

FAKTOR RISIKO KEGAGALAN ASI EKSKLUSIF

Catra Ibriza Wendiranti, Hertanto Wahyu Subagio, Hartanti Sandi Wijayanti*)

*) Departemen Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Jln. Prof. H. Soedarto, SH., Semarang, Telp (024) 8453708, Email : gizifk@undip.ac.id

ABSTRACT

Background: Exclusive breastfeeding failure is very common in Indonesia, although it has been recommended by the government. The purpose of this study was to analyze the risk factors of exclusive breastfeeding failure.

Methods: This research was a case-control study with breastfeeding mothers having baby aged 6 to 8 month as the subjects. This study was held in the territory of Puskesmas Pegandan. The total subjects was 70 and divided into case and control groups. Information of husband support, information given by the health provider, birth attendant, place of delivery, familial income, maternal employment status, and the availability of lactation room in the work place were obtained by doing a direct interview. Data were analyzed by crosstabulation and logistic regression.

Results: Almost half of the subjects were in the age group of 20-29 years old with the mean age of mothers was 31,1±5,58. Mothers whose husbands were unsupportive toward exclusive breastfeeding 3,59 times more likely to experience exclusive breastfeeding failure, mothers who gave birth in primary health facility had five times the odds of exclusive breastfeeding failure, and mothers who got incorrect information given by the health provider were 8,06 times more likely to experience exclusive breastfeeding failure.

Conclusion: The risk factors of exclusive breastfeeding failure are unsupportive husband, place of birth in primary health facility, and incorrect information given by the health provider.

Keywords: risk factor, failure, exclusive breastfeeding

ABSTRAK

Latar Belakang: Kegagalan ASI eksklusif sangat umum terjadi di Indonesia, walaupun ASI eksklusif telah dianjurkan oleh pemerintah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko kegagalan ASI eksklusif.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian case-control dengan subjek ibu menyusui yang memiliki bayi usia 6-8 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pegandan. Total subjek penelitian ini sebanyak 70 orang, yang terbagi menjadi kelompok kasus dan kelompok kontrol. Informasi mengenai dukungan suami, pemberian informasi oleh petugas kesehatan, penolong persalinan, tempat bersalin, pendapatan keluarga, status pekerjaan ibu, dan ketersediaan ruang ASI di tempat kerja didapatkan melalui wawancara langsung. Analisis data dengan tabulasi silang 2x2 dan regresi logistik.

Hasil: Hampir separuh subjek penelitian berada di kelompok usia 20-29 tahun dengan rerata usia 31,1±5,58. Ibu menyusui yang tidak didukung suami untuk melakukan ASI eksklusif berisiko 3,59 kali lebih besar untuk mengalami kegagalan ASI eksklusif, ibu menyusui yang melahirkan di fasilitas kesehatan tingkat pertama berisiko 5,18 kali lebih besar untuk mengalami kegagalan ASI eksklusif, serta ibu menyusui yang menerima informasi yang salah dari petugas kesehatan berisiko 8,06 kali lebih besar untuk mengalami kegagalan ASI eksklusif.

Simpulan: Faktor risiko kegagalan ASI eksklusif adalah suami yang tidak mendukung, tempat bersalin di fasilitas kesehatan pertama, dan pemberian informasi yang salah oleh petugas kesehatan.

Kata kunci: faktor risiko, kegagalan, ASI eksklusif

PENDAHULUAN

ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja, tanpa memberikan makanan atau minuman lain kepada bayi, kecuali vitamin, mineral, obat-obatan, dan garam rehidrasi oral. *World Health Organisation* (WHO) menganjurkan agar pemberian ASI dilakukan secara eksklusif sejak bayi lahir hingga bayi berusia enam bulan.^{1,2} Anjuran tersebut telah diikuti oleh berbagai negara di dunia, salah satunya Indonesia. Walaupun ASI eksklusif telah dianjurkan oleh pemerintah, kegagalan ASI eksklusif sangat umum terjadi di Indonesia.

ASI eksklusif sangat penting bagi kelangsungan hidup bayi.³ ASI mengandung *growth factor* dan zat antibodi. *Growth factor* dalam ASI berperan dalam membantu proses pematangan organ

dan hormon, sedangkan zat antibodi berfungsi membantu proses pematangan sistem imun. Proses pematangan sistem imun sangat penting karena sistem imun bayi baru lahir belum sempurna.^{3,4} Apabila ASI tidak diberikan secara eksklusif, proses pematangan sistem imun akan terganggu dan menyebabkan bayi mudah terserang infeksi. Penanganan infeksi yang terlambat dapat memicu kematian.⁵ Selain itu, kegagalan ASI eksklusif juga dapat mengganggu proses pematangan organ dan hormon.

Cakupan ASI eksklusif bervariasi di berbagai negara. Hasil survei *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) di Amerika Serikat pada tahun 2014 menunjukkan bahwa bayi yang mendapat ASI eksklusif hingga usia tiga bulan sebanyak 40,7% dan

18,8% bayi mendapat ASI eksklusif hingga usia enam bulan.⁶ Sementara itu, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 menunjukkan adanya peningkatan persentase bayi usia 4-5 bulan yang mendapat ASI eksklusif dari 17% pada tahun 2007 menjadi 27% pada tahun 2012.⁷ Berdasarkan hasil laporan Puskesmas di Kota Semarang tahun 2015, sebanyak 10.625 bayi usia 0-6 bulan (64,69%) mendapat ASI eksklusif. Angka tersebut sudah melebihi target Renstra Kota Semarang, yaitu 55%. Namun, masih terdapat Puskesmas yang belum mencapai target tersebut. Salah satunya adalah Puskesmas Pegandan dengan cakupan ASI eksklusif hanya sebesar 43,69%.⁸

ASI eksklusif merupakan suatu perilaku sehingga faktor-faktor yang memengaruhi ASI eksklusif adalah faktor-faktor yang memengaruhi perilaku. Menurut teori perilaku Lawrence Green, terdapat tiga faktor yang dapat membentuk perilaku yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor pendorong. Faktor predisposisi terwujud dalam faktor sosio-demografi, seperti status pekerjaan dan pendapatan. Faktor pemungkin terwujud dalam fasilitas yang dapat memungkinkan terjadinya perubahan perilaku. Fasilitas yang dimaksud seperti tempat bersalin dan ketersediaan ruang ASI di tempat kerja. Sementara itu, faktor pendorong terwujud dalam pemikiran orang lain yang dianggap berpengaruh, misalnya petugas kesehatan yang memberikan informasi-informasi terkait ASI eksklusif dan dukungan suami.⁹ Namun, diperlukan penelitian lebih lanjut untuk terus menggali faktor-faktor apa saja yang berisiko memicu kegagalan ASI eksklusif agar didapatkan solusi yang tepat untuk mengatasi permasalahan rendahnya cakupan ASI eksklusif.

Puskesmas Pegandan berada di wilayah perkotaan. Akses terhadap fasilitas kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Pegandan tergolong mudah. Selain Puskesmas, terdapat Rumah Sakit Umum serta Rumah Sakit Ibu dan Anak di wilayah tersebut. Namun, cakupan ASI eksklusif di Puskesmas Pegandan pernah menjadi yang terendah pada tahun 2014.¹⁰ Faktanya, ibu menyusui di wilayah kerja Puskesmas Pegandan ada yang berhasil melakukan ASI eksklusif, tetapi ada pula yang gagal ASI eksklusif. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko kegagalan ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Pegandan.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *case-control* yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pegandan pada bulan Desember 2016-Maret 2017. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu menyusui yang memiliki bayi usia 6-8 bulan dan jumlah subjek

sebanyak 70 orang. Subjek penelitian dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok kasus dan kelompok kontrol, dimana pada masing-masing kelompok terdapat 35 subjek. Kelompok kasus adalah ibu menyusui yang memiliki bayi usia 6-8 bulan yang gagal ASI eksklusif, sedangkan kelompok kontrol adalah ibu menyusui yang memiliki bayi usia 6-8 bulan yang tidak gagal ASI eksklusif. Pemilihan subjek pada kelompok kasus dilakukan dengan *simple random sampling*, sedangkan pemilihan subjek pada kelompok kontrol dilakukan dengan *matching* pada pendidikan ibu dan lingkungan tempat tinggal untuk mendapatkan karakteristik sampel yang sama dengan kelompok kasus.

Informasi yang digali dalam penelitian ini adalah karakteristik subjek, dukungan suami, pemberian informasi oleh petugas kesehatan, penolong persalinan, tempat bersalin, pendapatan keluarga, status pekerjaan ibu, dan ketersediaan ruang ASI di tempat kerja. Data karakteristik subjek penelitian diperoleh melalui wawancara langsung menggunakan kuesioner, yang meliputi identitas bayi, identitas ibu, pendidikan ibu, lingkungan tempat tinggal, dan jenis pekerjaan. Data pemberian informasi oleh petugas kesehatan, penolong persalinan, status pekerjaan ibu, dan ketersediaan ruang ASI di tempat kerja juga didapat melalui wawancara langsung.

Pendapatan keluarga merupakan pendapatan seluruh anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah dan digunakan untuk belanja keluarga. Pendapatan keluarga dikelompokkan menjadi pendapatan tinggi dan rendah. Pendapatan tinggi bila lebih dari UMK Kota Semarang ($>2.125.000$), sedangkan pendapatan rendah bila kurang dari/sama dengan UMK Kota Semarang ($\leq 2.125.000$). Tempat bersalin dikelompokkan menjadi fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama meliputi Bidan Praktik Swasta (BPS), rumah bersalin, dan Puskesmas, sedangkan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yaitu Rumah Sakit. Data dukungan suami diperoleh melalui wawancara langsung terkait persepsi subjek penelitian terhadap dukungan suami menggunakan kuesioner. Kuesioner berisi 16 pernyataan yang meliputi lima tipe dukungan suami, yaitu pengetahuan dan sikap suami terkait ASI eksklusif, keterlibatan dalam pengambilan keputusan, dukungan praktis, dan dukungan emosional. Subjek penelitian diminta untuk menjawab masing-masing pernyataan dengan selalu, sering, jarang, atau tidak pernah, dimana setiap jawaban memiliki skor. Apabila pernyataan positif, skor 4 untuk selalu, skor 3 untuk sering, skor 2 untuk jarang, dan skor 1 untuk tidak pernah. Apabila pernyataan negatif, skor 4 untuk tidak pernah, skor 3 untuk jarang, skor 2 untuk

sering, dan skor 1 untuk selalu. Analisis data menggunakan tabulasi silang 2x2 dan regresi logistik.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik subjek

Jumlah responden penelitian ini sebanyak 70 subjek dengan rerata usia $31,1 \pm 5,58$. Hampir separuh

subjek penelitian berada di kelompok usia 20-29 tahun, mayoritas subjek telah melahirkan sebanyak dua kali atau lebih, separuh subjek memiliki latar belakang pendidikan tamat SMA sederajat, hampir separuh subjek penelitian tinggal bersama keluarga inti dan orang tua/mertua, dan separuh subjek berstatus sebagai ibu rumah tangga.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Subjek

| Karakteristik Subjek | ASI Eksklusif | | | |
|--|---------------------|------|---------------------------|------|
| | Gagal ASI Eksklusif | | Tidak Gagal ASI Eksklusif | |
| | n | % | n | % |
| Usia Ibu Menyusui | | | | |
| 20-29 tahun | 17 | 48,6 | 17 | 48,6 |
| 30-39 tahun | 14 | 40 | 16 | 45,7 |
| 40-49 tahun | 4 | 11,4 | 2 | 5,7 |
| Paritas | | | | |
| Anak ke-1 | 9 | 25,7 | 7 | 20 |
| Anak ke-2 | 21 | 60 | 23 | 65,7 |
| Anak ke-3 | 3 | 8,6 | 5 | 14,3 |
| Anak ke-4 atau lebih | 2 | 5,8 | 0 | 0 |
| Pendidikan Ibu | | | | |
| Tidak tamat SD | 1 | 2,9 | 0 | 0 |
| Tamat SD sederajat | 1 | 2,9 | 1 | 2,9 |
| Tamat SMP sederajat | 6 | 17,1 | 3 | 8,6 |
| Tamat SMA sederajat | 22 | 62,9 | 16 | 45,7 |
| Tamat perguruan tinggi | 5 | 14,3 | 15 | 42,9 |
| Lingkungan Tempat Tinggal | | | | |
| Keluarga inti | 10 | 28,6 | 6 | 17,1 |
| Keluarga inti dan orang tua/mertua | 13 | 37,1 | 16 | 45,7 |
| Keluarga inti dan saudara | 2 | 5,7 | 3 | 8,6 |
| Keluarga inti, orang tua/mertua, dan saudara | 8 | 22,9 | 8 | 22,9 |
| ^a Lainnya | 2 | 5,7 | 2 | 5,7 |
| Jenis Pekerjaan | | | | |
| Pedagang | 3 | 8,6 | 6 | 17,1 |
| Karyawan | 6 | 17,1 | 8 | 22,9 |
| Guru | 2 | 5,7 | 3 | 8,6 |
| Asisten rumah tangga | 2 | 5,7 | 0 | 0 |
| Wirasaha | 1 | 2,9 | 0 | 0 |
| Ibu rumah tangga | 21 | 60 | 18 | 51,4 |

^aTinggal bersama kakek/nenek dan karyawan

Faktor risiko kegagalan ASI eksklusif

Tabel 2 menunjukkan bahwa faktor risiko kegagalan ASI eksklusif adalah suami yang tidak mendukung (OR=4,79), pemberian informasi yang salah oleh petugas kesehatan (OR=11,00), dan tempat bersalin di fasilitas kesehatan tingkat pertama (OR=8,00). Bentuk dukungan suami yang dirasa kurang didapatkan oleh ibu yaitu dukungan praktis, seperti menyediakan minuman saat ibu sedang menyusui atau membantu melakukan pekerjaan rumah tangga. Sementara itu, bentuk informasi yang salah yang diberikan oleh petugas kesehatan antara lain susu formula boleh diberikan bila ASI saja dirasa tidak cukup, ASI yang berwarna putih kecoklatan

harus dibuang, ASI boleh disambung dengan susu formula bila ibu bekerja, serta tidak memberikan informasi mengenai posisi menyusui yang benar dan frekuensi menyusui. Beberapa ibu mengaku petugas kesehatan memberikan informasi tentang ASI eksklusif setelah ibu melahirkan. Penelitian ini masih menemukan beberapa bidan di rumah bersalin dan BPS yang menyarankan ibu untuk memberikan susu formula. Walaupun beberapa bidan dan praktikan perawat di BPS lainnya menyarankan ibu untuk memberikan ASI eksklusif, ibu tetap tidak dapat memberikan ASI eksklusif dengan memberikan makanan prelaktal segera setelah bayi lahir.

Tabel 2. Tabulasi Silang Faktor Risiko Kegagalan ASI Eksklusif

| Faktor Risiko | ASI Eksklusif | | | | OR (IK 95%) | p value |
|---|---------------------|------|---------------------------|------|----------------------|---------|
| | Gagal ASI Eksklusif | | Tidak Gagal ASI Eksklusif | | | |
| | n | % | n | % | | |
| Dukungan Suami | | | | | | |
| Tidak mendukung | 25 | 71,4 | 12 | 34,3 | 4,79 (1,741-13,188) | 0,004 |
| Mendukung | 10 | 28,6 | 23 | 65,7 | | |
| Pemberian Informasi oleh Petugas Kesehatan | | | | | | |
| Salah | 14 | 40 | 2 | 5,7 | 11,00 (2,267-53,372) | 0,002 |
| Benar | 21 | 60 | 33 | 94,3 | | |
| Penolong Persalinan | | | | | | |
| Bidan | 20 | 57,1 | 16 | 45,7 | 1,58 (0,616-4,068) | 0,473 |
| Dokter Spesialis | 15 | 42,9 | 19 | 54,3 | | |
| Tempat Bersalin | | | | | | |
| Faskes tingkat pertama | 15 | 42,9 | 3 | 8,6 | 8,00 (2,054-31,159) | 0,003 |
| Faskes tingkat lanjutan | 20 | 57,1 | 32 | 91,4 | | |
| Pendapatan Keluarga | | | | | | |
| Tinggi (>2.125.000) | 20 | 57,1 | 23 | 65,7 | 0,70 (0,264-1,830) | 0,623 |
| Rendah (≤2.125.000) | 15 | 42,9 | 12 | 34,3 | | |
| Status Pekerjaan Ibu | | | | | | |
| Bekerja | 14 | 40 | 17 | 48,6 | 0,71 (0,274-1,820) | 0,630 |
| Ibu Rumah Tangga | 21 | 60 | 18 | 51,4 | | |
| Ketersediaan Ruang ASI di Tempat Kerja | | | | | | |
| Tidak tersedia | 7 | 50 | 7 | 41,2 | 1,43 (0,344-5,940) | 0,898 |
| Tersedia | 7 | 50 | 10 | 58,8 | | |

Tabel 2 juga menunjukkan bahwa penolong persalinan, pendapatan keluarga, status pekerjaan ibu, dan ketersediaan ruang ASI di tempat kerja bukan merupakan faktor risiko kegagalan ASI eksklusif. Berdasarkan hasil wawancara, beberapa ibu menyusui mengaku bayi mereka diberi makanan prelaktal sebelum ASI keluar/ASI lancar oleh bidan dan ada pula ibu yang mengungkapkan bahwa dokter spesialis yang memberikan makanan prelaktal pada bayi. Namun, praktik pemberian makanan prelaktal paling banyak dilakukan oleh ibu bayi sendiri. Salah satu alasan yang diungkapkan oleh ibu yaitu bayi menangis terus.

Sebagian besar ibu dengan pendapatan keluarga yang rendah berstatus sebagai ibu rumah tangga. Namun, separuh dari ibu rumah tangga mengalami kegagalan ASI eksklusif. Masalah yang dialami ibu rumah tangga antara lain ASI ibu tidak keluar pada hari-hari pertama setelah melahirkan, ASI hanya keluar dari satu payudara, dan ASI hanya keluar dalam jumlah sedikit. Hal tersebut menyebabkan, baik ibu bayi sendiri maupun perawat di tempat bersalin, memberikan makanan prelaktal kepada bayi. Ibu yang bekerja sebagian besar bekerja enam hari dalam satu minggu dengan lama kerja lebih dari delapan jam dalam sehari. Lokasi ibu bekerja berada di rumah dan di luar rumah. Contoh pekerjaan

yang dilakukan di rumah yaitu berdagang online, pulsa, makanan ringan, dan usaha laundry. Beberapa ibu yang bekerja di luar rumah mengaku tempat kerjanya dekat dengan rumah, sehingga ibu dapat pulang ke rumah saat istirahat untuk menyusui.

Beberapa tempat kerja menyediakan ruangan khusus untuk pemerah ASI berupa ruang laktasi dan poliklinik. Tempat kerja yang tidak menyediakan ruang ASI, menyediakan ruangan lain yang dapat digunakan ibu untuk pemerah ASI, seperti ruangan kosong/ruangan yang tidak terpakai, ruangan yang tidak memiliki kamera pengawas, maupun ruang kerja yang disekat dengan etalase. Ada pula tempat kerja yang belum menyediakan ruang ASI maupun ruangan lain yang dapat digunakan untuk pemerah ASI. Namun, beberapa ibu tetap pemerah ASI dengan memanfaatkan fasilitas tempat ibadah dan ada pula ibu yang pemerah ASI di ruang kerja dengan menggunakan apron. Walaupun terdapat tempat kerja yang telah menyediakan fasilitas bagi ibu untuk pemerah ASI, beberapa ibu tidak melaksanakan praktik pemerah ASI di tempat kerja. Beberapa alasan yang diungkapkan ibu antara lain waktu istirahat sebentar hanya sekitar 30 menit, ibu sudah tidak menyusui saat kembali bekerja, dan bayi sudah mendapat susu formula sebelum ibu mulai kembali bekerja.

Tabel 3. Hasil Analisis Regresi Logistik

| Variabel | OR | IK 95% |
|---|------|--------------|
| Dukungan Suami | | |
| Mendukung ^b | 1,00 | |
| Tidak mendukung | 3,59 | 1,124-11,472 |
| Tempat Bersalin | | |
| Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan ^b | 1,00 | |
| Fasilitas kesehatan tingkat pertama | 5,18 | 1,194-22,440 |
| Pemberian Informasi oleh Petugas Kesehatan | | |
| Benar ^b | 1,00 | |
| Salah | 8,06 | 1,525-42,612 |

^bKategori *reference*

Tabel 3 menunjukkan hasil analisis multivariat menggunakan regresi logistik. Ibu menyusui yang tidak didukung suami untuk melakukan ASI eksklusif berisiko 3,59 kali lebih besar untuk mengalami kegagalan ASI eksklusif. Ibu menyusui yang melahirkan di fasilitas kesehatan tingkat pertama berisiko 5,18 kali lebih besar untuk mengalami kegagalan ASI eksklusif. Sementara itu, ibu menyusui yang mendapat informasi yang salah dari petugas kesehatan berisiko 8,06 kali lebih besar untuk mengalami kegagalan ASI eksklusif. Didapatkan pula nilai R^2 sebesar 0,415, artinya variabel-variabel independen yang berpengaruh hanya menerangkan sebesar 41,5% di dalam kejadian kegagalan ASI eksklusif.¹¹ Persamaan regresi logistik sebagai berikut:¹²

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

$$y = -1,463 + 1,278x_1 + 1,644x_2 + 2,087x_3$$

Aplikasi dari persamaan tersebut digunakan untuk memprediksi kemungkinan terjadinya kegagalan ASI eksklusif menggunakan rumus:

$$F = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

Kemungkinan ibu akan mengalami kegagalan ASI eksklusif bila ibu tidak didukung suami ($x_1=1$), ibu melahirkan di fasilitas kesehatan tingkat pertama ($x_2=1$), dan ibu mendapat informasi yang salah dari petugas kesehatan ($x_3=1$) sebesar 97,2% ($y = 3,546$; $F = 97,2\%$).

PEMBAHASAN

Menurut teori perilaku Lawrence Green, faktor yang memengaruhi perilaku ASI eksklusif yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor pendorong.⁹ Penelitian ini mengungkapkan bahwa yang menjadi faktor risiko kegagalan ASI eksklusif adalah suami yang tidak mendukung, tempat bersalin di fasilitas kesehatan tingkat pertama, dan pemberian informasi yang salah oleh petugas kesehatan, yang tergolong faktor pemungkin dan faktor pendorong (faktor di luar ibu). Sementara penelitian-penelitian lain seringkali menyoroti faktor dari ibu (faktor predisposisi) yang dalam penelitian ini tidak ditemukan pengaruhnya terhadap kegagalan ASI eksklusif.

Kurangnya dukungan yang didapatkan oleh ibu dapat menyebabkan kegagalan ASI eksklusif. Ibu menyusui, terutama ibu baru, sering merasa tertekan pada empat atau lima hari setelah melahirkan karena permasalahan menyusui mulai muncul, misalnya ASI hanya keluar dalam jumlah sedikit. Bila ibu tidak mendapat dukungan dari suami dan petugas kesehatan, maka permasalahan menyusui tidak dapat dengan mudah diatasi. Hal tersebut dikarenakan suami dan petugas kesehatan dianggap sebagai orang yang berpengaruh bagi ibu menyusui,¹³ serta keduanya menjadi faktor pendorong dalam kegagalan ASI eksklusif. Suami merupakan sumber dukungan utama bagi ibu menyusui karena pendapat suami dapat memengaruhi keputusan ibu untuk menyusui.¹⁴ Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa bentuk dukungan suami yang dirasa kurang didapatkan oleh ibu adalah dukungan praktis. Pemberian dukungan praktis bertujuan untuk membantu ibu dalam mempertahankan produksi ASI.¹⁵ Dukungan praktis terwujud dalam bentuk penyediaan pertolongan langsung yang diberikan suami kepada ibu menyusui, seperti membantu melakukan pekerjaan rumah tangga, menyediakan minum saat ibu sedang menyusui, dan membantu mengurus anak. Kurangnya dukungan praktis dari suami dikarenakan suami tidak mengetahui kebutuhan ibu, kurangnya peran suami dalam pemberian makan anak, dan kurangnya kesempatan untuk membentuk ikatan emosional dengan anak.¹⁴

Sementara itu, pemberian informasi yang salah dari petugas kesehatan dikarenakan petugas kesehatan memusatkan perhatian pada ibu (*women-centered*) dibandingkan pada ASI (*breastfeeding-centered*).¹⁶ Hal tersebut dilakukan oleh petugas kesehatan untuk mencegah timbulnya rasa bersalah pada ibu karena telah memberikan makanan/minuman pengganti ASI sebelum bayi berusia enam bulan.^{12,16} Rasa bersalah termasuk gangguan emosional yang dapat dialami ibu. Ketika timbul rasa bersalah akan timbul pula persepsi bahwa ibu bukan ibu yang baik, dimana ibu yang baik dipersepsikan sebagai ibu yang menyusui, terlebih lagi yang memberikan ASI eksklusif.¹⁶ Pemberian

informasi yang salah juga dikarenakan kurangnya pengetahuan petugas kesehatan terkait ASI eksklusif, kurangnya kemampuan konseling, dan kurangnya kemampuan untuk memecahkan masalah akibat kurangnya pelatihan.^{16,17} Tempat bersalin berperan sebagai faktor pemungkin dalam kegagalan ASI eksklusif. Tempat bersalin merupakan titik awal bagi ibu dalam memilih antara memberikan ASI eksklusif atau tidak karena keputusan ibu dipengaruhi oleh informasi atau instruksi dari petugas kesehatan yang ada di tempat bersalin.¹⁸ Penelitian ini masih menemukan beberapa bidan di rumah bersalin dan BPS yang menyarankan agar ibu memberikan susu formula pada bayi. Beberapa bidan dan praktikan perawat di BPS lainnya menyarankan ibu untuk memberikan ASI eksklusif, tetapi ibu tetap tidak dapat memberikan ASI eksklusif dengan memberikan makanan prelaktal segera setelah bayi lahir. Hal tersebut dapat dikarenakan bidan tidak memberikan dorongan yang berkelanjutan agar ibu dapat menyusui sesuai dengan keinginan anak (*on demand*).^{2,19}

Faktor predisposisi yang diteliti dalam penelitian ini yaitu status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga. Sebagian besar subjek penelitian ini berstatus sebagai ibu rumah tangga. Aktivitas sehari-hari ibu rumah tangga hanya dilakukan di rumah maupun di lingkungan sekitar rumah, sehingga ibu memiliki lebih banyak waktu untuk kontak dengan anaknya dan lebih banyak waktu untuk menyusui.²⁰ Namun, ibu rumah tangga juga mengalami permasalahan yang menyebabkan ibu tidak dapat memberikan ASI eksklusif. Pekerjaan rumah tangga yang banyak menyebabkan ibu hanya memiliki sedikit waktu untuk menyusui²¹ dan ibu dapat mengalami kelelahan fisik.

Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu bekerja bukan faktor risiko kegagalan ASI eksklusif. Ibu bekerja tidak dapat memberikan ASI eksklusif karena kurangnya masa cuti ibu,²² lamanya jam kerja, dan kelelahan fisik.²³ Masa cuti ibu setelah melahirkan hanya berkisar 2-3 bulan pada penelitian ini. Hal tersebut menyebabkan beberapa ibu memberikan susu formula pada bayinya sebelum masa cuti selesai. Semakin lama produksi ASI semakin sedikit dan pada akhirnya ASI tidak keluar. Jam kerja yang lama membuat intensitas waktu bertemu antara ibu dan bayi berkurang sehingga ibu memilih untuk memberikan susu formula kepada bayinya. Ibu bekerja sebagian besar menghabiskan waktu lebih dari delapan jam untuk bekerja setiap harinya sehingga ibu berisiko mengalami kelelahan fisik.²³ Kelelahan yang dialami ibu, baik ibu bekerja maupun ibu rumah tangga, akan memengaruhi refleksi *let down* dan menurunkan produksi ASI.²⁴

Ibu bekerja tidak dapat memberikan ASI eksklusif juga dapat disebabkan oleh tidak tersedianya ruang ASI di tempat kerja.²³ Tidak tersedianya ruang ASI menyebabkan ibu harus memerah ASI di ruang terbuka, seperti di ruang kerja atau tempat ibadah. Kurangnya privasi saat memerah ASI menimbulkan rasa tidak nyaman pada ibu sehingga ibu lebih memilih untuk memberikan susu formula pada bayinya.²⁵ Tidak tersedianya ruang ASI di tempat kerja juga menjadi faktor pemungkin dalam kegagalan ASI eksklusif, tetapi faktor tersebut bukan faktor risiko kegagalan ASI eksklusif dalam penelitian ini. Penelitian ini menunjukkan bahwa masih terdapat ibu yang memerah ASI, walaupun tempat ibu bekerja belum menyediakan ruang ASI. Ibu memerah ASI di tempat kerja dengan memanfaatkan tempat ibadah dan ruang kerja. Tempat kerja yang telah menyediakan ruang ASI tidak memberikan dukungan berupa waktu istirahat yang cukup.²² Salah seorang ibu mengaku bahwa waktu istirahat hanya sebentar, yaitu 30 menit, sehingga ibu merasa waktu tersebut tidak cukup untuk memerah ASI.

Selain ibu bekerja dan tidak tersedianya ruang ASI di tempat kerja, pendapatan keluarga yang tinggi dan persalinan yang ditolong oleh bidan juga bukan merupakan faktor risiko kegagalan ASI eksklusif. Pendapatan keluarga yang tinggi bukan faktor risiko karena kegagalan ASI eksklusif juga dapat dialami oleh ibu dengan pendapatan keluarga yang rendah. Pendapatan keluarga yang tinggi menyebabkan ibu memiliki kemampuan untuk membeli susu formula,²⁶ dimana susu formula sering digunakan sebagai pengganti ASI. Pendapatan keluarga yang rendah menyebabkan ibu harus bekerja di luar rumah, sehingga ibu tidak memiliki cukup waktu untuk menyusui.²⁷ Namun, pada penelitian ini, sebagian besar ibu dengan pendapatan keluarga yang rendah berstatus sebagai ibu rumah tangga.

Peran penolong persalinan dalam memengaruhi ASI eksklusif adalah dengan melakukan prosedur Inisiasi Menyusu Dini (IMD).² Dengan dilakukannya IMD, praktik pemberian makanan prelaktal dapat dikurangi.²⁸ Pada penelitian ini, masih terdapat bidan yang memberikan makanan prelaktal kepada bayi. Namun, persalinan yang ditolong oleh bidan bukan faktor risiko kegagalan ASI eksklusif. Hal ini dikarenakan makanan prelaktal tidak hanya diberikan oleh bidan, tetapi terdapat juga dokter spesialis yang menolong persalinan yang memberikan makanan prelaktal.

SIMPULAN

Faktor risiko kegagalan ASI eksklusif adalah suami yang tidak mendukung, tempat bersalin di fasilitas kesehatan tingkat pertama, dan pemberian

informasi yang salah oleh petugas kesehatan. Ibu menyusui yang tidak didukung suami untuk melakukan ASI eksklusif berisiko 3,59 kali lebih besar untuk mengalami kegagalan ASI eksklusif. Ibu menyusui yang melahirkan di fasilitas kesehatan tingkat pertama berisiko 5,18 kali lebih besar untuk mengalami kegagalan ASI eksklusif. Sementara itu, ibu yang menerima informasi yang salah dari petugas kesehatan berisiko 8,06 kali lebih besar untuk mengalami kegagalan ASI eksklusif.

SARAN

Perlu dilakukan pelatihan konseling menyusui berkala kepada petugas kesehatan agar dapat memberikan informasi yang benar kepada ibu menyusui. Ibu dianjurkan untuk memilih tempat bersalin yang ramah ibu dan anak. Program edukasi untuk suami dari ibu menyusui yang bertujuan untuk mengarahkan suami dalam memberikan dukungan kepada ibu menyusui, khususnya dukungan praktis, perlu dimulai dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada seluruh pembimbing dan penguji atas masukan, kritik, dan saran atas penelitian ini. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah mendukung terselesaikannya penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Indicators for assessing infant and young children feeding practices part 3: Country profiles. Geneva: WHO Press; 2010.
2. WHO, UNICEF, Wellstart International. Baby-friendly hospital initiative: Revised, updated, and expanded for integrated care. Geneva: WHO Press; 2009.
3. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: Nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(1):49-74.
4. Jackson KM, Nazar AM. Breastfeeding, the immune response, and long-term health. *JAOA.* 2006;106(4):203-207.
5. Buonocore G, Bracci R, Weindling M. Neonatology: A practical approach to neonatal diseases. Milan: Springer; 2012.
6. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Breastfeeding report card. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
7. BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan. Survei demografi dan kesehatan Indonesia. Jakarta; 2012.
8. Widoyono, Pramudiyanto AA, Endang S, Hanif PS, Prayitno G, Nugraheni T. Profil kesehatan Kota Semarang tahun 2015. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang; 2015.
9. Maulana N. Buku ajar sosiologi dan antropologi kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2014.
10. Widoyono, Pramudiyanto AA, Endang S, Hanif PS, Prayitno G, Nugraheni T. Profil kesehatan Kota Semarang tahun 2014. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang; 2015.
11. Morton RF, Hebel JR, McCarter RJ. Epidemiologi dan biostatistika: Panduan studi. Jakarta: EGC; 2008.
12. Dahlan MS. Statistik untuk kedokteran dan kesehatan: Deskriptif, bivariat, dan multivariat, dilengkapi dengan aplikasi dengan menggunakan SPSS. Jakarta: Epidemiologi Indonesia; 2014.
13. Brown JE. Nutrition through the life cycle. Belmont: Wadsworth; 2011.
14. Sherriff N, Hall V, Panton C. Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: A concept analysis. *Elsevier.* 2014;30:667-677.
15. Tohotoa J, Maycock B, Hauck YL, Howat P, Burns S, Binns CW. Dads make a difference: An exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal.* 2009;4:15.
16. McInnes RJ, Hoddinot P, Britten J, Darwent K, Craig LCA. Significant others, situations, and infant feeding behaviour change processes: A serial qualitative interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2013;13:114.
17. Ryan AS, Wenjun Z, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millennium. *Pediatrics.* 2002;110(6):1103-1109.
18. Nuraini T, Julia M, Dasuki D. Sampel susu formula dan praktik pemberian air susu ibu eksklusif. *Jurnal Kesehatan Masyarakat.* 2013;7(12):551-556.
19. Backstorm CA, Wahn EIH, Ekstorm AC. Two sides of breastfeeding support: Experiences of women and midwives. *International Breastfeeding Journal.* 2010;5:20.
20. Biks GA, Tariku A, Tessema GA. Effects of antenatal care and institutional delivery on exclusive breastfeeding practice in northwest Ethiopia: A nested case-control study. *International Breastfeeding Journal.* 2015;10:30.
21. Premani ZS, Kurji Z, Mithani Y. To explore the experiences of women on reasons in initiating and maintaining breastfeeding in urban area of Karachi, Pakistan: An exploratory study. *ISRN Pediatrics.* 2011:1-10.
22. Desmond D, Meaney S. A qualitative study investigating the barriers to returning to work for breastfeeding mothers in Ireland. *International Breastfeeding Journal.* 2016;11:16.
23. Oktora R. Gambaran pemberian ASI eksklusif pada ibu bekerja di desa Serua Indah, kecamatan Jombang, Tangerang Selatan. *Jurnal Kesehatan Reproduksi.* 2013;4(1):30-40.
24. Soetjiningsih. ASI Petunjuk untuk tenaga kesehatan. Jakarta: EGC; 1997.
25. US Department of Health and Human Services. The surgeon general's call to action to support breastfeeding. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2011.
26. Shifraw T, Worku A, Berhane Y. Factors associated exclusive breastfeeding practices of urban women in

Addis Ababa public health centers, Ethiopia: A cross sectional study. *International Breastfeeding Journal*. 2015;10:22.

27. Asemahagn MA. Determinants of exclusive breastfeeding practices among mothers in azezo district, northwest Ethiopia. *International Breastfeeding Journal*. 2016;11:22.
28. Tariku A, Biks GA, Wassie MM, Gebeyehu A, Getie AA. Factors associated with prelacteal feeding in the rural population of northwest Ethiopia: A community cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*. 2016;11:14.