

KAJIAN IMPLEMENTASI DAN KEBIJAKAN AIR SUSU IBU EKSKLUSIF DAN INISIASI MENYUSU DINI DI INDONESIA

Sandra Fikawati, Ahmad Syafiq

Pusat Kajian Gizi dan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

E-mail: fikawati@ui.ac.id, sandrafikawati@yahoo.com

Abstrak

Di Indonesia, pencapaian target Air Susu Ibu (ASI) eksklusif 80% terlihat terlalu tinggi karena tren ASI eksklusif justru menurun. Tujuan dari artikel ini adalah mengkaji implementasi dan kebijakan ASI eksklusif dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) di Indonesia secara deskriptif berdasarkan studi-studi yang ada. Kebijakan, yaitu Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 237/1997, PP No. 69/1999, Kepmenkes No. 450/2004, dianalisis menggunakan pendekatan konten, konteks, proses dan aktor serta kerangka kerja koalisi advokasi. Hasil kajian implementasi menunjukkan masih rendahnya pemberian ASI eksklusif di Indonesia dan masih kurang optimalnya fasilitasi IMD. Kebijakan ASI eksklusif belum lengkap dan komprehensif, IMD belum masuk secara eksplisit dalam kebijakan. Analisis kerangka kerja koalisi advokasi mengonfirmasi lemahnya aspek sistem eksternal dan subsistem kebijakan dalam penyusunan kebijakan ASI eksklusif. Disarankan agar kebijakan ASI eksklusif yang ada segera diperbarui supaya relevan dari segi konten, konteks, proses dan aktor, harus memasukkan unsur IMD secara eksplisit, dan harus disusun mencakup unsur sanksi dan *reward* serta monitoring dan evaluasi sebagai upaya penguatan implementasi kebijakan di masyarakat.

Abstract

Study on Policy and Implementation of Exclusive and Early Initiation of Breastfeeding in Indonesia. In Indonesia, the Ministry of Health has set an Exclusive Breast Feeding [EBF] target of 80%, which is considered as unrealistic, especially where the current trend of EBF is showing a decline. The aim of this paper is to review the implementation and the policy of EBF and Early Initiation of breastfeeding (EI) in Indonesia based on existing studies. The policy, as stated in Kepmenkes No. 237/1997, PP No. 69/1999, and Kepmenkes No. 450/2004, was analysed using content, context, process and actor models, and triangulated by an advocacy coalition framework. Review on implementation shows that EBF practice in Indonesia is still very low and midwives have not been facilitating EI optimally. Policies on EBF are not complete and not comprehensive. EI has not been included explicitly and several aspects of policy content should have been updated. The advocacy coalition framework analysis confirms the findings of earlier analysis by emphasizing weaknesses in the external system as well as policy sub-system in the development of EBF policy. It is suggested to update and renew the existing EBF policy as to be more relevant in terms of content, context, process, and actor. An EBF policy should always include an Early Initiation component. The new policy should also include sanction, reward, and monitoring and evaluation to strengthen the implementation of the policy in community.

Keywords: early initiation, exclusive breastfeeding, policy

Pendahuluan

Berbagai penelitian telah mengkaji manfaat pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif dalam hal menurunkan mortalitas bayi, menurunkan morbiditas bayi, mengoptimalkan partum-buhan bayi, membantu perkembangan kecerdasan anak, dan membantu memperpanjang jarak kehamilan bagi ibu.¹⁻⁵ Di Indonesia, Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui program perbaikan gizi.

Masyarakat telah menargetkan cakupan ASI eksklusif 6 bulan sebesar 80%. Namun demikian angka ini sangat sulit untuk dicapai bahkan tren prevalensi ASI eksklusif dari tahun ke tahun terus menurun. Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997-2007 memperlihatkan terjadinya penurunan prevalensi ASI eksklusif dari 40,2% pada tahun 1997 menjadi 39,5% dan 32% pada tahun 2003 dan 2007.^{6,7}

Alasan yang menjadi penyebab kegagalan praktek ASI eksklusif bermacam-macam seperti misalnya budaya memberikan makanan pralaktal, memberikan tambahan susu formula karena ASI tidak keluar, menghentikan pemberian ASI karena bayi atau ibu sakit, ibu harus bekerja, serta ibu ingin mencoba susu formula. Studi kualitatif Fikawati & Syafiq melaporkan faktor predisposisi kegagalan ASI eksklusif adalah karena faktor predisposisi yaitu pengetahuan dan pengalaman ibu yang kurang dan faktor pemungkin penting yang menyebabkan terjadinya kegagalan adalah karena ibu tidak difasilitasi melakukan IMD.⁸ Bayi yang lahir normal dan diletakkan di perut ibu segera setelah lahir dengan kulit ibu melekat pada kulit bayi selama setidaknya 1 jam dalam 50 menit akan berhasil menyusui, sedangkan bayi lahir normal yang dipisahkan dari ibunya 50% tidak bisa menyusui sendiri.⁹ Berbagai studi juga telah melaporkan bahwa IMD terbukti meningkatkan keberhasilan ASI eksklusif.⁹⁻¹²

Inisiasi Menyusui Dini dengan jelas telah tercantum dalam Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal (APN) dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia.¹³ APN adalah standar asuhan persalinan normal yang bersih dan aman dari setiap tahapan persalinan bagi semua ibu bersalin yang harus diterapkan oleh penolong persalinan dimanapun hal tersebut terjadi. Tujuan APN adalah untuk menjaga kelangsungan hidup dan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayi yang dilahirkannya.¹³ Penolong persalinan disini mungkin saja seorang bidan, perawat, dokter umum atau spesialis obstetri. Karena bidan secara umum merupakan penolong persalinan yang paling banyak membantu persalinan ibu di Indonesia maka dalam studi ini penolong persalinan disebut sebagai bidan.^{6,7}

Studi kualitatif pada ibu-ibu di wilayah Puskesmas Kecamatan Jagakarsa Jakarta Selatan melaporkan bahwa IMD berpengaruh nyata terhadap pelaksanaan ASI eksklusif. Informan yang difasilitasi IMD akan lebih besar kemungkinannya untuk melakukan ASI eksklusif. Peran tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan dalam IMD adalah vital.⁸ Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengkaji implementasi dan kebijakan ASI eksklusif dan IMD yang ada di Indonesia sebagai upaya untuk membantu meningkatkan pencapaian target ASI eksklusif.

Metode Penelitian

Kajian implementasi ASI eksklusif dan IMD disajikan secara deskriptif berdasarkan studi-studi yang ada sedangkan analisis kebijakan dilakukan dengan menggunakan pendekatan Walt & Gilson, Palmer & Short, dan kerangka kerja koalisi advokasi Weible & Sabatier.¹⁴⁻¹⁶ Walt & Gilson menyediakan pisau analisis untuk studi kebijakan berupa model analisis kebijakan yang terdiri atas aspek konten, konteks, proses, dan

aktor.¹⁴ Sedangkan Palmer & Short menyajikan sejumlah pertanyaan yang relevan dalam meninjau kritis suatu kebijakan.¹⁵ Dalam kajian ini, kedua pendekatan tersebut digabungkan dan kemudian ditinjau sekali lagi dengan kerangka koalisi advokasi sebagai bentuk triangulasi metode analisis.

Hasil dan Pembahasan

Kajian Implementasi ASI Eksklusif. Sebelum tahun 2001, World Health Organization (WHO) merekomendasikan untuk memberikan ASI eksklusif selama 4-6 bulan. Namun pada tahun 2001, setelah melakukan telaah artikel penelitian secara sistematis dan berkonsultasi dengan para pakar, WHO merevisi rekomendasi ASI eksklusif tersebut dari 4-6 bulan menjadi 6 bulan.¹⁷ Hasil telaah artikel tersebut menyimpulkan bahwa bayi yang disusui secara eksklusif sampai 6 bulan umumnya lebih sedikit menderita penyakit gastrointestinal, dan lebih sedikit mengalami gangguan pertumbuhan.^{2,17} Definisi ASI eksklusif bermacam-macam tetapi definisi yang sering digunakan adalah definisi WHO yang menyebutkan ASI eksklusif adalah pemberian hanya ASI saja tanpa cairan atau makanan padat apapun kecuali vitamin, mineral atau obat dalam bentuk tetes atau sirup sampai usia 6 bulan. Beberapa studi menggunakan definisi ASI eksklusif yang berbeda seperti sebagai pemberian hanya ASI saja dalam 24 jam terakhir.^{6,7} Penelitian Awal Sehat Untuk Hidup Sehat (ASUH) di 8 kabupaten di Jawa Barat dan Jawa Timur menggunakan definisi tersebut.⁸ Penelitian *Healthy Starts* di wilayah Jakarta Utara oleh Mercy Corps mengukur prevalensi ASI eksklusif dengan beberapa definisi tersebut.¹⁸

Walaupun definisi ASI eksklusif yang digunakan berbeda-beda, ada definisi yang ketat dan ada pula yang longgar, namun cakupan ASI eksklusif yang didapatkan tidak pernah tinggi. Prevalensi ASI eksklusif menurut data SDKI hanya 32%,⁷ menurut penelitian Mercy Corps sebesar 7,4% (ASI dominan pada bayi usia 0-5 bulan) dan 28,9% (ASI saja dalam 24 jam terakhir pada bayi usia 0-5 bulan),¹⁸ dan penelitian Awal Sehat Untuk Hidup Sehat sebesar 9,2%.¹⁰ Survei yang dilakukan oleh Helen Keller International menyebutkan bahwa rata-rata bayi di Indonesia hanya mendapatkan ASI eksklusif selama 1,7 bulan.¹⁹ Target pencapaian ASI eksklusif 6 bulan sebesar 80% yang ditetapkan Depkes RI tampak terlalu tinggi. Bila melihat data-data hasil penelitian yang selama ini dicapai, apakah angka 80% ini realistis?

WHO merekomendasikan untuk memberikan hanya ASI saja sampai 6 bulan untuk keuntungan yang optimal bagi ibu dan bayi.¹⁷ Namun demikian ada beberapa rekomendasi dan catatan penting yang diungkapkan dalam kajian tim pakar tersebut. Pertama rekomendasi ini bisa dicapai bila masalah-masalah potensial seperti

status gizi ibu hamil dan laktasi, status mikronutrien (zat besi, seng dan vitamin A) bayi dan pelayanan kesehatan dasar rutin bagi bayi (pengukuran pertumbuhan dan tanda klinis defisiensi mikronutrien) sudah berhasil diatasi. Bila hal ini belum tercapai maka mungkin akan timbul masalah seperti terjadinya *growth faltering* pada bayi ibu laktasi yang memaksakan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya. Kedua, perlunya pemberian makanan pendamping ASI yang tepat dan memperkenalkan makanan bergizi yang adekuat dan aman dalam hubungannya dengan pemberian ASI selanjutnya. Dalam hal ini perlu dikaji makanan pendamping ASI yang tepat termasuk sesuai dengan kondisi gizi dan umur bayi. Rata-rata pemberian ASI eksklusif di Indonesia hanya 1,7 bulan maka perlu diberikan petunjuk yang jelas mengenai makanan pendamping apa saja yang dapat diberikan. Ketiga, kondisi yang dibutuhkan untuk menerapkan kebijakan ini adalah pemberian dukungan sosial dan gizi yang adekuat untuk ibu yang sedang menyusui. Penerapan ASI eksklusif 6 bulan harus didukung oleh berbagai kebijakan seperti cuti untuk ibu menyusui, undang-undang pemasaran susu formula, sanksi untuk iklan susu formula, sanksi untuk bidan yang memberikan dan mengenalkan susu formula kepada bayi, dan peningkatan kualitas *ante-natal care*.

Kajian Implementasi IMD. Edmond, dkk. menyebutkan bahwa menunda inisiasi menyusui akan meningkatkan kematian bayi.¹ Penelitiannya melaporkan bahwa dari 10.947 bayi yang lahir antara Juli 2003–Juni 2004 dan disusui, menyusui dalam 1 jam pertama akan menurunkan angka kematian perinatal sebesar 22% dan kemungkinan kematian meningkat secara bermakna setiap hari permulaan menyusui ditangguhkan.

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang paling berperan dalam melaksanakan IMD karena ibu tidak dapat melakukan IMD tanpa bantuan dan fasilitasi dari bidan. Penelitian kualitatif ASI eksklusif 6 bulan terhadap kelompok ibu yang ASI eksklusif dan ASI tidak eksklusif menunjukkan bahwa sebagian besar informan ASI eksklusif difasilitasi IMD oleh bidan sedangkan sebagian besar informan ASI tidak eksklusif tidak difasilitasi IMD.⁸ Dalam penelitian tersebut dari 7 informan yang tidak IMD, hanya 3 informan yang alasannya karena hal yang sulit dihindari, yaitu ibu sakit sehabis operasi caesar, bayi harus langsung masuk inkubator, dan ibu mengalami perdarahan. Sedangkan 4 informan lainnya tidak IMD karena alasan yang sebenarnya bisa dihindari yaitu bayi akan dibersihkan dan dibedong terlebih dahulu.

Penelitian Anita, di salah satu rumah sakit pusat rujukan di Jakarta Pusat menunjukkan hubungan yang signifikan antara bidan yang mempunyai sikap positif terhadap IMD dengan penerapan praktik IMD.²⁰ Artinya bidan yang bersikap positif akan lebih besar kemungkinannya

untuk melakukan IMD. Sikap positif bidan terhadap IMD antara lain adalah bidan merasa senang bila ibu mengerti akan pentingnya IMD, bidan mau menyebarkan informasi tentang pentingnya IMD, bidan mau membantu melaksanakan IMD, dan bidan tidak mau memberikan susu botol kepada bayi.

Studi kualitatif di salah satu Puskesmas di Kabupaten Solok Sumatera Barat terhadap bidan dan ibu bersalin menunjukkan kurangnya fasilitasi dan kualitas IMD yang dilakukan oleh bidan.²¹ Dalam studi tersebut bidan mengakui dalam IMD tidak terjadi kontak kulit antara ibu dan bayi karena bayi diberikan ke ibu dalam keadaan sudah terbungkus dan mereka umumnya pernah memberikan susu bantu kepada bayi dengan indikasi bila dalam 2 jam ASI belum keluar (takut terjadi *hypoglikemia*). Hal ini tentunya sangat tidak sesuai dengan prosedur APN yang ditetapkan.¹³

Berdasarkan monitoring yang dilakukan oleh BKPP-ASI disebutkan bahwa banyak rumah sakit bersalin yang tidak mendukung IMD.¹⁹ Sehabis dilahirkan bayi seharusnya langsung diletakkan di dada ibu agar refleksnya berkembang dan produksi ASI ibu meningkat namun bayi malah dipisahkan dan baru diberikan sehari kemudian. Roesli, melakukan penyuluhan di berbagai daerah di Indonesia sebagai upaya menggerakkan kesadaran bidan untuk mau memfasilitasi ibu bersalin melakukan IMD.²²

Analisis Kebijakan. Sampai saat ini terdapat beberapa legislasi terkait dengan pemberian ASI eksklusif di Indonesia yaitu Peraturan Menteri Kesehatan No. 240/MENKES/PER/V/1985 tentang Pengganti ASI,²³ Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 237/Menkes/SK/IV/1997 tentang Pemasaran Pengganti ASI,²⁴ Peraturan Pemerintah No. 69 tahun 1999 tentang Label dan Iklan Pangan,²⁵ dan Kepmenkes RI No. 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang Pemberian ASI secara Eksklusif pada Bayi di Indonesia.²⁶

Satu legislasi, yaitu Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) Pemberian ASI yang sudah dimulai pembahasannya sejak November 2006 (saat itu bernama RPP Pemasaran Susu Formula) masih juga belum tuntas dibahas dan belum bisa diluncurkan sebagai Peraturan Pemerintah.²⁷ Dalam studi ini, kajian analisis akan dilakukan terhadap Kepmenkes No. 237/1997, PP No. 69/1999, dan Kepmenkes No. 450/2004; sedangkan Permenkes No. 240/1985 dan RPP Pemberian ASI tidak dibahas karena kedua peraturan tersebut tidak atau belum diaplikasikan.

Analisis Konten. Kepmenkes No. 237/1997 mengenai Pemasaran Pengganti ASI adalah keputusan yang sangat ringkas karena hanya terdiri atas dua bab dan tiga pasal bab pertama berisi mengenai ketentuan umum dan bab kedua mengenai peredaran. Dalam Ketentuan Umum

dijelaskan definisi dari peristilahan yang dipakai dalam Kepmenkes tersebut mencakup istilah pengganti air susu ibu, makanan pendamping ASI, susu formula bayi, susu formula lanjutan, bayi, botol, dot, pemasaran, dan promosi. Bab II menegaskan bahwa pengganti ASI hanya dapat diedarkan setelah mendapatkan persetujuan dari Ditjen POM Depkes RI.²⁴

Peraturan Pemerintah No. 69/1999 tentang Label dan Iklan Pangan adalah legislasi yang paling kuat dibanding yang lain dan juga paling lengkap karena sudah ada pembagian kewenangan/tugas meskipun masih perlu dielaborasi dan ditindaklanjuti dengan keputusan-keputusan di bawahnya yang mengatur aspek teknis. Dari segi konten PP ini terdiri dari 8 bab dan 64 pasal. Bab pertama membahas mengenai ketentuan umum, bab kedua mengenai label pangan, bab ketiga mengenai iklan pangan, bab empat mengenai pengawasan, bab lima mengenai tindakan administratif, bab enam mengenai ketentuan peralihan, bab tujuh mengenai ketentuan khusus, dan bab delapan adalah ketentuan penutup.²⁵

Secara umum, PP tersebut mengatur mengenai pelabelan dan iklan makanan dan minuman secara keseluruhan. Aspek terkait ASI terutama secara eksplisit disebutkan pada Bab III Pasal 47 Ayat 4 yaitu mengatur mengenai pelarangan iklan pangan bagi bayi kurang dari satu tahun di media massa kecuali media cetak khusus kesehatan setelah mendapat persetujuan Menkes. Iklan tersebut juga mewajibkan pencantuman peringatan bahwa makanan tersebut bukanlah pengganti ASI.

Kepmenkes No. 450/2004 tentang Pemberian ASI Secara Eksklusif pada Bayi di Indonesia terdiri atas lima ketentuan termasuk penetapan mengenai pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dan dilanjutkan sampai dengan usia anak 2 tahun dengan pemberian makanan tambahan yang seusai. Juga ditetapkan bahwa tenaga kesehatan agar menginformasikan kepada ibu mengenai anjuran ASI eksklusif. Pemberian informasi dianjurkan untuk mengacu pada 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM).²⁶

Jika ditinjau dari peraturan yang memuat mengenai definisi peristilahan tampak bahwa definisi yang dipakai merujuk pada definisi yang digunakan atau berlaku pada saat keputusan tersebut dibuat. Dalam hal ini, perlu dipertimbangkan bahwa telah terjadi perubahan-perubahan yang cukup cepat dalam hal pengertian dan peristilahan. Misalnya saja, definisi ASI eksklusif pada Kepmenkes No. 237/1997 masih merujuk pada durasi pemberian ASI saja selama 4 bulan. Padahal sejak tahun 2002 WHO telah merekomendasikan durasi optimal ASI eksklusif selama 6 bulan. Terlepas dari apakah ada bukti yang cukup kuat untuk mengadopsi rekomendasi WHO tersebut, tetapi *updating* terhadap situasi keilmuan dan bukti di lapangan tetap harus dilakukan.

Perkembangan terakhir juga belum diakomodasi, misalnya mengenai IMD. Dalam 10 LMKM, pengertian IMD (yang juga belum disebut secara eksplisit sebagai IMD) lebih merujuk pada pemberian ASI segera dalam waktu 30 menit setelah melahirkan.

Dari segi kelengkapan, di antara ketiga peraturan tersebut, yang paling komprehensif adalah PP No. 69/1999 mengenai Label dan Iklan Pangan. Hal ini dapat disebabkan karena tingkat legislasinya yang lebih tinggi dibandingkan dua peraturan lainnya yang hanya setingkat keputusan menteri. Namun masalahnya PP tersebut bukan PP yang khusus mengenai ASI eksklusif dan IMD, tetapi PP yang mengatur mengenai makanan secara keseluruhan dan pengaturan pelabelan dan iklannya. Perlu dicatat bahwa Kepmenkes No. 237/1997 dan Kepmenkes No. 450/2004 keduanya sangat ringkas dan kurang lengkap sehingga masih perlu ditindaklanjuti dengan aturan-aturan teknis yang dalam kenyataannya tidak terdokumentasi dengan baik. Berbeda dengan PP, kedua Kepmenkes tersebut, tidak memuat pendelegasian penugasan dan wewenang kepada instansi implementer serta tidak dilengkapi dengan sanksi baik administratif, perdata, maupun pidana bagi pelanggar keputusan tersebut.

Sampai sejauh ini, aspek evaluasi dan pemantauan terhadap pelaksanaan peraturan-peraturan tersebut belum tersedia informasinya. Hal ini dapat disebabkan oleh buruknya sistem pendokumentasian dan diseminasinya bagi publik atau karena memang subsistem evaluasi dan pemantauan tidak ada dalam sistem yang dimaksud dalam peraturan. Hal ini merupakan kondisi yang mengkhawatirkan karena dalam setiap implementasi kebijakan, harus selalu ada tahap evaluasi implementasi kebijakan tersebut.^{15,16}

Analisis konteks. Ditinjau dari segi konteks, tampaknya peraturan-peraturan yang dibahas dalam analisis ini masih terlepas dari konteksnya baik konteks individu, keluarga, masyarakat, maupun institusi. Dalam pelaksanaan di lapangan, faktor konteks atau lingkungan memainkan peran yang sangat penting dan menentukan keberhasilan pelaksanaan ASI eksklusif. Studi-studi menunjukkan bahwa di samping faktor internal ibu, situasi dan kondisi lingkungan eksternal juga penting sebagai penentu keberhasilan pelaksanaan IMD dan ASI eksklusif.^{8,10}

Dalam hal ini perlu diperhatikan pergeseran-pergeseran yang terjadi pada ranah demografi dan sosial-ekonomi. Pemberian ASI eksklusif bagi ibu pekerja, misalnya, belum diakomodasi oleh peraturan yang ada. Padahal tingkat partisipasi angkatan kerja perempuan meningkat terus persentasenya dari 48,63% di tahun 2006 menjadi 49,52% di tahun 2007 dan 51,25% di tahun 2008.²⁸ Dari segi peraturan ketenagakerjaan (Undang-Undang Ketenagakerjaan No.13/2003 Pasal 81),²⁹ lama cuti

hamil dan melahirkan hanya 3 bulan. ini tentu tidak cukup bagi pelaksanaan ASI eksklusif 6 bulan kecuali jika difasilitasi dengan instrumen penyimpan ASI baik di rumah maupun di tempat kerja.

Situasi sosial-ekonomi masyarakat juga penting mendapatkan perhatian. Terutama yang harus dicermati fenomena pergeseran norma sosial dan kultural terkait pemberian ASI eksklusif, fenomena massifikasi dan kesetaraan pendidikan tinggi, dan variasi serta jurang sosial-ekonomi pada berbagai kelompok masyarakat baik di wilayah urban maupun pedesaan. Gencarnya pemasaran susu formula melalui kampanye terselubung, yaitu sebagai hadiah kepulangan ibu dan bayi dari fasilitas persalinan dilaporkan masih marak terjadi.^{1,8} Lebih lanjut, studi kualitatif tentang praktik keberhasilan dan kegagalan ASI eksklusif di Jakarta tahun 2009 menunjukkan bahwa yang sering menjadi korban dari kampanye demikian adalah ibu-ibu berpendidikan rendah.⁸

Kesiapan sarana pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kehamilan dan persalinan, termasuk kesiapan SDM-nya perlu diperhatikan juga apakah peraturan-peraturan tersebut sudah menyentuh peran dan mempertimbangkan situasinya. Jumlah rumah sakit sayang bayi diperkirakan hanya sekitar 50-70% pada rumah sakit pemerintah dan 10-20% pada rumah sakit swasta.³⁰ Pelaksanaan IMD dan ASI eksklusif sangat bergantung pada tindakan yang diambil oleh tenaga kesehatan dan fasilitas layanan kesehatan pada jam-jam pertama. Berbagai studi menunjukkan peran vital tenaga kesehatan penolong persalinan dalam keberhasilan pelaksanaan IMD dan ASI eksklusif.^{8,10,21} Dalam kenyataannya, tidak semua tenaga kesehatan penolong persalinan baik bidan maupun dokter bebas dari peran sebagai "agen" susu formula.

Mengenai hambatan dan kendala pelaksanaan ASI eksklusif 6 bulan sebenarnya sudah mulai banyak muncul pada dekade terakhir ini. Tetapi apakah yang ada juga dijadikan bahan pertimbangan dalam mengadopsi kebijakan yang bermula dari studi WHO tersebut? Pertanyaan-pertanyaan mengenai kesesuaian konteks eksternal seperti telah diulas sebelumnya perlu dijawab dan dicarikan penyesuaian-penyesuaian. Demikian juga perlu kiranya diluncurkan studi yang mengkaji kesesuaian rekomendasi WHO dengan realita situasi antropometri dan fisiologis ibu hamil di Indonesia dengan prevalensi Kurang Energi Kronis pada ibu hamil yang tinggi yaitu masih sekitar 20%.³¹ Terdapat kemungkinan munculnya akibat gizi yang merugikan baik bagi ibu maupun bayi jika dalam kondisi kekurangan gizi dipaksakan melaksanakan ASI eksklusif selama 6 bulan.

Diperlukan studi yang komprehensif untuk mengkaji situasi ini dan menguji pertanyaan-pertanyaan realita kontekstual seputar ASI eksklusif. Kebijakan,

selanjutnya, disusun berdasarkan bukti-bukti empirik dan saintifik yang kuat sehingga tidak menyebabkan kebijakan menjadi tidak realistis saat diterjemahkan menjadi program atau malah menimbulkan dampak negatif yang merugikan masyarakat.

Analisis proses. Proses penyusunan kebijakan di Indonesia melibatkan setidaknya dua pihak, yaitu pihak eksekutif dan pihak legislatif. Pihak eksekutif diwakili oleh kementerian teknis yang bersangkutan sedangkan pihak legislatif adalah DPR-RI. Proses penyusunan legislasi tidak selalu dibuka untuk publik sehingga prinsip transparansi tidaklah selalu dapat dipatuhi. Demikian juga dengan pendokumentasian yang tidak dibuka untuk publik. Kalaupun ada, prosesnya tidak tersosialisasi dengan baik. Dalam hal ini, peran media, pers, dan jurnalistik menjadi sangat penting untuk dapat menyampaikan informasi mengenai proses penyusunan suatu kebijakan.

Di samping transparansi, hal lain yang tak kalah penting dalam penyusunan kebijakan adalah pendekatan yang digunakan apakah partisipatif secara inklusif dengan melibatkan pihak-pihak yang berkepentingan (termasuk rakyat atau dalam hal ini ibu hamil dan menyusui), ataukah non-partisipatif dan eksklusif. Dalam banyak penyusunan kebijakan, sering dikritik bahwa pemerintah dan DPR tidak partisipatif, misalnya proses penyusunan RUU Narkotika yang dikritik keras oleh *Indonesian Coalition for Drug Policy Reform* karena tidak melibatkan komunitas pengguna NAPZA.³² Terkait dengan sisi partisipasi ini, penting kiranya melibatkan pihak akademisi dan ilmuwan yang obyektif dan netral serta tidak berafiliasi pada kepentingan politik tertentu (termasuk pemerintah dan DPR) untuk menyajikan informasi, dan data mutakhir secara ilmiah.

Di sisi lain, meskipun bersifat partisipatoris, tidak berarti kemudian penyusunan kebijakan harus berjalan lamban. Proses penyusunan kebijakan di bidang ASI yang terakhir, yaitu RPP Pemberian ASI (semula RPP Pemasaran Susu Formula) berjalan sangat lambat dan tersendat, Pembahasan dimulai sejak pertengahan November 2006 dan sampai Januari 2010 belum juga selesai.^{33,34}

Analisis Aktor. Aspek partisipatoris dari proses penyusunan kebijakan terkait juga dengan aspek aktor atau pemeran yang menentukan dalam implementasi kebijakan tersebut. Idealnya setiap aktor yang terlibat harus jelas posisi dan perannya, kewenangan dan tanggung jawabnya, sehingga tidak terjadi tumpang tindih peran atau malah kevakuman peran. Pemetaan aktor yang terlibat mulai dari penyusunan sampai implementasi dan evaluasi harus jelas tercakup dalam suatu kebijakan atau peraturan-peraturan yang menindaklanjutinya serta sesuai secara horisontal (lintas sektoral) maupun vertikal (lintas level).

Pemetaan aktor lebih luas lagi juga mencakup pertimbangan dan tinjauan terhadap kemungkinan keberhasilan dan kegagalan implementasi kebijakan tersebut. Misalnya, dalam hal PP Pemberian ASI, perlu dianalisis reaksi yang akan dimunculkan oleh pihak industri susu formula serta kemungkinan kondisi dilematis yang dihadapi oleh tenaga kesehatan penolong persalinan seperti bidan yaitu terkait tuntutan tugas ideal dan keterpaksaan dan desakan ekonomi dan finansial.

Analisis Kerangka Kerja Koalisi Advokasi. Weible & Sabatier, melakukan tinjauan berdasarkan kerangka kerja koalisi advokasi yang terdiri dari *stable parameters*, *external system events*, dan subsistem kebijakan.¹⁶

Terdapat beberapa parameter penting yang dianut masyarakat diantaranya adalah agama dan falsafah negara. Nilai-nilai dan norma yang berlaku di masyarakat bersumber pada agama dan semua agama menekankan pentingnya ASI dan kesehatan. Sebagai contoh di agama Islam, Nabi Muhammad SAW telah menekankan pentingnya memberikan ASI sampai usia 2 tahun.

Falsafah bernegara Pancasila dan UUD 1945 tidak ada yang bertentangan dengan ASI eksklusif dan IMD, bahkan mendukung penuh. Pemberian ASI adalah tindakan yang sesuai dengan sila kedua Pancasila karena pemberian ASI sesuai dengan fitrah manusia. Pada intinya praktik pemberian ASI eksklusif tidak bertentangan dengan dasar-dasar bernegara dan bermasyarakat.

Dalam hal *external system events*, telah terjadi perubahan opini publik mengenai ASI eksklusif dan IMD. Hal ini terjadi antara lain karena pergeseran situasi kondisi sosial ekonomi yang berpengaruh terhadap semakin lebarnya *gap* tingkat pendidikan ibu dari golongan ekonomi tinggi dan rendah, meningkatnya jumlah perempuan bekerja, serta meningkatnya promosi *consumers goods* termasuk iklan produk susu formula. Saat ini golongan ekonomi tinggi semakin mampu untuk mendapat pendidikan sementara golongan rendah semakin tidak mampu untuk bersekolah. Perbedaan ini juga berpengaruh terhadap penerimaan ibu mengenai ASI eksklusif dan IMD. Ibu yang berpendidikan tinggi lebih baik penerimaannya terhadap ASI eksklusif dan IMD serta lebih berupaya untuk bisa mempraktikannya.⁸

Studi Huffman & Lamphere menunjukkan pentingnya peran ASI eksklusif di negara berkembang dibandingkan negara maju.³⁵ Di negara maju ketika hygiene dan sanitasi sudah baik, peran ASI eksklusif hampir dapat digantikan oleh susu formula karena susu formula sudah dapat disajikan dalam porsi dan kebersihan yang terjaga dan mendekati kualitas ASI.

Sementara di negara berkembang penyapihan dan pemberian makanan pengganti ASI menyebabkan anak menjadi mudah sakit dan status gizi kurang.

Keberhasilan ASI eksklusif dan IMD tidak pernah terjadi bila iklan susu formula masih sangat marak dilakukan. Studi menunjukkan bukti yang jelas bahwa pemasaran susu formula mempengaruhi tenaga kesehatan dan ibu untuk memberikan susu formula kepada bayi.³⁶ Tanpa adanya sanksi dan upaya yang optimal dari pemerintah bagi pemasaran susu formula sangat sulit target ASI eksklusif dan IMD bisa dicapai.

Saat ini sudah sangat umum apabila masalah kesehatan dijadikan ajang promosi dalam pemilu. Kesempatan ini sangat baik untuk membangun komitmen dari penentu kebijakan untuk mengutamakan pemberian ASI eksklusif dan IMD. Apabila ini semakin banyak dilakukan kemungkinan adanya komitmen di tingkat pemerintahan terhadap kebijakan ASI eksklusif dan IMD akan lebih mudah terlaksana.

Dalam subsistem kebijakan, kendati di kalangan kesehatan pentingnya ASI eksklusif dan IMD tidak diragukan, ASI eksklusif dan IMD belum terlalu diperhitungkan. Selama ini diskusi antar koalisi yang penting tidak terdokumentasi dengan baik. Seperti telah dibahas sebelumnya pengambilan keputusan dan penentuan kebijakan berlangsung tidak transparan dan tidak terdokumentasi dengan baik. Demikian juga dengan pengalokasian dana dan penunjukan tugas dan kewenangan belum jelas tindaklanjutnya. Selama ini tidak ada kejelasan penerapan sanksi, insentif, monitoring, dan evaluasi dari kebijakan mengenai ASI eksklusif.

Simpulan

Kajian ini menemukan bahwa pemberian ASI eksklusif di Indonesia masih rendah dan fasilitasi IMD belum optimal. Analisis kebijakan menunjukkan bahwa kebijakan mengenai ASI eksklusif belum lengkap dan belum komprehensif. Juga ditemukan bahwa IMD belum secara eksplisit dimasukkan dalam kebijakan. Analisis kerangka kerja koalisi advokasi mengonfirmasi lemahnya aspek sistem eksternal dan subsistem kebijakan dalam penyusunan kebijakan ASI eksklusif. Peraturan-peraturan yang dibahas dalam analisis ini masih terlepas dari konteksnya baik konteks individu, keluarga, masyarakat, maupun institusi. Dari segi proses, penyusunan kebijakan terlihat kurang transparan, lambat dan kurang partisipatoris. Belum ada pemetaan pemeran (aktor) yang jelas terutama pengaturan kewenangan dan tanggung jawab yang bersifat lintas sektoral dan lintas level. Analisis kerangka kerja koalisi advokasi mengonfirmasi temuan-temuan hasil analisis dengan metode sebelumnya dengan tekanan pada lemahnya aspek sistem eksternal dan subsistem kebijakan dalam

penyusunan kebijakan tentang ASI eksklusif. Kebijakan yang ada agar segera diperbarui supaya relevan dari segi konten, konteks, proses dan aktor dan kebijakan mengenai ASI eksklusif harus memasukkan unsur IMD. Perlu ada desakan yang kuat dari berbagai komponen di masyarakat untuk menyusun kebijakan ASI eksklusif baru yang mutakhir berbasis evidensi, transparan dan partisipatoris. Kebijakan yang disusun harus memasukkan unsur sanksi dan *reward* serta monitoring dan evaluasi sebagai upaya penguatan implementasi kebijakan di masyarakat. Perkembangan dan dinamika kebijakan ASI eksklusif perlu terus menerus dicermati agar dapat dilakukan pengawalan terhadap kebijakan tersebut sehingga dapat diimplementasikan secara efektif.

Daftar Acuan

- Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *J. Pediatrics* 2006; 117(3): e380-6.
- Kramer MS, Tong Guo, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B, et al. Breastfeeding and infant growth: Biology or bias? *J. Pediatrics* 2002; 110(2): 343-7.
- Sacker A, Quigley MA, Kelly YJ. Breastfeeding and developmental delay: Findings from the millennium cohort study. *J. Pediatrics* 2006; 118(3): e682-9.
- Roesli U. *Mitos menyusui*. Makalah dalam Seminar Telaah Mutakhir tentang ASI; Bali: FAOPS-Perinasia, 2001.
- Besar DS. *Metode amenorea laktasi*. Makalah dalam Seminar Telaah Mutakhir tentang ASI; Bali: FAOPS-Perinasia. 2001.
- Badan Pusat Statistik, BKKBN, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003*. Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2003.
- Badan Pusat Statistik, BKKBN, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2006-2007*. Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2007.
- Fikawati S, Syafiq A. Praktik pemberian ASI eksklusif, penyebab-penyebab keberhasilan dan kegagalannya. *Jurnal Kesmas Nasional* 2009; 4(3):120-131.
- Linghard R, Alade M. Delivery self attachment. *The Lancet* 1990; 336: 1105-07.
- Fikawati S, Syafiq A. Hubungan antara *Immediate Breastfeeding* dan ASI eksklusif 4 bulan. *Jurnal Kedokteran Trisakti* 2003; 22(2): 47-55.
- UNICEF India. *BREAST CRAWL. Initiation of Breastfeeding by Breast Crawl*. New Delhi: UNICEF India, 2003.
- Vaidya K, Sharma A, Dhungel S. Effect of early mother-baby close contact. *Nepal Medical College* 2005; 7(2): 138-140.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. *Buku Acuan Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal. Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Depkes RI, 2008.
- Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *J. Health Policy Plann.* 1994; 9 (4): 353-370.
- Palmer GR, Short SD. *Health Care and Public Policy, an Australian Analysis, 2nd ed.* Melbourne: MacMillan Education Australia, 1998.
- Fischer F, Miller GJ, Sidney MS. *Handbook of Public Policy Analysis; Theory, Politics, and Methods*. Florida: CRC Press, 2007.
- World Health Organization. *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding, Report of an Expert Consultation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
- Syafiq A, Fikawati S. *Mercy Corps Healthy Start Baseline Survey North Jakarta, Indonesia, Final Report*. Depok: Center For Health Research University of Indonesia, 2007.
- Anonim. *Turun, jumlah bayi yang dapat ASI eksklusif*. Gizi Net [internet]. 2009[diakses 13 Desember 2009]. Tersedia di:<http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1173324133,39743>.
- Rusnita A. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini di Kamar Bersalin IGN RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta November 2008*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Indonesia, 2008.
- Putra A. *Analisis Praktek Bidan dalam Pelayanan bagi Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir 0-7 Hari (Minggu Pertama) Pasca Persalinan di Kecamatan Lembah Gumanti Kabupaten Solok Tahun 2007 (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Alahan Panjang)*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Indonesia, 2007.
- Roesli U. *Inisiasi menyusu dini dan ASI eksklusif*. Makalah dalam Presentasi pada Bidan dan Perawat di Rumah Sakit Cibinong. Cibinong: RS Cibinong, 2008.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 240/MENKES/PER/V/1985 tentang Pengganti ASI.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 237/Menkes/SK/IV/1997 tentang Pemasaran Pengganti ASI.
- Peraturan Pemerintah No. 69 tahun 1999 tentang Label dan Iklan Pangan.
- Kepmenkes RI No. 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang Pemberian ASI secara Eksklusif pada Bayi di Indonesia.
- Kementerian KoKesra RI. *Rekapitulasi Pengharmonisan Rancangan Peraturan Pemerintah*

- (RPP) [internet]. 2009 [diakses 13 Desember 2009]. Tersedia di: <http://djpp.depkumham.go.id/perkembangan-harmonisasi-rpp-tahun-2009.html>.
28. Bappenas. *Pidato Kenegaraan Presiden RI 17 Agustus 2009* [internet]. 2009 [diakses 13 Desember 2009]. Tersedia di: <http://www.bappenas.go.id/node/127/2037/pidato-presiden-dan-lampiran-pidato-tahun-2009/>.
 29. Undang-Undang Republik Indonesia tentang Ketenagakerjaan No 13/2003 Pasal 81).
 30. Pusat Kesehatan Kerja Departemen Kesehatan RI. *Kebijakan Departemen Kesehatan tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Pekerja Wanita*. Depkes RI [internet]. 2009 [diakses 13 Desember 2009]. Tersedia di: <http://www.mail-archive.com/idakrisnashow@yahoo.com/msg18698.html>.
 31. Badan Pusat Statistik. *Survei Sosial Ekonomi Nasional*. Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2001.
 32. Napza Indonesia. *ICDPR: Proses Pembuatan UU Narkotika Sangat Tidak Partisipatif*. Napza Indonesia [internet]. 2009 [diakses 13 Desember 2009]. Tersedia di: <http://napzaindonesia.com/icdpr-proses-pembuatan-uu-narkotika-sangat-tidak-partisipatif.html>.
 33. Tempo Interaktif. *Susu formula menghambat produksi ASI*. Tempo Interaktif [internet]. 2009 [diakses 13 Desember 2009]. Tersedia di: <http://www.tempointeraktif.com/hg/nasional/2006/11/30/brk,20061130-88704,id.html>.
<http://www.tempointeraktif.com/hg/nasional/2006/11/30/brk,20061130-88704,id.html>. 2009.
 34. Anonim. *Mandek, pembahasan pengaturan pemasaran susu formula* [internet]. 2009 [diakses 13 Desember 2009]. Tersedia di: http://www.kapanlagi.com/h/0000064064_print.html.
 35. Huffman S, Lamphere B. Breastfeeding Performance and Child Survival. Mosley WH, Chen LC, editor. *Child Survival Strategies for Research*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
 36. UNICEF, WHO. *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. New York: UNICEF/WHO, 2006.