pdf
28. Vidayanti V, Wahyuningsih M. Efektifitas Konseling Laktasi terhadap Efikasi Diri dan Kemampuan Ibu Pasca Bedah Sesar. *Jurnal Keperawatan Respati Jogjakarta [Internet].* 2017;4(April):154–62. Available from: <http://nursingjurnal.respati.ac.id/index.php/JKRY/index>
29. Liliana A, Hapsari ED, Nisman WA. Pengaruh Konseling Laktasi Terhadap Pengetahuan Kemampuan dan Keberhasilan Ibu dalam Pemberian Asi. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta [Internet].* 2017;4(2 Mei):189–93. Available from: <http://nursingjurnal.respati.ac.id/index.php/JKRY/index>
30. Murtiyarini I, Marhaeni D, Herawati D, Afriandi I. Evaluasi Pelaksanaan Konseling Menyusui (Evaluation of Implementation Breastfeeding Counseling). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional [Internet].* 2014;9(1 Agustus):78–86. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/304468084/download>
31. Ramadani M, Hadi EN. Dukungan Suami dalam Pemberian ASI eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Air Tawar Kota Padang , Sumatera Barat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional.* 2010;4(6 Juni):269–74.
32. Fikawati S, Syafiq A. Hubungan Antara Menyusui Segera (Immediate Breastfeeding) dan Pemberian ASI eksklusif sampai dengan Empat Bulan. *Jurnal Kedokteran Trisakti.* 2003;22(2):47–55.
33. Fikawati S, Syafiq A. Kajian Implementasi dan Kebijakan Air Susu Ibu Eksklusif dan Inisiasi Menyusu Dini di Indonesia. *Makara, Kesehatan.* 2010;14(1):17–24.
34. Withers M, Associate MHS, Kharazmi N, Student MPHMPH. Traditional Beliefs and Practices In Pregnancy, Childbirth and Postpartum : A Review of The Evidence from Asian Countries. *Midwifery.* 2018;56(March 2017):158–70.
35. Agus Y, Horiuchi S, Porter SE. Rural Indonesia Women’ S Traditional Beliefs about Antenatal Care. *BMC Res.* 2012;50589.