

Analisis Kebijakan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI Eksklusif di Indonesia

Fadhilatul Hasnah¹, Febi Damisti Ramadhani²

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat, STIKes Alifah Padang, Jl. Khatib Sulaiman No. 52B
Padang 25134, Sumatera Barat, Indonesia

²Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas, Indonesia

E-mail : fhasnah5@gmail.com¹, febiramadhani07@gmail.com²

Abstrak

Tantangan Indonesia untuk mencapai AKN dan AKABA sesuai target SDG's 2030 dapat dilakukan melalui peningkatan capaian IMD dan ASI Eksklusif di Indonesia. Capaian IMD meningkat tahun 2013 (34,5%) dari tahun 2010 (29,3%). Namun masih terdapat 14,7% responden membuang kolustrum. Capaian ASI Eksklusif di Indonesia mengalami penurunan dari tahun 2012 (42%) menjadi (35,73%) tahun 2017. Tujuan penulisan adalah untuk membantu optimalisasi pelaksanaan IMD dan ASI Eksklusif di Indonesia. Analisis kebijakan dan implementasi IMD dan ASI Eksklusif di Indonesia ini disajikan secara deskriptif dengan metode telaah dokumen. Sumber data sekunder dari artikel penelitian dan kebijakan terkait. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan segitiga analisis kebijakan (konten, aktor, konteks, dan proses). Aspek konteks seperti konteks internal (pengetahuan ibu, suami dan keluarga mengenai IMD dan ASI Eksklusif serta motivasi bidang yang belum optimal) serta konteks eksternal (dukungan di tempat kerja). Aspek aktor mengenai kejelasan tenaga kesehatan secara spesifik belum tertuang di dalam KMK 450/2004 dan PP 13/2012 hanya tenaga kesehatan bersifat umum. Keberhasilan kebijakan dan implementasi IMD dan ASI Eksklusif sangat ditentukan oleh kejelasan konten, adanya pengendalian dan kebijakan lain mengenai konteks. Optimalnya konten dan konteks diawali dengan adanya proses penyusunan kebijakan dengan melibatkan akademisi yang akan memberikan pertimbangan secara komprehensif seperti keterlibatan Ahli Gizi, Ahli Kesehatan Masyarakat, lintas sektor lainnya.

Kata kunci: analisis kebijakan, ASI eksklusif, IMD, implementasi

Policy Analysis of Early Breastfeeding Initiation and Exclusive Breastfeeding in Indonesia

Abstract

Indonesia's challenge to achieve neonatal and under 5 mortality in SDG 2030 goals can be doing through increasing coverage of early initiation and exclusive breastfeeding in Indonesia. Coverage of early initiation breastfeeding increased in 2013 (34.5%) from 2010 (29.3%). However, there are still 14.7% of respondents waste collustrum. Exclusive breastfeeding in Indonesia decreased from 2012 (42%) to (35.73%) in 2017. The study was aimed to help optimally implementation early initiation breastfeeding and improve coverage of exclusive breastfeeding in Indonesia. Policy analysis of early initiation and exclusive breastfeeding In Indonesia was explained descriptively by the document review method. Secondary data sources from research articles and related policies document. The approach used Walt and Gilson (2005), namely Triangle Policy Analysis (content, actors, context, and process). The context was not optimal such as the internal context (the knowledge of mother, husband and family) and external context (lack of providing lactation room in the workplace). The clarity of health workers specifically have not been stated in KMK 450/2004 and PP 13/2012. The success of the implementation of early initiation and exclusive breastfeeding was determined by the clarity of the content, the existence of controls and other policies regarding the context. Optimal content and context begins with involving academics who will provide comprehensive consideration such as Nutritionists, Professor of Public Health and other sectors.

Keywords: early initiation and exclusive breastfeeding, policy analysis, implementation

PENDAHULUAN

Negara berkembang masih dihadapkan dengan permasalahan Angka Kematian Neonatus (AKN) dan Angka Kematian Balita (AKABA). Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKN sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup, dan AKABA sebesar 40 per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 berdasarkan data SUPAS AKABA terjadi penurunan yang signifikan selama 3 tahun. Pada tahun 2015 AKABA sebesar 26,29 per 1000 kelahiran hidup. Namun target SDG's pada tahun 2030 menurunkan AKN menjadi < 12 per 1000 kelahiran hidup, AKABA menjadi <25 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini tentu masih menjadi tantangan Indonesia untuk mencapai target SGD's. Pencapaian target akan terwujud apabila faktor kematian yang berperan penting terkendali. (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

Salah satu faktor yang berperan penting dalam permasalahan ini adalah kecukupan gizi selain peran penting dari pola asuh, budaya dan lingkungan. Sumber kecukupan gizi saat anak baru lahir adalah berasal dari Air Susu Ibu (ASI). Manfaat pemberian ASI banyak memberikan asupan gizi dan sebagai perlindungan bagi bayi baru lahir untuk melawan penyakit infeksi, kekebalan tubuh bayi, kecerdasan, perkembangan sel-sel, jaringan dan organ-organ bayi terutama perkembangan otak bayi. Pemberian ASI dimulai dari adanya Inisiasi Menyusui Dini yaitu segera setelah bayi dilahirkan hingga ASI Eksklusif yaitu pemberian ASI hingga usia 6 bulan (Lionita, W., dkk., 2016; Santi, M.Y., 2017).

Hasil Riskesdas pada tahun 2013, persentase bayi baru lahir menyusui kurang dari 1 jam pertama

setelah melahirkan di Indonesia meningkat yaitu sebesar 34,5% dari tahun 2010 sebesar 29,3%. Namun, jika dilihat dari persentase pemberian kolustrum pada bayi di tahun 2013 masih terdapat sebanyak 14,7% responden yang membuang kolustrum baik sebagian maupun dibuang semua dan tahun 2010 sebesar 25.3%. Menurut Profil Kesehatan Indonesia capaian IMD kurang dari 1 jam di Indonesia mengalami peningkatan pada tahun 2017 yaitu sebesar 51,35 % dari 2016 yaitu sebesar 42,7% (Info Datin Kementerian Kesehatan RI, 2016; Kementerian Kesehatan RI, 2016-2017).

Pemberian ASI tidak berhenti setelah diberikan ASI saat pelaksanaan IMD. Pemberian ASI berlanjut hingga 6 bulan tanpa adanya makanan tambahan. Berdasarkan Pusdatin RI memperlihatkan bahwa cakupan pemberian ASI Eksklusif di Indonesia dari tahun 2002 hingga 2012 tidak terjadi peningkatan yang signifikan masing-masing 40%, dan 42%. Namun dari tahun 2017 dan 2016 capaian ASI Eksklusif di Indonesia mengalami penurunan yang signifikan yaitu tahun 2016 sebesar 29,5% dan pada tahun 2017 sebesar 35,73% (Info Datin Kementerian Kesehatan RI, 2016; Kementerian Kesehatan RI, 2016-2017).

Oleh karena AKN dan AKABA masih menjadi tantangan SDG's di Indonesia. Salah satu kebijakan dan pelaksanaan yang dapat mempengaruhi hal ini adalah peningkatan capaian IMD dan ASI Eksklusif di Indonesia. Kebijakan ini yang mendorong ibu menyusui bayinya hanya dengan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya, kecuali obat-obatan yang diperlukan. Meskipun kebijakan ini telah banyak mendapatkan dukungan dari berbagai pihak, ada beberapa alasan mengapa perlu untuk dikaji

kembali. Dengan memahami keempat aspek (aktor, konten, konteks dan proses) tersebut, pemerintah dan stakeholder terkait dapat melakukan analisis mendalam untuk mengevaluasi dan meningkatkan kebijakan ASI eksklusif di Indonesia. Analisis ini dapat membantu dalam identifikasi kekuatan, kelemahan, peluang, dan tantangan yang ada dalam implementasi kebijakan, serta merumuskan strategi yang lebih efektif untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif. Untuk itu penulis tertarik untuk menganalisis kebijakan dan implementasi IMD dan ASI Eksklusif di Indonesia sebagai upaya untuk membantu optimalnya pelaksanaan IMD dan meningkatkan pencapaian ASI Eksklusif di Indonesia.

METODE

Analisis kebijakan dan implementasi IMD dan ASI Eksklusif di Indonesia ini disajikan secara deskriptif dengan metode telaah dokumen. Sumber data sekunder dari artikel penelitian dan kebijakan terkait kebijakan IMD dan ASI Eksklusif. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Walt dan Gilson dalam Buse, Kent, Mays dan Walt tahun 2005 yang dikenal dengan Segitiga Analisis Kebijakan.

Pendekatan ini berfokus kepada aspek konten, aktor, konteks, dan proses. Konten adalah isi atau substansi kebijakan. Aktor merujuk pada individu/organisasi/negara beserta tindakan yang mempengaruhi kebijakan sedangkan konteks adalah faktor-faktor yang sistematis seperti keadaan politik, ekonomi, sosial dan budaya baik nasional dan internasional. Kebijakan dapat dipengaruhi oleh konteks yang dijalankan aktor dan sesuai dengan konteks nya perlu dilakukan pengembangan

kebijakan melalui suatu proses. Proses dalam analisis kebijakan berkaitan dengan pengembangan dan pelaksanaan kebijakan tersebut. Termasuk proses penyusunan kebijakan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis Konten

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 237/Menkes/SK/IV/1997 tentang Pemasaran Pengganti Air Susu Ibu menjelaskan mengenai ketentuan umum, peredaran, label, larangan, informasi dan edukasi, promosi, pemasaran, pembinaan dan pengawasan, sanksi dan aturan peralihan dan penutup. Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Republik Indonesia Nomor 237/Menkes/SK/IV/1997 menjelaskan durasi pemberian ASI Eksklusif selama 4 bulan. Sejak 2000 WHO telah merekomendasikan durasi optimal selama 6 bulan. Namun KMK selanjutnya memperbarui sesuai dengan rekomendasi WHO meskipun setelah 4 tahun WHO merekomendasikan (Kementerian Kesehatan RI, 1997).

KMK No 450/MENKES/SK/VI/2004 tentang Pemberian ASI secara Eksklusif di Indonesia terdiri atas 5 ketentuan. IMD tidak terdapat diantara kelima keputusan tersebut. IMD disebutkan dalam 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM) di lampiran. Pada 10 langkah tersebut IMD berada pada langkah ke 4 yaitu: membantu ibu mulai menyusui bayinya dalam 30 menit setelah melahirkan di ruang bersalin. Keputusan ini juga menjelaskan mengenai ASI Eksklusif pada keputusan kedua dan ketiga. ASI diberikan hingga usia 6 bulan dan dilanjutkan hingga umur 2 tahun dengan PMT yang sesuai

(Kementerian Kesehatan RI, 2004; Kementerian Kesehatan RI, 1997).

Peraturan Pemerintah RI No 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif terdiri dari 10 BAB dan 43 pasal. Pembahasan mengenai khusus ASI Eksklusif terdapat pada BAB 3 yang memiliki 5 bagian masing-masing membahas mengenai ketentuan umum, IMD, Pendorong ASI, Informasi Edukasi, dan Sanksi Administrasi. Namun pada bagian I sudah dijelaskan mengenai tujuan, sampai kapan dan bagaimana ASI Eksklusif diberikan. Pembahasan mengenai IMD hanya 2 pasal yaitu pasal 9 dan pasal 10. Pasal 9 membahas mengenai siapa pelaku atau penyelenggara kebijakan IMD, cara pelaksanaan IMD. Pada pasal 10 menjelaskan kewajiban penyelenggara IMD untuk menempatkan ibu dan bayi dalam 1 ruang dan ada pengecualian untuk indikasi medis (Peraturan Pemerintah RI, 2012).

Pembahasan mengenai IMD dalam Peraturan Pemerintah RI No 33 Tahun 2012 sudah dijelaskan secara eksplisit jika dibandingkan dengan KMK No 450/MENKES/SK/VI/2004. Informasi dalam peraturan ini sudah di berikan penjelasan dengan jelas bahwa selama ASI Eksklusif hingga usia 6 bulan tidak menambahkan makanan atau minuman lain. Perubahan mengenai isi kebijakan IMD dibandingkan dengan kebijakan sebelumnya terletak pada durasi menyusui paling singkat 1 jam (60 menit) (Peraturan Pemerintah RI, 2012).

Pengawasan IMD tidak disebutkan secara eksplisit siapa dan bagaimana pengawasan pelaksanaan kebijakan. Berbeda dengan ASI eksklusif pengawasan pelaksanaannya disebutkan salah satunya yaitu BPOM. IMD hanya dijelaskan secara implisit mengenai pendampingan. Dimana

pendampingan dilakukan melalui pemberian dukungan moril, bimbingan, bantuan, dan pengawasan ibu dan bayi selama kegiatan IMD selama awal menyusui oleh tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan. (Peraturan Pemerintah RI, 2012). Diantara beberapa kebijakan tersebut yang paling lengkap dan komprehensif serta kekuatan legislasi yang tinggi adalah Peraturan Pemerintah RI No 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Namun masih sedikit kejelasan mengenai pengawasan pelaksanaan IMD.

Analisis Konteks

Konteks yang mempengaruhi kebijakan dapat berupa situasi sosial, budaya, politik dan ekonomi. Faktor-faktor eksternal sangat mempengaruhi bagaimana keberhasilan kebijakan IMD dan ASI Eksklusif disamping faktor internal ibu. Konteks internal adalah dari ibu, dukungan suami dan keluarga serta konteks eksternal peran tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengambil tindakan pada jam-jam pertama setelah bayi dilahirkan (Syamsyiah, S. dan Hardisman, H., 2015).

Ibu di pedesaan banyak yang tidak memberikan kolostrum pada bayi. Kolostrum dianggap sebagai susu basi yang tidak baik untuk bayi. Ada kepercayaan yang menganggap bahwa kolostrum yang berwarna kekuningan kental merupakan zat yang beracun sehingga harus dibuang. Kenyataannya bahwa kolostrum merupakan ASI yang keluar pada hari pertama dan dua hari berikutnya namun pada dua hari berikutnya memiliki kadar gizi menurun dibandingkan hari pertama yang mengandung banyak protein dan

immunoglobulin (IgA) serta leukosit yang dapat melawan mikroba patogen pada bayi (Rumiyati, E., 2011; Yafelli, D.P. dan Muqsith, A., 2015).

Dukungan keluarga serta peran tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan mempengaruhi tindakan pada jam-jam pertama setelah bayi dilahirkan. Penelitian di Yogyakarta di Kabupaten Sukoharjo bahwa ada seorang ibu yang tidak melakukan IMD karena melahirkan di rumah dan tidak ada keluarga baik suami yang mengerti dengan IMD. Tidak hanya keluarga, tenaga kesehatan juga mempunyai peran dalam pelaksanaan IMD. Sebanyak 80% persalinan ditolong oleh bidan dan sisanya 20% ditolong oleh dokter. Keberhasilan pelaksanaan IMD tergantung dengan kinerja bidan. Penelitian di Sukoharjo memperlihatkan bahwa pengetahuan bidan tentang pelaksanaan IMD masih kurang. Motivasi bidan dalam melaksanakan IMD juga masih kurang. Hasil penelitian ini juga mengungkapkan bahwa SOP IMD belum ada dan bidan dalam melaksanakan program IMD hanya mengacu kepada langkah APN (Asuhan Persalinan Normal). Kondisi ini yang menyebabkan bidan melaksanakan IMD sesuai dengan pengertian dan kemampuan masing bidan (Syamsyah, S. dan Hardisman, H., 2015; Wahyuningsih, E., 2015).

Keberhasilan pelaksanaan ASI Eksklusif ini juga di dukung dengan optimalnya pelaksanaan PP 15 tahun 2013. Salah satunya adalah dukungan tempat bekerja seperti penyediaan ruang laktasi yang sampai saat ini belum berjalan dengan baik. Menurut penelitian Maria di Kediri belum terdapat penyediaan ruang laktasi di tempat bekerja. Pimpinan hanya memberikan kesempatan pulang

sewaktu jam istirahat selama 30-60 menit.(Maria, I., 2016)

Peraturan ASI Eksklusif perlu didukung dengan beberapa kebijakan lain yang berkaitan. Seperti kebijakan ruang laktasi untuk ibu pekerja. Hal ini sudah didukung dengan PP No 33 tahun 2012 tentang tatacara penyediaan fasilitas khusus menyusui dan/atau memerah ASI yang berisi tentang penyelenggara tempat dan sarana umum harus mendukung program ASI Eksklusif dengan bentuk dukungan dalam pasal 3 ayat 2. Begitu juga pelaksanaan IMD yang memerlukan dukungan SDM terlatih khususnya tenaga kesehatan dan fasilitas layanan kesehatan pada jam-jam pertama setelah melahirkan (Pemerintah Republik Indonesia, 2012).

Analisis Proses

Proses penyusunan kebijakan di Indonesia melibatkan setidaknya ada pihak eksekutif dan juga pihak legislatif. Pihak eksekutif yaitu dapat di wakili oleh kementerian yang bersangkutan dengan kebijakan serta pihak legislatif seperti DPR RI. Menurut penelitian Sandra dan Ahmad, proses penyusunan kebijakan ini dapat dinilai dari beberapa aspek yaitu transparansi, partisipatif, dan kecepatan proses penyusunan apakah di nilai cepat atau lambat. (Fikawati, S. dan Syafiq, A., 2010)

Penyusunan kebijakan menurut penelitian Maria di Kediri bahwa penyusunan kebijakan ASI di Indonesia di nilai kurang transparan, kurang partisipatoris, dan lambat. Kurangnya transparansi juga dijelaskan dalam penelitian Sandra dan Ahmad bahwa pendokumentasian proses penyusunan legislasi tidak dibuka untuk publik. Kalau ada pun prosesnya tidak tersosialisasikan dengan baik.

Namun, apabila disosialisasikan dengan baik maka media pers, dan jurnalistik tentu mempunyai peran penting dalam menyampaikan informasi pada publik. (Maria, I., 2016; Fikawati, S. dan Syafiq, A., 2010)

Pada proses penyusunan juga penting adanya partisipasi dari pihak yang berkepentingan dalam kebijakan termasuk ibu hamil, ibu menyusui, pihak akademisi dan ilmuan yang objektif yang mengerti dan paham mengenai bidang berkaitan dengan kebijakan. Hal ini di maksud kan bahwa penting untuk keberhasilan pelaksanaan kebijakan karena adanya saran yang melengkapi kekurangan dalam penyusunan kebijakan. Akademisi seperti Ahli Gizi, Guru Besar mengenai Gizi kesehatan masyarakat dan lain-lain. Proses penyusunan juga dinilai lambat karena perbaikan durasi ASI Eksklusif pada peraturan KMK Republik Indonesia Nomor 237/Menkes/SK/IV/1997 yaitu selama 4 bulan baru di terbitkan pada tahun 2004 setelah 7 tahun berikutnya menjadi 6 bulan sesuai rekomendasi WHO (Fikawati, S. dan Syafiq, A., 2010).

Analisis Aktor

Aktor merupakan pelaku kebijakan yang memiliki peran dan posisi dalam kebijakan. Tidak hanya posisi tetapi juga memiliki wewenang dan tanggung jawab. Hal ini perlu dijelaskan secara gamblang agar tidak terjadi tumpang tindih dan saling lempar peran atau bahkan yang sebut dengan kevakuman peran. Keputusan Menteri Kesehatan No 450/MENKES/SK/VI/2004 Tentang Pemberian ASI secara Eksklusif di Indonesia aktor yang memiliki peran dalam pelaksanaan kebijakan IMD tidak dijelaskan secara khusus atau spesifik. Hanya

disebutkan bahwa semua tenaga kesehatan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan berkewajiban menyampaikan pada ibu baru melahirkan. Adapun beberapa aktor yang terlibat dalam kebijakan IMD dan ASI Eksklusif :

1. Ibu dan Bayi

Ibu dan Bayi merupakan aktor utama dalam pelaksanaan IMD dan ASI Eksklusif. Dalam peraturan Pemerintah RI No 33 Tahun 2012 menyebutkan bahwa bayi secara tengkurap berada di dada atau di perut ibu sehingga kulit ibu dan kulit bayi melekat pada kulit ibu. Pada pasal 9 disebutkan bahwa selama paling singkat 1 jam setelah melahirkan bayi masih belum mau menyusu maka kegiatan IMD harus tetap diupayakan oleh Ibu. Begitu juga dengan pelaksanaan ASI Eksklusif, bahwa bayi memiliki hak untuk mendapatkan ASI sampai berusia 6 bulan tanpa makanan tambahan.

2. Keluarga dan Masyarakat

Peraturan Pemerintah RI No 33 Tahun 2012 menyebutkan bahwa keluarga dan masyarakat memberikan dukungan terhadap pelaksanaan IMD dengan meminta hak untuk mendapatkan pelayanan IMD ketika persalinan kepada tenaga kesehatan atau penyelenggara fasilitas kesehatan. Keluarga, masyarakat, Pemda, serta Pemerintah memiliki peran dan dukungan untuk pemberian ASI Eksklusif. Dukungan keluarga dan suami mempengaruhi keberhasilan ASI Eksklusif. Pemerintah dan Pemda juga berperan serta dalam advokasi, sosialisasi serta membina hingga mengawasi pelaksanaan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak pada pasal 45

juga disebutkan bahwa peran aktif orang tua/keluarga dalam upaya kesehatan anak dilakukan melalui IMD.

3. Tenaga Kesehatan dan Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan

KMK No 450/MENKES/SK/VI/2004 aktor yang memiliki peran adalah semua tenaga kesehatan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan. Hal ini terdapat dalam keputusan bahwa tenaga kesehatan berkewajiban menginformasikan pada ibu baru melahirkan untuk memberikan ASI Eksklusif. Peraturan Pemerintah RI No 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif menyebutkan bahwa tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas kesehatan wajib melakukan IMD selama waktu yang ditentukan dalam kebijakan. Tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan wajib menempatkan ibu dan bayi dalam satu ruangan kecuali atas indikasi medis.

Berdasarkan penelitian Vetty Pricilla di Puskesmas Tanah Garam Kota Solok tahun 2011 menemukan bahwa pada saat pertolongan persalinan ada sebagian bidan yang menerapkan APN dan juga ada yang tidak menerapkan. Pada penolong persalinan yang tidak menerapkan APN selalu memisahkan bayi dari ibunya segera setelah lahir untuk dibersihkan, ditimbang, ditandai dan di beri pakaian. Padahal kegiatan ini bisa ditunda karena sangat mengganggu kegiatan IMD. Kegiatan alamiah bayi pada perut atau dada ibu secara *skin to skin* sehingga mendapatkan puting susu ibu dan menyusui. Inilah gambaran hambatan pelaksanaan atau implementasi kebijakan IMD di Sumatera Barat. (Priscilla, V. dan Sy, E., 2011)

4. Produsen atau Distributor Susu Formulasi Bayi

Peraturan Pemerintah RI No 33 Tahun 2012 menyebutkan bahwa produsen atau distributor susu formula bayi dilarang melakukan kegiatan yang dapat menghambat pemberian ASI Eksklusif. Produsen juga wajib memberikan laporan kepada Menteri atau pejabat yang ditunjuk jika melakukan pemberian bantuan Susu Formula pada pihak tenaga kesehatan dll. Melalui PP juga menyebutkan bahwa terdapat pengawasan bagi produsen dan distributor.

5. Pengurus Tempat Kerja dan Tempat Sarana Umum

Peraturan Pemerintah RI No 33 Tahun 2012 menyebutkan bahwa pengurus tempat kerja dan tempat umum harus mendukung program ASI Eksklusif dengan menyediakan fasilitas khusus untuk menyusui atau memerah ASI.

Keberhasilan program ASI Eksklusif juga didukung oleh peran tempat kerja. Menurut penelitian Anissa dkk menunjukkan masih rendahnya ketersediaan fasilitas ASI di tempat kerja, dukungan atasan kerja dan tenaga kesehatan. Hal ini terbukti hanya 2 informan yang memberikan ASI Eksklusif diantara 27 informan di Industri Tekstil Jakarta. Sejalan dengan penelitian Rini bahwa dukungan formal dari tempat bekerja masih rendah. Pada wanita bekerja cenderung lebih awal memperkenalkan susu formula dibandingkan dengan wanita tidak bekerja. Dari 157 perusahaan di daerah metropolitan hanya 28% perusahaan yang memberikan dukungan untuk menyusui. (Rizkianti, A., dkk., 2014; Novayelinda, R., 2014)

Pada salah satu penelitian di Puskesmas Kabupaten Solok Sumatera Barat menunjukkan proses pelaksanaan IMD masih belum maksimal. Dalam studi tersebut proses IMD yang bersifat *skin to skin* namun dalam pelaksanaan tidak terjadi. Hal ini dikarenakan bayi di berikan kepada ibu sudah terbungkus dan apabila sudah 2 jam ASI tidak keluar maka umumnya diberikan susu bantu kepada bayi. (Syamsyah, S. dan Hardisman, H., 2015)

SIMPULAN

Keberhasilan kebijakan dan implementasi IMD dan ASI Eksklusif sangat ditentukan oleh kejelasan konten mengenai siapa pelaku kebijakan secara spesifik, bagaimana pelaksanaan dan siapa lintas sektor yang terlibat. Selain itu, perlu adanya pengendalian dan kebijakan lain mengenai konteks yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan seperti adanya sanksi pada tempat kerja yang tidak menyediakan fasilitas untuk terlaksananya ASI Eksklusif. Optimalnya konten dan konteks diawali dengan adanya proses penyusunan kebijakan dengan melibatkan akademisi yang akan memberikan pertimbangan secara komprehensif seperti keterlibatan Ahli Gizi, Ahli Kesehatan Masyarakat, Lintas sektor lainnya.

UCAPAN TERIMAKASIH

Tim peneliti mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang berpartisipasi dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayuningtyas D. 2018. Analisis Kebijakan Kesehatan (Prinsip dan Aplikasi). Depok: Rajawali Pers.
- Fikawati S and Syafiq A. (2010) Kajian implementasi dan kebijakan air susu ibu eksklusif dan inisiasi menyusui dini di Indonesia. *Makara kesehatan* 14: 17-24.
- Info Datin Kementerian Kesehatan RI. (2016) Situasi imunisasi di Indonesia. *Jakarta: Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI.*
- Kementerian Kesehatan RI. 1997. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 237/Menkes/SK/IV/1997 tentang Pemasaran Pengganti Air Susu Ibu Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2004. Keputusan Menteri Kesehatan No 450/MENKES/SK/VI/2004 Tentang Pemberian ASI secara Eksklusif di Indonesia Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012) Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).
- Kementerian Kesehatan RI. (2016-2017) Profil Kesehatan RI. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lionita W, Emilia O and Lestari T. (2016) Intervensi pada perilaku bidan tentang pelaksanaan inisiasi menyusui dini dengan menggunakan layanan pesan singkat. *Berita Kedokteran Masyarakat* 33: 97-104.
- Maria I. (2016) Implementasi Pemberian Air SUSU Ibu Selama Waktu Kerja di Instansi Tempat Kerja Di Kota Kediri. *HOSPITAL MAJAPAHIT* 7.
- Novayelinda R. (2014) Telaah literatur: pemberian asi dan ibu bekerja. *Jurnal ners indonesia* 2: 177-184.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2012) Pemerintah Republik Indonesia No 33 tahun 2012 tentang tatacara penyediaan fasilitas khusus menyusui dan/atau pemerah ASI

Peraturan Pemerintah RI. (2012) PP No 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian ASI Eksklusif.

Priscilla V and Sy E. (2011) Hubungan Pelaksanaan Menyusui Dini dengan Pemberian Asi Eksklusif Diwilayah Kerja Puskesmas Tanah Garam Kota Solok. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas* 6: 16-23.

Rizkianti A, Prasodjo R, Novianti N, et al. (2014) Analisis faktor keberhasilan praktik pemberian ASI eksklusif di tempat kerja pada buruh industri tekstil di Jakarta. *Buletin Penelitian Kesehatan* 42: 237-248.

Rumiyati E. (2011) Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui dengan Pemberian ASI Pertama (Kolostrum) di Rumah Bersalin An-Nissa Surakarta. *Jurnal Kesmadaska* 2.

Santi MY. (2017) Upaya Peningkatan Cakupan Asi Eksklusif dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). *Kesmas Indonesia* 9: 77-90.

Syamsyiah S and Hardisman H. (2015) Analisis Kebijakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif di RS Bersalin Budi Kemuliaan Jakarta. *Majalah Kedokteran Andalas* 37: 205-218.

Wahyuningsih E. (2015) Analisis Pelaksanaan Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Oleh Bidan Puskesmas Rawat Inap di Kabupaten Sukoharjo. *PROSIDING SEMINAR NASIONAL & INTERNASIONAL*.

Yafelli DP and Muqsith A. (2015) Hubungan Riwayat Pemberian Kolostrum dengan Perkembangan Bayi di Puskesmas Banda Sakti Kota Lhokseumawe. *JURNAL LENTERA* 15.