



INISIASI MENYUSU DINI BAGI IBU BERSALIN

- Panduan Bagi Petugas Kesehatan -

Ns. Henrick Sampeangin, S.Kep.,M.Kes

INISIASI MENYUSU DINI BAGI IBU BERSALIN

(Panduan Bagi Petugas Kesehatan)

Ns. Henrick Sampeangin, S.Kep.,M.Kes



Penerbit
LPPM AKPER Fatima Parepare
2017

**INISIASI MENYUSU DINI
BAGI IBU BERSALIN**
(Panduan Bagi Petugas Kesehatan)

Penulis:
Ns. Henrick Sampeangin, S.Kep.,M.Kes

ISBN: 978-602-74698-2-2

PENERBIT:

LPPM AKPER Fatima Parepare
Jl. Gangawa, No. 22 Kota Parepare
Tlp. 0421 - 22167
Email: akperfatima@ymail.com
Website: akperfatima.wixsite.com//parepare
Sulawesi Selatan

Cet. 1 Juni 2017

Editor & setting - Antonius Primus
Cover Desain: Anthony
Cover-internet

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit LPPM AKPER Fatima Parepare

©Akademi Keperawatan Fatima Parepare
Sulawesi Selatan

*Buku ini sebagai
persembahan cintaku kepada:
Istriku, Lewita Pasassung
Anak-anaku: Glory, Kezia dan Holy
Kedua orangtuaku
serta kepada
saudara dan saudariku*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan berkat-Nya yang diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penulisan buku ini dengan judul "IMD Panduan bagi petugas kesehatan"

Mengingat pentingnya ASI dan keterikatan kasih sayang (*bounding Attechmen*) antara ibu dan anak yang baru lahir maka sebaiknya dilakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini). Dalam implementasinya, konsep IMD sudah cukup lama disosialisasikan di Indonesia namun sampai saat ini presentase pelaksanaan IMD masih belum optimal.

Oleh karena itu, dibutuhkan "*Grand Strategy*" untuk dapat mewujudkan pelaksanaan IMD secara merata; salah satu cara yaitu dengan penerbitan buku-buku panduan IMD untuk petugas kesehatan, ibu hamil, keluarga, dan masyarakat umum yang diharapkan dapat menambah daya edukasi berbagai elemen masyarakat sehingga akan mempercepat implementasi IMD.

Buku ini merupakan hasil modifikasi dari te-

sis penulis dengan beberapa penyesuaian yang berfokus pada tenaga kesehatan dengan harapan akan turut membantu percepatan program 1000 Hari Pertama Kehidupan yang menjadi kebutuhan *emergency* bidang Kesehatan Ibu dan Anak saat ini.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada para dosen pembimbing dari Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Dr. Suriah, SKM., M.Kes dan Dr. dr. Noer Bahry Noor, M.Sc yang telah berkenan membimbing penulis terkait tema yang digarap, Direktur AKPER Fatima Parepare Ns. Yenny Djeny Randa, S.Kep.,M.Kes yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menyusun buku ini, kepada seluruh rekan staf dosen dan karyawan AKPER Fatima Parepare, serta civitas akademika AKPER Fatima Parepare atas dukungan bagi penulis. Tidak lupa penulis ucapkan terima kasih kepada Dewan Pengurus Yayasan Sentosa Ibu, yang telah mendorong penulis untuk terus menghasilkan karya publikasi ilmiah. Ucapan terima kasih juga kepada Trio Alumni: Rosnaeni, Musdalifa dan Wilma yang telah banyak membantu penulis, terutama dalam penelitian.

Penulis menyadari buku ini tidak lepas dari berbagai kekurangan, sehingga pada kesempatan ini penulis sangat mengharapkan saran dan kritikan yang sifatnya konstruktif demi kesempurnaannya terbitan edisi berikut. Semoga buku ini

dapat memberikan sumbangsih dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang IMD.

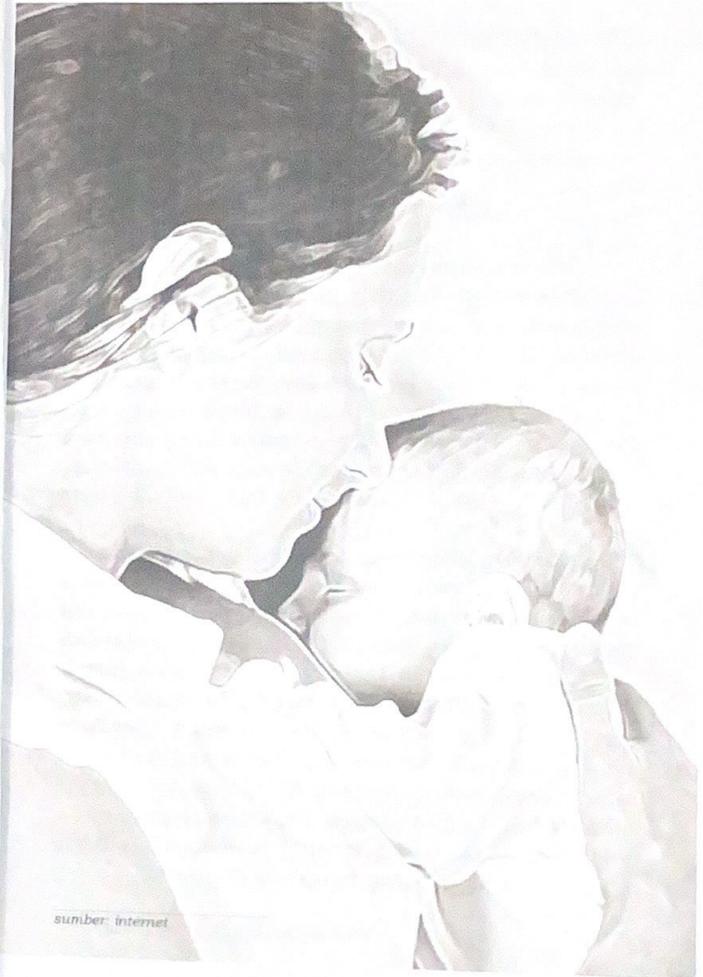
Parepare, Juni 2017

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	10
BAB II INISIASI MENYUSU DINI (Tinjauan Umum)	19
Konsep Inisiasi Menyusu Dini	19
Hormon dan Refleks dalam Proses Menyusui	22
Tata Laksana IMD	27
Menenal 5 Tahap Prilaku (Pre-Feeding Behavior)	29
Manfaat Inisiasi Menyusu Dini	31
Fisiologi Menyusu Dini	34
Hal-hal yang Menyebabkan Bayi Mampu Menemukan Puting Susu Ibunya Saat IMD	36
Hambatan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini	37

Program IMD yang Dicanangkan Pemerintah	39
SOP Inisiasi Menyusu Dini pada Partus Spontan	43
BAB III INISIASI MENYUSU DINI DI NEGARA MAJU DAN BERKEMBANG	
a. Australia	45
b. Amerika Serikat	46
c. Inggris	47
d. Pakistan	49
e. Nepal	50
f. Bolivia dan Madagascar	51
BAB IV PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF	54
BAB V PENYULUHAN KESEHATAN	61
BAB VI IBU BERSALIN	67
BAB VII KONSEP TENTANG PERILAKU	76
BAB VIII KARAKTERISTIK, MEDIA, DAN DUKUNGAN KELUARGA	82
DAFTAR PUSATAKA.....	88
Lampiran: Hasil Penelitian Program IMD Kota Parepare.....	98
Tentang Penulis	



sumber: internet

BAB I PENDAHULUAN

Bila setiap orangtua

Bila setiap orangtua mampu menyadari akan pentingnya ASI eksklusif yang dimulai dengan IMD (Inisiasi Menyusu Dini) bagi bayi yang dilahirkan, maka masa depan generasi mendatang akan lebih baik dan berguna bagi orangtua, bangsa dan negara. ASI eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja tanpa tambahan cairan lain, tanpa tambahan makanan lain yang diberikan pada bayi sampai umur 6 bulan (Jurana, 2008).

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah suatu upaya untuk membantu bayi agar dapat menyusu dengan memanfaatkan insting bayi yang sudah muncul sejak satu jam pertama setelah dilahirkan (Roesli, 2008). Lebih lanjut dijelaskan oleh Roesli (2008), inisiasi dilakukan ketika bayi lahir, tali pusat dipotong, lalu dilap kering dan langsung diberikan kepada ibu. Dalam proses ini, harus ada sentuhan *skin to skin contact*, dimana bayi tidak boleh dipisahkan dahulu dari ibunya. Bayi dibiarkan di dada ibu minimal 30 menit sampai ia mencari sendiri puting susu ibunya dan langsung diminum.

IMD merupakan program yang sedang gencar dianjurkan pemerintah. Menyusu dan bukan menyusui merupakan gambaran bahwa IMD bukan program ibu menyusui bayi tetapi bayi yang harus aktif menemukan sendiri puting susu ibu, dengan program ini bayi akan cepat belajar adaptasi dengan kehidupan baru di luar rahim ibunya (Roesli, 2008).

Pelaksanaan IMD dan pemberian ASI Eksklusif pada bayi merupakan cara terbaik bagi peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) sejak dini. Di Indonesia, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui program perbaikan gizi masyarakat telah menargetkan cakupan ASI eksklusif 6 bulan sebesar 80% (Depkes RI, 2005). Namun demikian angka ini sangat sulit untuk dicapai bahkan trend prevalensi ASI eksklusif dari tahun ke tahun terus menurun; hal tersebut sangat memprihatinkan mengingat ASI eksklusif sangat penting bagi tumbuh kembang bayi.

Survei yang dilaksanakan pada tahun 2002 oleh *Nutrition And Health Surveillance System (NSS)* kerjasama dengan Balitbangkes dan Helen Keller International di 4 kota (Jakarta, Surabaya, Semarang, Makassar) dan 8 desa (Sumbar, Lampung, Banten, Jabar, Jateng, Jatim, NTB, Sulsel), menunjukkan bahwa cakupan ASI eksklusif 4-5 bulan di perkotaan antara 4%-12%, sedangkan di pedesaan 4%-25%. Pencapaian ASI eksklusif 5-6 bulan di

perkotaan berkisar antara 1%-13% sedangkan di pedesaan 2%-13%.

Prevalensi pemberian ASI eksklusif di Provinsi Sulawesi Selatan juga mengalami penurunan sekitar 15 % antara Desember 1999 hingga September 2003. Data mengenai pemberian ASI eksklusif di Kota Makassar mengalami penurunan yaitu: 51%, 45% dan 21% untuk bayi berkisar umur 0-1, 2-3, 4-5 bulan berturut-turut pada bulan Desember 2000 hingga bulan Februari 2001 mencapai 11%, 32% dan 10% hingga September 2003 (HKI, 2003). Data profil Kesehatan Sulawesi Selatan Tahun 2009 menunjukkan Inisiasi Menyusu Dini kurang dari 1 jam adalah 30,1% dan pada kisaran 1-6 jam adalah 34,9%, sedangkan jumlah bayi yang diberi ASI eksklusif tahun 2008 adalah 48,64 % terjadi penurunan jika dibandingkan tahun 2006 sebanyak 57,48 % dan tahun 2007 sebanyak 57,05 %. Khusus daerah Kota Parepare pemberian ASI Eksklusif hanya 25,05 % pada tahun 2008, dan IMD hanya 12 % pada tahun 2010.

Melakukan Inisiasi Menyusu Dini dipercaya akan membantu meningkatkan daya tahan tubuh si bayi terhadap penyakit-penyakit yang berisiko kematian tinggi, misalnya kanker syaraf, leukimia, dan beberapa penyakit lainnya. Hal ini didukung oleh pernyataan *United Nations Children Fund* (UNICEF) bahwa pada tahun 2008, sebanyak 30.000 kematian bayi di Indonesia dan 10 juta kematian anak

balita bisa dicegah dengan pemberian ASI secara eksklusif tanpa makanan tambahan (Roesli, 2008).

Edmond (2006) dalam Roesli (2008) juga mendukung pernyataan UNICEF bahwa bayi yang diberi susu formula memiliki kemungkinan atau peluang untuk meninggal dunia pada bulan pertama kelahirannya 25 kali lebih tinggi dibandingkan bayi yang disusui oleh ibunya secara eksklusif, sehingga Inisiasi Menyusu Dini (IMD) diyakini mampu menekan sekitar 22% angka kematian bayi setelah lahir pada 1 bulan pertama.

Data menunjukkan bahwa di Indonesia, persentase pemberian Air Susu Ibu (ASI) dalam 1 jam pertama setelah bayi dilahirkan masih rendah yaitu sebesar 38%. Angka tersebut masih jauh tertinggal bila dibandingkan dengan negara-negara berkembang lainnya seperti Oman (85%), Srilangka (75%), Filipina (54%), dan Turki (54%) (SDKI, 2003).

Berdasarkan data SDKI tahun 2006 dan 2007 lebih dari 95% ibu pernah menyusui bayinya, namun yang menyusui dalam 1 jam pertama cenderung menurun dari 8% pada tahun 2006 menjadi 3,7% pada tahun 2007; hal tersebut dapat menjadi penyebab tingginya angka kematian bayi di Indonesia. Pada tahun 2008 di Provinsi Bali hanya ada 10% bayi mendapat ASI dalam satu jam pertama, 18% mendapat ASI eksklusif selama enam bulan. Data pelaksanaan program IMD Di RSUP Sanglah tahun 2009 didapatkan sebanyak 95% dari semua

perkotaan berkisar antara 1%-13% sedangkan di pedesaan 2%-13%.

Prevalensi pemberian ASI eksklusif di Provinsi Sulawesi Selatan juga mengalami penurunan sekitar 15 % antara Desember 1999 hingga September 2003. Data mengenai pemberian ASI eksklusif di Kota Makassar mengalami penurunan yaitu: 51%, 45% dan 21% untuk bayi berkisar umur 0-1, 2-3, 4-5 bulan berturut-turut pada bulan Desember 2000 hingga bulan Februari 2001 mencapai 11%, 32% dan 10% hingga September 2003 (HKI, 2003). Data profil Kesehatan Sulawesi Selatan Tahun 2009 menunjukkan Inisiasi Menyusu Dini kurang dari 1 jam adalah 30,1% dan pada kisaran 1-6 jam adalah 34,9%, sedangkan jumlah bayi yang diberi ASI eksklusif tahun 2008 adalah 48,64 % terjadi penurunan jika dibandingkan tahun 2006 sebanyak 57,48 % dan tahun 2007 sebanyak 57,05 %. Khusus daerah Kota Parepare pemberian ASI Eksklusif hanya 25,05 % pada tahun 2008, dan IMD hanya 12 % pada tahun 2010.

Melakukan Inisiasi Menyusu Dini dipercaya akan membantu meningkatkan daya tahan tubuh si bayi terhadap penyakit-penyakit yang berisiko kematian tinggi, misalnya kanker syaraf, leukimia, dan beberapa penyakit lainnya. Hal ini didukung oleh pernyataan *United Nations Children Fund* (UNICEF) bahwa pada tahun 2008, sebanyak 30.000 kematian bayi di Indonesia dan 10 juta kematian anak

balita bisa dicegah dengan pemberian ASI secara eksklusif tanpa makanan tambahan (Roesli, 2008).

Edmond (2006) dalam Roesli (2008) juga mendukung pernyataan UNICEF bahwa bayi yang diberi susu formula memiliki kemungkinan atau peluang untuk meninggal dunia pada bulan pertama kelahirannya 25 kali lebih tinggi dibandingkan bayi yang disusui oleh ibunya secara eksklusif, sehingga Inisiasi Menyusu Dini (IMD) diyakini mampu menekan sekitar 22% angka kematian bayi setelah lahir pada 1 bulan pertama.

Data menunjukkan bahwa di Indonesia, persentase pemberian Air Susu Ibu (ASI) dalam 1 jam pertama setelah bayi dilahirkan masih rendah yaitu sebesar 38%. Angka tersebut masih jauh tertinggal bila dibandingkan dengan negara-negara berkembang lainnya seperti Oman (85%), Srilangka (75%), Filipina (54%), dan Turki (54%) (SDKI, 2003).

Berdasarkan data SDKI tahun 2006 dan 2007 lebih dari 95% ibu pernah menyusui bayinya, namun yang menyusui dalam 1 jam pertama cenderung menurun dari 8% pada tahun 2006 menjadi 3,7% pada tahun 2007; hal tersebut dapat menjadi penyebab tingginya angka kematian bayi di Indonesia. Pada tahun 2008 di Provinsi Bali hanya ada 10% bayi mendapat ASI dalam satu jam pertama, 18% mendapat ASI eksklusif selama enam bulan. Data pelaksanaan program IMD Di RSUP Sanglah tahun 2009 didapatkan sebanyak 95% dari semua

ibu yang melahirkan normal sudah melakukan IMD angka ini meningkat dari tahun 2008 sebanyak 82%.

Pemerintah Indonesia melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 450/SK/Menkes/VIII/2004, tanggal 7 April 2004 Telah menetapkan pemberian ASI eksklusif (dimulai dengan IMD) selama 6 bulan pada ibu di Indonesia. Begitu pun di Sulawesi Selatan dikuatkan dengan Perda Provinsi No.6 Thn 2010 tentang ASI Eksklusif, dengan demikian Air Susu Ibu (ASI) merupakan hak asasi bagi bayi yang harus dipenuhi oleh orangtuanya yang diawali dengan memberikan kolostrum lewat Inisiasi Menyusu Dini.

Pedoman internasional yang menganjurkan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama didasarkan pada bukti ilmiah tentang manfaat ASI bagi daya tahan hidup bayi, pertumbuhan, dan perkembangannya. ASI memberi semua energi dan gizi (nutrisi) yang dibutuhkan bayi selama 6 bulan pertama hidupnya. Pemberian ASI eksklusif mengurangi tingkat kematian bayi yang disebabkan berbagai penyakit yang umum menimpa anak-anak seperti diare dan radang paru, serta mempercepat pemulihan bila sakit dan membantu menjarangkan kelahiran (Lingkages, 2008).

Hasil penelitian yang dilakukan Nurmiati dan Besral tentang pengaruh durasi pemberian ASI terhadap ketahanan hidup bayi di Indonesia ditemukan

bahwa durasi pemberian ASI sangat mempengaruhi ketahanan hidup bayi di Indonesia. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ariefudin, dkk tahun 2009 di Kecamatan Tegal Timur Kota Tegal, menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian infeksi saluran pernapasan akut pada bayi 0-12 bulan $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Bayi yang diberi ASI secara eksklusif kemungkinan untuk menderita penyakit ISPA lebih rendah dibanding bayi yang tidak mendapat ASI secara eksklusif. Bayi yang diberi ASI eksklusif hanya 10,4% sedangkan yang tidak mendapat ASI eksklusif sebanyak 32,4%.

Menurut Roesli, (2005) angka keberhasilan menyusui khususnya secara eksklusif meningkat di negara maju, tetapi belum di negara berkembang (termasuk Indonesia). Hal ini disebabkan antara lain terbatasnya pemahaman tentang manfaat ASI eksklusif bagi masyarakat terutama bagi ibu hamil dan bersalin.

Sesuai dengan penjelasan Mandi (1981) dalam Danga (2007) bahwa penerangan yang baik mengenai keuntungan-keuntungan ASI akan cukup membantu jika ibu memutuskan untuk menyusui bayinya, dengan demikian dibutuhkan penyuluhan dengan berbagai metode yang tepat tentang IMD oleh karena pertama, sekarang ini air susu ibu dan menyusui dianggap suatu hal yang tidak perlu dipelajari lagi padahal ASI eksklusif terlebih

IMD termasuk informasi yang relatif baru. Kedua, manajemen laktasi yang benar dapat dipraktekkan secara efektif dan ketiga; adanya mitos-mitos yang menyesatkan yang menghambat pemberian ASI.

Banyak aspek yang berperan dalam pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif antara lain adalah kebijakan instansi pemerintah, ibu menyusui menghadapi banyak hambatan yang berhubungan dengan pelayanan yang diperoleh di tempat persalinan, dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga di rumah, banyaknya ibu yang belum dibekali pengetahuan yang cukup tentang teknik menyusui yang benar dan manajemen kesulitan laktasi, termasuk tantangan yang dihadapi oleh ibu bekerja (Aprilia, 2009; Asmiajati, 2000).

Menurut Siregar (2004), berbagai alasan dikemukakan oleh ibu-ibu yang tidak memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya, antara lain adalah ibu merasa produksi ASI kurang, kesulitan bayi dalam menghisap, ibu bekerja, keinginan untuk disebut modern dan pengaruh iklan atau promosi pengganti ASI. Sedangkan menurut Elaine (2003) konseling laktasi akan sangat membantu ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif.

Faktor lain penyebab rendahnya pemberian ASI di Indonesia adalah faktor sosial budaya, hal ini dapat terlihat dalam aspek pengetahuan, kepercayaan/keyakinan, pekerjaan, pemanfaatan sarana kesehatan dan norma / nilai-nilai yang sedang

berkembang dalam masyarakat Indonesia. Banyak ibu-ibu yang tidak menyusui bayinya termasuk tidak melakukan IMD hanya karena meniru teman-teman atau tetangganya (Amiruddin, 2006; Ludin, 2009; Siregar, 2004; Susilawaty, 2005).

Adanya Komitmen yang kuat dari para petugas kesehatan atau *health provider* (dokter, bidan, perawat, manajemen rumah sakit dan lain-lain yang terkait) dalam melaksanakan penyuluhan tentang IMD kepada ibu hamil agar menyusui bayinya secara dini akan sangat membantu dalam peningkatan IMD oleh karena merekalah yang selalu kontak langsung dengan masyarakat dan memungkinkan untuk memberikan penyuluhan. Karena itu dengan metode penyuluhan tentang IMD yang sifatnya praktis, persuasif dan edukatif diharapkan akan meningkatkan prosentase ibu bersalin dalam melaksanakan IMD.

Inisiasi Menyusu Dini (*early initiation*) adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. IMD merupakan tahap pertama dari periode pemberian ASI eksklusif. Pemberian ASI eksklusif di Indonesia termasuk kategori rendah (32,4%) pada bayi di bawah umur 6 bulan, sedangkan bayi yang berumur 4-5 bulan hanya 17,8% (*Demographic and Health Surveys*) tahun 2007). Di Sulawesi Selatan, berkenaan dengan pemberian ASI eksklusif lebih rendah yakni: 48,64 % sedangkan Kota Parepare hanya 25,05%, untuk IMD 12% pada tahun 2010. IMD

merupakan strategi ampuh dalam menurunkan angka kematian bayi dan dijelaskan pula bahwa ada hubungan antara pengetahuan, sikap dan tindakan ibu dalam pelaksanaan IMD (Ridwan, 2011). Berdasarkan hal tersebut sehingga dibutuhkan penelitian mengenai dampak penyuluhan tentang IMD pada ibu bersalin.

BAB II INISIASI MENYUSU DINI

Konsep Inisiasi Menyusu Dini

Inisiasi Menyusu Dini merupakan program yang sedang gencar dianjurkan pemerintah. Menyusu dan bukan menyusui merupakan gambaran bahwa IMD bukan program ibu menyusui bayi tetapi bayi yang harus proaktif menemukan sendiri puting susu ibu. Program ini dilakukan dengan cara langsung meletakkan bayi yang baru lahir di dada ibunya dan membiarkan bayi ini merayap untuk menemukan puting susu ibu untuk menyusui. IMD harus dilakukan langsung saat sesudah bayi lahir, tanpa boleh ditunda dengan kegiatan menimbang atau mengukur bayi. Bayi juga tidak boleh dibersihkan, hanya dikeringkan kecuali tangannya. Proses ini harus berlangsung *skin to skin* antara bayi dan ibu (Roesli, 2008).

Memulai pemberian ASI dalam satu jam setelah kelahiran merupakan langkah ke empat dari sepuluh langkah keberhasilan menyusui. *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI) telah meluncurkan sejak tahun 1992. Langkahnya yaitu membantu ibu-ibu

untuk mulai menyusui bayinya dalam waktu setengah jam setelah melahirkan. Adapun cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara dengan tahapan sebagai berikut:

Tabel 1.
Tahapan Merangkak Mencari Payudara (*Breast Crawl*)

Langkah	Perilaku Yang Teramati	Perkiraan Waktu
1	Bayi beristirahat dan melihat	30 menit pertama
2	Bayi mulai mendecakkan bibir dan membawa jarinya ke mulut	30-60 menit setelah lahir dengan kontak kulit dengan kulit terus menerus tanpa terputus
3	Bayi mengeluarkan air liur	
4	Bayi menendang, menggerakkan kaki, bahu, lengan dan badannya kearah dada ibu dengan mengandalkan indra penciumannya	
5	Bayi meletakkan mulutnya ke puting ibu	

Sumber: UNICEF, 2007

Roesli (2008) sebagai Ketua Umum Sentra Laktasi Indonesia memaparkan bahwa, inisiasi me-

nyusu dini dilakukan dalam 30 menit, ketika bayi lahir tali pusat dipotong, lalu di lap kering dan langsung diberikan pada ibu untuk disusui. Harus ada sentuhan *skin to skin contact*, dimana bayi tidak boleh dipisahkan dahulu dari ibu, yang perlu dijaga adalah suhu ruangan, dan sebaiknya bayi memakai topi bayi karena bisa banyak keluar panas. Suhu yang tepat adalah 28 - 29 derajat Celcius. Kemudian biarkan bayi di dada ibu minimal 30 menit sampai bayi mencari sendiri puting susu ibunya dan langsung menyusui. Masa ini bisa sampai dua jam dan hal ini tidak menjadi masalah (*Healthy Life Magazine Indonesia*, 2007).

Bila bayi kedinginan, suhu pada bagian dada ibu akan meningkat hangat sampai dua derajat, dan jika bayi kepanasan otomatis suhu dada ibu menurun sampai satu derajat. Dengan inisiasi dini memberikan motivasi yang sangat besar bagi ibu untuk menyusui bayinya. Inisiasi dini juga berlaku untuk bayi yang lahir dengan cara *sectio caesarea*, vakum, dan kelahiran tidak sakit atau episiotomi. Hanya peluang untuk menemukan sendiri puting ibu akan berkurang sampai 50%. Ini juga berlaku untuk bayi yang begitu lahir dipisahkan untuk ditimbang (Elyani, 2004).

Menyusui bayi dalam 30 menit setelah melahirkan yang dilakukan di ruang bersalin juga menentukan kelancaran proses pengeluaran ASI berikutnya. Tujuannya untuk memberikan perangsangan

sesegera mungkin pada payudara agar kegiatan produksi dan pengaliran ASI berjalan mulus. Bayi pun dilatih menggunakan refleks mengisapnya sesegera mungkin agar dapat menyusui dengan lancar. Biasanya pada proses menyusui pertama kali, bayi memang belum mendapat ASI, ada yang pada hari ketiga baru ASInya keluar. Akan tetapi nutrisi yang dibawa bayi dari dalam kandungan membuatnya mampu bertahan hidup selama menunggu ASI keluar (Roesli, 2008).

Dalam makalah yang berjudul "Initiating Breastfeeding within One Hour of Birth", Arun Gupta (2007) yang merupakan penggagas *World Breastfeeding Week* (WBW) menyebutkan, inisiasi dini bisa disebut tahap keempat persalinan. Waktu yang disarankan adalah tepat setelah persalinan, yaitu ketika ibu masih berada di ruang persalinan sampai satu jam setelah persalinan. Prosesnya dimulai dari meletakkan bayi baru lahir, yakni bayi diletakkan di dada ibunya segera setelah persalinan dan memastikan bayi mendapat kontak kulit dini, menemukan puting susu ibunya, dan mendapat asupan kolostrum (*Healthy Life Magazine Indonesia*, 2007).

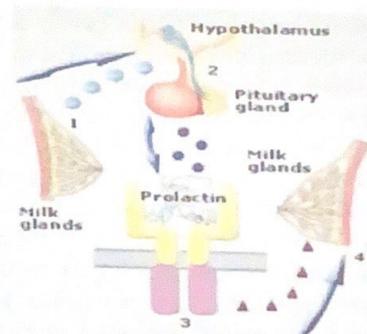
Hormon dan Refleks dalam Proses Menyusui

Produksi air susu ibu merupakan sintesa antara hormon dan refleks selama kehamilan. Perubahan hormon berfungsi mempersiapkan jari-

ngan kelenjar susu untuk memproduksi ASI dan mengeluarkan ASI. Ada dua hormon yang berperan dalam proses menyusui pada bayi yaitu hormon prolaktin dan oksitosin.

Pertama, hormon prolaktin yang dihasilkan dari kelenjar hipofise bagian depan yang berada di dasar otak. Hormon ini akan merangsang kelenjar payudara untuk memproduksi ASI. Prolaktin akan keluar kalau terjadi pengosongan ASI, prosesnya dimulai dari hisapan bayi pada puting susu ibunya akan merangsang ujung saraf di sekitar payudara. Saraf ini akan membawa pesan ke bagian depan kelenjar hipofise untuk memproduksi prolaktin. Selanjutnya akan dialirkan darah ke kelenjar payudara. Rangsangan payudara sampai terjadinya pembuatan ASI disebut refleks pembentukan ASI atau refleks prolaktin (Apriani, 2004).

Gambar 1.
Mekanisme Kerja
Hormon Prolaktin



(Sumber: Scanlon, 2008)

Saat bayi mengisap, sejumlah sel saraf di payudara ibu mengirimkan pesan ke hipotalamus melepas 'rem' penahan prolaktin. Selanjutnya untuk mulai menghasilkan ASI, prolaktin yang dihasilkan kelenjar pituitari merangsang kelenjar-kelenjar susu di payudara ibu (Scanlon, 2008).

Kedua, hormon oksitosin yang berasal dari bagian belakang kelenjar hipofise disebut juga hormon kasih sayang, berperan dalam mengeluarkan ASI. Oksitosin masuk ke dalam darah menuju payudara. Kejadian ini disebut refleksi pengeluaran ASI atau *milk ejection (Let-down reflex)*. Refleksi oksitosin lebih rumit dibanding refleksi prolaktin. Pikiran, perasaan dan sensasi seorang ibu akan sangat mempengaruhi refleksi ini. Perasaan ibu dapat meningkatkan pengeluaran oksitosin dan juga menghambat pengeluaran oksitosin (Scanlon, 2008).

Para ibu mendeskripsikan sensasi turunnya susu dengan berbeda-beda, beberapa merasakan geli di payudara dan ada juga yang merasakan sakit sedikit, tetapi ada juga yang tidak merasakan apa-apa. Refleksi turunnya susu tidak selalu konsisten khususnya pada masa-masa awal. Tetapi refleksi ini bisa juga distimulasi dengan hanya memikirkan tentang bayi, atau mendengar suara bayi, sehingga terjadi kebocoran. Sering pula terjadi, payudara yang tidak menyusui bayi mengeluarkan ASI pada saat bayi mengisap payudara yang satunya lagi. Lama-kelamaan, biasanya setelah dua minggu, re-

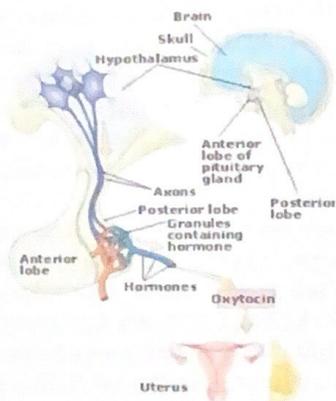
fleks turunnya susu menjadi lebih stabil (Raharjo, 2006).

Oksitosin menyebabkan kontraksi mioepitel, seperti pada otot polos yang melapisi duktus payudara. Oksitosin memeras susu keluar dari alveoli payudara berlaktasi ke dalam duktus besar (sinus), kemudian keluar dari puting susu (penyemprotan susu). Bayi yang menghisap payudara merangsang reseptor raba, *nuclei dirangsang* sehingga oksitosin dilepaskan dan susu dikeluarkan ke dalam sinus, yang siap mengalir ke dalam mulut bayi yang menunggu (Ganong, 2008).

Hormon oksitosin dihasilkan oleh hipotalamus dan disimpan di kelenjar pituitary. Pada saat yang tepat, Sebuah isyarat saraf dikirimkan oleh hipotalamus ke kelenjar pituitary agar melepaskan hormon ini. Tujuannya adalah memastikan terjadinya pengerutan saluran-saluran susu dan otot-otot rahim ketika kelahiran tiba. Dengan cara ini hormon memudahkan proses persalinan (Scanlon, 2008). *Impuls neural* yang terbentuk dari perangsangan *papila mammae* merupakan stimulus primer bagi pelepasan oksitosin, sedangkan distensi vagina dan uterus merupakan stimulus sekunder. Estrogen akan merangsang produksi oksitosin sedangkan progesteron sebaliknya akan menghambat produksi oksitosin. Selain itu hipotalamus, oksitosin juga disintesis di kelenjar gonad, plasenta dan uterus mulai sejak kehamilan 32 minggu dan seterusnya.

Konsentrasi oksitosin dan aktivitas uterus akan meningkat pada malam hari (Scanlon, 2008).

Gambar 2.
Mekanisme Kerja Hormon Oksitosin



(Sumber: Scanlon, 2008)

Mekanisme kerja oksitosin belum diketahui secara pasti, namun selain berperan dalam proses pengeluaran ASI hormon ini juga menyebabkan kontraksi otot-otot polos uterus sehingga digunakan dalam dosis farmakologik untuk menginduksi persalinan. Setelah bayi lahir pada proses persalinan yang timbul spontan ternyata rahim sangat peka terhadap oksitosin. Sekalipun dengan dosis intra-

vena beberapa mili unit permenit, uterus hamil dapat berkontraksi begitu kuat sehingga dapat membunuh janin, menimbulkan ruptur uteri (Scanlon, 2008).

Mekanisme kerja oksitosin belum diketahui secara pasti, namun selain berperan dalam proses pengeluaran ASI hormon ini juga menyebabkan kontraksi otot-otot polos uterus sehingga digunakan dalam dosis farmakologik untuk menginduksi persalinan. Setelah bayi lahir pada proses persalinan yang timbul spontan ternyata rahim sangat peka terhadap oksitosin. Sekalipun dengan dosis intra-vena beberapa mili unit permenit, uterus hamil dapat berkontraksi begitu kuat sehingga dapat membunuh janin, menimbulkan ruptur uteri (Scanlon, 2008).

Tata Laksana IMD

Menurut Roesli, (2008) terdapat langkah-langkah tata laksana IMD secara umum yaitu:

- a. Inisiasi dini sangat membutuhkan kesabaran dari sang ibu, dan rasa percaya diri yang tinggi, dan membutuhkan dukungan yang kuat dari sang suami dan keluarga, jadi akan membantu ibu apabila saat inisiasi menyusui dini suami atau keluarga mendampingi.
- b. Obat-obatan kimiawi, seperti: pijat, aroma terapi, bergerak, *hypnobirthing* dan lain sebagainya coba untuk dihindari.

- c. Ibu yang menentukan posisi melahirkan, karena dia yang akan menjalaninya.
- d. Setelah bayi dilahirkan, secepat mungkin keringkan bayi tanpa menghilangkan vernix yang menyamankan kulit bayi.
- e. Tengkurapkan bayi di dada ibu atau perut ibu dengan *skin to skin contact*, selimuti keduanya dan andai memungkinkan dan dianggap perlu beri si bayi topi.
- f. Biarkan bayi mencari puting ibu sendiri. Ibu dapat merangsang bayi dengan sentuhan lembut dengan tidak memaksakan bayi ke puting ibunya.
- g. Dukung dan bantu ibu untuk mengenali tanda-tanda atau perilaku bayi sebelum menyusu (*pre-feeding*) yang dapat berlangsung beberapa menit atau satu jam bahkan lebih, diantaranya:
 - a. Istirahat sebentar dalam keadaan siaga, menyesuaikan dengan lingkungan.
 - b. Memasukan tangan ke mulut, gerakan mengisap, atau mengeluarkan suara.
 - c. Bergerak ke arah payudara.
 - d. Daerah areola biasanya yang menjadi sasaran.
 - e. Menyentuh puting susu dengan tangannya.
 - f. Menemukan puting susu, reflek mencari puting (*rooting*).

- g. Mulut terbuka lebar. Biarkan bayi dalam posisi *skin to skin contact* sampai proses menyusu pertama selesai.
- h. Bagi ibu-ibu yang melahirkan dengan tindakan, seperti operasi, berikan kesempatan *skin to skin contact*.
- i. Bayi baru dipisahkan dari ibu untuk ditimbang, diukur, dicap, setelah menyusu awal. Tunda prosedur yang invasif seperti suntikan vit K dan menetes mata bayi.
- j. Dengan rawat gabung, ibu akan mudah merespon bayi. Andaikan bayi dipisahkan dari ibunya yang terjadi kemudian ibu tidak bisa merespon bayinya dengan cepat, sehingga mempunyai potensi untuk diberikan susu formula, jadi akan lebih membantu apabila bayi tetap bersama ibunya selama 24 jam dan selalu hindari makanan atau minuman.

Mengenal 5 Tahap Perilaku (*Pre-Feeding Behavior*)

Menurut Roesli (2008), terdapat beberapa tahapan perilaku bayi sebelum ia berhasil menyusu yaitu:

- a. Sesaat setelah lahiran sehabis ari-ari dipotong, bayi langsung diletakkan di dada si ibu tanpa membersihkan si bayi kecuali tangannya, kulit bertemu kulit. Ternyata suhu badan ibu yang

telah melahirkan 1 derajat lebih tinggi. Namun jika si bayi itu kedinginan, otomatis suhu badan si ibu jadi naik 2 derajat, dan jika si bayi kepanasan, suhu badan ibu akan turun 1 derajat. Jadi Tuhan sudah mengatur bahwa si ibu yang akan membawa si bayi beradaptasi dengan kehidupan barunya. Setelah diletakkan di dada si ibu, biasanya si bayi hanya akan diam selama 20-30 menit, dan ternyata hal ini terjadi karena si bayi sedang menetralkan keadaannya setelah trauma melahirkan.

- b. Setelah si bayi merasa lebih tenang, maka secara otomatis kaki si bayi akan mulai bergerak-gerak seperti hendak merangkak. Ternyata gerakan ini pun bukanlah gerakan tanpa makna karena ternyata kaki si bayi itu pasti hanya akan menginjak-injak perut ibunya di atas rahim. Gerakan ini bertujuan untuk menghentikan pendarahan si ibu. Lama dari proses ini tergantung dari si bayi.
- c. Setelah melakukan gerakan kaki tersebut, bayi akan melanjutkan dengan mencium tangannya, ternyata bau tangan si bayi sama dengan bau air ketuban. Wilayah sekitar puting si ibu itu juga memiliki bau yang sama, jadi dengan mencium bau tangannya, si bayi membantu untuk mengarahkan ke mana dia akan bergerak. Dia akan mulai bergerak mendekati puting ibu. Ketika sudah mendekati puting si

ibu, si bayi itu akan menjilat-jilat dada si ibu. Ternyata jilatan ini berfungsi untuk membersihkan dada si ibu dari bakteri-bakteri jahat dan begitu masuk ke tubuh si bayi akan diubah menjadi bakteri yang baik dalam tubuhnya. Lamanya kegiatan ini juga tergantung dari si bayi karena hanya si bayi yang tahu seberapa banyak dia harus membersihkan dada si ibu.

- d. Setelah itu, si bayi akan mulai meremas-remas puting susu si ibu, yang bertujuan untuk merangsang supaya Air Susu Ibu (ASI) segera berproduksi dan bisa keluar. Lamanya kegiatan ini juga bergantung dari si bayi itu.
- e. Terakhir baru mulailah si bayi itu menyusu.

Manfaat Inisiasi Menyusu Dini

Bayi yang menyusu dini dapat mudah sekali menyusu selanjutnya, sehingga kegagalan menyusu tidak terjadi. Selain mendapatkan kolostrum yang bermanfaat untuk bayi, pemberian ASI eksklusif juga dapat menurunkan angka kematian bayi. ASI adalah cairan kehidupan, selain mengandung makanan juga mengandung unsur penyerap. Susu formula tak diberi enzim sehingga penyerapannya tergantung enzim di usus anak (*Healthy Life Magazine Indonesia*, 2007).

Ibu sering kali mengeluhkan suplai ASI yang kurang, padahal ASI diproduksi berdasarkan *demand* (jika diambil banyak maka akan diberikan

banyak). Sebaliknya bayi yang diberikan susu formula perlu waktu satu minggu untuk mengeluarkan zat yang tidak dibutuhkannya. Intinya ASI eksklusif merupakan makanan terbaik bagi bayi, namun karena informasi tentang ASI yang kurang, tanpa disadari penundaan menyusui dini sudah mengganggu proses kehidupan manusia. Inisiasi menyusui dini memang dalam 1 jam, tetapi manfaatnya dapat mempengaruhi bayi seumur hidupnya (*Healthy Life Magazine Indonesia*, 2007).

Dalam makalah berjudul "*Initiating Breast-feeding within One Hour of Birth*" (Gupta, 2007) menyebutkan manfaat inisiasi menyusui di jam pertama, di antaranya:

- 1) Meningkatkan kasih sayang dan kehangatan antara ibu dan bayinya sehingga ibu merasa dibutuhkan.
- 2) Memperbesar peluang ibu untuk memantapkan dan melanjutkan kegiatan menyusui selama masa bayi.
- 3) Mencegah perdarahan pasca persalinan dan mempercepat kembalinya rahim ke bentuk semula.
- 4) Memberi kesempatan bayi mendapatkan kolostrum pertama yang sangat kaya akan bermacam-macam komponen kekebalan dan non-kekebalan, yang sangat penting untuk pertumbuhan usus dan ketahanan terhadap infeksi.

- 5) Memberi kehangatan langsung ke tubuh bayi, sehingga dapat mengurangi kematian akibat hipotermi.
- 6) Mencegah terlewatnya puncak 'refleks mengisap' pada bayi yang terjadi 20-30 menit setelah lahir. Jika bayi tidak disusui, refleks ini akan berkurang dengan cepat, dan hanya akan muncul kembali dalam 40 jam kemudian. Padahal, kandungan antibodi kolostrum paling tinggi terjadi pada 12 jam setelah persalinan.

Adapun beberapa manfaat inisiasi menyusui dini dipaparkan sebagai berikut:

a. Bagi Bayi

- 1) Melindungi bayi dari infeksi dengan cepat dan mencegah perdarahan pada bayi baru lahir.
- 2) Bayi mendapat terapi psikologis berupa ketenangan dan kepuasan.
- 3) Mengeluarkan mekonium yaitu faeses pertama bayi.
- 4) Fungsi koordinasi saraf menelan, mengisap dan bernapas akan lebih cepat sempurna.
- 5) Saat terbaik bagi bayi untuk menerima berbagai stimulasi, seperti sentuhan pada kulit, mencium aroma khas ibunya, merasakan kehangatan, dan mendengar denyut jantung ibu yang sudah dike-

nalnya sejak masih dalam kandungan, sehingga otak dan sistem saraf dapat berkembang dengan optimal.

- 6) Meningkatkan kelekatan (*bounding attachment*) antara ibu dan bayi sehingga menumbuhkan rasa percaya diri pada bayi, karena ia tahu ada seseorang yang selalu ada apabila dibutuhkan (Roesli, 2008).

b. Bagi Ibu

- 1) Mencegah perdarahan pasca persalinan dan mempercepat kembalinya rahim ke bentuk semula.
- 2) Mencegah anemia defisiensi zat besi.
- 3) Mempercepat ibu kembali ke berat badan sebelum hamil.
- 4) Menunda kesuburan
- 5) Menimbulkan perasaan dibutuhkan.
- 6) Mengurangi kemungkinan kanker payudara dan ovarium (Roesli, 2008).

Fisiologi Menyusu Dini

Sebagai upaya untuk tetap mempertahankan kadar prolaktin dalam darah, sebelum setengah jam pertama setelah persalinan, segera posisikan bayi untuk mengisap puting susu secara benar. Ketika bayi mengisap pertama kali, bayi sebenarnya tidak menerima susu. Impuls sensorik pertama harus ditransmisikan melalui saraf somatik dari puting

susu ke medula spinalis dan kemudian ke hipotalamus. Impuls tersebut menyebabkan sekresi oksitosin pada saat yang bersamaan dengan hipotalamus menyekresi prolaktin (Nelvi, 2004).

Oksitosin kemudian dibawa oleh darah ke kelenjar payudara, dimana oksitosin menyebabkan sel-sel mioepitel yang mengelilingi dinding luar alveoli berkontraksi untuk mengalirkan air susu ke dalam duktus. Kemudian isapan bayi menjadi efektif dalam mengalirkan air susu. Pengisapan pada satu kelenjar payudara tidak hanya menyebabkan aliran air susu pada kelenjar payudara tersebut, tetapi juga pada kelenjar payudara yang lain (Nelvi, 2004).

Apabila bayi tidak mengisap puting susu pada 30 menit pertama setelah persalinan, hormon prolaktin akan turun dan sulit merangsang prolaktin kembali, sehingga ASI baru akan keluar pada hari ketiga atau lebih. Hal ini akan memaksa petugas kesehatan memberi makanan pengganti ASI karena bayi tidak mendapat ASI dalam jumlah yang cukup (Jurana, 2008).

Tidak adanya rangsangan pada puting susu berarti membiarkan kadar hormon oksitosin turun secara perlahan dalam peredaran darah. Jika hal tersebut terjadi, ASI dalam lobus tidak terperas, dan mengakibatkan hormon prolaktin akan turun bahkan hilang dari peredaran darah. Keadaan ini akan menyebabkan ASI yang keluar sedikit bahkan

mungkin berhenti sebelum bayi berumur enam bulan (Jurana, 2008).

Hal-hal yang Menyebabkan Bayi Mampu Menemukan Puting Susu Ibunya Saat IMD

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) disebut juga sebagai proses *Breast Crawl*. Dalam sebuah publikasi oleh *breastcrawl.org* yang berjudul "*breast crawl: scientific overview*", ada beberapa hal yang menyebabkan bayi mampu menemukan sendiri puting ibunya dan mulai menyusui yaitu:

- a. *Sensory inputs* atau indera yang terdiri dari penciuman: terhadap bau khas ibunya setelah melahirkan, penglihatan: karena bayi baru dapat mengenal pola hitam putih, bayi akan mengenali puting dan wilayah areola ibunya karena warna gelapnya, berikutnya adalah indera pengecap: bayi mampu merasakan cairan *amniotic* yang melekat pada jari-jari tangannya sehingga bayi pada saat baru lahir suka menjilati jarinya sendiri. Kemudian dari indera pendengaran: sejak dari dalam kandungan suara ibu adalah suara yang paling dikenalnya dan yang terakhir dari indera perasa dengan sentuhan: sentuhan dari kulit ke kulit antara bayi dengan ibu adalah sensasi pertama yang memberi kehangatan dan rangsangan lainnya.

- b. *Central Component*. Otak bayi yang baru lahir sudah siap untuk mengeksplorasi lingkungannya dan lingkungan yang paling dikenal adalah tubuh ibunya. Rangsangan ini harus segera dilakukan karena jika terlalu lama dibiarkan bayi akan kehilangan kemampuan ini. Inilah yang menyebabkan bayi yang langsung dipisah dari ibunya akan lebih sering menangis dari pada bayi yang langsung ditempelkan ke tubuh ibunya.
- c. *Motor Outputs*. Bayi yang merangkak di atas tubuh ibunya merupakan gerak yang paling alamiah yang dapat dilakukan bayi setelah lahir. Selain berusaha mencari puting ibunya gerakan ini juga memberi banyak manfaat untuk ibu misalnya mendorong pelepasan plasenta dan mengurangi perdarahan pada rahim ibu. Dalam prosedur IMD terdiri dari dua komponen utama yaitu:
 - 1) Kontak antara kulit ibu dan bayi (*skin to skin*)
 - 2) Upaya menyusui (*sucking*)

Hambatan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini

Berikut ini adalah beberapa hambatan pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini.

	MITOS	FAKTA
1	Bayi kedinginan sehingga perlu dibedong.	Bayi baru lahir memang mudah kedinginan, sehingga perlu dipeluk kontak kulit ke kulit, diberi topi, lalu ibu bersama bayi diselimuti. Bedong bayi terlalu ketat, akan membuatnya lebih kedinginan.
2	Kurang tersedia tenaga kesehatan sehingga bayi tidak dapat dibiarkan menyusu sendiri.	Suami dan anggota keluarga ibu dapat membantu Inisiasi Menyusu Dini.
3	Kamar bersalin atau kamar operasi sibuk sehingga bayi perlu segera dipisah dari ibunya.	Sementara sibuk, ibu dapat melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini.
4	Ibu harus dijahit sehingga bayi perlu segera dipisah dari ibunya.	Sementara dijahit, ibu tetap dapat melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini.
5	Bayi perlu diberi suntikan vitamin K dan tetes mata segera setelah lahir.	Benar, tapi dapat ditunda selama 1 jam hingga bayi selesai menyusu awal.
6	Bayi harus segera dibersihkan setelah lahir.	Bidan akan membersihkan seperlunya. Memandikan bayi sebaiknya ditunda hingga 6 jam agar tidak membuat bayi kedinginan.
7	Bayi harus ditimbang dan diukur setelah lahir.	Ditunda 1 jam tidak akan mengubah berat dan tinggi bayi.

8	Tenaga kesehatan belum sependapat tentang pentingnya memberi kesempatan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi yang lahir dengan operasi Caesar.	Mungkin, tapi adalah tugas orangtua untuk membela hak sang bayi. Tenaga kesehatan dapat diberi penjelasan, dan suami atau anggota keluarga dapat membujuk agar bayi dibiarkan untuk Inisiasi Menyusu Dini.
9	Ibu belum bisa duduk/duduk miring untuk memberikan ASI.	Siapa yang mengharuskan duduk? Bayi dapat menyusu pada saat tengkurap di dada ibu.

Sumber: Roesli, 2008

Program IMD yang Dicanangkan Pemerintah

UNICEF dan pemerintah Indonesia telah mencanangkan Inisiasi Menyusu Dini sebagai bagian dari upaya mengoptimalkan pemberian ASI secara eksklusif. Sebagai bagian manajemen laktasi yang relatif baru, Inisiasi Menyusu Dini harus disosialisasikan secara benar dan luas, tidak hanya kepada kalangan tenaga medis tetapi juga masyarakat.

The World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) mencanangkan beberapa kebijakan tentang Inisiasi Menyusu Dini dalam Pekan ASI sedunia (*World Breastfeeding Week*) yaitu:

- 1) Menggerakkan dunia untuk menyelamatkan 1 juta bayi dimulai dengan satu tindakan sederhana yaitu beri kesempatan pada bayi untuk

melakukan Inisiasi Menyusu Dini dalam satu jam pertama kehidupannya.

- 2) Menganjurkan segera terjadi kontak kulit antara ibu dan bayi dan berlanjut dengan menyusui untuk 6 bulan secara eksklusif.
- 3) Mendorong Menteri Kesehatan atau orang yang mempunyai kebijakan untuk menyatukan pendapat bahwa Inisiasi Menyusu Dini dalam satu jam pertama adalah indikator penting untuk pencegahan kesehatan.
- 4) Memastikan keluarga mengetahui pentingnya satu jam pertama untuk bayi dan memastikan mereka melakukan pada bayi mereka kesempatan yang baik ini.
- 5) Memberikan dukungan perubahan baru dan peningkatan kembali Rumah Sakit Sayang Bayi dengan memberi perhatian dalam penggabungan dan perluasan tentang Inisiasi Menyusu Dini

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) di Indonesia mulai diperkenalkan pada tahun 2007, sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. 450/MENKES/SK/VI/2004 tentang Pemberian ASI Secara eksklusif di Indonesia. Dengan mulai diterapkannya IMD sejak 2007, bayilah yang aktif menyusui dan bayi dibiarkan di atas dada ibu selama minimal 1 jam. Permohonan ibu pada pihak rumah sakit untuk melaksanakan IMD tak jarang mendapatkan pe-

nolakan, berbagai alasan baik teknis maupun non-teknis dikemukakan. Sesungguhnya, bila ibu dan bayi dalam keadaan stabil, IMD seharusnya dapat dilaksanakan. Secara mendasar, hak ibu untuk meminta IMD dilindungi oleh Pasal 4 ayat (2) Undang-undang No. 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen

Menyadari pentingnya IMD, beberapa daerah telah secara resmi mencanangkan pelaksanaan IMD melalui peraturan daerah mereka, di antaranya:

- a. Peraturan Daerah Kabupaten Klaten No. 7/2008 tentang Inisiasi Menyusu Dini dan Air Susu Ibu Eksklusif yang berisi:
 - 1) Setiap tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, dan perawatan kesehatan ibu dan anak wajib memberikan informasi dan anjuran tentang pentingnya IMD kepada ibu dan keluarganya.
 - 2) Setiap sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan pertolongan persalinan wajib menyediakan sarana dan prasarana bagi ibu melahirkan untuk melakukan IMD.
 - 3) Setiap tenaga kesehatan yang melakukan pertolongan persalinan dan perawatan ibu dan anak, wajib membantu melakukan IMD, kecuali ada alasan medis tertentu.
- b. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta No.435/2008 tentang pemberian ASI secara dini (IMD) bagi ibu melahirkan di Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta, yang berisi:

- 1) Semua sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan persalinan di Provinsi DKI Jakarta agar melaksanakan program Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
 - 2) Semua tenaga kesehatan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan agar menginformasikan kepada semua ibu hamil untuk melakukan IMD yaitu memberikan ASI segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir
 - 3) Tenaga kesehatan dalam memberikan informasi agar mengacu pada sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui.
- c. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan No. 6 /2010 tentang Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif yang berisi:
- 1) Institusi pelayanan kesehatan dan penolong persalinan wajib menyediakan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang manfaat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
 - 2) Institusi pelayanan kesehatan wajib memberikan kesempatan Inisiasi Menyusu Dini kepada ibu bersalin.
 - 3) Setiap penolong persalinan wajib memberikan kesempatan dan membantu ibu

dan bayi melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

SOP Inisiasi Menyusu Dini pada Partus Spontan

Berikut uraian standar operasi prosedur Inisiasi Menyusu Dini menurut Modul Konselor ASI (2006):

- a. Dianjurkan suami atau keluarga mendampingi ibu di kamar bersalin.
- b. Bayi lahir, segera dikeringkan secepatnya terutama kepala, kecuali tangannya; tanpa menghilangkan vernix mulut dan hidung bayi dibersihkan, tali pusat diikat.
- c. Bila bayi tidak memerlukan resusitasi, bayi ditengkurapkan di dada-perut ibu dengan kulit bayi melekat pada kulit ibu dan mata bayi setinggi puting susu, keduanya diselimuti dan bayi dapat diberi topi.
- d. Anjurkan ibu menyentuh bayi untuk merangsang bayi biarkan bayi mencari puting sendiri.
- e. Biarkan kulit bayi bersentuhan dengan kulit ibu selama paling tidak satu jam, bila menyusui awal terjadi sebelum satu jam, tetap biarkan kulit ibu-bayi bersentuhan sampai setidaknya satu jam.
- f. Bila dalam satu jam menyusui awal belum terjadi, bantu ibu dengan mendekatkan bayi ke puting tetapi jangan memasukkan puting ke

mulut bayi. Beri waktu kulit melekat pada kulit 30 menit atau 1 jam lagi

g. Rawat gabung bayi:

Ibu-bayi dirawat dalam satu kamar, dalam jangkauan ibu selama 24 jam dan berikan ASI saja tanpa minuman atau makanan lain kecuali atas indikasi medis. Tidak diberi dot atau empeng.

BAB III INISIASI MENYUSU DINI DI NEGARA MAJU DAN BERKEMBANG

Australia

Penelitian Hauck, *et al.* (2011) terkait inisiasi saat ini dan tingkat prevalensi di Australia Barat, dibedakan menjadi inisiasi menyusui dengan ASI 'eksklusif' terkait pola eksplorasi dan alasan untuk menghentikan menyusui. Hasil yang disajikan adalah memeriksa persepsi perempuan dan pada periode postnatal awal. Sebuah survei *cross sectional* digunakan untuk menguji praktik pemberian makan bayi selama tinggal di rumah sakit dan pada 9 minggu kelahiran dari wanita Australia Barat dengan kelahiran hidup terdaftar antara bulan Februari dan Juni 2006. Data yang diperoleh bahwa ada perempuan yang berhenti untuk memberikan inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif. Alasan karena kekurangan pasokan susu, alasan terkait bayi, nyeri dan ketidaknyamanan dan alasan emosional. Usia ibu yang lebih muda, lebih rendah tingkat pendidikan ibu, menawarkan kombinasi ASI dan susu formula di rumah sakit dan kelahiran caesar adalah prediktor independen yang signifikan

dari penghentian awal. Target untuk dukungan pada kelompok risiko seperti lebih muda, kurang terdidik, harus terus dilakukan. Bukti kebijakan untuk ASI harus mengatasi praktek penawaran susu formula untuk bayi di rumah sakit dan dampak intervensi yang meningkat seperti kelahiran caesar.

Amerika Serikat

Penelitian Jones, *et al.* (2011) bertujuan untuk memperkirakan proporsi bayi AS yang diberi ASI eksklusif selama 6 bulan, sesuai dengan karakteristik dari ibu, anak, dan lingkungan rumah tangga, dan untuk membandingkan hubungan antara karakteristik dan ASI eksklusif dengan hubungan antara karakteristik dan inisiasi menyusui. Data diperoleh dari Survei Kesehatan Nasional Anak 2007, sebuah survey nasional *cross-sectional*. Regresi logistik multivariat digunakan untuk menghitung kemungkinan rasio disesuaikan untuk menyusui di antara semua bayi dan ASI eksklusif selama 6 bulan pada bayi yang mulai menyusui. Semua analisa terbatas pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun untuk data yang tersedia ($N = 25.197$). Dari hampir 75 % anak-anak dalam studi yang pernah disusui, 16,8 % telah ASI eksklusif selama 6 bulan. Anak-anak kulit hitam Non-Hispanik secara bermakna kurang disusui dibandingkan dengan non-Hispanik kulit putih mereka (rasio odds yang disesuaikan: 0,54 [*confidence inter-*

val 95%: 0,44-0,66]). Namun, ada perbedaan yang signifikan pada kemungkinan ASI eksklusif menurut ras yang diamati. Anak-anak dengan berat lahir dari < 1500 gram yang paling banyak sudah pernah menyusui dan paling kurang belum disusui secara eksklusif. Usia ibu secara bermakna dikaitkan dengan pemberian ASI eksklusif, namun usia ibu tidak berhubungan dengan inisiasi menyusui. Di Amerika Serikat, prevalensi ASI eksklusif selama 6 bulan masih rendah di antara mereka yang memulai menyusui. Faktor yang terkait dengan menyusui secara eksklusif selama 6 bulan berbeda dari yang berhubungan dengan inisiasi menyusui.

Inggris

Penelitian Earle (2002) terkait angka menyusui di Britania Raya (Inggris) adalah salah satu yang terendah di negara maju dan tentunya yang terendah di Eropa. Ada banyak penelitian menyusui di Inggris, yang sebagian besar telah mengadopsi pendekatan kuantitatif, dan mereka sebagian besar difokuskan pada obstetri atau sosio-demografis faktor dalam keputusan untuk menyusui. Sementara studi ini memiliki peran penting yang mengacu pada sebuah studi yang mengadopsi metodologi kualitatif untuk mengeksplorasi pengalaman pribadi perempuan dan persepsi menyusui. Sebuah studi kualitatif dari 19 kelompok dilakukan dan selesai pada 1998. Peserta yang direkrut untuk penelitian be-

rupa 12 klinik ante natal di West Midlands, Inggris, Inggris. Usia mereka berkisar antara 16 sampai 30 tahun dan mayoritas menggambarkan diri mereka sebagai 'putih'. Mayoritas peserta dalam pekerjaan dibayar dalam berbagai pekerjaan.

Penelitian ini memiliki desain prospektif. Peserta diwawancarai tiga kali baik selama kehamilan atau setelah melahirkan: tahap pertama adalah antara 6 dan 14 minggu kehamilan; tahap kedua adalah antara 34 dan 39 minggu, dan tahap ketiga adalah antara 6 dan 14 minggu setelah melahirkan. Data menunjukkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi inisiasi menyusui. Pertama, keputusan pemberian makan bayi tampaknya akan dilakukan sebelum, atau terlepas dari, kontak dengan profesional kesehatan. Kedua, data menunjukkan bahwa kampanye promosi kesehatan di Inggris telah berpengaruh dalam kemampuan mereka untuk mendidik perempuan tentang manfaat menyusui. Namun, ini tidak menghalangi peserta dari pemberian susu formula setelah keputusan mereka dibuat. Keinginan untuk keterlibatan ayah juga tampaknya menjadi faktor lain berpengaruh; ayah yang baik dipandang sebagai dapat meringankan kesibukan sehari-hari ibu, atau ada keinginan untuk 'pengasuhan bersama'. Akhirnya, beberapa wanita yang memberikan susu formula menyatakan keinginan kuat untuk membangun kembali identitas mereka sebagai individu

yang terpisah dan sebagai 'non-ibu'.

Pakistan

Penelitian Ali, *et al.* (2011) bertujuan untuk mengetahui persepsi ibu dan praktek tentang pemberian ASI dan sosio-demografis berkorelasi pada bayi sama dengan atau kurang dari 6 bulan. Penelitian cross-sectional dilakukan pada 200 pasangan ibu-bayi yang mengunjungi pusat-pusat perawatan kesehatan, Colony Bilal (semi-perkotaan) dan Aga Khan University (perkotaan), untuk bayi yang mengikuti vaksinasi. Frekuensi dan persentase dihitung dan *Chi-square* digunakan untuk menemukan hubungan antara sosio-demografi ibu dan persepsi mereka dan praktek tentang menyusui. Pemberian ASI eksklusif dilaporkan oleh sekitar 54% dari ibu. Tiga puluh lima persen dari ibu memberi makanan tambahan, kolostrum dibuang 14% dan 43% terbangun bayi mereka untuk memberi makan jika waktu sudah melebihi 2 jam. Sebagian besar adalah perempuan menyadari keuntungan (92%) dan kerugian (85%) dari menyusui. Namun, kesadaran umpan balik positif dari produksi susu dan mengisap yang kurang dan menyusui dianggap menyebabkan kelemahan pada ibu. Meskipun ada upaya pembuat kebijakan kesehatan, hasil menunjukkan situasi yang tidak membaik. Perempuan menyadari keuntungan dan kerugian dari ASI dan susu botol tapi perbedaan nampak pada persepsi

mereka dan praktek.

Nepal

Penelitian Mullany, *et al.* (2008) terkait inisiasi menyusui dalam waktu 1 jam setelah kelahiran telah dikaitkan dengan penurunan kematian neonatal pada populasi Ghana pedesaan. Di Asia Selatan, pola menyusui dan tingkat kelahiran yang rendah berbeda dan hubungan ini belum diukur. Data yang dikumpulkan selama percobaan berbasis masyarakat secara acak dari dampak intervensi antisepsis klorheksidin topikal terhadap mortalitas dan morbiditas neonatal di selatan Nepal. Kunjungan rumah dilakukan pada sampel untuk mengumpulkan informasi longitudinal pada waktu inisiasi dan pola menyusui. Pemodelan regresi multivariabel digunakan untuk memperkirakan hubungan antara kematian dan menyusui waktu inisiasi. Analisis didasarkan pada 22.838 menyusui bayi baru lahir yang masih hidup sampai 48 jam. Dalam 1 jam kelahiran, 3,4% bayi disusui dan 56,6% adalah ASI dalam 24 jam kelahiran. Sebagian bayi yang diberi ASI (72,6%) berada pada risiko kematian yang lebih tinggi [risiko relatif (RR) = 1,77, 95% CI = 1,32-2,39] dari yang diberi ASI eksklusif. Ada kecenderungan ($P = 0,03$) terhadap mortalitas yang lebih tinggi dengan keterlambatan meningkat dalam inisiasi menyusui. Mortalitas lebih tinggi di antara yang terlambat (≥ 24 jam) dibandingkan

dengan awal (< 24 jam) inisiator (RR = 1,41, 95% CI = 1,08-1,86) setelah penyesuaian untuk berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, dan kovariat lainnya. Perbaikan dalam praktek menyusui dalam pengaturan ini dapat mengurangi kematian bayi secara substansial. Sekitar 7,7 dan 19,1% dari seluruh kematian bayi dapat dihindari dengan inisiasi universal menyusui dalam hari pertama atau jam hidup masing-masing. Program promosi menyusui berbasis masyarakat harus tetap menjadi prioritas, dengan penekanan baru pada inisiasi dini selain eksklusivitas dan durasi menyusui.

Bolivia dan Madagascar

Penelitian Baker, *et al.* (2006) terkait sekitar seperempat sampai setengah dari semua kematian bayi di negara berkembang terjadi pada minggu pertama kehidupan. ASI segera dalam satu jam pertama, diikuti dengan pemberian ASI eksklusif dini, meningkatkan status kesehatan dan kelangsungan hidup bayi baru lahir. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menunjukkan bahwa praktek menyusui, penting untuk kesehatan bayi, dapat ditingkatkan di negara berkembang. Selama 1999-2003, Proyek LINKAGES, yang didanai oleh *United States Agency for International Development*, diimplementasikan berbasis masyarakat modelnya untuk membawa perubahan yang cepat dalam perilaku individu dan norma-norma masyarakat mengenai pemberian ASI

dini dan eksklusif, di skala [KAITAN 'definisi 'skala' diadaptasi dari sebuah makalah Grup CORE latar belakang pada layanan kesehatan ibu, bayi, dan anak *Scaling-up* 'kesehatan, 11 Juli 2005] yang bisa mencapai dampak signifikan kesehatan masyarakat. 'Skala' didefinisikan sebagai peningkatan membawa bayi yang menyusui untuk lebih banyak di wilayah geografis yang lebih luas, lebih cepat, lebih merata, dan dengan keberlanjutan sebagai tujuan. Selama ini, khusus program yang dirancang dan diimplementasikan di Bolivia dan Madagaskar, dengan populasi tangkapan dari satu juta dan enam juta. Program-program negara dilaksanakan dengan pemerintah lokal ganda, organisasi sukarela swasta, dan mitra non-pemerintah (LSM) melalui program kesehatan yang ada dan kegiatan gizi.

Menyusui adalah titik masuk untuk bekerja di semua tingkat sistem kesehatan dan, di dalam masyarakat, dengan menggunakan kebijakan/advokasi dan pelatihan untuk petugas kesehatan, dengan penekanan khusus pada lini depan petugas kesehatan dan anggota masyarakat. Pesan termasuk media massa, dikembangkan dan digunakan oleh mitra. Inisiasi menyusui adalah salah satu indikator yang diukur. Data yang dikumpulkan melalui survei penilaian cepat menunjukkan peningkatan yang signifikan secara statistik ($p < 0,001$) dalam inisiasi menyusui di kedua negara. Di Bolivia, inisiasi menyusui dari 56% pada 2000

menjadi 69% pada tahun 2001 dan mencapai 74% pada akhir 2003. Di Madagaskar, tingkat inisiasi dari 34% pada awal tahun 2000 menjadi 69% pada tahun 2001, 76% pada tahun 2002, dan naik menjadi 78% pada tahun 2004. Pemberian ASI eksklusif selama bulan pertama kehidupan juga diukur. Pada awal di Bolivia, tingkat pemberian ASI eksklusif untuk bulan pertama kehidupan adalah 81% (2000), sedikit menurun pada tahun 2001, dan kemudian meningkat menjadi 88% pada akhir proyek pada tahun 2003. Di Madagaskar, itu mulai tinggi di 86% pada tahun 2000, meningkat selama pelaksanaan program, dan pada 2004, adalah 91%. Hasil ini dicapai dengan cepat dan berkelanjutan selama intervensi.

BAB IV PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

Pengertian ASI

ASI (Air Susu Ibu) adalah istilah untuk cairan putih yang dihasilkan oleh kelenjar payudara wanita melalui proses laktasi. ASI terdiri dari berbagai komponen gizi dan non gizi. Komposisi ASI tidak sama selama periode menyusui, pada akhir menyusui kadar lemak 4-5 kali dan kadar protein 1,5 kali lebih tinggi daripada awal menyusui. Juga terjadi variasi dari hari ke hari selama periode laktasi.

Keberhasilan laktasi dipengaruhi oleh kondisi sebelum dan saat kehamilan. Kondisi sebelum kehamilan ditentukan oleh perkembangan payudara saat lahir dan saat pubertas. Pada saat kehamilan yaitu trimester II payudara mengalami pembesaran karena pertumbuhan dan diferensiasi dari lobulo alveolar dan sel epitel payudara (Proverawati, 2009).

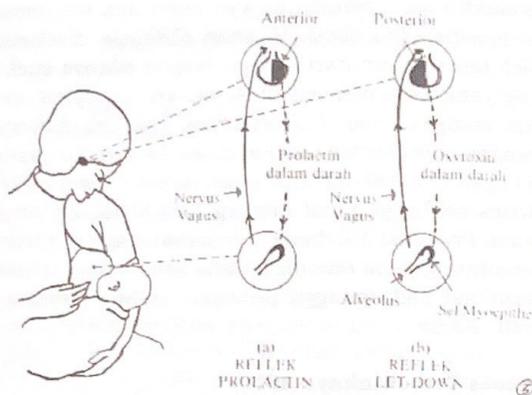
Pada saat pembesaran payudara ini hormon prolaktin dan laktogen plasenta aktif bekerja yang berperan dalam produksi ASI. Sekresi ASI diatur

oleh hormon prolaktin dan oksitosin. Prolaktin menghasilkan ASI dalam alveolar dan bekerjanya prolaktin ini dipengaruhi oleh lama dan frekuensi pengisapan (*suckling*). Hormon oksitosin disekresi oleh kelenjar pituitari sebagai respon adanya suckling yang akan menstimulasi sel-sel mioepitel untuk mengeluarkan ASI (*ejection*). Hal ini dikenal dengan *milk ejection reflex* atau *let down reflex* yaitu mengalirnya ASI dari simpanan alveoli ke lacteal sinuses sehingga dapat dihisap bayi melalui puting susu. Produksi ASI dapat meningkat atau menurun tergantung pada stimulasi pada kelenjar payudara terutama pada minggu pertama laktasi (Proverawati, 2009).

Proses Terbentuknya ASI

Selama kehamilan, hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron turun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan pada saat inilah mulai terjadi sekresi ASI. Dengan menyusukan lebih dini terjadi perangsangan puting susu, terbentuklah prolaktin oleh hipofisis, sehingga sekresi ASI semakin lancar.

Gambar 3.
Refleks Penting pada Proses Laktasi



(sumber: Ganong, 2008)

Dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi, refleks prolaktin dan refleks aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi (Kristiyanasari, 2009).

(1) Refleks Prolaktin

Sewaktu bayi menyusu, ujung saraf peraba yang terdapat pada puting susu terangsang. Rangsangan tersebut oleh serabut afferent dibawa ke hipotalamus di dasar otak, lalu memacu hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin kedalam

darah. Melalui sirkulasi prolaktin memacu sel kelenjar (alveoli) untuk memproduksi air susu. Jumlah prolaktin yang disekresi dan jumlah susu yang diproduksi berkaitan dengan stimulus isapan, yaitu frekuensi, intensitas dan lamanya bayi menghisap.

(2) Refleks Aliran (*Let Down Reflex*)

Rangsangan yang ditimbulkan oleh bayi saat menyusu selain mempengaruhi hipofise anterior mengeluarkan hormon prolaktin juga mempengaruhi hipofise posterior mengeluarkan hormon oksitosin. Dimana setelah oksitosin dilepas kedalam darah akan mengacu otot-otot polos yang mengelilingi alveoli dan duktulus, dan sinus menuju puting susu.

Refleks *let-down* dapat dirasakan sebagai sensasi kesemutan atau dapat juga ibu merasakan sensasi apapun. Tanda-tanda lain dari *let-down* adalah tetesan pada payudara lain yang sedang dihisap oleh bayi. Refleks ini dipengaruhi oleh kejiwaan ibu (Kristiyanasari, 2009).

Persiapan Pemberian ASI

Persiapan memberikan ASI dilakukan bersamaan dengan kehamilan. Pada kehamilan, payudara semakin padat karena retensi air, lemak serta berkembangnya kelenjar-kelenjar payudara yang

dirasakan tegang dan sakit. Persiapan untuk memberikan ASI berlangsung segera setelah terjadi kehamilan maka korpus luteum berkembang terus dan mengeluarkan estrogen dan progesteron, untuk mempersiapkan payudara, agar pada waktunya dapat memberikan ASI. Estrogen akan mempersiapkan kelenjar dan saluran ASI dalam bentuk proliferasi, deposit lemak, air dan elektrolit, jaringan ikat makin banyak dan mioepitel disekitar kelenjar mammae semakin membesar. Sedangkan progesteron meningkatkan kematangan kelenjar mammae bersama dengan hormon lainnya (Manuaba, 1998).

Hormon prolaktin yang sangat penting dalam pembentukan dan pengeluaran ASI makin bertambah, tetapi fungsinya belum mampu mengeluarkan ASI karena dihalangi oleh hormon estrogen, progesteron, dan *human placental lactogen hormone*. Oksitosin meningkat dari hipofisis posterior, tetapi juga belum berfungsi mengeluarkan ASI karena dihalangi hormon estrogen dan progesteron. Bersamaan dengan membesarnya kehamilan, perkembangan dan persiapan untuk memberikan ASI makin tampak. Payudara makin besar, puting susu makin menonjol, pembuluh darah makin tampak, dan areola mammae makin menghitam.

Segera setelah persalinan hormon-hormon yang dikeluarkan plasenta (estrogen, progesteron, dan *human plasentalactogen hormone*) yang berfungsi menghalangi peranan prolaktin dan oksito-

tosin menurun. Untuk mempercepat pengeluaran ASI, segera setelah persalinan-bahkan semasih tali pusat belum dipotong-bayi langsung diisapkan pada puting susu ibunya sehingga terjadi refleksi pengeluaran prolaktin dan oksitosin. Isapan bayi sangat menguntungkan karena dapat mempercepat pelepasan plasenta, serta perdarahan postpartum dapat dihindari (Manuaba, 1998).

Setelah plasenta lahir dengan menurunnya hormon estrogen, progesteron, dan *human placental lactogen hormone*, maka prolaktin dapat berfungsi membentuk ASI dan mengeluarkannya ke dalam alveoli bahkan sampai duktus kelenjar ASI. Isapan langsung pada puting susu ibu menyebabkan refleksi yang dapat mengeluarkan oksitosin dari hipofisis, sehingga mioepitel yang terdapat di sekitar alveoli dan duktus kelenjar ASI berkontraksi dan mengeluarkan ASI ke dalam sinus: *let down reflex*.

Komposisi ASI

ASI bersifat khas untuk bayi karena susunan kimianya, mempunyai nilai biologis tertentu, dan mempunyai substansia yang spesifik. Ketiga sifat itulah yang membedakan ASI dengan susu formula (Manuaba, 1998). Pengeluaran ASI dapat dibedakan atas:

- (1) Kolostrum.
 - a. Berwarna kuning jernih dengan protein berkadar tinggi.

- b. Mengandung: imunoglobulin, laktoferin, ion-ion (Na, Ca, K, Zn, Fe), vitamin (A, E, K, dan D), lemak dan rendah laktosa.
 - c. Pengeluaran kolostrum berlangsung sekitar dua tiga hari dan diikuti ASI yang berwarna putih.
- (2) ASI transisi (antara).
ASI antara, mulai berwarna putih bening dengan susunan yang disesuaikan kebutuhan bayi, dan kemampuan mencerna usus bayi.
- (3) ASI sempurna.
Pengeluaran ASI penuh sesuai dengan perkembangan usus bayi, sehingga dapat menerima susunan ASI sempurna.

Terdapat beberapa pengertian yang salah mengenai kolostrum, yang diperkirakan ASI yang kotor, buruk sehingga tidak patut diberikan pada bayi. Ternyata kolostrum sebagai pembuka jalan agar bayi dapat menerima ASI penuh. Kolostrum banyak mengandung antibodi dan anti-infeksi serta dapat menumbuhkembangkan flora dalam usus bayi, untuk siap menerima ASI.

BAB V PENYULUHAN KESEHATAN

Pengertian Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perseorangan maupun secara kelompok dan meminta pertolongan (Effendy, 1998).

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu, dan masyarakat. Pendidikan kesehatan tidak dapat diberikan kepada seseorang oleh orang lain, bukan seperangkat prosedur yang harus dilaksanakan

atau suatu produk yang harus dicapai, tetapi sesungguhnya merupakan suatu proses perkembangan yang berubah secara dinamis, yang didalamnya seseorang menerima atau menolak informasi, sikap, maupun praktek baru, yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat (Suliha, dkk., 2002). Menurut Effendi (1998) tujuan pendidikan kesehatan adalah:

- a. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku hidup sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
- b. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.
- c. Menurut WHO tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan.

Menurut Effendy, faktor-faktor yang perlu diperhatikan terhadap sasaran dalam keberhasilan penyuluhan kesehatan adalah:

- 1) Tingkat Pendidikan.
Pendidikan dapat mempengaruhi cara pan-

dang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.

- 2) Tingkat Sosial Ekonomi
Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.
- 3) Adat Istiadat
Pengaruh dari adat istiadat dalam menerima informasi baru merupakan hal yang tidak dapat diabaikan, karena masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap sesuatu yang tidak boleh diabaikan.
- 4) Kepercayaan Masyarakat
Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang – orang yang sudah mereka kenal, karena sudah timbul kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.
- 5) Ketersediaan Waktu di Masyarakat
Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

Metode yang dapat dipergunakan dalam memberikan penyuluhan kesehatan adalah (No-

toatmodjo, 2005):

- 1) Metode Ceramah
Adalah suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada sekelompok sasaran sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan.
- 2) Metode Diskusi Kelompok
Adalah pembicaraan yang direncanakan dan telah dipersiapkan tentang suatu topik pembicaraan diantara 5 - 20 peserta (sasaran) dengan seorang pemimpin diskusi yang telah ditunjuk.
- 3) Metode Curah Pendapat
Adalah suatu bentuk pemecahan masalah di mana setiap anggota mengusulkan semua kemungkinan pemecahan masalah yang terpikirkan oleh masing-masing peserta, dan evaluasi atas pendapat-pendapat tadi dilakukan kemudian.
- 4) Metode Panel
Adalah pembicaraan yang telah direncanakan di depan pengunjung atau peserta tentang sebuah topik, diperlukan 3 orang atau lebih panelis dengan seorang pemimpin.
- 5) Metode Bermain peran
Adalah memerankan sebuah situasi dalam kehidupan manusia dengan tanpa diadakan latihan, dilakukan oleh dua orang atau lebih

- untuk dipakai sebagai bahan pemikiran oleh kelompok.
- 6) Metode Demonstrasi
Adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, adegan dengan menggunakan alat peraga. Metode ini digunakan terhadap kelompok yang tidak terlalu besar jumlahnya.
 - 7) Metode Simposium
Adalah serangkaian ceramah yang diberikan oleh 2 sampai 5 orang dengan topik yang berlebihan tetapi saling berhubungan erat.
 - 8) Metode Seminar
Adalah suatu cara di mana sekelompok orang berkumpul untuk membahas suatu masalah dibawah bimbingan seorang ahli yang menguasai bidangnya.

Dalam melakukan penyuluhan kesehatan, maka penyuluh yang baik harus melakukan penyuluhan sesuai dengan langkah - langkah dalam penyuluhan kesehatan masyarakat sebagai berikut (Effendy, 1998):

- 1) Mengkaji kebutuhan kesehatan masyarakat.
- 2) Menetapkan masalah kesehatan masyarakat.
- 3) Memprioritaskan masalah yang terlebih da-

- hulu ditangani melalui penyuluhan kesehatan masyarakat.
- 4) Menyusun perencanaan penyuluhan
 - a) Menetapkan tujuan
 - b) Penentuan sasaran
 - c) Menyusun materi / isi penyuluhan
 - d) Memilih metoda yang tepat
 - e) Menentukan jenis alat peraga yang akan digunakan
 - f) Penentuan kriteria evaluasi.
 - 5) Pelaksanaan penyuluhan
 - 6) Penilaian hasil penyuluhan
 - 7) Tindak lanjut dari penyuluhan

Pengertian Penyuluhan Inisiasi Menyusu Dini

Dalam hal penyuluhan di masyarakat sebagai pendekatan edukatif untuk menghasilkan perilaku, maka terjadi proses komunikasi antara *provider* dan masyarakat. Dari proses komunikasi ini ingin diciptakan masyarakat yang mempunyai sikap mental dan kemampuan untuk memecahkan masalah yang dihadapinya (Suharjo, 2003) dalam Emilia (2009).

Sesuai dengan uraian diatas, maka penyuluhan Inisiasi Menyusu Dini adalah suatu pendekatan edukatif untuk menghasilkan perilaku individu yang diperlukan dalam melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (Suharjo, 2003) dalam Emilia (2009).

BAB VI IBU BERSALIN

Ibu bersalin (Partus) adalah Ibu yang mengalami suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Prawiroraharjo, 1994).

Pengertian Persalinan (Partus)

Berikut ini beberapa pengertian jenis persalinan menurut Sarwono (1994) yaitu:

- a. Persalinan (partus) normal adalah bila bayi lahir dengan presentasi belakang kepala tanpa memakai alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.
- b. Persalinan Partus (*immaturus*) adalah persalinan yang kurang dari 28 minggu dan lebih dari 20 minggu dengan berat janin antara 500-1000 gram.
- c. Persalinan (Partus) *Prematurus* adalah persalinan dari hasil konsepsi yang dapat hidup tetapi belum aterm (cukup bulan). Berat janin

antara 1000-2500 gram atau tua kehamilan antara 28-36 minggu.

- d. Persalinan (Partus) *Postmaturus* adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu persalinan yang diperkirakan.

Lima Puluh Delapan Langkah Asuhan Persalinan Normal

Berikut ini adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal. (Prawiroraharjo,1994), yaitu:

1. Mendengar & Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua.
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set.
3. Memakai celemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dgn sabun & air mengalir.
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali ke dalam wadah partus set.
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.

8. Melakukan pemeriksaan dalam – pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
9. Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu

17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melakukan perasat stenan (perasat untuk melindungi perineum dengan satu tangan, dibawah kain bersih dan kering, ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum).
20. Setelah kepala keluar menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul

23. di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
24. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
25. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telunjuk tangan kiri di antara kedua lutut janin)
26. Melakukan penilaian selintas:
 - a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak aktif ?
27. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.
28. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
29. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
30. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di

- 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
 31. Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 32. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
 34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
 35. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
 36. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 - 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.

37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
38. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
40. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.
41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

44. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
45. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
47. Mengajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai me-makai pakaian bersih dan kering.

54. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
56. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Melengkapi partograf.

BAB VII KONSEP TENTANG PERILAKU

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati maupun yang tidak bisa di amati oleh orang lain. Menurut Skener 1938 merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus. Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus, perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

1. Perilaku tertutup
Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Reaksi ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran atau sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.
2. Perilaku terbuka
Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata, respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain.

Teori Perilaku

a. Teori Lawrence Green

Menurut analisa Lawrence perilaku manusia dipengaruhi 2 faktor pokok yaitu faktor perilaku dan non perilaku. Sedangkan perilaku sendiri dipengaruhi oleh 3 faktor antara lain :

- 1) Faktor predisposisi (*Predisposing factor*) atau olost pemudah yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- 2) Faktor pendukung (*Enabling Factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan (misalnya: Puskesmas, obat-obatan, jamban, dsb.)
- 3) Faktor pendorong (*Reinforcing Factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok.

b. Teori Snehandu B. Kar

Kar menganalisa perilaku dengan bertitik tolak dari fungsi:

- 1) Nilai seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kepentingan pribadinya (*behavior intention*).
- 2) Dukungan sosial dari lingkungannya.
- 3) Ada atau tidak ada informasi atau fasilitas.
- 4) Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam

hal tidak atau mengambil suatu tindakan.
5) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak.

c. Teori WHO

Tim kerja WHO menganalisa bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku adalah karena adanya 4 alasan pokok:

- 1) Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
- 2) Kepercayaan seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
- 3) Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap obyek.
- 4) Orang penting sebagai referensi perilaku orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting.

d. Teori perubahan perilaku

1) Teori stimulus organisme

Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung pada kualitas rangsangan, perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus yang diberikan benar – benar melebihi dari stimulus semula.

2) Teori fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung kepada kebutuhan. Perilaku dilatar belakangi

oleh kebutuhan individu yang bersangkutan.

3) Teori Kurt Levin

Perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kebutuhan – kekuatan pendorong dan kekuatan – kekuatan penahanan. Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut pada diri seseorang.

4) Teori Prochasca (*Transtheoretical Model*)

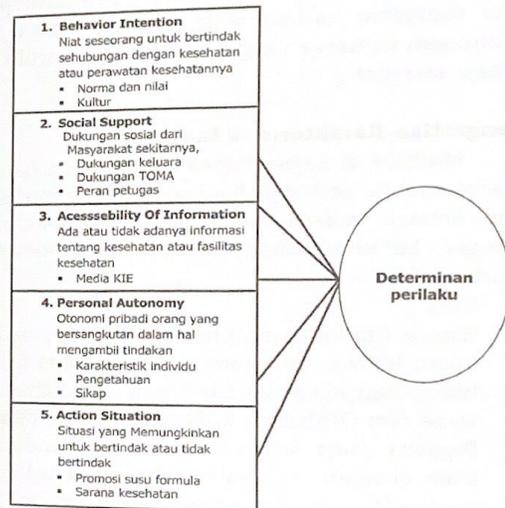
Teori ini menggunakan tahapan perubahan untuk mengintegrasikan proses yang paling kuat dan prinsip-prinsip perubahan dari teori terkemuka konseling dan perubahan perilaku. Tahapan *Transtheoretical Model* berurutan sebagai berikut:

- a) Pra Kontemplasi (Tidak Siap), pada tahap ini individu tidak bermaksud untuk memulai perilaku sehat dalam waktu dekat (dalam waktu 6 bulan), dan mungkin tidak menyadari kebutuhan untuk berubah. Individu di sini mempelajari lebih lanjut tentang perilaku sehat, mereka di dorong untuk berpikir tentang proses mengubah perilaku mereka dan untuk merasakan emosi tentang efek dari perilaku olostru mereka pada orang lain.
- b) Kontemplasi (Persiapan), pada tahap

- ini individu berniat untuk memulai perilaku sehat dalam 6 bulan ke depan. Sementara mereka biasanya sekarang lebih sadar akan perubahan prokontra mereka sekitar sama dengan Pro mereka. Ini ambivalensi tentang perubahan dapat menyebabkan mereka untuk tetap menunda mengambil tindakan.
- c) Persiapan (Siap), pada tahap ini individu siap untuk mulai mengambil tindakan dalam 30 hari ke depan. Mereka mengambil langkah-langkah kecil yang mereka percaya dapat membantu mereka membuat perilaku sehat merupakan bagian dari kehidupan mereka.
 - d) *Action* (Aksi), pada tahap ini telah mengubah perilaku mereka dalam 6 bulan terakhir, dan perlu bekerja keras untuk terus bergerak maju. Individu perlu belajar bagaimana untuk memperkuat komitmen mereka untuk berubah dan untuk melawan dorongan untuk menyelinap kembali.
 - e) Pemeliharaan, pada tahap ini individu mengubah perilaku mereka lebih dari 6 bulan yang lalu. Hal ini penting bagi orang-orang di tahap ini untuk menyadari situasi yang mungkin menggoda mereka untuk menyelinap kembali

melakukan perilaku-perilaku terutama yang tidak sehat.

Perilaku individu dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Snehandu B. Kar (1983), faktor yang dapat mempengaruhi perilaku antara lain: (1) *Behavior Intention*, (2) *Social Support*, (3) *Acessebility of Information*, (4) *Personal Autonomy*, dan (5) *Action Situation*. Berikut Skema faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku:



Gambar 4. Kerangka Teori
Sumber: Snehandu B. Kar, 1983 (dalam Notoatmodjo, 2005)

BAB VIII KARAKTERISTIK, MEDIA, DAN DUKUNGAN KELUARGA

Berikut ini adalah beberapa pendapat para ahli mengenai karakteristik individu, media dan dukungan keluarga yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang.

Pengertian Karakteristik Individu

Mathiue & Zajac, (1990) menyatakan bahwa, .Karakteristik personal (individu) mencakup usia, jenis kelamin, masa kerja, tingkat pendidikan, suku bangsa, dan kepribadian. Hal yang sama dijelaskan Nurseni (2002).

1) Usia

Kamus Umum Bahasa Indonesia (1984) menyatakan bahwa, Usia (umur) adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Dyne dan Graham (2005) menyatakan bahwa, Pegawai yang berusia lebih tua cenderung lebih mempunyai rasa keterikatan atau komitmen pada organisasi dibandingkan dengan yang berusia muda sehingga meningkatkan loyalitas mereka pada organisasi.

- 2) Pekerjaan
Menurut Kamus bahasa Indonesia (1984) menyatakan bahwa, pekerjaan adalah suatu yang dilakukan untuk mencari nafkah. Kreitner dan Kinicki (2004) menyatakan bahwa, masa kerja yang lama akan cenderung membuat seorang pegawai lebih merasa betah dalam suatu organisasi, hal ini disebabkan di antaranya karena telah beradaptasi dengan lingkungannya yang cukup lama sehingga seorang pegawai akan merasa nyaman dengan pekerjaannya. Sehingga dengan kemampuan adaptasi itulah yang cenderung membuat individu yang bekerja dapat beradaptasi dengan perilaku yang baru.
- 3) Pendidikan.
Menurut kamus bahasa Indonesia (1984) menyatakan, bahwa pendidikan adalah perbuatan mendidik, pemeliharaan. Effendi (2007) menyatakan bahwa pendidikan seseorang akan sangat berperan dalam menganalisa berbagai informasi yang tujuannya akan memampukan individu tersebut dapat hidup secara dinamis.

Media

Media penyuluhan kesehatan adalah media yang digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan karena alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan kesehatan bagi masyarakat yang dituju.

Cara Produksi Media

Menurut Notoatmodjo (2005), media penyuluhan didasarkan cara produksinya dikelompokkan menjadi:

- 1) Media cetak yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak terdiri dari:
 - a) *Booklet* adalah suatu media untuk menyampaikan pesan kesehatan dan bentuk buku, baik tulisan ataupun gambar.
 - b) *Leaflet* adalah suatu bentuk penyampaian informasi melalui lembar yang dilipat. Isi informasi dapat berupa kalimat maupun gambar.
 - c) Selebaran adalah suatu bentuk informasi yang berupa kalimat maupun kombinasi.
 - d) *Flip chart* adalah media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik berisi gambar dan dibaliknya berisi pesan yang berkaitan dengan gambar tersebut.
 - e) Rubrik atau tulisan pada surat kabar mengenai bahasan suatu masalah kesehatan.
 - f) Poster adalah bentuk media cetak berisi pesan kesehatan yang biasanya ditempel di tempat umum.
 - g) Foto yang mengungkap informasi kesehatan yang berfungsi untuk olost informasi

- dan menghibur.
- 2) Media Elektronik yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronika. Adapun macam media elektronik: Televisi, radio, video, *slide*, film,
 - 3) Luar ruangan yaitu media yang menyampaikan pesannya di luar ruangan secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis, misal: Pameran, banner, TV layar lebar, spanduk, papan reklame.

Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 1998).

Jenis Dukungan Sosial Keluarga

Caplan (1964) dalam Friedman (1998) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa jenis dukungan yaitu:

- 1) Dukungan informasional
Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarnya) informasi tentang dunia.
- 2) Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga di antaranya memberikan dukungan, penghargaan, perhatian.

- 3) Dukungan Instrumental
Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, di antaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan.
- 4) Dukungan emosional
Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

Manfaat Dukungan Keluarga

Tamama (2010) mengemukakan bahwa dukungan keluarga mempunyai hubungan dengan suksesnya pemberian ASI Eksklusif kepada bayi. Dukungan keluarga adalah dukungan untuk memotivasi ibu melaksanakan IMD dan selanjutnya ASI saja kepada bayinya sampai usia 6 bulan, memberikan dukungan psikologis kepada ibu dan

mempersiapkan nutrisi yang seimbang kepada ibu. Menurut Roesli (2008), suami dan keluarga dapat berperan aktif dalam pemberian ASI dengan cara memberikan dukungan emosional atau bantuan praktis lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, 2009. Inisiasi Menyusu Dini dan Pembelian ASI Eksklusif di Kec. Johan Pahlawan, Kab. Aceh Barat. (www.google.com) Diakses tanggal 8 Januari 2011.
- Affandi, A. 2009. Pengaruh Pemberian DIP ASI Biskuit Ikan Teri Terhadap Pertumbuhan BADUTA Gizi Kurang di Kecamatan Tanete Rialu Kabupaten Barru. Tesis tidak diterbitkan. Makassar, PPT Unhas.
- Afrini, N. 2004. Analisis Praktek Pemberian ASI Eksklusif Pada Ibu Bekerja di Instansi Pemerintah di DKI Jakarta. (Online), (<http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/ng/digitalfiles. isp?id=77960&lokasi=lokal>), Diakses tanggal 5 Januari 2012.
- Agung, I.G.N. 2008. Manajemen Penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi. PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Ali, Sumera, et al. 2011. Perception and practices of breastfeeding of infants 0-6 months in an urban and a semi-urban community in Pakistan:

- a cross-sectional study. *Journal Pakistan Med Assoc* Vol. 61, No. 1, January 2011.
- Amiruddin, R., Rostia., Promosi Susu Formula Menghambat Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi 6-11 Bulan Di Kelurahan Pa'baeng-baeng Makassar Tahun 2006. (www.google.com). Diakses 3 Januari, 2012.
- Anonim. 2007, *Health life Magazine*. (www.google.com), Diakses 6 Januari 2012.
- Aprilia. 2008. Analisis Sosialisasi Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif Kepada Bidan di Kabupaten Klaten. (www.google.com) Diakses tanggal 5 Januari 2012.
- Arifuddin, Y., Priyantini, S., Desanti, O.I., 2009. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif Terhadap Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut Pada Bayi 0-12 Bulan, (Online), (www.wordpress.com). Diakses 2 Januari 2012.
- Asmiajati, 2000. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Tiga Raksa Kec. Tiga Raksa Tangerang. (Online). (<http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/ng/detail.jsp?id>) Diakses tanggal 5 Januari 2012.
- Baker, E.J., et al. 2006. Early Initiation of and exclusive breast feeding in large-scale community - based programmers in Bolivia and Madagascar. *Journal of health population nutrition*, 24 (4) ; 530-539 Issn 1606-0997.

- Barlow, A., Baker, E.V., Speakman, K., 2006. Home-Visiting international to improve child care among American Indian adolescent mothers. *Journal of arch adolesc med.* 160:1101-1107
- Dahlan, M.S. 2010. Besar Sampel Dan Cara Pengambilan Sampel Dalam Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan. Salemba Medika, Jakarta.
- Danga, N.E. 2007. Pengembangan Model Konsep-tuul Komunikasi Dalam Upaya Meningkatkan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif Di Kecamatan Walenrang Kabupaten Luwu. Tesis tidak diterbitkan. Makassar PPs UNHAS.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal Maternal Dan Neonatal Care. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I. 2005. Kebijakan Departemen Kesehatan Tentang Peningkatan Pemberian ASI Pekerja Wanita. Pusat Kesehatan Kerja (Online), (<http://www.dinkeskotasemerang.go.id>), Diakses tanggal 7 Januari 2012.
- Departemen kesehatan R.I. 2007, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (http://www.menengpp.go.id/aplikasi_data/index.php) Diakses tanggal 7 Januari 2012.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan RI. 1975. Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia Yang Disempurnakan. Balai Pustaka, Jakarta.
- Earle, Sarah. 2002. Factors affecting the initiation

- of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. Oxford Journals.
- Effendi, N. 1998. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Elaine Albermez Et.al. 2003. Lactation Conseling increases breast-feeding duration but not breast milk intake as measured by isotopic methods the American society for nutritional sciences. *J.Nutr.* 133:205-2010, Januari 2003. Diakses tanggal 30 Januari 2012.
- Elyani, N dan Sumarni S. 2004. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pola Inisiasi ASI Dan Pemberian ASI Eksklusif. *The Indonesian journal of public health*, vol. I.
- Engelbretsen, I.M.S., et al. Gendered perceptions on infant feeding in Eastern Uganda: continued need for exclusive breastfeeding support. *International Breastfeeding Journal* 2010, 5:13.
- Fjeld, E., et al. 2008. 'No sister, the breast alone is not enough for my baby' a qualitative assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in southern Zambia. *International Breastfeeding Journal* 2008, 3:26.
- Ganong, W. 2008. Anatomi Kedokteran. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Guppa, A. 1992. Infant Feeding Practices Amoni. India. *Jurnal of Pediatric.*

- Hauck, Y.L., et al. 2011. A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Matern Child Health Journal* 2011 Feb;15(2):260-8.
- Hellen Keller International Indonesia. 2004. National And Health Surveillance System, Close Out Report 2003, (Online), Diakses 9 Januari 2012.
- Jones, J.R., et al. 2011. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. *Journal Pediatrics* 2011 Dec;128(6):1117-25. Epub 2011 Nov 28.
- Jurana. 2008. Perilaku Bidan Dalam Penyuluhan Pemberian ASI Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Sumber Sari Kecamatan Parigi Selatan Kabupaten Parigi Propinsi Sulawesi Tengah. Tesis tidak diterbitkan, Makassar, PPT Unhas.
- Kerlinger, F.N. 2006. Asas-Asas Penelitian Behavioral. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Kristiyanasari, W., 2 . ASI, Menyusui dan Sadari. Nuha Medika, Yogyakarta.
- Laurent, S and Reader P. 2009. Ensiklopedia Perkembangan Bayi. Erlangga, Jakarta.
- Linkages, 2008. Pemberian ASI Eksklusif Atau ASI Saja: Satu-satunya Sumber Cairan Yang Dibutuhkan Bayi Usia Dini, (Online), (www.linkagesproject.org). Diakses 10 Januari 2012.

- Machfoed, I. 2010. Cara Membuat Kuesioner dan Panduan Wawancara. Fitra Maya, Yogyakarta.
- Manuaba, I.B.G., 1998. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan. Penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta.
- Martono, N. 2010. Metode Penelitian Kuantitatif. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Mullany, L.C., et al. 2008. Breast-Feeding Patterns, Time to Initiation, and Mortality Risk among Newborns in Southern Nepal. *Jornal American Society for Nutrition*.
- Mulyati, S : 2004. Strategi Sosialisasi Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI) Eksklusif di Kota Bengkulu. (www.google.com) Diakses tanggal 15 Januari 2012
- Murti, B. 1997. Prinsip Dan Metode Riset Epidemiologi. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- Nelvi, 2004. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Inisiasi Pemberian ASI Di RB Puskesmas Jakarta Pusat. (Online), (<http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/ng/status.isp?id=787777&lokasi=lokal>) Diakses tanggal 6 Februari 2012
- Ngatimin, H.M.R. 2005. Sari Dan Aplikasi Ilmu Perilaku Kesehatan. Yayasan PK3, Makassar.
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kes-

- ehatan. Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurmiati, B. 2008. Pengaruh Durasi Pemberian ASI Terhadap Ketahanan Hidup Bayi Di Indonesia. (Online). Makara Kesehatan Vol. 12 No. 2. Diakses Tanggal 10 Januari 2012.
- Nurseni, A. 2002. Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Keluarga Dan Pendidikan Kesehatan Dengan Perilaku Penelitian ASI Dan Mp ASI Di Desa Narujaya Kecamatan Parung Kabupaten Bogor. (Online), (<http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/ng/detail/isp?id=71878&lokasi=lokal>) Diakses tanggal 6 Februari 2012.
- Palmer, L., et al. 2012. Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *J Qualitative Stud Health Well-being* 2012; 7: 10846 - DOI.
- Prasetyono. 2008. *Berbahasa Tulis Dengan Baik*. Penerbit buku kedokteran, Jakarta.
- Prawiroraharjo, S. 1994. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.
- Profil Kesehatan Sulawesi Selatan, data tahun 2009.
- Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin. 2006. *Pedoman Penulisan Tesis dan Disertasi*. Edisi 4 Makassar.
- Proverawati, A. Asfuah, S. 2009. *Buku Ajar Gizi Dan Kebidanan*. Nuha Medika, Yogyakarta.

- Raharjo, S. 2006. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Satu Jam Pertama Setelah Melahirkan. *Jurnal kesehatan masyarakat nasional*. Volume 1. No.1 : 11-17.
- Rahayu, S. 2002. Determinan Keberhasilan Praktek Menyusui Dini pada Ibu Bersalin di RS Umum Daerah dr. Moewardi. (www.google.com) Diakses tanggal 7 Januari 2011.
- Ridwan. 2010. *Skala Pengukuran Variabel-Variabel Penelitian*. Alfabeta, Bandung.
- Ridwan. 2011. *IMD Strategi Ampuh Menurunkan Angka Kematian Bayi*, (www.google.com) Diakses 7 Januari 2012.
- Roesli, U. 2005. *Mengenal ASI Eksklusif*. Cetakan ke-3. Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara, Jakarta.
- Roesli, U. 2008. *Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif*. Pustaka Bunda, Jakarta.
- Scanlon, V.C. and Sanders T. 2007. *Buku Ajar Anatomi dan Fisiologi*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Siregar, A. 2004. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemberian ASI Oleh Ibu Melahirkan*. Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat. FKM Universitas Sumatera Utara. Digitized by USU Digital Library (Online), (<http://www.library.usu.ac.id>) Diakses tanggal 7 Januari 2012.
- Soediningsih. 1997. *ASI : Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC,

- Jakarta.
- Sreeramareddy, C.T., Joshi, H.S., Sreekumaran, B.V, 2006. Home delivery and newborn care practices among urban women in western Nepal: a questionnaire survey. *Jurnal of BMC pregnancy and childbirth*. doi : 10.1186/1471-2393-6-27.
- Sudarsono, A. 2006. Hubungan Persepsi Bidan Desa Tentang ASI Eksklusif dengan Cakupan ASI Eksklusif di Kabupaten Pamekasan diterbitkan, (www.google.com) Diakses tanggal 15 Januari 2012.
- Syafar, H.M, Ibnu, I.F, Mappatoba, H.A, dkk. 2011. Riset Formatif PSP ASI Eksklusif Di Sulawesi Selatan (Kota Makassar, Kabupaten Gowa Dan Kabupaten Takalar). Tidak diterbitkan, Makassar, FKM Unhas.
- Syed, u., Asiruddin., 2006. Immediate and early post-natal care for mothers and newborns in rural Bangladesh. *Journal of health popus nurt*. 24 (4): 508-518.-0997,
- Tamama, A.E. 2010. Hubungan Dukungan Suami dan Kemauan Ibu Memberikan ASI Eksklusif di Puskesmas Teladan Medan. (Online). (<http://repository.ucu.ac.id>), Diakses tanggal 30 Januari 2012.
- Wawan, A dan Dewi, M. 2010. Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia. Nuha Medika, Yogyakarta.

- WHO, UNICEF, 2007. Indicator for Infant and young child feeding practise, (Online). Part 1. Country profile (http://www.who.int/child_adolescent_health.html, Diakses 9 November 2011).
- Yuliano, B. 2011. Penuntun Praktis Berbahasa Indonesia Dengan Baik Dan Benar. UNESA University Press, Surabaya.

LAMPIRAN

HASIL PENELITIAN PROGRAM IMD KOTA PAREPARE

Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Keadaan Geografi

Kota Parepare terletak antara 3057'39" - 4004'49" Lintang Selatan dan 119036'24" - 119043'40" Bujur Timur di bagian tengah Provinsi Sulawesi Selatan. Kota Parepare merupakan daerah transit yang cukup strategis karena berada pada persilangan jalur transportasi poros utara-selatan serta arah timur-barat Provinsi Sulawesi Selatan. Sedangkan luas dari Kota Parepare adalah 99,33 KM² dengan batas-batas wilayah sebagai berikut:

- Sebelah barat : Selat Makassar
- Sebelah Timur : Kabupaten Sidenreng Rappang
- Sebelah Selatan : Kabupaten Barru
- Sebelah Utara : Kabupaten Pinrang

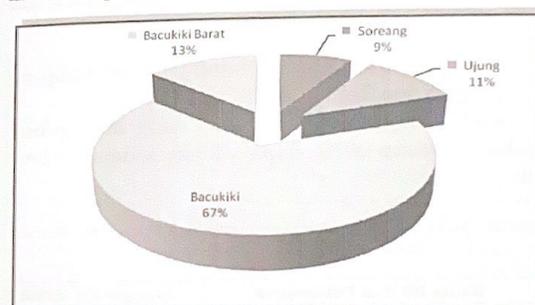
Berdasarkan catatan Stasiun Klimatologi, temperatur rata-rata di Kota Parepare sepanjang tahun 2010 sekitar 28,5°C dengan suhu minimum

25,6°C dan suhu maksimum 31,5°C. luas wilayah Kota Parepare tercatat 99,33 KM² yang meliputi 4 kecamatan dan 22 kelurahan, yaitu:

- Kecamatan Bacukiki Barat: 6 Kelurahan
- Kecamatan Bacukiki : 4 Kelurahan
- Kecamatan Soreang : 7 Kelurahan
- Kecamatan Ujung : 5 Kelurahan

Kecamatan Bacukiki merupakan kecamatan terluas, berkisar 66,70 KM² atau sekitar 67,15% dari luas Kota Parepare. Ketinggian dari permukaan laut bervariasi dari 0 meter sampai 500 meter, dengan kontur berpantai dan berbukit.

Sebagai gambaran proporsi luas wilayah kecamatan dapat dilihat dalam gambar berikut ini :



Gambar 7. Persentase Luas Kota Parepare Menurut Kecamatan Tahun 2011 (Sumber: Bappeda Kota Parepare, 2011)

2. Jumlah Bidan

Jumlah bidan pada tempat penelitian di Parepare dan Sidrap dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5. Jumlah Bidan pada RS dan Puskesmas

Nama RS dan Puskesmas	Jumlah Bidan
RSUD Andi Makkasau Parepare	21
RS Fatima Parepare	6
Puskesmas Madising Na Mario Parepare	20
Puskesmas Lakessi Parepare	17
Puskesmas Cempae Parepare	15
Puskesmas Lompoe Parepare	13
Puskesmas Lapadde Parepare	11
Puskesmas Lumpue Parepare	16
RSUD Nene Mallomo Sidrap	30
Puskesmas Lawawoi Sidrap	8
Puskesmas Empagae Sidrap	23

Sumber: Data Sekunder, 2012

3. Rata-rata Jumlah Ibu Hamil yang Berkunjung Tiap Bulan Tahun 2012

Rata-rata jumlah ibu hamil yang berkunjung tiap bulan tahun 2012, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6. Rata-rata Jumlah Ibu Hamil yang Berkunjung Tiap Bulan Tahun 2012 pada RS dan Puskesmas

Nama RS dan Puskesmas	Jumlah Ibu Hamil
RSUD Andi Makkasau Parepare	100-120
RS Fatima Parepare	40-50
Puskesmas Madising Na Mario Parepare	200-210

Puskesmas Lakessi Parepare	140-160
Puskesmas Cempae Parepare	70-90
Puskesmas Lompoe Parepare	140-160
Puskesmas Lapadde Parepare	140-160
Puskesmas Lumpue Parepare	140-160
RSUD Nene Mallomo Sidrap	75-100
Puskesmas Lawawoi Sidrap	60-80
Puskesmas Empagae Sidrap	60-80

Sumber: Data Sekunder, 2012

4. Rata-rata Jumlah Ibu Bersalin yang Bersalin Tiap Bulan Tahun 2012

Rata-rata jumlah ibu bersalin yang bersalin tiap bulan tahun 2012, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 7. Rata-rata Jumlah Ibu Bersalin yang Bersalin Tiap Bulan Tahun 2012 pada RS dan Puskesmas

Nama RS dan Puskesmas	Jumlah Ibu Bersalin
RSUD Andi Makkasau Parepare	300-320
RS Fatima Parepare	70-90
Puskesmas Madising Na Mario Parepare	20-25
Puskesmas Lakessi Parepare	10-15
Puskesmas Cempae Parepare	20-30
Puskesmas Lompoe Parepare	5-7
Puskesmas Lapadde Parepare	10-15
Puskesmas Lumpue Parepare	15-20
RSUD Nene Mallomo Sidrap	50-60
Puskesmas Lawawoi Sidrap	10-15
Puskesmas Empagae Sidrap	20-25

Sumber: Data Sekunder, 2012

5. Kebijakan Mendukung IMD
Kebijakan mendukung IMD pada RS dan Puskesmas, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 8. Kebijakan Mendukung IMD pada RS dan Puskesmas

Nama RS dan Puskesmas	Kebijakan IMD
RSUD Andi Makkasau Parepare	Tidak ada kebijakan tertulis
RS Fatima Parepare	Tidak ada kebijakan tertulis
Puskesmas Madising Na Mario Parepare	Tidak ada kebijakan tertulis
Puskesmas Lakessi Parepare	Tidak ada kebijakan tertulis
Puskesmas Cempae Parepare	Tidak ada kebijakan tertulis
Puskesmas Lompoe Parepare	Tidak ada kebijakan tertulis
Puskesmas Lapadde Parepare	Tidak ada kebijakan tertulis
Puskesmas Lumpue Parepare	Tidak ada kebijakan tertulis
RSUD Nene Mallomo Sidrap	Tidak ada kebijakan tertulis
Puskesmas Lawawoi Sidrap	Tidak ada kebijakan tertulis
Puskesmas Empagae Sidrap	Tidak ada kebijakan tertulis

Sumber: Data Sekunder, 2012

Tabel 8 menunjukkan bahwa tidak ada rumah sakit dan Puskesmas yang mempunyai kebijakan tertulis tentang IMD. Namun dalam prakteknya, para bidan tetap melaksanakan IMD yang sifatnya situasional. Artinya, IMD dilaksanakan berdasarkan permintaan ibu atau keluarga, fasilitas kamar bersalin, atau komitmen penuh dari para bidan.

Hasil Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilakukan kurang

lebih tiga bulan (Maret 2011 – Mei 2012) di Kota Parepare. Sampel sebanyak 200 orang ibu hamil yang usia kehamilannya 35-36 minggu dan ibu bersalin di Kota Parepare, pada kelompok intervensi dan kontrol. Keseluruhan karakteristik responden yang diamati meliputi kelompok umur, pekerjaan, pendidikan terakhir, pernah melihat video IMD, dukungan keluarga, jenis penyuluhan, tindakan IMD, pengetahuan, sikap, dan tindakan yang diuraikan dalam bentuk tabel yang disertai dengan narasi.

1. Karakteristik Responden
a. Kelompok Umur

Tabel 9. Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Kelompok Umur (tahun)	Kelompok				Total	
	Intervensi		Kontrol		n	%
	n	%	n	%		
≤ 20	11	11,0	13	13,0	24	12,0
21-25	27	27,0	28	28,0	55	27,5
26-30	31	31,0	23	23,0	54	27,0
31-35	20	20,0	24	24,0	44	22,0
36-40	10	10,0	9	9,0	19	9,5
41-45	1	1,0	2	2,0	3	1,5
> 50	0	0	1	1,0	1	0,5
Total	100	100	100	100	200	100

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 9 menunjukkan bahwa jumlah respon-

den paling banyak pada kelompok umur 26-30 tahun sebesar 31,0% untuk kelompok intervensi sedangkan pada kelompok kontrol yaitu pada kelompok umur 21-25 tahun sebesar 28,0% dan jumlah responden paling sedikit pada kelompok umur > 50 tahun sebesar 0% untuk kelompok intervensi sedangkan pada kelompok kontrol yaitu > 50 tahun sebesar 1,0%.

b. Pekerjaan

Tabel 10. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Pekerjaan	Kelompok				Total	
	Intervensi		Kontrol		n	%
	n	%	n	%		
Ibu Rumah Tangga	76	76,0	80	80,0	156	78,0
PNS	13	13,0	3	3,0	16	8,0
Wiraswasta	8	8,0	12	12,0	20	10,0
Pegawai Swasta	3	3,0	2	2,0	5	2,5
Petani	0	0	3	3,0	3	1,5
Total	100	100	100	100	200	100

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 10 menunjukkan bahwa jenis pekerjaan responden pada kelompok intervensi paling banyak sebagai ibu rumah tangga sebesar 76,0 %, demikian pula pada kelompok kontrol yaitu ibu rumah tangga sebesar 80,0 % sedangkan jenis pekerjaan respon-

den pada kelompok intervensi paling sedikit sebagai petani sebesar 0 %, dan pada kelompok kontrol yaitu pegawai swasta sebesar 2,0 %.

c. Pendidikan Terakhir

Tabel 11. Distribusi Responden Menurut Pendidikan Terakhir pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Pendidikan Terakhir	Kelompok				Total	
	Intervensi		Kontrol		n	%
	n	%	n	%		
Tidak Sekolah	4	4,0	5	5,0	9	4,5
SD	8	8,0	16	16,0	24	12,0
SMP	20	20,0	28	28,0	48	24,0
SMA	49	49,0	38	38,0	87	43,5
Akademi/Perguruan Tinggi	19	19,0	13	13,0	32	16,0
Total	100	100	100	100	200	100

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 11 menunjukkan bahwa pendidikan terakhir responden pada kelompok intervensi paling banyak yaitu SMA sebesar 49,0 %, demikian pula pada kelompok kontrol yaitu SMA sebesar 38,0 %, sedangkan pendidikan terakhir responden pada kelompok intervensi paling sedikit yaitu tidak sekolah sebesar 4,0 %, demikian halnya dengan kelompok kontrol yaitu tidak sekolah sebesar 5,0 %.

d. Terpapar Video IMD

Tabel 12. Distribusi Responden Berdasarkan Keterpaparan Video IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Terpapar Video IMD	Kelompok				Total	
	Intervensi		Kontrol			
	n	%	n	%	n	%
Pernah	10	10,0	22	22,0	32	16,0
Tidak	90	90,0	78	78,0	168	84,0
Total	100	100	100	100	200	100

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 12 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan keterpaparan video IMD yang terbanyak pada kelompok intervensi yaitu tidak pernah melihat video IMD sebesar 90,0 %, demikian pula pada kelompok kontrol yang tidak pernah melihat video IMD sebesar 78,0 %.

e. Dukungan Keluarga

Tabel 13. Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum Intervensi di Kota Parepare Tahun 2012

Dukungan Keluarga	Kelompok				Total	
	Intervensi		Kontrol			
	n	%	n	%	n	%
Ada	88	88,0	69	69,0	157	78,5
Tidak	12	12,0	31	31,0	43	21,5
Total	100	100	100	100	200	100

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 13 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut dukungan keluarga yang terbanyak pada kelompok intervensi yaitu ada dukungan keluarga sebesar 88,0 %, demikian pula pada kelompok kontrol yaitu dukungan keluarga sebesar 69,0 %.

f. Jenis Penyuluhan

Tabel 14. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Penyuluhan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Jenis Penyuluhan	Kelompok				Total	
	Intervensi		Kontrol			
	n	%	n	%	n	%
Kelompok	66	66,0	0	0	66	33,0
individu	34	34,0	0	0	34	17,0
Tidak Ada Penyuluhan	0	0	100	100	100	50,0
Total	100	100	100	100	200	100

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 14 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut jenis penyuluhan yang terbanyak pada kelompok intervensi yaitu jenis penyuluhan kelompok sebesar 66,0% sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada penyuluhan sebesar 100 %.

g. Tindakan IMD

Tabel 15. Distribusi Responden Berdasarkan Tindakan IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Tindakan IMD	Kelompok				Total	
	Intervensi		Kontrol		n	%
	n	%	n	%		
IMD	55	55,0	6	6,0	61	30,5
Tidak	45	45,0	94	94,0	139	69,5
Total	100	100	100	100	200	100

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 15 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut tindakan IMD yang terbanyak pada kelompok intervensi yaitu ada tindakan IMD sebesar 55,0 % sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada tindakan IMD sebesar 94,0 %.

2. Analisis Sebelum dan Setelah Intervensi

Sebaran pengetahuan, sikap, tindakan, karakteristik ibu (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan), media dan dukungan keluarga di Kota Parepare dan Kabupaten Sidrap yang diambil sebagai sampel oleh peneliti dianggap setara, dikarenakan nilai frekuensi dari karakteristik ibu (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan), media, dan dukungan keluarga memiliki nilai yang hampir sama pada kelompok intervensi dan kontrol, begitu pula dengan nilai rata-rata dari pengetahuan, sikap, dan tindakan responden pada kelompok intervensi dan

kontrol. Dengan demikian maka variabel telah setara dan dapat dianalisis lebih lanjut.

a. Pengetahuan tentang IMD

Berdasarkan hasil uji statistik pada lampiran hasil analisis dengan menggunakan Kolmogorov Smirnov yang bertujuan untuk mengetahui apakah data berdistribusi normal atau tidak, hasil analisis menunjukkan bahwa data berdistribusi tidak normal, sehingga dilakukan analisis dengan uji Wilcoxon untuk mengetahui dampak intervensi penyuluhan terhadap pengetahuan responden tentang IMD.

Tabel 16. Analisis Dampak Penyuluhan Terhadap Pengetahuan Responden tentang IMD pada Kelompok Intervensi di Kota Parepare Tahun 2012

Pengetahuan	n	Nilai Rata-rata	SD	p
Sebelum Intervensi	100	7,47	1,60	0,000
Setelah Intervensi		9,28	0,94	

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 16 menunjukkan bahwa perbandingan pengetahuan sebelum dan setelah intervensi penyuluhan yang dilakukan terhadap 100 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-rata pengetahuan responden sebelum intervensi adalah 7,47 kemudian setelah intervensi nilai rata-rata pengetahuan adalah 9,28.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah intervensi penyuluhan terhadap pengetahuan responden tentang IMD.

Tabel 17. Analisis Dampak Penyuluhan Kelompok Terhadap Pengetahuan Responden tentang IMD pada Kelompok Intervensi di Kota Parepare Tahun 2012

Pengetahuan (Penyuluhan Kelompok)	n	Nilai Rata-rata	SD	p
Sebelum Intervensi	66	7,47	1,43	0,000
Setelah Intervensi		9,45	0,68	

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 17 menunjukkan bahwa perbandingan pengetahuan sebelum dan setelah intervensi jenis penyuluhan kelompok yang dilakukan terhadap 100 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-rata pengetahuan responden sebelum intervensi adalah 7,47 kemudian setelah intervensi nilai rata-rata pengetahuan adalah 9,45.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah intervensi pada jenis penyuluhan kelompok terhadap pengetahuan responden tentang IMD.

Tabel 18. Analisis Dampak Penyuluhan Individu Terhadap Pengetahuan Responden tentang IMD pada Kelompok Intervensi di Kota Parepare Tahun 2012

Pengetahuan (Penyuluhan Individu)	n	Nilai Rata-rata	SD	p
Sebelum Intervensi	34	7,47	1,93	0,002
Setelah Intervensi		8,94	1,25	

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 18 menunjukkan bahwa perbandingan pengetahuan sebelum dan setelah intervensi jenis penyuluhan individu yang dilakukan terhadap 100 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-rata pengetahuan responden sebelum intervensi adalah 7,47 kemudian setelah intervensi nilai rata-rata pengetahuan adalah 8,94.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,002$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah intervensi pada jenis penyuluhan individu terhadap pengetahuan responden tentang IMD.

Tabel 19. Analisis Pengetahuan Responden tentang IMD pada Kelompok Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Pengetahuan	n	Nilai Rata-rata	SD	p
Sebelum Melahirkan	100	6,96	2,05	0,000
Setelah Melahirkan		7,48	1,73	

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 19 menunjukkan bahwa perbandingan pengetahuan sebelum dan setelah melahirkan pada kelompok kontrol yang dilakukan terhadap 100 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-rata pengetahuan responden sebelum melahirkan adalah 6,96 kemudian setelah melahirkan nilai rata-rata pengetahuan adalah 7,48.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah melahirkan terhadap pengetahuan responden tentang IMD.

b. Sikap terhadap IMD

Berdasarkan hasil uji statistik pada lampiran hasil analisis dengan menggunakan Kolmogorov Smirnov yang bertujuan untuk mengetahui apakah data berdistribusi normal atau tidak, hasil analisis menunjukkan bahwa data berdistribusi tidak normal, sehingga dilakukan analisis dengan uji Wilcoxon untuk mengetahui dampak intervensi penyuluhan terhadap sikap responden tentang IMD.

Tabel 20. Analisis Dampak Penyuluhan tentang Sikap Responden terhadap IMD pada Kelompok Intervensi di Kota Parepare Tahun 2012

Sikap	n	Nilai Rata-rata	SD	p
Sebelum Intervensi	100	31,39	3,37	0,000
Setelah Intervensi		34,00	3,23	

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 20 menunjukkan bahwa perbandingan sikap sebelum dan setelah intervensi penyuluhan yang dilakukan terhadap 100 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-rata sikap responden sebelum intervensi adalah 31,39 kemudian setelah intervensi nilai rata-rata sikap adalah 34,00.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah intervensi penyuluhan terhadap sikap responden tentang IMD.

Tabel 21. Analisis Dampak Penyuluhan Kelompok Terhadap Sikap Responden tentang IMD pada Kelompok Intervensi di Kota Parepare Tahun 2012

Sikap (Penyuluhan Kelompok)	n	Nilai Rata-rata	SD	p
Sebelum Intervensi	100	31,06	3,06	0,000
Setelah Intervensi		34,12	3,20	

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 21 menunjukkan bahwa perbandingan sikap sebelum dan setelah intervensi jenis penyuluhan kelompok yang dilakukan terhadap 100 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-rata sikap responden sebelum intervensi adalah 31,06 kemudian setelah intervensi nilai rata-rata sikap adalah 34,12.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan

Inisiasi Menyusu Dini Bagi Ibu Bersalin

setelah intervensi pada jenis penyuluhan kelompok terhadap sikap responden tentang IMD.

Tabel 22. Analisis Dampak Penyuluhan Individu Terhadap Sikap Responden tentang IMD pada Kelompok Intervensi di Kota Parepare Tahun 2012

Sikap (Penyuluhan Individu)	n	Nilai Rata-rata	SD	p
Sebelum Intervensi	100	32,03	3,86	0,002
Setelah Intervensi		33,76	3,31	

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 22 menunjukkan bahwa perbandingan sikap sebelum dan setelah intervensi jenis penyuluhan kelompok yang dilakukan terhadap 100 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-rata sikap responden sebelum intervensi adalah 32,03 kemudian setelah intervensi nilai rata-rata sikap adalah 33,76.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,002$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah intervensi pada jenis penyuluhan kelompok terhadap sikap responden tentang IMD.

Tabel 23. Analisis Sikap Responden terhadap pada Kelompok Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Sikap	n	Nilai Rata-rata	SD	p
Sebelum Melahirkan	100	29,41	3,71	0,001
Setelah Melahirkan		30,08	3,63	

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 23 menunjukkan bahwa perbandingan sikap sebelum dan setelah melahirkan pada kelompok kontrol yang dilakukan terhadap 100 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-rata sikap responden sebelum melahirkan adalah 29,41 kemudian setelah melahirkan nilai rata-rata sikap adalah 30,08.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah melahirkan terhadap sikap responden tentang IMD.

c. Tindakan dalam IMD

Berdasarkan hasil uji statistik pada lampiran hasil analisis dengan menggunakan Kolmogorov Smirnov yang bertujuan untuk mengetahui apakah data berdistribusi normal atau tidak, hasil analisis menunjukkan bahwa data berdistribusi tidak normal, sehingga dilakukan analisis dengan uji Wilcoxon untuk mengetahui dampak intervensi penyuluhan terhadap tindakan IMD responden.

Tabel 24. Analisis Dampak Penyuluhan Kelompok dan Individu Terhadap Tindakan Responden dalam IMD pada Kelompok Intervensi di Kota Parepare Tahun 2012

Tindakan	n	Nilai Rata-rata	SD	p
Penyuluhan Kelompok	100	4,85	5,04	0,109
Penyuluhan Individu		6,76	4,75	

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 24 menunjukkan bahwa perbandingan tindakan pada jenis penyuluhan kelompok dan individu yang dilakukan terhadap 100 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-rata tindakan pada penyuluhan kelompok adalah 4,85 kemudian pada penyuluhan individu nilai rata-rata tindakan adalah 6,76.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,109$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara jenis penyuluhan kelompok dan individu terhadap tindakan IMD responden.

3. Analisis Perbandingan

Analisis perbandingan dalam penelitian ini yang digunakan adalah uji Mann Whitney dikarenakan data berdistribusi tidak normal, untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap, dan tindakan pada kelompok intervensi dan kontrol.

a. Pengetahuan Sebelum Intervensi tentang IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Tabel 25. Analisis Perbedaan Pengetahuan Sebelum Intervensi tentang IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Pengetahuan Sebelum Intervensi	n	Nilai Rata-rata	p
Kelompok Intervensi	200	7,22	0,123
Kelompok Kontrol			

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 25 menunjukkan bahwa perbandingan pengetahuan sebelum intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol yang dilakukan terhadap 200 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-ratanya adalah 7,22.

Hasil analisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa nilai $p = 0,123$ ($p > 0,05$), ini berarti tidak ada perbedaan pengetahuan tentang IMD antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol atau sebelum intervensi (pada kelompok intervensi) dengan sebelum melahirkan (pada kelompok kontrol).

b. Pengetahuan Setelah Intervensi tentang IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Tabel 26. Analisis Perbedaan Pengetahuan Setelah Intervensi tentang IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Pengetahuan Setelah Intervensi	n	Nilai Rata-rata	p
Kelompok Intervensi	200	8,38	0,000
Kelompok Kontrol			

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 26 menunjukkan bahwa perbandingan pengetahuan setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol yang dilakukan terhadap 200 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-ratanya adalah 8,38.

Hasil analisis dengan menggunakan uji Mann-

Whitney menunjukkan bahwa nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), ini berarti ada perbedaan pengetahuan tentang IMD antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol atau setelah intervensi (pada kelompok intervensi) dengan setelah melahirkan (pada kelompok kontrol).

c. Sikap Sebelum Intervensi terhadap IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Tabel 27. Analisis Perbedaan Sikap Sebelum Intervensi terhadap IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Sikap Sebelum Intervensi	n	Nilai Rata-rata	p
Kelompok Intervensi	200	30,40	0,000
Kelompok Kontrol			

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 27 menunjukkan bahwa perbandingan sikap sebelum intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol yang dilakukan terhadap 200 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-ratanya adalah 30,40.

Hasil analisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), ini berarti ada perbedaan sikap tentang IMD antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol atau sebelum intervensi (pada kelompok intervensi) dengan sebelum melahirkan (pada kelompok kontrol).

d. Sikap Setelah Intervensi terhadap IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Tabel 28. Analisis Perbedaan Sikap Setelah Intervensi terhadap IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Sikap Setelah Intervensi	n	Nilai Rata-rata	p
Kelompok Intervensi	200	32,04	0,000
Kelompok Kontrol			

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 28 menunjukkan bahwa perbandingan sikap setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol yang dilakukan terhadap 200 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-ratanya adalah 32,04.

Hasil analisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), ini berarti ada perbedaan sikap tentang IMD antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol atau setelah intervensi (pada kelompok intervensi) dengan setelah melahirkan (pada kelompok kontrol).

e. Tindakan dalam IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Tabel 29. Analisis Perbedaan Tindakan dalam IMD pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Kota Parepare Tahun 2012

Tindakan	n	Nilai Rata-rata	p
Kelompok Intervensi	200	3,05	0,000
Kelompok Kontrol			

Sumber: Data Primer, 2012

Inisiasi Menyusu Dini Bagi Ibu Bersalin

Tabel 29 menunjukkan bahwa perbandingan tindakan pada kelompok intervensi dan kontrol yang dilakukan terhadap 200 responden diperoleh hasil bahwa nilai rata-ratanya adalah 3,05.

Hasil analisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), ini berarti ada perbedaan tindakan IMD antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

4. Analisis Dampak Karakteristik Ibu, Media, dan Dukungan Keluarga Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan IMD pada Kelompok Intervensi

Analisis dampak dalam penelitian ini yang digunakan adalah uji Regresi Linear untuk mengetahui dampak karakteristik ibu, media, dan dukungan keluarga terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan IMD.

a. Dampak Karakteristik Ibu, Media, dan Dukungan Keluarga Terhadap Pengetahuan tentang IMD

Tabel 30. Dampak Karakteristik Ibu, Media, dan Dukungan Keluarga Terhadap Pengetahuan tentang IMD di Kota Parepare Tahun 2012

Variabel	B	S.E.	Beta	t	P
Karakteristik Ibu:					
Umur	-0,029	0,077	-0,037	-0,380	0,705
Pekerjaan	-0,101	0,133	-0,082	-0,758	0,450
Pendidikan	0,161	0,101	0,170	1,592	0,115
Media (Pernah Terpapar Video IMD)	1,089	0,305	0,348	3,572	0,001
Dukungan Keluarga	-0,338	0,283	-0,117	-1,193	0,236

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 30 menunjukkan bahwa hasil analisis dengan menggunakan uji Regresi Linear menunjukkan bahwa dari variabel karakteristik ibu, media, dan dukungan keluarga, variabel yang paling berdampak terhadap pengetahuan tentang IMD adalah media (pernah terpapar video IMD), dengan nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$). Ini berarti media (pernah terpapar video IMD) yang paling dominan berdampak terhadap pengetahuan tentang IMD.

b. Dampak Karakteristik Ibu, Media, dan Dukungan Keluarga Terhadap Sikap terhadap IMD

Tabel 31. Dampak Karakteristik Ibu, Media, dan Dukungan Keluarga Terhadap Sikap tentang IMD di Kota Parepare Tahun 2012

Variabel	B	S.E.	Beta	t	p
Karakteristik Ibu:					
Umur	0,429	0,279	0,158	1,537	0,128
Pekerjaan	0,021	0,484	0,005	0,044	0,965
Pendidikan	-0,058	0,366	-0,018	-0,160	0,874
Media (Pernah Terpapar Video IMD)	0,136	1,107	0,013	0,123	0,903
Dukungan Keluarga	-1,439	1,028	-0,146	-1,400	0,165

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 31 menunjukkan bahwa hasil analisis dengan menggunakan uji Regresi Linear menunjukkan bahwa dari variabel karakteristik ibu, media, dan dukungan keluarga, tidak ada satu pun variabel yang berdampak terhadap sikap terhadap IMD, disebabkan semua nilai $p > 0,05$. Ini berarti tidak ada satu pun variabel yang paling dominan berdampak terhadap sikap terhadap IMD.

- c. Dampak Karakteristik Ibu, Media, dan Dukungan Keluarga Terhadap Tindakan dalam IMD

Tabel 32. Dampak Karakteristik Ibu, Media, dan Dukungan Keluarga Terhadap Tindakan dalam IMD di Kota Parepare Tahun 2012

Variabel	B	S.E.	Beta	t	p
Karakteristik Ibu:					
Umur	-0,073	0,422	-0,017	-0,173	0,863
Pekerjaan	0,078	0,731	0,012	0,107	0,915
Pendidikan	0,302	0,554	0,060	0,546	0,586
Media (Pernah Terpapar Video IMD)	-4,202	1,673	-0,253	-2,511	0,014
Dukungan Keluarga	2,682	1,553	0,175	1,727	0,087

Sumber: Data Primer, 2012

Tabel 32 menunjukkan bahwa hasil analisis dengan menggunakan uji Regresi Linear menunjukkan bahwa dari variabel karakteristik ibu, media, dan dukungan keluarga, variabel yang paling berdampak terhadap tindakan dalam IMD adalah media (pernah terpapar video IMD), dengan nilai $p = 0,014$ ($p < 0,05$). Ini berarti media (pernah terpapar video IMD) yang paling dominan berdampak terhadap tindakan dalam IMD.

Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Pada distribusi responden menurut tindakan IMD yang terbanyak pada kelompok intervensi yaitu ada tindakan IMD sebesar 55,0 % sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada tindakan IMD sebesar 94,0 %. Sebesar 45,0 % responden yang tidak melakukan IMD pada kelompok intervensi, hal itu disebabkan kurang ketatnya kebijakan rumah sakit

dan Puskesmas dalam memantau pelaksanaan IMD oleh bidan dan tenaga kesehatan lainnya, ibu melahirkan dengan operasi caesar, ibu yang melahirkan normal tetapi mengalami ruptur (robekan) lebar pada perineum, serta disebabkan BBLR (berat badan lahir rendah) atau berat badan bayi kurang dari 2500 gram.

Sedangkan responden yang melakukan IMD juga ditemukan pada kelompok kontrol sebesar 6,0 %, walaupun tidak mendapat intervensi/penyuluhan. Hal itu disebabkan karena adanya sekelompok ibu hamil yang memperoleh pendampingan khusus yang dinamakan kelas ibu hamil dalam masa antenatal care.

Sebaran pengetahuan, sikap, tindakan, karakteristik ibu (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan), media dan dukungan keluarga di Kota Parepare dan Kabupaten Sidrap yang diambil sebagai sampel oleh peneliti dianggap setara, dikarenakan nilai frekuensi dari karakteristik ibu (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan), media, dan dukungan keluarga memiliki nilai yang hampir sama pada kelompok intervensi dan kontrol, begitu pula dengan nilai rata-rata dari pengetahuan, sikap, dan tindakan responden pada kelompok intervensi dan kontrol. Dengan demikian maka variabel telah setara dan dapat dianalisis lebih lanjut.

2. Pengetahuan

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 100 responden sebelum dilakukan intervensi menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden tentang IMD masih kurang, namun setelah mendapatkan informasi atau dilakukan intervensi penyuluhan, maka pengetahuan secara signifikan mengalami peningkatan.

Hasil uji statistik dengan uji Wilcoxon diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah intervensi penyuluhan terhadap pengetahuan responden tentang IMD. Untuk jenis penyuluhan kelompok, hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah intervensi pada jenis penyuluhan kelompok terhadap pengetahuan responden tentang IMD. Untuk jenis penyuluhan individu, hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,002$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah intervensi pada jenis penyuluhan individu terhadap pengetahuan responden tentang IMD.

Untuk perbedaan pengetahuan sebelum intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol, hasil analisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa nilai $p = 0,123$ ($p > 0,05$), ini berarti tidak ada perbedaan pengetahuan tentang

IMD antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol atau sebelum intervensi (pada kelompok intervensi) dengan sebelum melahirkan (pada kelompok kontrol). Sedangkan untuk perbedaan pengetahuan setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol, hasil analisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), ini berarti ada perbedaan pengetahuan tentang IMD antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol atau setelah intervensi (pada kelompok intervensi) dengan setelah melahirkan (pada kelompok kontrol).

Untuk dampak karakteristik ibu, media, dan dukungan keluarga terhadap pengetahuan tentang IMD, hasil analisis dengan menggunakan uji Regresi Linear menunjukkan bahwa dari variabel karakteristik ibu, media, dan dukungan keluarga, variabel yang paling berdampak terhadap pengetahuan tentang IMD adalah media (pernah terpapar video IMD), dengan nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$). Ini berarti media (pernah terpapar video IMD) yang paling dominan berdampak terhadap pengetahuan tentang IMD.

Sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Ngatimin (2005) yang dikutip dari Teori Blum, bahwa pengetahuan (*cognitive domain*), tujuannya ditekankan tentang tujuan pengetahuan dalam hubungan pengembangan intelektual dan keterampilan domain, dimana domain ini terdiri atas enam tingkatan yaitu Tingkat C-1; pengetahuan (*knowledge*)

bahwa seseorang hanya mampu garis besar apa yang telah dipelajari, misalnya hanya mengetahui istilah-istilah saja; Tingkat C-2; perbandingan secara menyeluruh (*comprehensive*) bahwa seseorang berada pada tingkat pengetahuan dasar dan dapat menerangkan kembali secara mendasar ilmu pengetahuan yang telah dipelajari; Tingkat C-3; penerapan (*aplication*) bahwa bila seseorang telah berada pada kemampuan untuk menggunakan apa yang telah dipelajarinya dari situasi ke situasi yang lain; Tingkat C-4; analisis (*analysis*) bahwa bila seorang memiliki kemampuan lebih meningkat lagi. Ia telah mampu menerangkan bagian-bagian yang dapat menyusun suatu bentuk pengetahuan tertentu dan menganalisis hubungan satu dengan yang lain; Tingkat C-5; sintesis (*syntesis*) bahwa bila seorang memiliki disamping kemampuan untuk menganalisis, ia pun mampu menganalisis kembali baik ke bentuk semula maupun ke bentuk yang lain; serta Tingkat C-6; evaluasi (*evaluation*) bahwa bila seorang memiliki pengetahuan secara menyeluruh dari semua bahan yang telah dipelajarinya. Bahkan melalui kriteria yang telah ditentukan, ia mampu mengevaluasi semua yang telah ia kerjakan.

Sejalan pula dengan teori yang dikemukakan oleh Snehandu B. Kar (1983) dalam Notoatmodjo (2005), bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain: (1) *Behavior Intention*, (2) *Social Support*, (3) *Acessebility of Information*, (4)

Personal Autonomy, dan (5) *Action Situation*. Pengetahuan termasuk dalam salah satu elemen *Personal Autonomy*, di samping karakteristik individu dan sikap. *Personal Autonomy* merupakan otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan.

Semua elemen tersebut diharapkan dapat dipenuhi oleh ibu dalam memahami IMD. Sehingga harapan bahwa IMD dapat dilaksanakan, baik sebelum penyuluhan ataupun sebelum melahirkan akibat dari dampak meningkatnya pengetahuan.

Sejalan dengan penelitian Jurana (2008), bahwa pengetahuan belum dilakukan sebagaimana mestinya yang seharusnya mempersiapkan terlebih dahulu materi, media, metode dan teknik serta kerja sama dengan sasaran sebelum penyuluhan dilakukan. Di sinilah letak peran penting pengetahuan ibu yang diharapkan dapat meningkat setelah ada penyuluhan tentang IMD. Variabel penelitiannya terdiri dari pengetahuan bidan, sikap bidan, dan praktek bidan. Sampelnya 5 bidan bertugas Puskesmas, pustu, dan polindes; 1 dokter Kepala Puskesmas; 8 ibu yang mempunyai bayi; 7 ibu. Metodenya kualitatif dengan pendekatan fenomena.

Sejalan pula dengan penelitian Rahaju (2002), bahwa pengetahuan ibu bersalin tentang ASI dan pengetahuan petugas kesehatan tentang manajemen laktasi memberikan kontribusi besar dalam keberhasilan praktek menyusui dini. Variabel pe-

nelitiannya terdiri dari variabel *independent* berupa karakteristik ibu bersalin serta karakteristik petugas kesehatan, dan variabel *dependent* berupa praktek menyusui dini. Sampelnya ibu bersalin dan petugas kesehatan. Metodenya rancangan penelitian *cross sectional*, pengolahan data dengan deskriptif analitik, metode kuantitatif, dan kualitatif.

Demikian pula dengan penelitian Danga (2007), bahwa pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif masih kurang. Variabel penelitiannya pengetahuan ibu, sikap ibu, praktek menyusui. Sampelnya 17 orang terdiri dari 10 ibu bayi/balita, 2 kader Posyandu, 1 ketua PKK, 4 petugas kesehatan. Metodenya kualitatif dengan pendekatan fenomena

3. Sikap

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 100 responden sebelum dilakukan intervensi menunjukkan bahwa sikap responden tentang IMD masih kurang, namun setelah mendapatkan informasi atau dilakukan intervensi penyuluhan, maka sikap secara signifikan mengalami peningkatan.

Hasil uji statistik dengan uji Wilcoxon diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah intervensi penyuluhan terhadap sikap responden terhadap IMD. Untuk jenis penyuluhan kelompok, hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), dengan demiki-

an dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah intervensi pada jenis penyuluhan kelompok terhadap sikap responden terhadap IMD. Untuk jenis penyuluhan individu, hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,002$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan setelah intervensi pada jenis penyuluhan kelompok terhadap sikap responden terhadap IMD.

Untuk perbedaan sikap sebelum intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol, hasil analisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), ini berarti ada perbedaan sikap tentang IMD antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol atau sebelum intervensi (pada kelompok intervensi) dengan sebelum melahirkan (pada kelompok kontrol). Sedangkan untuk perbedaan sikap setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol, hasil analisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), ini berarti ada perbedaan sikap terhadap IMD antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol atau setelah intervensi (pada kelompok intervensi) dengan setelah melahirkan (pada kelompok kontrol).

Untuk dampak karakteristik ibu, media, dan dukungan keluarga terhadap sikap tentang IMD, hasil analisis dengan menggunakan uji Regresi Linear menunjukkan bahwa dari variabel karakteristik

ibu, media, dan dukungan keluarga, tidak ada satu pun variabel yang berdampak terhadap sikap tentang IMD, disebabkan semua nilai $p > 0,05$. Ini berarti tidak ada satu pun variabel yang paling dominan berdampak terhadap sikap tentang IMD.

Sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Ngatimin (2005) yang dikutip dari Teori Blum, bahwa sikap (*affective domain*), tujuannya ditekankan pada perubahan perhatian, sikap, nilai, penghargaan dan penyesuaian, dimana domain ini terdiri atas lima tingkatan yaitu Tingkat A-1; penerimaan (*receiving*) bahwa bila seorang berada pada posisi sadar adanya rangsangan dari luar yang menyadarkan padanya bahwa telah terjadi sesuatu biasanya dengan adanya rangsangan dari luar, akan timbul perhatian; Tingkat A-2; jawaban (*responding*) bahwa bila seseorang berada pada posisi dimana rangsangan telah mampu merubahnya untuk memberi perhatian dan ikut serta; Tingkat A-3; memberikan nilai (*valuing*) bahwa bila seorang berada pada posisi merasakan adanya nilai baru dalam masyarakat. Tetapi pada tingkat ini, nilai itu belum merupakan nilai yang khas bagi masyarakat bersangkutan; Tingkat A-4; pengorganisasian (*organization*) bahwa bila seorang berada pada posisi ini merasakan nilai yang ada itu telah terorganisasi menjadi milik masyarakat; serta Tingkat A-5; menentukan adanya kekhususan dalam suatu nilai yang kompleks (*characterization by value complex*)

bahwa bila berada pada posisi ini merasakan bahwa masyarakat telah memiliki suatu nilai khusus dan khas bagi mereka. Menurut Krathwohl, nilai ini nilai tertinggi dan erat dengan cognitive domain.

Sejalan pula dengan teori yang dikemukakan oleh Snehandu B. Kar (1983) dalam Notoatmodjo (2005), bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain : (1) Behavior Intention, (2) Social Support, (3) Accesibility of Information, (4) Personal Autonomy, dan (5) Action Situation. Sikap termasuk dalam salah satu elemen Personal Autonomy, di samping karakteristik individu dan pengetahuan. Personal Autonomy merupakan otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan.

Semua elemen tersebut diharapkan dapat dipenuhi oleh ibu dalam memahami IMD. Sehingga harapan bahwa IMD dapat dilaksanakan, baik sebelum penyuluhan ataupun sebelum melahirkan akibat dari dampak meningkatnya sikap.

Sejalan dengan penelitian Jurana (2008), bahwa sikap belum dilakukan sebagaimana mestinya yang seharusnya mempersiapkan terlebih dahulu materi, media, metode dan teknik serta kerja sama dengan sasaran sebelum penyuluhan dilakukan. Di sinilah letak peran penting sikap ibu yang diharapkan dapat meningkat setelah ada penyuluhan tentang IMD. Variabel penelitiannya terdiri dari pengetahuan bidan, sikap bidan, dan praktek bi-

dan. Sampelnya 5 bidan bertugas Puskesmas, pus-tu, dan polindes; 1 dokter Kepala Puskesmas; 8 ibu yang mempunyai bayi; 7 ibu. Metodenya kualitatif dengan pendekatan fenomena.

Sejalan pula dengan penelitian Danga (2007), bahwa sikap ibu terhadap ASI eksklusif masih ada yang tidak setuju dengan berbagai alasan. Variabel penelitiannya pengetahuan ibu, sikap ibu, praktek menyusui. Sampelnya 17 orang terdiri dari 10 ibu bayi/balita, 2 kader Posyandu, 1 ketua PKK, 4 petugas kesehatan. Metodenya kualitatif dengan pendekatan fenomena

4. Tindakan

Untuk perbedaan tindakan pada jenis penyuluhan kelompok dan individu, hasil uji statistik dengan uji Wilcoxon diperoleh nilai $p = 0,109$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara jenis penyuluhan kelompok dan individu terhadap tindakan dalam IMD responden.

Untuk perbedaan tindakan dalam IMD pada kelompok intervensi dan kontrol, hasil analisis dengan menggunakan uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), ini berarti ada perbedaan tindakan dalam IMD antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Untuk dampak karakteristik ibu, media, dan dukungan keluarga terhadap tindakan dalam IMD,

hasil analisis dengan menggunakan uji Regresi Linear menunjukkan bahwa dari variabel karakteristik ibu, media, dan dukungan keluarga, variabel yang paling berdampak terhadap tindakan dalam IMD adalah media (pernah terpapar video IMD), dengan nilai $p = 0,014$ ($p < 0,05$). Ini berarti media (pernah terpapar video IMD) yang paling dominan berdampak terhadap tindakan dalam IMD.

Sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Ngatimin (2005) yang dikutip dari Teori Blum, bahwa tindakan atau perbuatan (psychomotor domain), tujuannya ditekankan pada keterampilan yang bersifat motorik, dimana domain ini terdiri dari lima tingkatan yaitu Tingkat P-1; persepsi (perception) bahwa bila seorang berada pada posisi mampu mendeteksi kelainan berdasarkan adanya rangsangan melalui pendengaran, penglihatan ataupun pengecap. Tingkat keterampilan pada tingkat ini hanyalah sekedar dapat mendeteksi; Tingkat P-2; tersusun (set) bila seorang berada pada posisi mampu dalam keadaan siap fisik, mental dan emosional terhadap keadaan tertentu. Ia telah siap untuk bekerja; Tingkat P-3; sambutan pada petunjuk bimbingan untuk meniru mencoba (guided response by imitation trial and error) bahwa bila seorang berada pada posisi memiliki kemampuan untuk mengerjakan sesuatu asalkan dibawah bimbingan seorang instruktur; Tingkat P-4; berbuat secara mekanis (mechanism) bahwa bila seorang berada pada po-

sisi telah siap bekerja dengan amat sangat lancar seperti mkesin saja; serta Tingkat P-5; kemampuan berbuat dan terampil yang kompleks (complex overt response).

Sejalan pula dengan teori yang dikemukakan oleh Snehandu B. Kar (1983) dalam Notoatmodjo (2005), bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain : (1) Behavior Intention, (2) Social Support, (3) Accesibility of Information, (4) Personal Autonomy, dan (5) Action Situation. Personal Autonomy merupakan otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan.

Bila seorang telah berada pada tingkat keterampilan tertinggi bekerja sangat terampil tanpa membuat kesalahan sedikit pun. Memanfaatkan domain ini pada proses perubahan perilaku, hendaknya disadari bahwa perubahan pengetahuan ke sikap dan seterusnya perbuatan, bukan merupakan garis lurus. Terdapat beberapa catatan bahwa perubahan dari pengetahuan ke sikap sangat dipengaruhi oleh persepsi yang bersangkutan tentang masalah dan perubahan dimaksud. Begitupun bila sikap telah berubah, keadaan itu merupakan predisposisi untuk perubahan perilaku.

Kesemua elemen tersebut diharapkan dapat dipenuhi oleh ibu dalam memahami IMD. Sehingga harapan bahwa tindakan IMD dapat dilaksanakan, akibat dari dampak adanya penyuluhan.

Sejalan dengan penelitian Jurana (2008), bahwa tindakan belum dilakukan sebagaimana mestinya yang seharusnya mempersiapkan terlebih dahulu materi, media, metode dan teknik serta kerja sama dengan sasaran sebelum penyuluhan dilakukan. Di sinilah letak peran penting tindakan ibu yang diharapkan dapat melakukan IMD setelah ada penyuluhan tentang IMD.

Sebagai perbandingan, penelitian Aprillia (2009), bahwa variabel kebijakan berhubungan dengan persepsi bidan terhadap proses sosialisasi program inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif di Kabupaten Klaten.

Penelitian Sudarsono (2008), bahwa terdapat hubungan antara persepsi bidan desa tentang ASI eksklusif dengan cakupan ASI eksklusif.

Penelitian Mulyati (2004), bahwa ada keterkaitan antara faktor sosek (sosek tinggi dan rendah), sosbud (positif dan negatif), pendidikan ibu (tinggi dan rendah), dan pekerjaan ibu (ibu bekerja formal/di luar rumah atau tidak) dengan pemberian ASI eksklusif.

Penelitian Affandi (2009), bahwa rata-rata pertumbuhan BB kelompok intervensi adalah laki-laki ($1,26 \pm 0,32$ kg) dan perempuan ($1,40 \pm 53$ kg).

Penelitian Rahardjo (2006), bahwa faktor dominan yang berhubungan dengan pemberian ASI dalam satu jam pertama adalah tenaga periksa hamil. Faktor lain daerah tempat tinggal, kehamilan yang

diinginkan, tenaga periksa hamil, penolong persalinan, akses terhadap radio, dan berat lahir. Terdapat interaksi antara daerah dengan tenaga periksa, kehamilan diinginkan dengan tenaga periksa dengan berat lahir dengan penolong persalinan.

Sebagai perbandingan dengan penelitian dari jurnal internasional terkait inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif di negara maju, penelitian Hauck, et al. (2011) di Australia Barat bahwa target untuk dukungan pada kelompok risiko seperti lebih muda, kurang terdidik, harus terus dilakukan. Bukti kebijakan untuk ASI harus mengatasi praktek penawaran susu formula untuk bayi di rumah sakit dan dampak intervensi yang meningkat seperti kelahiran caesar.

Penelitian Jones, et al. (2011) di Amerika Serikat bahwa prevalensi ASI eksklusif selama 6 bulan masih rendah di antara mereka yang memulai menyusui. Faktor yang terkait dengan menyusui secara eksklusif selama 6 bulan berbeda dari yang berhubungan dengan inisiasi menyusui.

Penelitian Earle (2002) di Inggris bahwa data menunjukkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi inisiasi menyusui. Pertama, keputusan pemberian makan bayi tampaknya akan dilakukan sebelum, atau terlepas dari, kontak dengan profesional kesehatan. Kedua, data menunjukkan bahwa kampanye promosi kesehatan di Inggris telah berpengaruh dalam kemampuan mereka untuk

mendidik perempuan tentang manfaat menyusui. Namun, ini tidak menghalangi peserta dari pemberian susu formula setelah keputusan mereka dibuat. Keinginan untuk keterlibatan ayah juga tampaknya menjadi faktor lain berpengaruh; ayah yang baik dipandang sebagai dapat meringankan kesibukan sehari-hari ibu, atau ada keinginan untuk 'pengasuhan bersama'. Akhirnya, beberapa wanita yang memberikan susu formula menyatakan keinginan kuat untuk membangun kembali identitas mereka sebagai individu yang terpisah dan sebagai 'non-ibu'.

Sebagai perbandingan dengan beberapa penelitian terkait inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif di negara berkembang, penelitian Ali, et al. (2011) di Pakistan menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif dilaporkan oleh sekitar 54 % dari ibu. Tiga puluh lima persen dari ibu memberi makanan tambahan, kolostrum dibuang 14 % dan 43 % terbuang bayi mereka untuk memberi makan jika waktu sudah melebihi 2 jam. Sebagian besar adalah perempuan menyadari keuntungan (92 %) dan kerugian (85 %) dari menyusui. Namun, kesadaran umpan balik positif dari produksi susu dan mengisap yang kurang dan menyusui dianggap menyebabkan kelemahan pada ibu. Meskipun ada upaya pembuat kebijakan kesehatan, hasil menunjukkan situasi yang tidak membaik. Perempuan menyadari keuntungan dan kerugian dari ASI dan susu botol tapi perbe-

daan nampak pada persepsi mereka dan praktek. Penelitian Mullany, et al. (2008) di Nepal menunjukkan bahwa perbaikan dalam praktek menyusui dapat mengurangi kematian bayi secara substansial. Sekitar 7,7 dan 19,1 % dari seluruh kematian bayi dapat dihindari dengan inisiasi universal menyusui dalam hari pertama atau jam hidup masing-masing. Program promosi menyusui berbasis masyarakat harus tetap menjadi prioritas, dengan penekanan baru pada inisiasi dini selain eksklusivitas dan durasi menyusui.

Penelitian Baker, et al. (2006) di Bolivia dan Madagaskar menunjukkan bahwa pada awal di Bolivia, tingkat pemberian ASI eksklusif untuk bulan pertama kehidupan adalah 81 % (2000), sedikit menurun pada tahun 2001, dan kemudian meningkat menjadi 88 % pada akhir proyek pada tahun 2003. Di Madagaskar, itu mulai tinggi di 86 % pada tahun 2000, meningkat selama pelaksanaan program, dan pada 2004, adalah 91 %. Hasil ini dicapai dengan cepat dan berkelanjutan selama intervensi.

Simpulan Dan Saran

A. Simpulan

1. Ada perbedaan pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini sebelum dan sesudah intervensi ($p = 0,000$), dimana terjadi peningkatan pengetahuan ibu sesudah intervensi, yakni sebelum intervensi nilai rata-rata pengetahuan

- 7,47 kemudian setelah intervensi nilai rata-rata pengetahuan meningkat menjadi 9,28.
2. Ada perbedaan sikap ibu tentang inisiasi menyusui dini sebelum dan sesudah intervensi ($p = 0,000$), dimana terjadi peningkatan sikap ibu sesudah intervensi, yakni sebelum intervensi nilai rata-rata sikap 31,39 kemudian setelah intervensi nilai rata-rata sikap meningkat menjadi 34,00.
 3. Sebanyak 55,0 % ibu melaksanakan IMD setelah mendapatkan intervensi.
 4. Media (pernah terpapar video IMD) yang paling dominan berdampak terhadap pengetahuan tentang inisiasi menyusui dini ($p = 0,001$), tidak ada satu pun variabel yang paling dominan berdampak terhadap sikap terhadap inisiasi menyusui dini (semua $p > 0,05$), serta media (pernah terpapar video IMD) yang paling dominan berdampak terhadap tindakan dalam inisiasi menyusui dini ($p = 0,014$).

B. Saran

1. Dinas Kesehatan Kota Parepare, Puskesmas, dan rumah sakit perlu mensosialisasikan pentingnya IMD kepada bidan sebagai tangan pertama yang dapat merangkul ibu hamil untuk melaksanakan IMD.
2. Puskesmas dan rumah sakit di Kota Parepare perlu lebih giat melakukan penyuluhan ke-

- pada masyarakat tentang pentingnya inisiasi menyusui dini terutama dalam bentuk media berupa pemutaran video IMD.
3. Perlunya adanya reward dan punishment terhadap para bidan yang melaksanakan atau tidak melaksanakan inisiasi menyusui dini.

TENTANG PENULIS



Ns. Henrick Sampeangin. S.Kep., M.Kes, lahir di Polewali, 1 Oktober 1971, menyelesaikan pendidikan Keperawatan di Akademi Keperawatan Keguruan Tidung Makassar (1995), Diploma IV Perawat Pendidik di Universitas Hasanuddin Makassar (2001), S1 Keperawatan Stikes Nani Hasanuddin Makassar (2009), S2 Promosi Kesehatan FKM UNHAS Makassar (2012), saat ini sedang menjalani Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis merupakan dosen tetap Akademi Keperawatan (AKPER) Fatima Parepare (2001-sekarang) merangkap Ketua LPPM AKPER Fatima Parepare. Aktif sebagai Dosen Peneliti sejak tahun 1995 sampai sekarang. Penelitiannya yang populer antara lain berjudul "*Pengaruh Pemberian Milti Mikronutrien Pada Ibu Hamil Terhadap Berat Badan Lahir (LR)*" (2016) dan "*Efektivitas pemberian Makanan Tambahan (MT) terhadap status dan Outcome kehamilan di*

Kota Parepare” (2017); aktif menulis di Harian Pare Pos. Salah satu buku publikasi berjudul “Keberhasilan ibu Dalam Inisiasi Menyusui Dini”, Penerbit Pustaka Harapan Ilmu (2014). Di samping sebagai peneliti, penulis juga aktif dalam berbagai kegiatan seminar, workshop dan pelatihan tingkat nasional dan internasional; aktif dalam sejumlah organisasi antara lain: Ketua Pemuda Katholik Kota Parepare (2003-2006), Wakil Ketua Forum Komunikasi Pemuda Kristiani Se-kota Parepare (2004-2006), Anggota Devisi rehabilitasi social, Pemulangan dan Reintegrasi P2TP2A (2015- sekarang), Koordinator Forum Pelangi Kota Parepare (Pemerhati HIV AIDS) (2013-sekarang), Pengurus APTISI Se-Ajatappareng (2016-sekarang).