

**MODEL PEMBERDAYAAN IBU MENYUSUI
PADA PROGRAM ASI EKSKLUSIF**

DISERTASI

**Disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai derajat Doktor
Program Studi Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat
Minat Utama Promosi Kesehatan**



Oleh
Mufdlilah
T641308002

**PASCASARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2017**

**MODEL PEMBERDAYAAN IBU MENYUSUI
PADA PROGRAM ASI EKSKLUSIF**

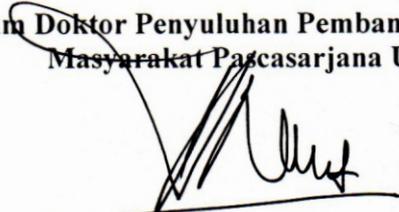
DISERTASI

**Oleh
Mufdlilah
T641308002**

Komisi Pembimbing Promotor	Nama	Tanda Tangan	Tanggal
	Prof. Dr. dr. Ahmad Arman Subijanto, M.S. NIP 194811071973101003		-----
Ko-Promotor I	Prof. Dr. Muhammad Akhyar, M.Pd. NIP 196107291991031001		-----
Ko-Promotor II	Dr. dr. Endang Sutisna, M.Kes., FISPH., FISCM. NIP 195603201983121002		-----

**Telah dinyatakan memenuhi syarat
pada tanggal 9 Februari 2017**

**Kepala Program Doktor Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan
Masyarakat Pascasarjana UNS**


**Dr. Sapja Anantanyu, S.P., M.Si.
NIP 196812271994031002**

**MODEL PEMBERDAYAAN IBU MENYUSUI
PADA PROGRAM ASI EKSKLUSIF**

DISERTASI

**Oleh
Muftlilah
T641308002**

Tim Penguji

Jabatan	Nama
Ketua	Prof. Drs. Sutarno, M.Sc., Ph.D. NIP 196008091986121001
Sekretaris	Prof. Dr. M. Furqon Hidayatullah, MPd. NIP 196007271987021001
Anggota Penguji	Prof. Dr.dr. Hartono, M.Si. NIP 196507271997021001 Dr. Sapja Anantanyu, S.P., M.Si. NIP 196812271994031002 Prof. Dr. H. Ahmad Arman Subijanto, dr, M.S. NIP 194811071973101003 Prof. Dr. Muhammad Akhyar, M.Pd. NIP 196107291991031001 Dr. dr. H. Endang Sutisna Sulaeman, M.Kes., FISPH., FISCM. NIP 195603201983121002 Dr. dr. Budiyanti Wiboworini, M.Kes., Sp.GK. NIP 196507151997022001 Prof. dr. Djauhar Ismail, M.PH., Ph.D., Sp.AK. NIP 19601202 1987011001

Tanda Tangan

**Telah dipertahankan di depan penguji pada sidang Senat Terbuka Terbatas
Universitas Sebelas Maret dan dinyatakan telah memenuhi syarat
pada tanggal 9 Februari 2017**

Mengetahui
Universitas Sebelas Maret Surakarta
Rektor,

**Prof. Dr. Ravik Karsidi, MS.
NIP 195707071981031006**

PERNYATAAN KEASLIAN DAN PERSYARATAN PUBLIKASI

Peneliti menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa:

1. Disertasi yang berjudul "Model Pemberdayaan Ibu Menyusui pada Program ASI Eksklusif" ini adalah disertasi peneliti dan tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik serta tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan serta daftar pustaka. Apabila ternyata di dalam naskah disertasi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur plagiasi, maka peneliti bersedia menerima sanksi disertasi beserta gelar doktor peneliti dibatalkan serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Publikasi sebagian atau keseluruhan isi disertasi pada jurnal atau forum ilmiah harus menyertakan tim promotor sebagai *author* dan PPs UNS sebagai institusinya. Apabila peneliti melakukan pelanggaran dari ketentuan publikasi ini, maka peneliti bersedia mendapatkan sanksi akademik yang berlaku.

Surakarta,
Peneliti,

Materai

Mufdlilah
NIM T641308002

MOTTO

“Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. Dan kewajiban ayah memberi makan dan pakaian kepada para ibu dengan cara ma’ruf”(Al. Baqarah : 233)

Hadist Nabi.

”Barang siapa yang menginginkan dunia, hendaklah ia berilmu, Barang siapa yang menginginkan akhirat hendaklah ia berilmu, Barang siapa yang menginginkan kedua-duanya sekaligus, ia pun harus berilmu.”

”Pelajarilah ilmu karena sesungguhnya belajar semata-mata bagi Allah itu merupakan kebaikan, dan mempelajari ilmu merupakan tasbih, dan membahasnya merupakan jihad, dan mencarinya merupakan ibadah, dan mengajarkannya merupakan sedekah sedangkan menggunakannya bagi orang yang membutuhkannya merupakan Qurbah (pendekatan diri kepada Allah)”.

PERSEMBAHAN

Karya ini dipersembahkan kepada

Almamater tercinta
Masyarakat tercinta

Semua dosen dan pembimbing yang telah memberikan ilmu yang berharga

Keluarga besar Universitas Aisyiyah Yogyakarta yang mendukung peneliti belajar

Ibu peneliti H. Zubaidah yang senantiasa memberikan semangat dan doa
Suami (Almarhum) H. Masyhari Makhasi, S.H., M.Si. dan Ayah H. Ridhwan
yang telah menjadi tamu Allah dan Insya Allah akan ketemu di surga nanti
Keluarga peneliti yang telah memberikan doa, dukungan dan pengertiannya,

ananda Ghifari Yuris Tiadhi, S.S., M.A. dr. Maharani Indah Dewanti

Muh. Wirai Suryajati dan Muh Thohir Yudha Rahimmadhi

serta menantu Anita Aisyah, S.Psi., M.Psi. Nino Wicaksono, S.T.

cucunda Syafinah Annajah, Kinanti

KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi Allah, Tuhan yang Maha Mulia, Maha Bijaksana, Maha Penyayang dan Maha Mengetahui. Dialah Tuhan yang telah mengaruniakan kepada kita ilmu pengetahuan untuk memudahkan kita memahami setiap aspek ciptaan-Nya, setiap manfaat anugerah-Nya, agar kita yang beriman dengan petunjuk-Nya mampu bersyukur dalam arti memanfaatkan anugerah dan ni'mat secara optimal.

Atas berkah dan karunia-Nya, disertasi dengan judul " Model Pemberdayaan Ibu Menyusui pada Program ASI eksklusif di Kabupaten Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta" dapat tersusun. Disertasi ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai derajat Doktor Program Studi Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Minat Utama Promosi Kesehatan di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Disertasi ini dapat terselesaikan berkat adanya bantuan dari berbagai pihak, terutama dari para pembimbing yang terhormat. Melalui kesempatan ini, peneliti sampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tinggi kepada yang terhormat

1. Bapak Prof. Dr. Ravik Karsidi, M.S., sebagai Rektor Universitas Sebelas Maret (UNS) yang telah memberikan motivasi kepada peneliti;
2. Bapak Prof. Drs. Sutarno, M.Sc., Ph.D. sebagai wakil rektor I Universitas Sebelas Maret yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk merasakan suasana akademis di UNS dalam jenjang doktoral (S3)
3. Bapak Prof. Dr. M. Furqon Hidayatullah, M.Pd. selaku Direktur Pascasarjana UNS yang telah memberikan pengarahan kepada penulis untuk mengikuti studi lanjut Program Doktor pada Program Pascasarjana Studi Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Minat Utama Promosi Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta;
4. Bapak Prof. Dr. dr. Hartono, M.Si. sebagai Dekan Fakultas Kedokteran UNS yang telah memberikan bimbingan kepada penulis untuk mengikuti studi lanjut Program Doktor pada Program Pascasarjana Studi Penyuluhan

Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Minat Utama Promosi Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta;

5. Bapak Dr. Sapja Anantanyu, M.Si, sebagai Kepala Program Studi Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Pascasarjana UNS yang telah memfasilitasi, membimbing dan mengarahkan dengan penuh kesabaran dalam penulisan disertasi ini;
6. Bapak Prof. Dr. H. Ahmad Arman Subijanto, dr, M.S, sebagai promotor utama dalam penulisan disertasi, yang telah membimbing dan mengarahkan dengan penuh kesabaran, keterbukaan, ketelitian, dan kedalaman wawasan serta sikap kearifan dalam menghadapi kehidupan, sehingga membuka wawasan berpikir peneliti dalam penyelesaian disertasi ini, meskipun beliau sibuk bertugas sebagai pengelola Prodi Program Pascasarjana Penyuluhan/Pemberdayaan Masyarakat minat Promosi Kesehatan Universitas Sebelas maret;
7. Bapak Prof. Dr. Muhammad Akhyar, M.Pd selaku ko-promotor I dalam penulisan disertasi. Beliau sangat baik, meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan pengarahan secara cermat dan teliti penuh pengertian kesabaran, keikhlasan dan ketulusan hati;
8. Bapak Dr. dr. H. Endang Sutisna Sulaeman, M.Kes., FISPH., FISCM. selaku ko-promotor II dalam penulisan disertasi yang berkenan menyediakan waktunya untuk memberikan bimbingan dengan ketelitian, pengarahan, kesabaran dan masukan serta memberikan bantuan-bantuan dalam melengkapi kesempurnaan penelitian yang sangat bermanfaat untuk penulisan disertasi;
9. Ibu Dr. dr. Budiyanti Wiboworini, M.Kes., Sp.GK sebagai penguji dan telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, ketelitian dan pencerahan pada disertasi ini meskipun beliau sangat sibuk sebagai wakil dekan bidang Akademik Fakultas kedokteran Universitas Sebelas Maret;
10. Bapak Prof. dr. Djauhar Ismail, M.PH., Ph.D., Sp.AK sebagai penguji dan dengan kesabaran dan keikhlasan beliau telah bersedia menyediakan waktunya untuk menguji disertasi ini;

11. Semua dosen di Prodi S3 Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat PPs UNS dengan semangat mengajar kami dan bahkan kadang meluangkan waktu untuk membantu menyelesaikan disertasi ini;
12. Ibu PP Aisyiyah beserta ketua Majelis Pendidikan Tinggi (DIKTI) Aisyiyah yang telah mengizinkan dan memberikan dukungan untuk mengikuti studi lanjut Program Doktor pada Program Pascasarjana Studi Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Minat Utama Promosi Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta;
13. Ibu Warsiti S.Kp Sp.Mat selaku Rektor Universitas Aisyiyah Yogyakarta yang telah mengizinkan peneliti untuk mengikuti studi lanjut Program Doktor pada Program Pascasarjana Studi Penyuluhan Pembangunan/Pemberdayaan Masyarakat Minat Utama Promosi Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta, dan
14. Semua pihak yang tidak mungkin disebutkan satu persatu di sini, yang telah memberikan bantuan dan dorongan dalam penyelesaian disertasi.

Semoga Allah swt. membalas kebaikannya. Akhirnya kepada Allah swt. jualah segala sesuatu dikembalikan, semoga rahmat dan karunia-Nya senantiasa dilimpahkan kepada kita sekalian. Amiin Ya Rabbal ‘alamiin.

Akhir kata peneliti dengan kerendahan hati berharap kepada para pembaca memberikan masukan, saran, untuk perbaikan penulisan yang selanjutnya.

Surakarta, 2 Desember 2016

Peneliti

Mufdlilah. T641308002. 2016. Model Pemberdayaan Ibu Menyusui pada Program ASI Eksklusif. Penelitian di Kabupaten Sleman Yogyakarta (Kajian Program ASI Eksklusif). Disertasi. Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta. Pembimbing : Prof. Dr. dr. A.A. Subijanto, M.S, (Promotor) Prof. Dr. Muhammad Akhyar, M.Pd, (Copromotor) Dr. dr. Endang Sutisna, M.Kes., FISPH., FISCM (Copromotor).

RINGKASAN

Penelitian ini dilatarbelakangi adanya Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang hak dan perlindungan anak bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang, serta mendapatkan perlindungan, diikuti Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif. ASI eksklusif yaitu ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan sampai usia enam bulan tanpa menambahkan dan atau mengganti dengan makanan/minuman lain. Pemberian ASI eksklusif awalnya 3 bulan kemudian 4 bulan dan saat ini direkomendasikan 6 bulan. Ada peraturan cuti melahirkan diberikan hanya tiga bulan sedangkan cuti menyusui belum ada. Dampak apabila tidak diberikan ASI eksklusif menyebabkan gizi buruk pada balita, selanjutnya meningkatkan angka kematian bayi di Indonesia. Cakupan ASI eksklusif di Indonesia 38% dan di Kabupaten Sleman DIY sebesar 32,43%. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menargetkan cakupan ASI eksklusif sebesar 80%. Saat ini peran pemerintah, dukungan masyarakat terhadap program ASI eksklusif masih belum optimal, pemahaman ASI eksklusif sebagian masyarakat masih belum benar.

Penelitian ini bertujuan menemukan model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif, merumuskan indikator-indikator yang menjadi penentu pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif meliputi sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif, kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif, advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif, pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif, persepsi ibu pada program ASI eksklusif dan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Sleman DIY dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan survei. Populasi penelitian pada ibu menyusui yang memiliki bayi usia lebih 6-12 bulan, teknik sampling menggunakan *cluster proportional random sampling* yang berjumlah 185, pengambilan data menggunakan angket berupa kuesioner. Analisis menggunakan SEM dengan program LISREL.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa model pemberdayaan ibu menyusui dari indikator-indikator penentu yang valid untuk kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif yaitu sosialisasi Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012, pemantauan 10 langkah menuju keberhasilan menyusui (LMKM) dan fasilitas ruang menyusui. Indikator-indikator penentu yang valid pada advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa yaitu dukungan tertulis berupa

surat keputusan dan anggaran dana desa. Indikator-indikator penentu yang valid pada dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat yaitu sarana prasarana, motivasi dan tindakan. Indikator-indikator yang valid untuk partisipasi ibu pada program ASI eksklusif yaitu sarana, bentuk kegiatan dan kontribusi ide/pikiran. Indikator-indikator penentu yang valid pada pemberdayaan ibu menyusui yaitu penyelenggaraan, pengawasan, pengendalian, kelembagaan dan ketenagaan. Indikator-indikator penentu yang valid pada persepsi yaitu nilai/norma sosial subyektif, pengetahuan dan perhatian. Indikator-indikator penentu yang valid pada sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif yaitu menilai pada proses menyusui, mengenal kesehatan ibu, dukungan ibu dalam menyusui, optimalisasi menyusui, menyusui eksklusif enam bulan dan pemberian makanan pada bayi. Hubungan yang dinyatakan signifikan yaitu (1) ada hubungan signifikan antara kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan advokasi penanggung jawab pada program ASI eksklusif ke desa; (2) ada hubungan signifikan antara advokasi penanggung jawab pada program ASI eksklusif ke desa dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif; (3) ada hubungan signifikan antara dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif; (4) ada hubungan signifikan antara kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dan (5) ada hubungan signifikan antara persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.

Kesimpulan penelitian ini terumuskannya model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif yaitu dengan meningkatkan partisipasi ibu yang didukung pemberdayaan ibu menyusui dan peningkatan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat melalui peningkatan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dengan melaksanakan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif. Selain itu dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dapat mempengaruhi sikap ibu menyusui. Adanya kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat mempengaruhi pemberdayaan dan persepsi ibu menyusui, selanjutnya persepsi ibu menyusui dapat mempengaruhi sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Juga persepsi ibu menyusui dapat mempengaruhi terhadap partisipasi ibu pada program ASI eksklusif selanjutnya adanya partisipasi ibu menyusui dapat mempengaruhi sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.

Kata kunci: Model, pemberdayaan, program ASI eksklusif

Mufdlilah. 2016. *Breastfeeding Mothers Empowerment Model on Exclusive Breastfeeding Program in Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta Province*. DISSERTATION. Supervisor I: Prof. Dr. dr. A A. Subijanto, M.S., II: Prof. Dr. Muhammad Akhyar, M.Pd., III: Dr. dr. Endang Sutisna, M. Kes., FISPH., FISCM. Doctoral Program of Counseling Development/Community Empowerment Sebelas Maret University Surakarta.

SUMMARY

The background of this research is Health Act No. 36 of 2009 about the rights and protection of children, mentioning that each child has the right to survival, growth and development, as well as protection, followed by Government Regulation No. 33 Year 2012 on exclusive breastfeeding. Exclusive breast milk is given to infants from their birth until the age of six months without adding or replacing with any food or/ drinks. Exclusive breastfeeding was initially programmed only for 3 months then 4 months and currently recommended for six months. Current regulation on maternity days off was given for three months. However, there is no day off for breastfeeding women. Malnutrition in children under five, which in further can increase infant mortality rate in Indonesia can be the significant impact if children do not get exclusive breastfeeding. The range of exclusive breastfeeding in Indonesia is 38%, and in Sleman Yogyakarta Special Province reaches to 32.43%. Health Ministry of the Republic of Indonesia is targeting exclusive breastfeeding coverage of 80%. Currently the role of government and public support for breastfeeding program are still not optimum. The understanding about exclusive breastfeeding in the society is not completely right.

This study aims to find an empowerment model of breastfeeding women on exclusive breastfeeding program, to formulate indicators that determines the empowerment of breastfeeding women in exclusive breastfeeding program including the attitudes of mothers in exclusive breastfeeding, government policy on exclusive breastfeeding program, advocacy for who in charge of exclusive breastfeeding program in the village, resources support and the role of community leaders on exclusive breastfeeding program, women empowerment on exclusive breastfeeding program, women perception on breastfeeding program and women participation on exclusive breastfeeding program.

This study was conducted in Sleman DIY by using cross sectional surveys. The population of the study were breastfeeding women with infants aged 6-12 months. The sampling techniques used cluster proportional random sampling totaling 185. Data taking method used a questionnaire. SEM with LISREL program was used to analyze the data.

The results showed that the empowerment model of breastfeeding women based on valid determinant indicators on government policy was the socialization of Government Regulation No. 33 of 2012, monitoring 10 steps to successful breastfeeding (LMKM) and providing special rooms for breastfeeding facilities.

Valid determinant indicators on the advocating exclusive breastfeeding program in the village was written support in the form of decision letters and budget allocation of the village. Valid determinant indicators on supporting resources and the role of community leaders were infrastructure, motivation and action. Valid indicators for the women's participation in the program were a means of exclusive breastfeeding, events and contributing ideas/thoughts. Indicators determinant valid on empowering nursing mothers namely the implementation, monitoring, control, institutional and workforce. Indicators are valid determinants on the perception of a value/a subjective social norms, knowledge and attention. Indicators with a valid determinant of maternal attitude in the exclusive breastfeeding of assessing the breastfeeding process, get to know the health of mothers, mothers in breastfeeding support, optimization of breastfeeding, exclusive breastfeeding to six months and infant feeding. The relationship was significant: (1) there is a significant relationship between government policy on exclusive breastfeeding advocacy program held responsible for the program exclusive breastfeeding to the village; (2) there is a significant relationship between advocacy responsible on exclusive breastfeeding program to the village with the support of resources and the role of community leaders in the program of exclusive breastfeeding; (3) there is a significant correlation between support resources and the role of community leaders in the program with the participation of exclusive breastfeeding mothers on exclusive breastfeeding program; (4) there is a significant relationship between government policies on the empowerment program exclusive breastfeeding nursing mothers on exclusive breastfeeding program and (5) there is a significant relationship between the perception of mothers on exclusive breastfeeding program with the attitude of the mother in exclusive breastfeeding.

The research aims to formulate empowerment model of breastfeeding mothers in exclusive breastfeeding program by increasing mothers' participation which is supported by breastfeeding mothers empowerment and increasing resources support as well as the role of community figures through increasing the advocacy of exclusive breastfeeding chairperson to villages by implementing government's policies related to exclusive breastfeeding. Moreover, resources support and the role of community figures can influence breastfeeding mothers' attitude. Government's policies in exclusive breastfeeding can influence breastfeeding mothers' empowerment and perception. Further, breastfeeding mothers' perception can influence mother's attitude in exclusive breastfeeding. In addition, breastfeeding mothers' perception can influence mother's participation in exclusive breastfeeding which affects mother's attitude in exclusive breastfeeding.

Keywords : model, empowerment, exclusive breastfeeding

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL.....	i
PENGESAHAN PEMBIMBING.....	ii
PENGESAHAN PENGUJI DISERTASI.....	iii
PERNYATAAN PENELITIAN DAN PERSYARATAN PUBLIKASI	iv
MOTTO.....	v
PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
RINGKASAN.....	x
SUMMARY.....	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xx
DAFTAR SINGKATAN.....	xxi
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	10
C. Tujuan Penelitian.....	11
D. Manfaat Penelitian.....	12
E. Kebaruan.....	13
BAB II. LANDASAN TEORI	
A. Tinjauan Pustaka	24
1. Kajian teori pembangunan.....	24
2. Teori promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.....	26
3. Pembangunan berbasis pemberdayaan masyarakat.....	28
4. Program ASI eksklusif.....	40
5. Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif.....	52
6. Advokasi pada program ASI eksklusif.....	53

7. Dukungan sumber daya pada program ASI eksklusif.....	55
8. Persepsi ibu pada program ASI eksklusif.....	57
9. Partisipasi ibu pada program ASI eksklusif	60
10. Sikap ibu pada program ASI eksklusif.....	61
B. Kerangka Berpikir.....	66
C. Hipotesis.....	96
BAB III. METODE PENELITIAN	
A. Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian.....	99
B. Jenis Penelitian.....	99
C. Populasi dan Sampel.....	102
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	104
E. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	123
F. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	123
G. Teknik Analisis Data.....	135
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Wilayah dan Karakteristik Responden	139
B. Analisis Univariat.....	143
C. Uji Asumsi.....	156
1. Uji normalitas data.....	156
2. Uji multikolinearitas.....	157
D. Analisis SEM.....	161
E. Hasil Uji Hipotesis.....	175
F. Pembahasan.....	185
1. Indikator penentu variabel.....	190
a. Indikator penentu kebijakan pemerintah.....	190
b. Indikator penentu advokasi penanggung jawab.....	195
c. Indikator penentu dukungan sumber daya.....	200
d. Indikator penentu pemberdayaan ibu menyusui.....	203
e. Indikator penentu persepsi ibu.....	207
f. Indikator penentu partisipasi ibu.....	211
g. Indikator penentu sikap ibu.....	213

2. Analisis hubungan antar variabel.....	218
a. Hubungan kebijakan dengan advokasi.....	218
b. Hubungan advokasi dengan dukungan.....	224
c. Hubungan dukungan dengan sikap ibu.....	227
d. Hubungan dukungan dengan partisipasi ibu.....	232
e. Hubungan kebijakan dengan pemberdayaan.....	235
f. Hubungan pemberdayaan dengan sikap ibu.....	239
g. Hubungan pemberdayaan dengan partisipasi ibu.....	242
h. Hubungan kebijakan dengan persepsi ibu.....	245
i. Hubungan persepsi ibu dengan partisipasi ibu.....	249
j. Hubungan persepsi ibu dengan sikap ibu.....	253
k. Hubungan partisipasi ibu dengan sikap ibu.....	255
3. Model promosi kesehatan	258
BAB V. KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	261
B. Implikasi.....	263
C. Saran.....	267
D. Keterbatasan Penelitian.....	269
DAFTAR PUBLIKASI HASIL PENELITIAN DISERTASI.....	270
DAFTAR ARTIKEL ILMIAH.....	271
DAFTAR PUSTAKA.....	272
LAMPIRAN.....	282

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1	Rangkuman kebaharuan penelitian..... 22
Tabel 3.1	Daftar kecamatan dan kelurahan di kabupaten Sleman..... 103
Tabel 3.2	Definisi operasional..... 106
Tabel 3.3	Rekapitulasi butir kuesioner kebijakan..... 125
Tabel 3.4	Rekapitulasi butir kuesioner advokasi..... 126
Tabel 3.5	Rekapitulasi butir kuesioner dukungan..... 128
Tabel 3.6	Rekapitulasi butir kuesioner pemberdayaan..... 129
Tabel 3.7	Rekapitulasi butir kuesioner persepsi ibu..... 131
Tabel 3.8	Rekapitulasi butir kuesioner partisipasi ibu..... 132
Tabel 3.9	Rekapitulasi butir kuesioner sikap ibu..... 133
Tabel 4.1	Struktur penduduk kabupaten Sleman..... 140
Tabel 4.2	Karakteristik responden..... 141
Tabel 4.3	Analisis deskripsi pada kebijakan pemerintah..... 143
Tabel 4.4	Analisis deskripsi indikator-indikator pada kebijakan..... 144
Tabel 4.5	Analisis deskripsi advokasi..... 145
Tabel 4.6	Analisis deskripsi indikator-indikator pada advokasi..... 146
Tabel 4.7	Analisis deskripsi dukungan sumber daya..... 147
Tabel 4.8	Analisis deskripsi indikator-indikator dukungan..... 147
Tabel 4.9	Analisis deskripsi pemberdayaan..... 148
Tabel 4.10	Analisis deskripsi indikator-indikator pemberdayaan..... 149
Tabel 4.11	Analisis deskripsi persepsi ibu..... 150
Tabel 4.12	Analisis deskripsi indikator-indikator persepsi ibu..... 151
Tabel 4.13	Analisis deskripsi partisipasi ibu..... 152
Tabel 4.14	Analisis deskripsi indikator-indikator partisipasi ibu..... 152
Tabel 4.15	Analisis deskripsi sikap ibu..... 153
Tabel 4.16	Analisis deskripsi indikator-indikator sikap ibu..... 154
Tabel 4.17	Ringkasan hasil uji normalitas data..... 157

Tabel 4.18	Ringkasan hasil uji multikolinearitas.....	158
Tabel 4.19	Ringkasan <i>goodness of fit model</i>	163
Tabel 4.20	Ringkasan hasil uji hubungan antar variabel laten.....	164
Tabel 4.21	Ringkasan hasil uji model pengukuran kebijakan.....	165
Tabel 4.22	Ringkasan hasil ringkasan uji model pengukuran advokasi.....	166
Tabel 4.23	Ringkasan hasil uji model pengukuran dukungan.....	167
Tabel 4.24	Ringkasan hasil uji model pengukuran pemberdayaan.....	168
Tabel 4.25	Ringkasan hasil uji model pengukuran persepsi ibu.....	169
Tabel 4.26	Ringkasan hasil uji model pengukuran partisipasi ibu.....	170
Tabel 4.27	Ringkasan hasil uji model pengukuran sikap ibu.....	170
Tabel 4.28	Ringkasan persamaan pengukuran kebijakan.....	182
Tabel 4.29	Ringkasan persamaan pengukuran advokasi.....	182
Tabel 4.30	Ringkasan persamaan pengukuran dukungan.....	183
Tabel 4.31	Ringkasan persamaan pengukuran pemberdayaan.....	183
Tabel 4.32	Ringkasan persamaan pengukuran persepsi ibu.....	184
Tabel 4.33	Ringkasan persamaan pengukuran partisipasi ibu.....	184
Tabel 4.34	Ringkasan persamaan pengukuran sikap ibu.....	185

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1	Kerangka berpikir model pemberdayaan..... 71
Gambar 2.2	Kerangka berpikir model pemberdayaan ibu menyusui 72
Gambar 2.3	Model persamaan structural dan pengukuran..... 73
Gambar 3.1	Langkah penelitian..... 101
Gambar 4.1	Model struktural dan pengukuran <i>standardized solution</i> 161
Gambar 4.2	Model struktural dan pengukuran dengan <i>t-values</i> 162
Gambar 4.3	Pengukuran sikap ibu..... 172
Gambar 4.4	Pengukuran kebijakan..... 173
Gambar 4.5	Pengukuran model pengukuran advokasi..... 173
Gambar 4.6	Pengukuran dukungan..... 174
Gambar 4.7	Pengukuran pemberdayaan 174
Gambar 4.8	Pengukuran persepsi ibu..... 175
Gambar 4.9	Pengukuran partisipasi ibu..... 175
Gambar 4.10	Existing model..... 181
Gambar 4.11	Model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif..... 260

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Jadwal kegiatan penelitian..... 282
Lampiran 2	Permohonan menjadi responden..... 283
Lampiran 3	Kuesioner setelah uji validitas dan reliabilitas..... 284
Lampiran 4	Rekapitulasi hasil <i>expert judgment</i> 292
Lampiran 5	Rekapitulasi penilaian pakar putaran 1 dan 2..... 293
Lampiran 6	Kunci jawaban setelah uji validitas..... 321
Lampiran 7	Hasil analisis <i>maximum likelihood</i> 323
Lampiran 8	Hasil analisis hubungan antar variabel..... 334
Lampiran 9	Rancangan implementasi kegiatan program..... 362
Lampiran 10	<i>Ethical clearance</i> 366
Lampiran 11	Surat izin penelitian..... 367

DAFTAR SINGKATAN

1.	ASI	: Air Susu Ibu
2.	AA	: <i>Arachidonic Acid</i>
3.	AGFI	: <i>Adjusted Goodnes of Fit Index</i>
4.	AIC	: <i>Akaiker's Information Criterian</i>
5.	AKB	: Angka Kematian Bayi
6.	AKI	: Angka Kematian Ibu
7.	APBN	: Anggaran Pendapatan Belanja Negara
8.	BALITA	: Anak Bawah Lima Tahun
9.	BEP	: <i>Breastfeeding Empowerment Program</i>
10.	BFHI	: <i>Baby Friendly Hospital Initiative</i>
11.	CAIC	: <i>Comparation Akaiker's Information Criterian</i>
12.	COMBI	: <i>Communication for Behavior Impact</i>
13.	CFI	: <i>Comparatif Fit Index</i>
14.	DHA	: <i>Docosahexaenoicacid</i>
15.	DIY	: Daerah Istemewa Yogyakarta
16.	EBF	: <i>Exclusive Breastfeeding Factor</i>
17.	ECVI	: <i>Expected Cross Validation Index</i>
18.	EQ	: <i>Emosional Quatient</i>
19.	GFI	: <i>Goodness of Fit Indices</i>
20.	GSI	: Gerakan Sayang Ibu
21.	HDL	: <i>High Density Lipoprotein</i>
22.	HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
23.	HPK	: Hari Pertama Kehidupan
24.	HPM	: <i>Health Promotion Model</i>
25.	IBFAN	: <i>International Baby Food Action Network</i>
26.	IFI	: <i>Incremental Fit Index</i>
27.	Ig	: <i>Immunoglobolin</i>
28.	IMR	: <i>Infant Maternity Rate</i>
29.	IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
30.	IMR	: <i>Infant Mortality Rate</i>
31.	IPKM	: Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat
32.	ISPA	: Infeksi Saluran Pernafasan Akut
33.	IQ	: <i>Intellegency Quotient</i>
34.	JPKM	: Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat
35.	KB	: Keluarga Berencana
36.	KEK	: Kekurangan Energi Kronik
37.	KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
38.	KP-ASI	: Kelompok Pendukung ASI
39.	KP-Ibu	: Kelompok Pendukung Ibu
40.	LISREL	: <i>Linear Structural Realition</i>
41.	LMKM	: Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui
42.	LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
43.	MDGs	: <i>Millenium Development Goal</i>
44.	MMD	: Musyawarah Masyarakat Desa

45.	MMR	: <i>Maternal Mortality Rate</i>
46.	MOU	: <i>Memorandum of Understanding</i>
47.	MP-ASI	: Makanan Pendamping ASI
48.	NFI	: <i>Normed Fit Index</i>
49.	NCP	: <i>Nun Centrality Parameter</i>
50.	NMR	: <i>Neonatal Mortality Rate</i>
51.	NNFI	: <i>Non Normed Fit Index</i>
52.	NTHI	: <i>Nontypeable Haemophilus</i>
53.	OMA	: <i>Otitis Media Acut</i>
54.	OR	: <i>Odd Ratio</i>
55.	PAD	: <i>Participatory Assessment and Planning</i>
56.	PERDA	: Peraturan daerah
57.	PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
58.	PKK	: Pembina Kesehatan Keluarga
59.	PJ	: Penanggung Jawab
60.	PKMD	: Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa
62.	PLA	: <i>Planning Learning Action</i>
63.	PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
64.	POSYANKES	: Pos Pelayanan Kesehatan
65.	PP	: Peraturan Pemerintah
66.	RCT	: <i>Randomized Controlled Trial</i>
67.	PRA	: <i>Participatory Rural Appraisal</i>
68.	RAB	: Rancangan Anggaran Biaya
69.	RFI	: <i>Relative Fit Index</i>
70.	RMSEA	: <i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
71.	RMR	: <i>Root Mean Square Error</i>
72.	RR	: <i>Rate Ratio</i>
73.	RRA	: <i>Rapid Rural Appraisal</i>
74.	SC	: <i>Section Caesarae</i>
75.	SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
76.	SDM	: Sumber Daya Manusia
77.	SEM	: <i>Structural Equation Models</i>
78.	SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
79.	SMD	: Survei Mawas Diri
80.	SOR	: <i>Stimulus Organism Response</i>
82.	SUN	: <i>Scaling Up Nutrition</i>
82.	TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
83.	UKMB	: Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat
84.	UU	: Undang Undang
85.	UNICEF	: <i>United Nations Children's Emergency Fund</i>
86.	UNDP	: <i>United Nations Internasional Development</i>
87.	PAP	<i>Programme</i> : <i>Participatory Assessment and Planing</i>
88.	WHO	: <i>World Health Organization</i>
89.	WHA	: <i>World Health Assembly</i>
90	χ^2	: <i>Chi Square</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tercapainya kesejahteraan hidup bagi setiap individu maupun masyarakat luas merupakan sebuah indikator keberhasilan pembangunan. Dalam mencapai sasaran dan target yang strategis, keberhasilan pembangunan, khususnya bidang kesehatan sangat ditentukan oleh keberhasilan dalam menciptakan dan melestarikan perilaku hidup sehat masyarakat. Saat ini derajat kesehatan masyarakat masih belum optimal dipengaruhi oleh lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan faktor genetika (Kemenkes RI, 2011a).

Berbicara tentang derajat kesehatan masyarakat, program peningkatan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif merupakan program prioritas untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Hal ini dikarenakan ASI eksklusif memberikan dampak luas terhadap status gizi dan kesehatan balita. Pendapat ini didukung pula oleh hasil konferensi tingkat tinggi tentang kesejahteraan anak, menyepakati bahwa semua keluarga harus mengetahui arti penting mendukung dalam tugas pemberian ASI saja selama enam bulan untuk perempuan pada kehidupan anak pertama (Kemenkes RI, 2013).

Data dari Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional menunjukkan bahwa capaian pemberian ASI eksklusif tingkat internasional mencapai 85%. Posisi Indonesia berada pada peringkat 49 dari 51 negara yang mendukung pemberian ASI eksklusif (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, 2013). Sebenarnya target nasional pemberian ASI eksklusif yang tercantum dalam Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada indikator tatanan rumah tangga sebesar 80%, namun saat ini baru mencapai 38,7%. Di Daerah Istimewa Yogyakarta sendiri, persentase pencapaian ASI eksklusif di klasifikasikan berdasarkan kabupaten/kota adalah sebagai berikut: Kulonprogo sebesar 70,4%, Bantul sebesar 62%,

Gunungkidul sebesar 56,5%, Sleman 80,6% dan Kota Yogyakarta sebesar 51,6% (Kemenkes RI, 2013).

Menurut Kemenkes RI (2013b), angka kematian bayi (AKB) meningkat menjadi 34/1000 kelahiran hidup dan angka kematian ibu (AKI) mencapai 359/100.000 kelahiran hidup. Padahal sebagaimana diketahui, dengan menyusui/memberikan ASI eksklusif dapat mengurangi perdarahan yang dialami ibu pasca persalinan yang disebabkan adanya kontraksi uterus (masa *invulasi*) sehingga perdarahan masa nifas tidak terjadi. Selain itu, memberikan ASI eksklusif juga dapat menunda kesuburan dalam upaya pengaturan kehamilan, yang secara tidak langsung dapat mempertahankan kesehatan ibu.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi ibu untuk tidak memilih menyusui secara eksklusif yaitu, kondisi kemiskinan di Indonesia yang menimpa pada keluarga ibu menyusui dan mengharuskan ibu meninggalkan bayi di rumah untuk bekerja di luar rumah dalam rangka mencukupi kebutuhan keluarga. Setegn (2012) menyatakan ibu tidak bekerja memiliki kemungkinan memberikan ASI eksklusif 10.4 kali lebih besar dari ibu yang bekerja. Faktor budaya dahulu ibu merasa malu memberikan ASI eksklusif, dianggap orang desa, dan tidak modern. Selain itu, pengaruh iklan susu formula yang sangat gencar dari media masa, rumor-rumor salah yang diterima ibu menyusui, pemahaman ibu menyusui yang kurang tentang manfaat ASI dan kolostrom, serta belum menyeluruhnya pemahaman dan kurang kooperatifnya petugas kesehatan terhadap Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM) di rumah bersalin, puskesmas dan rumah sakit, disinyalir sebagai penyebab rendahnya angka menyusui secara eksklusif di Indonesia (Roesli, 2008). Namun sebaliknya yang terjadi saat ini, sudah terbangunnya budaya malu apabila ibu tidak memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.

Dukungan terhadap ibu menyusui sangat diperlukan. Apabila ibu kurang mendapatkan perhatian dan kasih sayang, dapat mempengaruhi sikap ibu dalam memberikan ASI. Kadang kala seorang ibu tidak mau memberikan

ASI kepada bayinya dengan alasan tertentu. Salah satunya belum semua ibu dapat menerima kodrat sebagai seorang ibu yang harus memberikan ASI kepada bayinya. Selain itu, adanya kebijakan pemerintah tentang peraturan tenaga kerja saat ini, yakni cuti melahirkan yang diberikan kepada ibu bekerja selama tiga bulan, belum dibarengi dengan terbitnya kebijakan yang mengatur tentang hak cuti menyusui. Kurangnya ketegasan dalam peraturan di rumah sakit/puskesmas/klinik bagi bidan, perawat dan dokter masih menggunakan susu formula tanpa alasan medis bagi bayi dan ibu, juga menjadi faktor penghambat lain. Pemahaman keluarga yang salah dengan memaksa diberikannya susu formula kepada bayi yang menangis dan mengatakan ASI tidak cukup pada hari pertama kelahiran adalah faktor yang lain. Kemudahan mengakses fasilitas yang dibutuhkan saat ibu bekerja dengan kondisi menyusui ibu menjadi alternatif solusi untuk meningkatkan angka pemberian, ASI eksklusif pada bayi, seperti sarana prasarana untuk memompa ASI, tempat untuk menyusui baik di kantor maupun fasilitas umum lainnya.

Dengan diberikannya ASI eksklusif, ibu dan bayi dapat memperoleh manfaat. Bagi bayi, ASI eksklusif yang diberikan kepada bayi merupakan makanan yang paling sempurna karena dapat memberikan gizi yang paling sesuai untuk kebutuhan bayi pada awal kehidupannya, melindungi dari berbagai penyakit infeksi, dan memberikan hubungan kasih sayang ibu dan bayi yang mendukung semua aspek perkembangan bayi termasuk kesehatan dan kecerdasannya. Adapun manfaat untuk ibu, dengan memberikan ASI dapat meringankan beban ekonomi. Selain itu, juga dapat terangkat martabat keibuannya. Sedangkan manfaat pemberian ASI untuk masyarakat luas yakni dengan diberikannya ASI mampu menghemat pengeluaran rumah tangga, menurunkan devisa negara untuk susu formula, dan menurunkan beban anggaran program kesehatan masyarakat (Roesli, 2008).

Dampak bayi yang tidak diberikan ASI eksklusif akan menyebabkan anak mengalami gizi buruk dan dapat mengancam risiko kehilangan *intelligent quotient* (IQ). Untuk menjamin anak Indonesia tidak berpotensi

menjadi *the lost generation* di masa mendatang, agar anak terjamin kualitas hidupnya dilihat dari kesehatan, kecerdasan dan kemampuan berpikir maupun mental sehingga anak mampu berkompetisi dengan dijamin pertumbuhan yang optimal, maka pemberian ASI eksklusif menjadi keharusan. Oleh karena itu, pemerintah berupaya membangun sumber daya yang berkualitas melalui Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dan diikuti dengan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang pemberian ASI, dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif (Kemenkes RI, 2012).

Program pemerintah dalam pemberian ASI eksklusif dianggap sangat penting sehingga dilakukan penancangan program ASI eksklusif, yakni bermula pada tahun 1961 yang ditetapkan waktu pemberian ASI eksklusif selama tiga bulan sejak lahir tanpa makanan apapun. Setelah tiga bulan bayi diberikan ASI dengan makanan tambahan atau pendamping seperti buah, bubur dan susu. Perkembangan selanjutnya pada 1990, *World Health Organization/ United Nations internasional Children's Emergency Fund* (WHO/UNICEF) mengeluarkan deklarasi yang dikenal dengan Deklarasi Innocent (*Innocent Declaration*). Deklarasi yang dilahirkan di Italia ini bertujuan untuk melindungi, mempromosikan dan memberi dukungan pada pemberian ASI eksklusif. Deklarasi ini juga ditandatangani oleh Indonesia. Deklarasi tersebut menjelaskan bahwa untuk meningkatkan kesehatan dan mutu makanan bayi secara optimal, maka semua ibu dianjurkan memberikan ASI eksklusif sejak lahir hingga berusia empat bulan. Setelah berusia empat bulan bayi mulai diberikan makanan pendamping atau padat yang benar dan tepat, sedangkan ASI tetap diteruskan sampai bayi berusia dua tahun atau lebih (Roesli, 2008).

Rekomendasi terakhir yang dibuat oleh UNICEF bersama *World Health Assembly* (WHA) dan banyak negara lainnya menetapkan bahwa jangka waktu pemberian ASI eksklusif adalah selama enam bulan. Hal ini dikarenakan pada tahun 1999 ditemukan bukti bahwa pemberian makanan pada usia terlalu dini memberikan efek negatif pada bayi, dapat mengganggu

pemberian ASI eksklusif, dan meningkatkan angka kesakitan pada bayi. Selain itu, tidak ditemukan bukti yang menyokong bahwa pemberian makanan padat/tambahan pada usia empat atau lima bulan lebih menguntungkan, bahkan tidak ada dampak positif untuk perkembangan dan pertumbuhan bayi.

UNICEF (2000) memberikan klarifikasi tentang rekomendasi jangka waktu pemberian ASI eksklusif. Bagi ibu dan bayi, ASI eksklusif memudahkan terjalin ikatan kasih sayang yang mesra antara ibu dan bayi yang baru lahir. Hal ini tentu saja menjadi keuntungan awal dari menyusui secara eksklusif. Bagi bayi, tidak ada yang lebih berharga dari ASI. Memberikan ASI berarti meningkatkan kesehatan dan kemampuan secara optimal. ASI membuat anak potensial memiliki emosi yang stabil, spiritual yang matang, serta memiliki perkembangan sosial yang baik (Roesli, 2008).

Hadirnya kelompok pendukung ibu (KP-ibu) untuk mengarahkan, memotivasi dan mendorong ibu menyusui dengan memberikan ASI eksklusif, merupakan salah satu bentuk pemberdayaan. Berjalan optimalnya KP-ibu tidak terlepas dari partisipasi ibu dalam menyikapi, dimilikinya persepsi, dukungan, dan advokasi. Sikap ibu menyusui sangat ditentukan oleh niat ibu dalam melakukan pemberian ASI eksklusif. Tujuan pembentukan KP-ibu agar ibu berhasil memberikan ASI eksklusif serta diperolehnya dukungan suasana yang saling memfasilitasi dan membangun kepercayaan untuk berbagi pengalaman, ide, informasi tentang menyusui. Kondisi saat ini di masyarakat keberadaan KP-ibu belum merata, dengan demikian saat ibu menyusui memerlukan pendampingan apabila mengalami masalah dan ingin berkonsultasi untuk mencapai keberhasilan menyusui eksklusif tidak mendapatkan dukungan yang sesuai dengan kebutuhan ibu.

Beberapa penelitian membuktikan bahwa ibu dengan peran ganda, sebagai ibu dan pekerja, dapat mempengaruhi kualitas ASI, dikarenakan pada kondisi ibu yang mengalami stres akan mengalami perubahan kortisol, CD4 dan IgA sehingga menurunkan sistem imunitas dalam kandungan ASI (Subijanto, 2007). Dukungan sosial keluarga dan kepercayaan diri

menentukan keberlanjutan pemberian ASI eksklusif pada perempuan primipara (Ku, 2010). Didukung pula Mercycorps (2014) menyatakan bahwa dukungan sebaya melalui motivator/fasilitator/konselor kelompok ASI sebagai bentuk intervensi dukungan juga efektif. Kesadaran masyarakat mengetahui manfaat ASI dan peduli pada ASI sehingga berusaha menyusui dengan baik dan benar dapat membantu pencapaian program ASI eksklusif (Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, 2014).

Pemberdayaan pada ibu menyusui saat ini diselenggarakan dalam bentuk KP-ASI dan KP-ibu di posyandu yaitu pada pemantauan dan pencatatan ASI eksklusif. Ibu-ibu menyusui yang hadir di KP-ibu saat itu sering tidak mendapatkan pendampingan karena keterbatasan fasilitator dan motivator dan saat itu pula dibutuhkan KP-ibu sebagai teman sebaya untuk berkeluh kesah saling memberikan nasihat dan memberikan pendampingan terkait dengan kemampuan dalam proses menyusui, mengenal kesehatan ibu sendiri, kepercayaan diri, dukungan ibu, optimalisasi menyusui, keberhasilan menyusui eksklusif enam bulan dan pemberian makanan bayi. Buku catatan bagi ibu menyusui terkait dengan keberhasilan menyusui eksklusif dan masalah-masalah yang dihadapi ibu belum ada pencatatannya oleh kader maupun tenaga kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan merupakan inti dari promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk bersama masyarakat agar dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai dengan sosial budaya setempat, didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan melalui kelembagaan, pengawasan, pengendalian, penyelenggaraan, ketenagaan dan kebijakan (Fleming, 2007). Masalah pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan masih dirasakan lemah pada upaya pembinaan, apresiasi terhadap lembaga pemberdayaan masyarakat serta kurang koordinasi kerja sama lintas program, lintas sektoral yang belum berjalan secara optimal, dukungan anggaran program ASI eksklusif oleh pemerintah belum menjadi prioritas sehingga program ASI

eksklusif yang dijalankan masih terbatas (Sulaeman, 2012). Kunci pemberdayaan adalah partisipasi. Partisipasi dapat dibangun apabila individu setempat dapat dipercaya dan diberi peran. Partisipasi menumbuhkan kesadaran, sehingga dengan pemberian ASI eksklusif dapat meningkatkan status kesehatan ibu dan bayi (Krisyuniyanto, 2013).

Hasil wawancara pada 11 Februari 2015 di Yogyakarta dengan Kepala Bidang Promosi Kesehatan, Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta diperoleh informasi bahwa kegiatan KP-ibu belum dimanfaatkan oleh ibu menyusui dan keluarga secara sempurna. Sebenarnya kebijakan pemerintah terkait dengan ASI eksklusif dalam bentuk Peraturan Daerah (Perda) telah diterbitkan. Namun sayangnya, kebijakan pemerintah tentang ASI eksklusif tersebut belum diimplementasikan pada tingkat masyarakat. Advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif telah dilakukan, namun belum dilaksanakan secara merata. Belum semua kabupaten di DIY memberikan advokasi tentang pelaksanaan program ASI eksklusif. Selain itu, masyarakat di DIY juga belum menyadari pentingnya pemberian ASI eksklusif bagi bayi dikarenakan tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang ASI eksklusif masih kurang. Partisipasi masyarakat terhadap kelompok pendukung ibu masih dirasakan belum merata. Dukungan pemberian ASI eksklusif oleh suami sudah ada, namun kadang kala suami yang bekerja merasakan kesulitan dalam menyediakan waktu untuk memberikan dukungan. Dukungan dari keluarga (suami) sangat penting terhadap inisiasi dan keberlanjutan menyusui seperti halnya dukungan dari tenaga profesional. Anggota keluarga dari ibu menyusui diharapkan mendapat informasi dan pembelajaran dalam rangka mendukung dan memiliki kemampuan menyusui secara benar. Diharapkan ibu menyusui berpartisipasi dalam kelompok pendukung ibu dan dapat melakukan observasi serta menjadi contoh berperilaku (*role model*) dalam meningkatkan pengalaman menyusui (Davidson *et al.*, 2012).

Dari wawancara dengan Bagian Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dan Kota Yogyakarta, tanggal 20 Januari dan 9 Februari 2015, diperoleh beberapa masalah sebagai berikut: (1) Belum semua kelurahan

mempunyai motivator/fasilitator/konselor dan KP-ibu; (2) Motivator, konselor dan fasilitator masih perlu bantuan (belum mandiri) termasuk jumlah dan kemampuan keterampilannya (kualitas dan kuantitas); (3) Dana operasional pemerintah masih terbatas sesuai anggaran yang dialokasikan; (4) Dana pelatihan dari pemerintah untuk fasilitator program ASI eksklusif masih kurang dan belum memadai; (5) Budaya ibu dalam pemanfaatan dan pemahaman kolostrum ASI eksklusif masih kurang; (6) Budaya masyarakat dalam pengambilan keputusan pemberian ASI eksklusif masih didominasi oleh suami dan nenek; (7) Perawatan bayi saat ibu bekerja di luar rumah dilaksanakan oleh pengasuh bayi; (8) Belum ada model pemberdayaan untuk nenek dan pengasuh bayi; (9) Dukungan suami masih kurang, disebabkan pengetahuan suami tentang ASI eksklusif masih rendah dan kurangnya penyediaan waktu; (10) Kelompok Ayah/pendukung ASI di masyarakat belum terbentuk; (11) Peran tenaga kesehatan masih kurang, seperti dalam pelaksanaan IMD, *roaming in*, sepuluh langkah menyusui benar, dll; (12) Dukungan dari masyarakat (KP-ibu) sudah ada, namun belum berfungsi secara optimal; (13) Belum semua keluarga dapat mengakses dan mengetahui adanya peraturan pemerintah tentang ASI eksklusif; (14) Masyarakat belum menganggap pentingnya ASI eksklusif; (15) Partisipasi masyarakat dalam mengikuti kegiatan kelompok pendukung ibu masih kurang; (16) Waktu yang terbatas bagi kader/fasilitator/motivator dan pembinaan konselor, fasilitator KP ibu dan kurang aktif dalam mengikuti pertemuan, materi yang diberikan konselor kurang inovatif dan kreatif, pembinaan dan koordinasi bagi konselor ASI masih sedikit; (17) Jumlah pembentukan KP-ibu meningkat yaitu dari 33 menjadi 106 KP-ibu, namun kegiatannya sangat terbatas; (18) Kebijakan pemerintah dan advokasi dari penanggung jawab bidan desa belum secara penuh dilaksanakan di DIY, baru di Kota Yogyakarta. Sedangkan di Sleman baru sebatas rancangan Perda; (19) Pelatihan konselor sudah ada, tetapi belum merata di setiap kelurahan; (20) Banyak anggota KP-ibu yang tidak aktif; (21) Kurangnya pemahaman bagi ibu-ibu menyusui dan materi-materi yang terkait dengan sukses menuju keberhasilan menyusui dan 22) Cakupan

ASI eksklusif sudah terpenuhi (80.6%), namun perhitungannya adalah semua bayi yang mendapatkan ASI saja tanpa memperhatikan lama dan tambahan makanan pada bayi.

Hasil wawancara dengan kelompok ibu menyusui tanggal 20 Januari 2015 di Yogyakarta menyimpulkan bahwa kelompok pendukung ibu sudah tersedia namun tidak semua ibu mengakses layanan tersebut. Ibu menyusui mendapatkan informasi secara mandiri, belum mendapatkan informasi dari fasilitator dan motivator, petugas kesehatan dan KP-ibu.

Pentingnya pemberdayaan ibu menyusui didukung partisipasi ibu, dan partisipasi mempengaruhi pada sikap ibu. Saat ini masih banyak penelitian dalam bentuk pengaruh pengetahuan dengan sikap ibu menyusui, juga penelitian yang terkait dengan evaluasi dari IMD. Namun masih jarang ditemukan penelitian terkait dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Penelitian yang meninjau hubungan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif masih jarang. Advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif juga masih jarang. Termasuk juga penelitian pada pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Penelitian tentang persepsi ibu terkait program ASI eksklusif sudah dilakukan namun belum banyak dihubungkan dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif. Model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif juga masih jarang. Dengan demikian diperlukan kajian tentang kebijakan pemerintah yang memberikan dampak terhadap pemberian ASI eksklusif bagi ibu menyusui.

Pentingnya penelitian ini didukung dengan terbitnya peraturan pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 yang menjabarkan perubahan kebijakan pemerintah tentang pemberian ASI eksklusif dari pemberian tiga bulan, empat bulan dan kemudian enam bulan. Selanjutnya penting untuk diketahui respon masyarakat dalam menyikapi sebagai jaminan bayi mendapat haknya pada makanan terbaik ASI sejak lahir sampai enam bulan untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan bayi (Kemenkes RI, 2011b). Upaya

pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif diperlukan dalam rangka meningkatkan cakupan melalui pemberdayaan.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah ditulis untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai arah penelitian dan permasalahan yang akan dikaji dan disajikan dalam penelitian. Rumusan penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Apa saja indikator-indikator penentu model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif, sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif, kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif, advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif, pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif, persepsi ibu pada program ASI eksklusif dan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif ?
2. Adakah hubungan antar variabel berikut ini.
 - a. Hubungan antara advokasi penanggung jawab pada program ASI eksklusif ke desa dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif?
 - b. Hubungan antara dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif?
 - c. Hubungan antara dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif?
 - d. Hubungan antara kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif?
 - e. Hubungan antara pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif?
 - f. Hubungan antara pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif?
 - g. Hubungan antara kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif?

- h. Hubungan antara persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif?
 - i. Hubungan antara persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif?
 - j. Hubungan antara partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif?
3. Seperti apakah model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Merumuskan indikator-indikator yang menjadi penentu pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif yang dapat menjelaskan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif, kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif, advokasi penanggung jawab pada program ASI eksklusif ke desa, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif, pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif, persepsi ibu pada program ASI eksklusif dan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.
2. Menemukan hubungan variabel-variabel pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif meliputi:
 - a. Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa,
 - b. Advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif,
 - c. Dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif,
 - d. Dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif,

- e. Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif,
 - f. Pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif,
 - g. Pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif,
 - h. Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif,
 - i. Persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif,
 - j. Persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif, dan
 - k. Partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.
3. Menemukan model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian memberikan manfaat teoritis, manfaat praktis dan manfaat metodologi.

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan untuk pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya tentang upaya meningkatkan cakupan program ASI eksklusif melalui pemberdayaan ibu menyusui.

2. Manfaat praktis

a. Manfaat bagi pemerintah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu bahan masukan dan sumbang saran dalam upaya meningkatkan cakupan program ASI eksklusif melalui pemberdayaan ibu menyusui, dengan memanfaatkan kemampuan dan potensi masyarakat.

b. Manfaat bagi perguruan tinggi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kerja sama lintas sektor melalui institusi pendidikan untuk pengembangan Tri Dharma perguruan tinggi melalui praktik klinik komunitas, untuk pembelajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat.

3. Manfaat metodologi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan penelitian selanjutnya, dan memperkuat bukti empirik pada model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.

E. Orisinalitas dan Kebaruan Penelitian

Dalam upaya memperoleh kebaruan penelitian, peneliti melakukan penelusuran hasil penelitian dilakukan oleh peneliti terdahulu. Hasil penelusuran terhadap penelitian yang terdahulu yang dimuat dalam jurnal internasional antara lain sebagai berikut.

1. Penelitian berjudul "*Factor Associated with Exclusive Breastfeeding among Infants Under Six Months of Age in Peninsular Malaysia*" oleh Tan (2011). Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan menyusui eksklusif di Semenanjung Malaysia. Lingkup penelitian ini yaitu pada ibu menyusui eksklusif. Metode penelitian menggunakan disain *cross sectional* dengan sampel penelitian sebanyak 682. Data diperoleh menggunakan wawancara dengan kuesioner. Analisis data menggunakan regresi logistik. Hasil penelitian adalah prevalensi ibu yang memberikan ASI eksklusif antara satu dan enam bulan adalah 43,1%. Faktor-faktor yang berhubungan dengan ASI eksklusif adalah masyarakat pedesaan Melayu, ibu tidak bekerja dan tidak merokok, ibu multipara, bayi cukup bulan, ibu dengan suami yang mendukung menyusui, dan ibu-ibu yang mempraktikkan tidur bersama dengan bayi. Penelitian ini relevan dengan penelitian yang dilaksanakan dengan judul model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.

2. Penelitian berjudul “*Effect of Women’s Groups and Volunteer Peer Conselling on Rates of Mortality, Morbidity, and Health Behaviours in Mothers and Children in Rural Malawi (Maimwana): A Factorial, Cluster-Randomised Controlled Trial*” oleh Lewycka, *et al.* (2013). Tujuan penelitian adalah menilai kelompok-kelompok perempuan dan pendidikan kesehatan oleh konselor yang dapat meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Lingkup pada penelitian ini adalah ibu dan anak. Metode yang digunakan adalah dengan melakukan percobaan *cluster* acak di 185.888 orang di Distrik Mchinji dan secara acak dikelompokkan dalam empat grup. Setiap grup terdapat konselor yang melakukan kunjungan rumah selama kehamilan dan setelah melahirkan untuk mendukung pemberian ASI dan perawatan bayi. Hasil intervensi dihubungkan dengan *Neonatal Mortality Rate* (NMR), *Maternal Mortality Rate* (MMR), Angka Kematian Bayi (AKB) dan *Exsclusive Breastfeeding Factor* (EBF) pada kelompok perempuan dan *Infant Mortality Rate* (IMR) dan EBF untuk kelompok konseling. Hasil pada kelompok perempuan, MMR turun 74% dan NMR sebesar 41% di daerah tanpa konselor sebaya dan tidak ada efek pada daerah dengan konselor, sedangkan AKB menurun 18% dan terjadi peningkatan tingkat EBF. Analisis menunjukkan penurunan 36% kematian balita (anak bawah lima tahun), tetapi tidak ada efek pada EBF di daerah tanpa kelompok perempuan dan tidak ada efek IMR dan peningkatan EBF pada daerah dengan kelompok-kelompok perempuan. Penelitian ini relevan dengan penelitian yang dilaksanakan dengan judul pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif terkait dengan konselor yang melakukan kunjungan rumah selama kehamilan dan melahirkan memberikan dukungan terhadap pemberian ASI eksklusif.
3. Penelitian berjudul “*Does Telephone Lactation Counselling Improve Breastfeeding Practices?: A Randomized Controlled Trial*” oleh Tahir & Al-Sadat (2013). Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui keefektifan konseling laktasi melalui telepon dalam praktik menyusui. Tempat penelitian di bangsal persalinan rumah sakit umum Kuala Lumpur

Malaysia. Metode disain penelitian menggunakan *single blinded, Randomized Controlled Trial* (RCT). Sampel yang diambil adalah sebanyak 357 ibu yang melahirkan melalui persalinan per vaginam spontan. Lingkup intervensi kelompok pada dua kelompok (kelompok intervensi dan kelompok kontrol). Kelompok intervensi adalah kelompok yang menerima konseling laktasi melalui telepon sebanyak dua kali dalam sebulan ditambah menerima pelayanan konvensional selama dukungan menyusui *post natal* sebanyak 179 ibu. Kelompok kontrol, yang menerima pelayanan konvensional selama dukungan menyusui *post natal*, sebanyak 178 ibu. Hasil yang didapatkan menunjukkan bahwa pelayanan konseling laktasi melalui telepon dari profesi perawat efektif menaikkan angka menyusui eksklusif untuk bulan pertama *postpartum* tetapi tidak selama empat bulan *postpartum*. Alasan utama menghentikan menyusui pada periode *postpartum* adalah pasokan susu rendah dan harus kembali bekerja. Relevansi dengan penelitian ini adalah adanya faktor yang memberi dukungan pada ibu menyusui yang berpengaruh efektif menaikkan ibu postnatal dalam memberikan ASI eksklusif juga ada faktor yang mempengaruhi ibu tidak menyusui karena pasokan ASI yang kurang.

4. Penelitian berjudul "*Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Mothers*" oleh Apostolakis *et al.* (2013). Tujuan penelitian adalah untuk mengidentifikasi faktor yang paling mempengaruhi inisiasi menyusui pada ibu remaja. Selain itu, untuk mengidentifikasi populasi berisiko untuk fokus pendidikan dan layanan dukungan. Lingkup pada penelitian ini adalah Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada ibu remaja. Metode disain penelitian yang digunakan adalah kohort. Analisis data menggunakan model regresi logistik multivariat. Sampel yang digunakan adalah ibu yang melahirkan anak di Ohio tahun 2006-2007 sebanyak 30.402 ibu berusia ≤ 19 tahun dan 257.840 ibu yang berusia > 19 tahun. Variabel yang diteliti adalah *including race*, sosial ekonomi, demografi, prenatal, dan *factor delivery*. Hasil yang didapatkan, menunjukkan nilai RR adalah 0.77. Sosial ekonomi adalah faktor yang paling berhubungan

dengan inisiasi menyusui pada ibu *adolescent*. Relevansi dengan penelitian ini adalah IMD merupakan faktor yang dominan terhadap keberhasilan menyusui. Hal ini menunjukkan peran penanggungjawab peran ASI eksklusif termasuk bidan mendukung pada keberhasilan ibu menyusui.

5. Penelitian berjudul “*Comparison of Breastfeeding in Rural Areas of Sweden and Australia A Kohort Study*” oleh Sjostrom *et al.* (2013). Tujuan penelitian adalah membandingkan pengalaman perempuan menyusui di Swedia dan Australia dan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan menyusui dua bulan setelah kelahiran. Lingkup pada penelitian ini adalah ibu menyusui. Metode penelitian menggunakan studi kohort di dua rumah sakit pedesaan di Swedia bagian tengah sebanyak 300 sampel dan utara-timur Victoria di Australia sebesar 91 sampel selama 2007-2009. Pengambilan data menggunakan kuesioner yang dibagikan pada pertengahan kehamilan dan dua bulan setelah lahir. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perempuan di Swedia 88,3% melaporkan menyusui bayi dua bulan setelah lahir dibandingkan dengan wanita di Australia (75,8%). Faktor yang paling penting yang terkait dengan menyusui dua bulan setelah melahirkan untuk wanita Swedia adalah telah menerima cukup informasi tentang menyusui di bangsal *postnatal* (OR: 2.3), sedangkan untuk wanita Australia yang menerima bantuan terbaik saat menyusui untuk pertama kalinya adalah paling penting (OR: 4.3). Relevansi dengan penelitian ini adalah ibu menyusui yang cukup informasi memberikan pengaruh pada dukungan pemberdayaan pada ibu menyusui, hal ini terkait pula dengan sosialisasi kebijakan program ASI eksklusif yang berpengaruh terhadap pemberdayaan.
6. Penelitian berjudul “*Psychosocial Correlates of Exclusive Breastfeeding: A Systematic Review*” oleh De Jager *et al.* (2013). Penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui hubungan antara faktor psikososial dengan keberhasilan perempuan menyusui eksklusif selama enam bulan. Lingkup pada penelitian ini adalah ibu menyusui dengan gangguan psikososial. Metode yang digunakan adalah dengan pencarian *data base* medis,

psikologis dan keperawatan untuk studi yang diterbitkan 2000-2011 dan memeriksa hubungan psikologis dengan pemberian ASI eksklusif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor psikososial berhubungan dengan durasi menyusui, tetapi bisa diubah melalui intervensi dan pengalaman. Kelemahan penelitian adalah sangat terbatas dalam meneliti peran faktor psikososial terhadap ASI eksklusif. Relevansi dengan penelitian ini hubungan faktor yang mendukung keberhasilan menyusui dari faktor internal ibu dan faktor eksternal ibu (psikososial ibu) yang menimbulkan kepercayaan diri yang mendukung terhadap sikap dan pengalaman menyusui.

7. Penelitian berjudul "*Breastfeeding Laws and Breastfeeding Practices by Race and Ethnicity*" oleh Gagen *et al.* (2014). Tujuan penelitian adalah untuk memeriksa praktik pemberian ASI berdasarkan ras dan etnis di daerah-daerah dengan dan tanpa delapan spesifik hukum menyusui. Lingkup pada penelitian ini adalah peraturan praktik menyusui. Metode penelitian yang digunakan menilai delapan hukum menyusui sebelum dan setelah undang-undang disahkan terkait dengan perkiraan berdasarkan populasi inisiasi menyusui dan durasi untuk anak-anak antara kelahiran dan usia satu tahun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa bayi Meksiko-Amerika 30% lebih mungkin menyusui selama minimal enam bulan di daerah dengan hukum yang melindungi waktu menyusui saat bekerja dan 20% lebih mungkin untuk menyusui selama enam bulan di daerah dengan ketentuan penegakan hukum yang memperbolehkan memompa ASI saat bekerja. Lima undang-undang mendukung menyusui secara signifikan relatif bermanfaat bagi perempuan Afrika-Amerika. Relevansi dengan penelitian ini adalah adanya dukungan kebijakan dengan aturan hukum menyusui pada praktik menyusui dan faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan menyusui. Adanya hukum menyusui enam bulan. Hal ini menguatkan aturan yang mendukung kebijakan bagi ibu yang bekerja.
8. Penelitian berjudul "*Factors Associated with Exclusive Breastfeeding Practices among Mothers in Goba District, South East Ethiopia: A Cross-*

Sectional Study” oleh Setegn *et al.* (2012). Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi faktor-faktor memprediksi ASI eksklusif pada ibu di kabupaten Bale Goba, South East Ethiopia. Lingkup pada penelitian ini adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik menyusui. Model penelitian menggunakan disain *cross-sectional* berbasis masyarakat, dilakukan di bulan Februari-Maret 2010 yang melibatkan data kuantitatif dan kualitatif. Sampel yang diambil secara acak sebanyak 608 ibu. Hasil penelitian menunjukkan ibu yang menganggur (OR:10.4) dan usia bayi kurang dari dua bulan (OR: 5.6) terkait dengan pemberian ASI eksklusif. Relevansi dengan penelitian ini adalah ibu tidak bekerja kemungkinan dapat berhasil menyusui, hal ini relevan dengan adanya dukungan yang mempengaruhi partisipasi ibu.

9. Penelitian berjudul “*Factors Influencing the Practice of Exclusive Breastfeeding among Hong Kong Chinese Women: A Questionnaire Survey*” oleh Ku & Chow, 2010. Tujuan penelitian untuk mengeksplorasi hubungan antara pengetahuan tentang menyusui, *self-efficacy* dan faktor demografi pada pola menyusui wanita primipara Cina Hongkong. Lingkup pada penelitian ini adalah faktor demografi pada ibu menyusui anak pertama. Metode disain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Sampel yang digunakan sebesar 82 subjek yang memiliki persalinan normal di rumah sakit daerah Hongkong. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial keluarga dan *self-efficacy* menyusui berhubungan dengan keberlanjutan menyusui eksklusif pada perempuan primipara. Relevansi dengan penelitian ini adalah tingkat pengetahuan menyusui, kepercayaan ibu menyusui pertama menjadi faktor keberhasilan menyusui berhubungan dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.
10. Penelitian berjudul “*Predictors of Non-Exclusive Breasfeeding at 6 Months among Rural Mothers in East Ethiopia: A Community-Based Analytical Cross-Sectional Study*” oleh Egata *et al.* (2013). Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi prediktor ASI non-eksklusif di daerah pedesaan Ethiopia Timur. Lingkup pada penelitian ini adalah bayi yang

mendapatkan ASI eksklusif. Metode penelitian yang digunakan adalah *cross-sectional* yang dilakukan pada ibu/pengasuh anak dari Juli-Agustus 2011. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prediktor ASI non-eksklusif adalah ibu yang tidak menikah pada saat hamil, ibu yang tidak memiliki akses ke fasilitas kesehatan dan pengetahuan ibu yang rendah tentang bayi dan pemberian makan. Relevansi dengan penelitian ini faktor ketidakberhasilan menyusui adalah ibu tidak menikah pada saat hamil karena tidak ada pengetahuan dan akses ke fasilitas kesehatan, hal ini berhubungan dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.

11. Penelitian berjudul “*A Mixed Methods Evaluation of Peer Support in Bristol, UK: Mothers, Midwives, and Peer Supporters, Views, and The Effects on Breastfeeding*” oleh Ingram (2013). Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui keefektifan adanya layanan dukungan sebaya dengan meningkatkan angka menyusui. Lingkup pada penelitian ini adalah kelompok dukungan untuk ibu terhadap keberhasilan menyusui. Metode penelitian yang dilakukan adalah dengan memberikan intervensi berupa layanan dukungan dan melakukan survei *online* menggunakan wawancara dan skala *self efficacy* meliputi pemberian makan bayi, dukungan menyusui dan percaya diri dalam menyusui. Setiap kelompok dicari persepsi ibu dan pendukung sebaya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa layanan dukungan sebaya bermanfaat pada psikososial untuk ibu, profesional kesehatan dan pendukung sebaya. Layanan dukungan meningkatkan kepercayaan diri ibu untuk menyusui. Relevansi dengan penelitian ini adalah memberikan dukungan layanan sebaya (KP-ibu) untuk meningkatkan keberhasilan menyusui dalam pemberdayaan ibu menyusui. Persepsi ibu pada KP-ibu mempengaruhi sikap ibu menyusui.
12. Penelitian berjudul “*Empowerment of Women and Its association with the Health of Community*” oleh Varkey *et al.* (2010). Penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pemberdayaan perempuan di 75 negara. Lingkup masalah adalah kesehatan dan kesejahteraan

masyarakat. Metode jenis penelitian adalah observasional dengan rancangan *cross sectional*. Analisis dengan teknik *chi kuadrat*. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa pemberdayaan wanita sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Relevansi dengan penelitian ini adalah pada pemberdayaan kesejahteraan masyarakat berpengaruh pada kesehatan masyarakat.

13. Penelitian berjudul “*Children Height, Health and Appetite Influence Mother Warning Decision in Rurals Senegal*” oleh Simondon *et al.* (2010). Tujuan penelitian untuk mengetahui alasan ibu-ibu menyapih anak secara dini dan pengaruhnya terhadap tinggi badan dan kesehatan anak yang tinggal di pedesaan Senegal. Lingkup masalah adalah masalah gizi kurang pada balita. Metode yaitu jenis penelitian survei dengan rancangan *cross sectional*. Populasi adalah ibu-ibu yang mempunyai balita. Analisis dilakukan dengan uji beda rata-rata, analisis uji *chi kuadrat*. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa alasan ibu-ibu menyapih dini dikarenakan kesibukan. Penyapihan dini berpengaruh terhadap kesehatan anak. Relevansi dengan penelitian ini adalah penyapihan dini mempengaruhi tinggi badan, kesehatan anak, gizi kurang pada balita dan mendukung faktor dan indikator keberhasilan menyusui yang menimbulkan persepsi dan partisipasi.
14. Penelitian berjudul “*Breastfeeding Empowerment Program on Knowledge Skill and Self Confidence among Primigravida*” oleh Gayatripriya (2014). Tujuan penelitian untuk mengetahui dan mengkaji faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan, sikap dan kepercayaan diri pada ibu menyusui yang pertama kali. Lingkup masalah adalah kesehatan pada ibu melahirkan anak pertama. Metode jenis penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional* hasil penelitian menyimpulkan bahwa pengetahuan, keterampilan dan kepercayaan diri mempengaruhi ibu menyusui eksklusif. Relevansi dengan penelitian ini adalah ada beberapa faktor antara lain pengetahuan, sikap, dan kepercayaan untuk ibu yang

pertama menyusui mempengaruhi sikap ibu dalam keberhasilan menyusui dan juga persepsi yang ditimbulkan dari ibu menyusui.

15. Penelitian berjudul “Model Pemberdayaan Pola Asuh Secara Simultan untuk Menanggulangi Masalah Gizi Buruk pada Balita di Kabupaten Bantul” oleh Waryana (2013). Tujuan penelitian untuk menyusun model pemberdayaan pola asuh untuk menanggulangi masalah gizi buruk pada balita di Kabupaten Bantul. Lingkup masalah adalah gizi buruk pada balita. Jenis penelitian fenomenologi dengan informan orang tua balita, kader posyandu, tokoh masyarakat dan fasilitator puskesmas. Metode teknik pengambilan *purposive sampling*. Hasil dengan adanya model pemberdayaan upaya-upaya yang dilaksanakan lebih optimal, pendampingan kader dalam keluarga balita kasus gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Imogiri II lebih intensif dibandingkan dengan Puskesmas Sanden. Relevansi dengan penelitian ini adalah model pemberdayaan untuk penanggulangan gizi buruk pada balita dengan pendampingan kader dalam keluarga balita. Hal ini mendukung pada model pemberdayaan pada KP-ibu.
16. Penelitian berjudul “Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Studi pada Program Desa Siaga Kabupaten Karanganyar Jawa Tengah” oleh Sulaeman (2012b). Tujuan mengkaji dan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan pemecahan masalah kesehatan. Lingkup pada penelitian ini adalah kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan. Metode penelitian gabungan antara penelitian kuantitatif dan penelitian kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan meliputi tingkat pendidikan, pengetahuan, kesadaran, kepedulian, kebiasaan, akses informasi, peran petugas kesehatan, peran fasilitator, kepemimpinan, modal sosial dan survei mawas diri. Relevansi dengan penelitian ini adalah faktor yang berhubungan dengan kemampuan memecahkan masalah di

masyarakat untuk mendukung pemberdayaan berpengaruh pada upaya identifikasi masalah kesehatan.

Berikut ini adalah rangkuman dari beberapa hasil penelitian yang dapat mendukung penelitian pada model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.

Tabel 1.1. Rangkuman kebaharuan penelitian

Tujuan penelitian	Lingkup dan metode	Hasil penelitian
Merumuskan model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif	Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif, adanya advokasi, dukungan tokoh masyarakat, pemberdayaan ibu menyusui, persepsi dan partisipasi, yang berhubungan dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif di Kabupaten Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta. Pendekatan kuantitatif.	Penemuan model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif melalui kebijakan pemerintah tentang ASI eksklusif, advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat, pemberdayaan ibu menyusui, persepsi ibu, partisipasi ibu, dan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Didukung teori Rogers (1999), Green (1991), Fishbein (1975) tentang sikap, Ajzein (1988) yaitu <i>theory planed behavior</i> , teori pemberdayaan Kemenkes (2012), Mardikanto (2010), WHO (1998) <i>health promotion glossary</i> , ASI eksklusif (Roesli, 2008), dukungan sosial (Sarafino, 1998), teori persepsi (Antoni, 1992), partisipasi dan PHBS Kemenkes (2011), teori pembangunan perubahan dari bawah (Ife, 2008), Korten (1993) tentang teori pembangunan berpusat pada rakyat. Didukung penelitian Ingram (2013) dukungan teman sebaya dapat meningkatkan kepercayaan diri ibu untuk menyusui. Perbedaan dengan penelitian Ingram, penelitian ini merumuskan model yang didukung dari kebijakan, advokasi, dukungan, pemberdayaan, persepsi, partisipasi, dan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.

Saat ini, belum semua desa/kelurahan memiliki KP-ibu, fasilitator dan motivator ASI pada teman sebaya ibu menyusui, dan kelompok pendukung ibu, sosialisasi sepuluh LMKM dan ruang menyusui yang belum semua menyediakan fasilitas untuk menyusui dan memerah ASI.

Berdasarkan hasil penelusuran penelitian sejenis terhadap penelitian terdahulu, perbedaan penelitian ini adalah terletak pada sasaran pemberdayaan, yaitu pada sikap ibu menyusui, perumusan model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Orisinalitas dan kebaruan dari penelitian ini meliputi: tujuan, lingkup, sasaran dan metode serta hasil penelitian. Tujuan penelitian adalah mengetahui indikator yang menjadi penentu pemberdayaan ibu menyusui, mengetahui hubungan variabel kebijakan pemerintah, advokasi penanggung jawab, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat, pemberdayaan ibu menyusui, persepsi ibu, partisipasi ibu dan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Selanjutnya, kemudian merumuskan model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Lingkup penelitian meliputi variabel yang berhubungan dengan kebijakan pemerintah, advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, dukungan sumber daya, pemberdayaan ibu menyusui, persepsi ibu, partisipasi ibu dan sikap ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif. Metode penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

Berdasarkan rumusan masalah penelitian dapat diidentifikasi variabel-variabel penelitian yang menjadi fokus penelitian yaitu, faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberdayaan ibu menyusui dan program ASI eksklusif. Selanjutnya merumuskan model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif meliputi: variabel kebijakan, advokasi penanggungjawab, dukungan sumber daya, pemberdayaan ibu menyusui, persepsi, partisipasi dan sikap ibu. Dengan demikian diperlukan kajian pustaka yang menjelaskan variabel-variabel tersebut di atas. Ditunjang oleh teori pembangunan, teori promosi kesehatan, teori perubahan perilaku serta teori pemberdayaan ibu menyusui bidang kesehatan, teori ASI eksklusif kebijakan, advokasi, dukungan, persepsi, partisipasi dan sikap sebagai landasan menyusun landasan berfikir dan hipotesis.

1. Kajian teori pembangunan

Pembangunan merupakan suatu usaha atau proses perubahan, demi tercapainya tingkat kesejahteraan atau mutu hidup suatu masyarakat (individu-individu di dalamnya) yang berkehendak dan melaksanakan pembangunan. Masalah hak asasi manusia menjadi kajian dalam pembangunan yang mengkaji pada falsafah dan etika pembangunan yang menciptakan pada pemeliharaan keberagaman budaya dan lingkungan serta menjunjung tinggi martabat kebebasan bagi manusia dan masyarakat (Goulet, 1977).

Ditegaskan pula oleh Korten (1993) dalam teori pembangunan yang berpusat pada rakyat (*people centered development*) bahwa potensi baru yang penting dalam memantapkan pertumbuhan dan kesejahteraan manusia, keadilan, dan kelestarian pembangunan khususnya di negara berkembang yaitu pembangunan harus berorientasi pada peningkatan kualitas hidup manusia, bukan pada pertumbuhan ekonomi melalui pasar

maupun memperkuat negara, dan teori ini disebut sebagai *alternative development theory*.

Pembangunan berpusat pada rakyat (manusia) prakarsa dan proses pengambilan keputusan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat tahap demi tahap yang mestinya diletakkan pada masyarakat sendiri selanjutnya fokus utamanya yaitu dengan meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengelola dan memobilisasikan sumber-sumber yang terdapat di komunitas untuk memenuhi kebutuhan mereka. Pelaksanaan pembangunan pada pendekatannya ditekankan pada proses *sosial learning* di dalamnya terdapat interaksi *kolaboratif* antara birokrasi dan komunitas. Juga diperlukan adanya proses pembentukan jejaring antara birokrasi dan lembaga swadaya masyarakat dalam meningkatkan kemampuan, mengidentifikasi dan mengelola berbagai sumber. Pembangunan juga merupakan usaha terencana untuk meningkatkan kemampuan dan potensi manusia serta mengerahkan minat untuk ikut serta dalam proses pembuatan keputusan. Dimensi partisipasi masyarakat menjadi sangat penting dan inti pembangunan berpusat pada rakyat adalah pemberdayaan yang mengarah pada kemandirian masyarakat (Tjokrowinoto, 2004).

Friedman (1992) menyatakan bahwa pemberdayaan rumah tangga beserta anggotanya dalam tiga segi yaitu sosial, politik dan psikologi. Dua elemen penting yang ditekankan pada teori ini adalah partisipasi dan pemberdayaan diantara capaian dalam pelaksanaannya adalah rendahnya kemiskinan dan keberlanjutan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan masa depan. Tujuan pokok pembangunan juga memperluas pilihan-pilihan manusia antara lain pembentukan kemampuan manusia (cerminan kesehatan pengetahuan) dan keahlian yang meningkat.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pembangunan manusia antara lain meliputi: kesehatan (ukuran *longevity*), pendidikan sebagai (ukuran *knowledge*) dan tingkat pendapatan riil (ukuran *living standart*). Gagasan pembangunan yang berkelanjutan sangat erat kaitannya dengan kesejahteraan yang semakin terus meningkat dari generasi ke generasi,

dalam konsep ini adalah penyiapan generasi sebagai sumber daya manusia. Dapat disimpulkan bahwa pembangunan kesehatan merupakan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia, untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehari-hari bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Kemenkes RI, 2011).

Selanjutnya Durkheim (1968) menyatakan bahwa pembangunan terjadi sebagai akibat adanya perubahan struktur sosial dalam bentuk pembagian pekerjaan, sedangkan Redfield (1947) (*cit.* Mardikanto, 2010) menyatakan bahwa pembangunan terjadi karena adanya perubahan masyarakat tradisional kearah masyarakat perkotaan. Kemudian secara empirik masyarakat dahulu malu memberikan ASI dan bila memberikan ASI dianggap masyarakat tradisional. Sekarang menjadi berubah bahwa masyarakat sudah merasa pentingnya ASI eksklusif, sehingga saat ini merasa malu bila tidak memberikan ASI eksklusif (Dinas Kesehatan Provinsi DIY, 2014).

2. Teori promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan

WHO (1998) menyatakan pada *health promotion glossary* strategi promosi kesehatan yang mengacu pada *Ottawa Charter for Health Promotion* dari hasil konferensi internasional kesehatan untuk semua, menegaskan bahwa pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan merupakan inti dari promosi kesehatan. Disimpulkan bahwa promosi kesehatan, meliputi tiga strategi pokok yang harus dilaksanakan, yaitu: advokasi, bina suasana dan pemberdayaan. Ketiga strategi tersebut dilaksanakan dalam bentuk aksi-aksi yang meliputi pengembangan kebijakan yang berwawasan kesehatan, menciptakan lingkungan yang mendukung, dan memperkuat gerakan masyarakat, yaitu memberikan dukungan terhadap kegiatan masyarakat agar lebih berdaya dalam mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan dan mengembangkan kemampuan individu (*personal skill*), yaitu

mengupayakan setiap individu masyarakat agar tahu, mau dan mampu membuat keputusan yang efektif dalam upaya memelihara, meningkatkan, serta mewujudkan kesehatannya melalui pemberian informasi serta pendidikan dan pelatihan yang memadai. Menurut Kemenkes RI (2013c) dapat disimpulkan bahwa pola pikir serta sistem pelayanan kesehatan masyarakat lebih memprioritaskan pada upaya-upaya promotif dan preventif.

Teori merupakan seperangkat konstruk/konsep, definisi, dan proposisi yang menyajikan suatu pandangan sistematis tentang fenomena dengan merinci hubungan-hubungan antar variabel dengan tujuan menjelaskan dan memprediksi fenomena (Kerlinger, 1986). Pengertian lain teori adalah himpunan konsep, konstruk, definisi yang satu sama lain memiliki hubungan kausalitas. Menurut Varney (1997) dapat disimpulkan hubungan antar variabel mampu menjelaskan ataupun memprediksi suatu fenomena.

Upaya memperbaiki, memajukan, mendorong, dan menempatkan kesehatan lebih tinggi pada kebutuhan perorangan atau masyarakat pada umumnya. Selanjutnya aspek promosi kesehatan bertujuan untuk melakukan pemberdayaan, sehingga orang mempunyai kepedulian terhadap pola perilaku maupun pola hidup mereka yang mempengaruhi kesehatan. Sejalan dengan itu promosi kesehatan merupakan proses sosial dan politik yang komprehensif yang tidak hanya mencakup tindakan diarahkan untuk memperkuat keterampilan dan kemampuan individu, tetapi juga tindakan diarahkan sebagai perubahan kondisi sosial, lingkungan dan ekonomi sehingga dapat meringankan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat dan individu (WHO,1986).

Selanjutnya pemberdayaan masyarakat yaitu suatu upaya untuk menumbuhkan dan meningkatkan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan individu keluarga dan masyarakat untuk mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan, menciptakan lingkungan sehat serta berperan

aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya kesehatan (Kemenkes RI, 2011a).

3. Pembangunan berbasis pemberdayaan masyarakat

Pembangunan meliputi upaya-upaya untuk mencapai peningkatan kesejahteraan hidup bagi setiap individu maupun masyarakat luas. Pembangunan merupakan segala upaya yang terus menerus ditujukan untuk memperbaiki kehidupan masyarakat dan bangsa. Pembangunan dapat dilaksanakan melalui fisik maupun non fisik, proses maupun tujuan, yang duniawi maupun rohaniah (Kartasasmita, 1995).

Peningkatan kesehatan masyarakat menjadi pendukung keberhasilan pembangunan pula melalui peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilakukan dengan menekankan kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk (Kemenkes RI, 2012a).

Hal lain dijelaskan bahwa pembangunan berpusat pada rakyat menekankan pada dua elemen penting, yaitu persepsi dan partisipasi. Dari persepsi menuju partisipasi diarahkan kepada kemandirian masyarakat untuk memantapkan pertumbuhan kesejahteraan, keadilan dan kelestarian pembangunan. Pembangunan harus berorientasi pada kualitas hidup manusia, bukan pada pertumbuhan ekonomi melalui pasar maupun memperkuat negara. Selain itu, menekankan pada inisiatif, kreasi rakyat sebagai sumber daya pembangunan yang paling utama dan memandang kesejahteraan material dan spiritual sebagai tujuan yang ingin dicapai oleh proses pembangunan (Korten, 1993).

Didukung pula bahwa pengembangan masyarakat dalam pemberdayaan masyarakat untuk saling bekerja, mengembangkan struktur, yang berarti orang-orang menjadi lebih tergantung satu sama lain untuk mencapai segala sesuatu, dan mencari cara yang memberi pengaruh kepada setiap orang dan dihargai oleh orang lain. Proses kelompok, membangun kepercayaan, dan mengembangkan perasaan bersama untuk

mencapai tujuan sangat penting dalam pengembangan masyarakat (Tesoriero, 2008).

Sumber daya manusia menempati kedudukan dan peran yang sangat penting dalam pembangunan. Tidak saja sebagai pengelola dan pelaku pembangunan, tetapi pembangunan itu sendiri harus mampu memberikan manfaat dan perbaikan kehidupan kesejahteraan manusia. Oleh karenanya, keberhasilan pembangunan yang terpenting adalah perbaikan mutu hidup yang diukur dengan indeks pembangunan manusia (UNDP, 2004).

Piagam Ottawa sebagai aplikasi kebijakan WHO “Kesehatan untuk Semua” menegaskan bahwa pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan merupakan inti dari promosi kesehatan. Definisi tersebut mengandung arti sebagai proses dan juga sebagai suatu tujuan dengan basis filosofi mengenai pemberdayaan diri sendiri. Metode meningkatkan derajat kesehatan masyarakat adalah melalui pemberdayaan baik individu, kelompok-organisasi maupun masyarakat, sehingga warga masyarakat mempunyai kendali yang lebih besar atas aspek-aspek kehidupan masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan (WHO, 1986).

Upaya melindungi, mendukung dan mempromosikan pemberian ASI eksklusif perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan dukungan dari pemerintah daerah, fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan, masyarakat serta keluarga agar ibu dapat memberikan ASI eksklusif pada bayi. Masyarakat harus mendukung pelaksanaan program ASI eksklusif, baik secara perorangan, kelompok maupun organisasi (Kemenkes RI, 2012c).

a. Tujuan pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan dilakukan agar aparat lebih mampu, responsif dan akomodatif, sedangkan pemberdayaan rakyat bertujuan rakyat lebih mampu, proaktif dan inspiratif. Cara mencapai tujuan pembangunan kesehatan antara lain dilakukan dengan upaya peningkatan perbaikan gizi diutamakan pada kelompok bayi, anak-anak dan ibu. Pengembangan cara-cara pembiayaan kesehatan atas dasar upaya

bersama, kekeluargaan dan kegotong royongan serta pembinaan masyarakat termasuk swasta dalam upaya kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2012c).

b. Prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat

Prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat adalah (1) mencakup minat dan kebutuhan, pemberdayaan masyarakat akan efektif jika selalu mengacu kepada minat dan kebutuhan masyarakat, (2) organisasi masyarakat bawah, artinya pemberdayaan masyarakat akan efektif jika mampu mengikutsertakan/menyentuh organisasi masyarakat bawah sejak dari keluarga/kekerabatan, (3) pemberdayaan masyarakat harus memperhatikan adanya keragaman budaya, (4) perubahan budaya, setiap kegiatan pemberdayaan masyarakat akan mengakibatkan perubahan budaya, (5) kerja sama dan partisipasi, pemberdayaan masyarakat hanya akan efektif jika mampu menggerakkan partisipasi masyarakat untuk selalu bekerjasama dalam melaksanakan program-program pemberdayaan yang akan dirancang, (6) demokrasi dalam penerapan ilmu, artinya dalam memberdayakan masyarakat harus selalu memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk menawarkan setiap alternatif yang ingin diterapkan, (7) belajar sambil bekerja. Artinya, dalam pemberdayaan masyarakat harus diupayakan agar masyarakat dapat belajar sambil bekerja, (8) penggunaan metode yang sesuai, artinya pemberdayaan masyarakat harus dilakukan penggunaan metode yang selalu disesuaikan dengan lingkungan fisik, kemampuan ekonomi dan nilai sosial budaya pada masyarakat sasaran, (9) kepemimpinan, artinya fasilitator pemberdayaan masyarakat tidak melakukan yang hanya bertujuan untuk kepentingan sendiri atau program, (10) spesialis yang terlatih, artinya fasilitator pemberdayaan masyarakat harus benar-benar pribadi yang telah memperoleh latihan, (11) seluruh anggota keluarga, fasilitator pemberdayaan masyarakat harus memperhatikan keluarga sebagai satu kesatuan dari unit sosial. Dalam hal ini terkandung pengertian dapat mempengaruhi segenap keluarga. Setiap

anggota keluarga memiliki peran dalam mengambil keputusan, mampu mengembangkan pemahaman bersama dan (12) kepuasan, artinya harus mampu mewujudkan tercapainya kepuasan. Adanya kepuasan individu dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat, akan sangat menentukan keikutsertaan sasaran pada program-program pemberdayaan masyarakat selanjutnya (Mardikanto, 2009).

Aspek-aspek pemberdayaan masyarakat menurut Kementerian Kesehatan RI (2012c) menetapkan aspek-aspek pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan meliputi dua belas aspek sebagai berikut: 1) upaya (*effort*) 2) optimalisasi, 3) potensi masyarakat, 4) menggali potensi masyarakat, 5) kemitraan (*partnership*), 6) peningkatan, 7) pertumbuhan (*growth*), 8) pembangunan (*development*) 9) regulasi, 10) kemandirian, 11) keberlanjutan (*sustainability*), dan 12) pengembangan sumber daya manusia sukarela (*kader*).

c. Metode pemberdayaan masyarakat

Metode pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui metode pendekatan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Hasil antara lain peningkatan kemampuan kepemimpinan masyarakat, kemampuan pengorganisasian masyarakat, dan kemampuan pengelolaan pendanaan masyarakat untuk upaya kesehatan. Selanjutnya, dapat meningkatnya kemampuan hidup sehat masyarakat, sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatan.

Metode pendekatan PKMD dapat diukur melalui indikator (1) meningkatnya kemampuan kepemimpinan masyarakat di bidang kesehatan antara lain jumlah kader kesehatan yang aktif dan jumlah tokoh masyarakat yang mampu melaksanakan gerakan kesehatan di masyarakat, (2) meningkatnya kemampuan pengorganisasian berbagai upaya kesehatan untuk membentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) misal poskesdes, posyandu, dasa wisma, (3) meningkatnya kemampuan pendanaan masyarakat untuk kesehatan dapat diukur dengan meningkatnya kelompok dana sehat berpola

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), dan (4) meningkatnya penerimaan masyarakat terhadap program kesehatan yang dapat diukur dengan meningkatnya cakupan program kesehatan ASI eksklusif, menurunnya gizi buruk balita (Sulaeman, 2012a).

Metode pemberdayaan masyarakat menurut Sulaeman (2012a) terdiri atas metode *Rapid Rural Appraisal* (RRA), Metode *Participatory Rural Appraisal* (PRA), metode *Planning Learning and Action* (PLA), metode *Participatory Assesment and Planning* (PAP), dan *Communication for Behavior Impact* (COMBI). Metode *Rapid Rural Appraisal* (RRA) adalah metode pengenalan pedesaan dalam waktu singkat untuk mengumpulkan dan menganalisis informasi dalam waktu singkat. RRA merupakan teknik penilaian yang relatif terbuka, cepat, dan lebih bersih dibandingkan dengan teknik yang hanya sekedar kunjungan singkat dari seorang ahli. RRA menggabungkan beberapa teknik, yaitu *review*, observasi, wawancara, pemetaan dan pembuatan grafik atau diagram, studi kasus, kecenderungan, pembuatan kuesioner sederhana dan singkat.

Metode *Participatory Rural Appraisal* (PRA) adalah metode sebagai penyempurnaan dari RRA yaitu suatu metode pengkajian pemberdayaan masyarakat desa. PRA mempunyai lima kegiatan pokok antara lain: penjajakan atau pengenalan kebutuhan, perencanaan kegiatan, pelaksanaan atau pengorganisasian kegiatan, pemantauan kegiatan, evaluasi kegiatan. PRA dalam pelaksanaannya mengandung 11 prinsip (a) mengutamakan yang terabaikan, (b) prinsip pemberdayaan (penguatan masyarakat), (c) prinsip masyarakat sebagai pelaku, (d) saling belajar dan menghargai perbedaan, (e) santai dan informal, (f) triangulasi, (g) mengoptimalkan hasil, diambil keputusan yang tepat perlu dilakukan sosialisasi serta gerakan motivasi dan penyadaran agar sebanyak mungkin masyarakat dan berperan serta, (h) orientasi praktis, (i) keberlanjutan dan selang waktu, dan (j) belajar dari kesalahan.

Metode *Planning Learning and Action* (PLA) adalah metode/pendekatan yang membantu perubahan berintikan pada perbaikan, melihat ada banyak kesempatan, dan dukungan dari sekitar. Metode *Participatory Assesment and Planning* (PAP) adalah metode yang sejalan metode PRA. Metode ini memiliki empat langkah, yaitu (a) menemukan masalah, (b) menemukan dan kenali potensi, (c) menganalisis masalah dan potensi dan (d) memilih solusi pemecahan masalah.

Communication for Behavior Impact (COMBI) merupakan mobilisasi yang diarahkan pada penggerakan tugas semua masyarakat dan perorangan yang mempengaruhi tindakan tepat secara perorangan dan keluarga. COMBI merupakan proses dengan strategi campuran berbagai intervensi komunikasi yang dimaksudkan untuk mengikutsertakan perorangan dan keluarga dalam mempertimbangkan perilaku sehat yang direkomendasikan untuk mendorong penerimaan dan pemeliharaan perilaku. COMBI memerlukan informasi, edukasi, persuasi, keikutsertaan masyarakat, komitmen pemerintah dan kepekaan konsumen yang memfokuskan pada pengambilan keputusan dan perilaku konsumen yang ditetapkan pada perilaku sehat. COMBI dimulai pada masyarakat (klien, penerima manfaat, konsumen dan anggota keluarga) dan kebutuhan-kebutuhan kesehatan (keinginan atau hasrat) termasuk ketepatan fokus pada hasil perilaku. Terdapat lima aksi komunikasi terintegrasi pada COMBI, yaitu (1) hubungan masyarakat untuk menguraikan fakta-fakta perilaku sehat (pemberian ASI eksklusif), (2) mobilisasi masyarakat termasuk partisipasi, pertemuan kelompok masyarakat, pertemuan kemitraan, (3) pemasangan iklan yang tepat dan berkelanjutan, (4) komunikasi interpersonal/konseling pada tingkat masyarakat dalam rumah dan khususnya pada tempat pelayanan, dan (5) promosi tempat layanan dengan menekankan pada tempat yang mudah dicapai.

d. Proses pemberdayaan masyarakat

Proses pemberdayaan masyarakat mengandung dua kecenderungan. Pertama, proses pemberdayaan masyarakat menekankan pada proses memberikan atau mengalihkan sebagian kekuasaan, kekuatan atau kemampuan kepada masyarakat agar individu yang bersangkutan menjadi lebih berdaya (*survival of the fittes*). Kedua, menekankan pada proses menstimulasi, mendorong atau memotivasi agar individu mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan yang menjadi pilihan hidupnya melalui proses dialog (Sulaeman, 2012a).

Terdapat tiga syarat dalam proses pemberdayaan masyarakat, yaitu 1) kesadaran, kejelasan dan pengetahuan tentang yang dilakukan, 2) pemahaman yang baik tentang keinginan berbagai pihak (termasuk masyarakat) tentang hal-hal, tempat dan kesiapan yang akan diberdayakan serta, 3) adanya kemauan dan keterampilan target sasaran/klien untuk menempuh proses pemberdayaan (Mardikanto, 2013). Disimpulkan bahwa proses pemberdayaan masyarakat pada dasarnya merupakan proses pengambilan keputusan penerimaan inovasi, yang secara bertahap sampai pada suatu keputusan untuk menerima dan menolak inovasi. Lima tahapan adopsi inovasi sebagai model keputusan adalah: (1) tahap pengetahuan, (2) tahap persuasi, (3) tahap keputusan, (4) tahap implementasi, dan (5) tahap penegasan (Rogers, 1999).

Proses pemberdayaan masyarakat meliputi tiga tahapan, yaitu 1) penyadaran, yaitu pada tahap ini klien/penerima manfaat yang hendak diberdayakan (diberi pencerahan) dengan menggali, merangsang bukan menceramahi tetapi pemberian penyadaran bahwa mereka mempunyai hak untuk mempunyai (sesuatu). Penyadaran merupakan proses pemahaman situasi yang sedang terjadi sehubungan dengan keadaan politik, ekonomi dan sosial. Seseorang menganalisis sendiri masalah yang dihadapinya, mengidentifikasi sebab-akibatnya, menetapkan skala

prioritasnya dan memperoleh pengetahuan baru darinya, 2) pengkapasitasan, yaitu pemberian daya atau kuasa yang bersangkutan harus mampu terlebih dahulu, dan 3) pemberi daya (*empowerment*), yaitu pada tahap ini klien/penerima manfaat dan masyarakat diberi daya, kekuasaan, otoritas atau peluang. Pemberian ini sesuai dengan kualitas kecakapan yang telah dimiliki. Pemberian daya pada hakikatnya ditujukan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat, dan untuk tercapainya kemandirian masyarakat diperlukan pemberian kekuatan (*power*) kepada masyarakat (Tesoriero, 2008).

e. Model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan

Model menurut Murti (2011), adalah penyederhanaan dari sesuatu yang mewakili sejumlah obyek atau aktivitas yang disebut entitas (keseluruhan). Model sebagai gambaran yang mendekati kenyataan dari konsep. Definisi lain, model adalah metafora atau perumpamaan yang menggambarkan yang menghubungkan variabel-variabel yang kompleks dengan lebih sederhana agar mudah dipahami.

Fleming *et al.* (2007) mengkategorikan tiga model pemberdayaan masyarakat, yaitu: model pengembangan lokal, model perencanaan sosial, dan model aksi sosial. Model pengembangan lokal berasumsi bahwa perubahan sosial dapat dilakukan melalui partisipasi masyarakat lokal dengan pengembangan potensi dan sumber-sumber daya lokal. Model ini berupaya menumbuhkan motivasi, perencanaan, dan tindakan tepat melalui partisipasi warga setempat dalam mencapai tujuan pemberdayaan. Model ini sebagai upaya pemecahan masalah dan pengembangan partisipasi pada tingkat bawah serta solusi untuk menghindari distorsi kepentingan dan identitas lokal.

Model pengembangan lokal selaras dengan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dengan alasan (a) pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui partisipasi aktif masyarakat lokal dengan mengembangkan potensi dan sumber-sumber daya lokal, (b) berupaya menumbuhkan motivasi, perencanaan, dan tindakan tepat dalam

pencapaian tujuan pemberdayaan, (c) sebagai model pemecahan masalah dan solusi untuk menghindari distorsi kepentingan, serta (d) membangun identitas lokal dan kebanggaan sebagai warga masyarakat.

Rehn *et al.* (2006) memformulasikan model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan meliputi: partisipasi, kepemimpinan, keterampilan, sumber daya, nilai-nilai, sejarah, jaringan dan pengetahuan masyarakat. Mardikanto (2010) memaparkan model penanggulangan penyakit berbasis keluarga sebagai upaya pemeliharaan kesehatan yang dilakukan secara swadaya dan memadai oleh keluarga. Implementasi model ini adalah bagaimana melakukan kegiatan pemberdayaan melalui pertumbuhan kesadaran, peningkatan pengetahuan, dan keterampilan untuk menciptakan dan memelihara kesehatan yang dilakukan secara swadaya dan mandiri oleh setiap keluarga. Metode yang digunakan dalam peningkatan peran serta masyarakat adalah metode komunikasi, informasi, dan motivasi dengan tujuan peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku penerima manfaat kesehatan.

Strategi yang ditempuh dengan (1) mematangkan kesiapan masyarakat untuk berperan serta dalam pembangunan kesehatan, melalui pendekatan individu, keluarga, kelompok persepuluhan, RT, organisasi/kelembagaan masyarakat dan masyarakat umum, (2) mewujudkan pemimpin dan perintis pembangunan kesehatan dalam masyarakat dengan pendekatan formal maupun informal misalnya PKK, lembaga pemberdayaan masyarakat desa/kelurahan, badan permusyawaratan desa, (3) memperkenalkan, mengajak memberi kesempatan dan mengikutsertakan berbagai organisasi kemasyarakatan untuk berkiprah dalam pembangunan kesehatan sesuai dengan kemampuan dan kewenangannya, dan (4) menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan bagi penyelenggara upaya kesehatan guna mendalami dan mengamalkan pendekatan kemasyarakatan (Sulaeman, 2012a).

f. Fasilitator pemberdayaan masyarakat

Rogers (1999) menyebut fasilitator sebagai agen perubahan (*change agent*), yaitu seseorang yang atas nama pemerintah atau organisasi pemberdayaan masyarakat bertugas untuk mempengaruhi proses pengambilan keputusan yang dilakukan oleh (calon) penerima manfaat untuk mengadopsi inovasi. Oleh karena itu, seorang fasilitator haruslah profesional, dalam arti memiliki kualifikasi tertentu baik yang menyangkut kepribadian, pengetahuan, sikap dan keterampilan pemberdayaan masyarakat.

Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan individu serta proses membentuk masyarakat, agar masyarakat tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar dari tahu menjadi mau dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan. Dapat dibedakan adanya pemberdayaan individu, pemberdayaan keluarga dan pemberdayaan kelompok/masyarakat (Kemenkes RI, 2011).

Pemberdayaan adalah proses pada seseorang untuk mendapatkan kontrol yang lebih besar atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan mereka. Pemberdayaan juga merupakan proses sosial, budaya, psikologis atau politik, ketika individu dan kelompok sosial mampu mengekspresikan kebutuhan mereka, menyajikan keprihatinan mereka, merancang strategi untuk keterlibatan dalam pengambilan keputusan, mencapai tindakan politik, sosial dan budaya (WHO, 1998). Pemberdayaan masyarakat merupakan pemberdayaan pemberian informasi dan pendampingan dalam usaha menanggulangi kesehatan, guna membantu individu, keluarga atau kelompok masyarakat (Kemenkes RI, 2011a).

g. Pemberdayaan masyarakat dalam program ASI eksklusif

Pemberdayaan masyarakat menurut Kemenkes RI (2005) adalah meningkatnya perilaku sehat bagi individu, keluarga dan masyarakat

dan berperan aktif dalam setiap gerakan kesehatan masyarakat melalui upaya promosi kesehatan yang terintegrasi secara lintas program, lintas sektor, swasta dan masyarakat. Sasaran strategis pemberdayaan merupakan pemberian informasi dan pendampingan dalam usaha menanggulangi kesehatan guna membantu individu, keluarga atau kelompok masyarakat dengan mendorong kerja sama nasional, global antar orang, antar kelompok, serta antar lembaga dalam rangka pembangunan berwawasan kesehatan. Selain itu, juga memantapkan peran masyarakat termasuk swasta sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan masyarakat kesehatan. Selanjutnya, menerapkan promosi kesehatan yang efektif memanfaatkan *agent of change* setempat.

Pemberdayaan dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan membantu individu/klien berubah dari tidak tahu menjadi tahu (*knowledge*), dari tahu menjadi mau (*attitude*), dari mau menjadi mampu (*practice*). Pemberdayaan dilaksanakan melalui individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya atau proses yang bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran, pengetahuan, pemahaman pada individu kelompok dan masyarakat untuk menimbulkan kemauan untuk melakukan suatu tindakan atau sikap dalam peningkatan kesehatan mereka sehingga menimbulkan kemampuan masyarakat mendukung terwujudnya tindakan atau perilaku sehat. Indikator pemberdayaan masyarakat pada program ASI eksklusif antara lain adalah: adanya kebijakan program ASI eksklusif, wadah/lembaga, ketenagaan, pembiayaan, penyelenggaraan, pengawasan, dan pengendalian (Mardikanto, 2013).

h. Teori perubahan perilaku

Penelitian ini mengaplikasikan *Theory Planned Behavior* (TPB). Perubahan perilaku dapat berlangsung pada tingkat individu, antar individu (interpersonal) dan komunitas. Teori atau model perubahan

perilaku pada tingkat individu antara lain model tahapan perubahan (*stage of change model*), model kepercayaan kesehatan (*health belief model*), teori perilaku terencana (*theory of planned behavior*) dan teori tindakan beralasan (*theory of reasoned action*). Teori atau model perubahan perilaku pada tingkat *interpersonal*: teori kognitif sosial (*social cognitive theory*). Teori atau model perubahan perilaku pada komunitas antara lain teori pengorganisasian masyarakat (*community organization theories*). Teori perubahan organisasional (*organizational change theory*), dan teori penyebaran pembaharuan (*diffusion of innovations*).

Dalam perilaku terencana keyakinan berpengaruh pada sikap terhadap perilaku tertentu, pada norma-norma subyektif dan kontrol perilaku yang dirasakan. Komponen-komponen saling berinteraksi dan menjadi determinan bagi intensi yang selanjutnya akan menentukan perilaku akan dilakukan atau tidak. Sikap terhadap perilaku dipengaruhi oleh keyakinan. Perilaku akan membawa pada hasil yang diinginkan atau yang tidak diinginkan, keyakinan tentang perilaku dan motivasi untuk bertindak sesuai dengan harapan normatif membentuk norma subyektif dalam diri ibu menyusui. Kontrol perilaku ditentukan oleh pengalaman masa lalu dan perkiraan individu tentang kesulitan untuk melakukan perilaku tersebut. Kontrol perilaku sangat penting ketika rasa percaya diri seseorang berada dalam kondisi yang lemah. Selanjutnya keyakinan yang menentukan perilaku yaitu keyakinan tentang tersedia tidaknya peluang dan sumber yang diperlukan. Keyakinan dapat berasal dari pengalaman dapat dipengaruhi oleh informasi tidak langsung atau melihat pengalaman teman atau orang lain yang pernah melakukannya, yang dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain termasuk pada kesan (Ajzein, 1988).

Health Belief Model berfokus pada persepsi seseorang dari ancaman masalah kesehatan dan penilaian perilaku yang direkomendasikan untuk pencegahan atau mengelola masalah

kesehatan. *The theory of planned behaviour* dan *theory of reasoned action* berfokus pada *behavioral intention* (niat/maksud perilaku) adalah kunci, niat didorong oleh sikap dan keyakinan tentang yang orang lain pikirkan penting. *Social cognitive theory* berfokus pada perilaku dijelaskan melalui tiga cara yaitu situasi timbal balik yang dinamis di antara faktor-faktor personal, pengaruh lingkungan dan perilaku terus-menerus berinteraksi.

Community organization berfokus pada penekanan partisipasi aktif dan pengembangan masyarakat untuk mengevaluasi dan memecahkan masalah kesehatan dan sosial. *Organizational change theory driving forces theory* (Fleming, 1997) berfokus pada perhatian proses dan strategi untuk meningkatkan kemungkinan bahwa kebijakan program yang sehat akan diadopsi dan dipertahankan dalam organisasi formal. *Diffusion of innovation* (Rogers, 1999) berfokus pada tujuan, ide-ide baru, produk dan praktik-praktik sosial yang tersebar dalam satu masyarakat ke masyarakat lain. *Health belief model* (Fleming, 1997) menyatakan bahwa individu dapat mengambil aksi kesehatan yang berhubungan jika mereka percaya bahwa mereka dihadapkan pada risiko dan memiliki potensi untuk mengurangi risiko.

4. Program ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian air susu ibu sedini mungkin setelah persalinan, diberikan tanpa jadwal dan tidak diberikan makanan lain, walaupun hanya air putih, sampai bayi berumur enam bulan (Fraser, 2009). WHO merekomendasikan bahwa idealnya, pemberian ASI eksklusif akan berlangsung selama enam bulan pertama bayi untuk menetapkan implikasi terbaik untuk kesehatan potensial (WHO, 2003).

ASI yang pertama kali keluar yang banyak mengandung zat kekebalan tubuh (kolostrum) dapat mencegah infeksi pada bayi. ASI mengandung lemak dan protein yang gampang dicerna dan diserap. ASI mengandung kalsium yang dapat mencegah *hipokalsemia*. ASI mengandung karbohidrat, dan laktosa yang diperlukan dalam pertumbuhan

otak bayi. ASI mengandung *taurin*, *docosahexoid acid* (DHA) dan *arachidonic acid* (AA). ASI mengandung pengangkut zat besi dalam darah yang disebut laktoferin, membiarkan bakteri usus baik untuk bekerja, misalnya menghasilkan vitamin dalam usus, sedangkan bakteri jahat (yang menyebabkan penyakit) akan dihancurkan. ASI juga mengandung lisosom, yaitu antibiotika alami dalam ASI yang dapat menghancurkan bakteri berbahaya. Komposisi ASI tidak sama dari waktu ke waktu disesuaikan dengan stadium laktasi antara lain: 1) kolostrum sebagai pembersih selaput usus bayi baru lahir, sehingga pencernaan siap untuk menerima makanan, 2) mengandung kadar protein, terutama gamaglobulin untuk memberikan perlindungan tubuh dari infeksi, dan 3) mengandung zat antibodi melindungi tubuh bayi dari berbagai penyakit infeksi. Selanjutnya, ASI masa transisi yaitu ASI yang dihasilkan mulai hari ke empat sampai hari ke sepuluh dan ASI matur, yaitu ASI yang dihasilkan setelah hari ke sepuluh dan seterusnya (Fraser, 2009).

Pemberian ASI eksklusif bagi ibu juga dapat memberikan manfaat pada fisik ibu, antara lain mengurangi risiko penyakit kardiovaskuler, kanker payudara dan ovarium. Selain itu, secara psikologis juga memberikan dampak positif, yaitu *bounding attachment* dan kepercayaan diri. Oksitosin yang dirangsang saat menyusui memiliki efek pada perilaku ibu sebagai ikatan ibu dan bayi. Juga dapat memberikan kepuasan pada ibu bahwa kebutuhan bayi dapat dipenuhi seorang ibu, aspek keluarga berencana dapat mengurangi kesuburan dan menjarangkan kehamilan (Kay-Hatfield, 2011).

Hormon prolaktin berkemampuan menekan ovulasi (menghambat kegiatan ovarium melalui penghambatan *hormone Luceinzing* sembari mengganggu sekresi *Gonadotropin Releasing Hormone* (GRH) dan oksitosin berfungsi memicu dan memacu involusi uterus (Roesli, 2008). Hormon oksitosin berasal dari bagian belakang kelenjar hipofise yang terdapat didasar otak, sama halnya dengan hormon prolaktin, hormon ini diproduksi bila ujung saraf sekitar payudara dirangsang oleh isapan bayi.

Manfaat ASI untuk bayi memberikan perlindungan pada kerentanan penyakit tertentu bagi bayi. Kandungan yang ada dalam ASI antara lain memiliki komposisi kalori, lemak, karbohidrat, protein dan vitamin. Perlindungan penyakit infeksi meliputi Otitis Media Akut (OMA), gastrointestinal dan saluran pernapasan. Selain itu, juga dapat memberikan perlindungan alergi karena ASI mengandung antibodi, khususnya IgA yang memberikan perlindungan pada lapisan usus bayi. ASI juga dapat memberikan rangsangan pada intelegensia dan syaraf yang lebih tinggi pada bayi (Ip *et al.*, 2007).

Manfaat ASI untuk keluarga yaitu ASI tidak perlu dibeli, sehingga yang seharusnya digunakan untuk membeli susu formula dapat dipergunakan untuk keperluan yang lain, disamping itu untuk penghematan karena bayi yang mendapat ASI lebih jarang sakit sehingga mengurangi biaya berobat. Aspek psikologis kebahagiaan keluarga lebih bertambah dengan kelahiran lebih jarang, sehingga kejiwaan ibu baik dan dapat mendekatkan hubungan bayi dan keluarga. Juga termasuk aspek kemudahan, menyusui ASI sangat praktis karena dapat diberikan dimana saja dan kapan saja dan keluarga tidak perlu repot menyiapkan air masak, botol dan dot yang harus selalu dibersihkan. Manfaat ASI bagi negara dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian anak juga mengurangi subsidi untuk rumah sakit dengan memberikan ASI anak lebih sehat, jarang sakit sehingga mengurangi biaya perawatan dan juga mengurangi biaya devisa untuk membeli susu formula dan meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa (Roesli, 2008).

Inisiasi menyusui dini (*early initiation*) atau permulaan menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir, asalkan dibiarkan kontak kulit bayi dengan kulit ibunya, setidaknya satu jam segera setelah lahir. Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini ini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara (Roesli, 2008). Lima tahap perilaku bayi pada IMD adalah (1) 30 menit pertama stadium istirahat atau diam. Bayi dalam keadaan siaga, tidak bergerak, masa tenang, sesekali

matanya terbuka lebar melihat ibunya, (2) antara 30-40 menit mengeluarkan suara, gerakan mulut seperti mau minum, mencium dan menjilat tangan. Bau dan rasa akan membimbing bayi menemukan payudara dan puting susu ibu, (3) mengeluarkan air liur, (4) bayi mulai bergerak ke arah payudara dan aerola sebagai sasaran dengan kaki menekan perut ibu. Bayi menjilat-jilat kulit ibu, menghentakkan kepala ke dada ibu, menoleh ke kanan dan ke kiri serta menyentuh dan meremas daerah puting susu dan sekitarnya dengan tangannya yang mungil, dan (5) menemukan, menjilat, mengulum, membuka mulut lebar dan melekat dengan baik (Roesli, 2008).

Manfaat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yaitu dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat selama bayi merangkak mencari payudara. Hal ini dapat mencegah hipotermia, bayi dan ibu menjadi lebih tenang, tidak stres, pernapasan dan detak jantung lebih stabil, dikarenakan oleh kontak antara kulit ibu dan bayi. Inisiasi menyusu dini dengan mengecap dan menjilati permukaan kulit ibu sebelum mulai mengisap puting adalah cara alami bayi mengumpulkan bakteri-bakteri baik yang diperlukan untuk membangun sistem kekebalan tubuhnya. Hubungan ikatan ibu dan anak (*bonding attachment*) 1-2 jam pertama, bayi dalam keadaan siaga. Setelah itu, biasanya bayi tidur dalam waktu yang lama hal ini untuk mempererat hubungan ikatan ibu dan anak. Bayi yang diberi kesempatan menyusu dini lebih berhasil menyusui eksklusif dan akan lebih lama disusui. Hentakan kepala bayi ke dada ibu, sentuhan tangan bayi di puting susu dan sekitarnya, emutan dan jilatan bayi pada puting ibu merangsang pengeluaran hormon oksitosin. Bayi mendapatkan ASI kolostrum-ASI yang pertama kali keluar. Cairan emas ini kadang juga dinamakan *the gift of life*. Bayi yang diberi kesempatan IMD lebih dulu mendapatkan kolostrum daripada yang tidak diberi kesempatan. Kolostrum, ASI istimewa yang kaya akan daya tahan tubuh, penting untuk ketahanan terhadap infeksi, penting untuk pertumbuhan usus, bahkan kelangsungan hidup bayi. Kolostrum akan membuat lapisan yang melindungi dinding

usus bayi yang masih belum matang sekaligus mematangkan dinding usus bayi (Roesli, 2008).

Faktor-faktor pendukung IMD yaitu kesiapan fisik dan psikologi ibu yang sudah dipersiapkan sejak awal kehamilan, informasi yang diperoleh ibu mengenai inisiasi menyusui dini, tempat bersalin dan tenaga kesehatan. Penghambat kontak dini kulit ibu dengan kulit bayi baru lahir yaitu bayi kedinginan, ibu lelah setelah melahirkan, tenaga kesehatan kurang tersedia, ibu harus dijahit, bayi perlu diberi Vitamin K dan tetes mata segera, bayi harus segera dibersihkan, ditimbang dan diukur, suhu kamar bersalin, kamar operasi harus dingin dan biasanya AC sentral, tenaga kesehatan belum sependapat tentang pentingnya kesempatan inisiasi menyusui dini pada bayi lahir dengan operasi *Caesar* (Roesli, 2008).

Akibat kegagalan IMD akan berpengaruh pada produksi ASI ibu. Hal ini disebabkan karena hormon oksitosin yang berpengaruh pada produksi ASI ibu akan dilepaskan jika dipacu dengan isapan bayi pada puting ibu saat menyusui. Sementara itu, bayi tetap membutuhkan ASI sebagai nutrisi dan juga meningkatkan imunitas tubuhnya. Jika tidak terjadi keseimbangan antara produksi ASI ibu dengan kebutuhan ASI yang diperlukan oleh bayi, maka akan berakibat kegagalan program ASI eksklusif enam bulan pada bayi (Roesli, 2008).

Tatalaksana IMD persalinan normal meliputi suami atau keluarga dianjurkan mendampingi ibu saat persalinan, disarankan untuk mengurangi penggunaan obat kimiawi saat persalinan, dapat diganti dengan cara non-kimiawi, misalnya pijat, *aromaterapi*, gerakan atau *hypnobirthing*. Ibu dibiarkan menentukan cara melahirkan yang diinginkan, misalnya melahirkan normal di dalam air atau dengan jongkok, seluruh badan dan kepala bayi dikeringkan secepatnya, kecuali kedua tangannya. Lemak putih (*vernix*) yang mengamankan kulit bayi sebaiknya dibiarkan. Meletakkan bayi tengkurap di dada atau perut ibu. Mempertahankan posisi kontak kulit dengan kulit minimum satu jam atau setelah menyusui awal selesai. Menyelimuti ibu dan bayi, jika diperlukan menggunakan topi bayi.

Membiarkan bayi mencari puting susu ibu. Ibu dapat merangsang bayi dengan sentuhan lembut tetapi tidak memaksakan bayi ke puting susu. Ayah didukung agar membantu ibu untuk mengenali tanda-tanda atau perilaku bayi sebelum menyusui. Hal ini dapat berlangsung selama beberapa menit atau satu jam, bahkan lebih. Dukungan ayah akan meningkatkan rasa percaya diri ibu. Biarkan bayi dalam posisi kulit bersentuhan dengan kulit ibunya setidaknya selama satu jam, walaupun bayi telah berhasil menyusui pertama sebelum satu jam. Jika belum menemukan puting payudara ibunya dalam waktu satu jam, membiarkan kulit bayi tetap bersentuhan dengan kulit ibunya sampai berhasil menyusui pertama. Ibu yang melahirkan dengan tindakan, misalnya operasi *caesar* dianjurkan untuk diberikan kesempatan kontak kulit dengan kulit pada ibu. Bayi dipisahkan dari ibu untuk ditimbang, diukur, dicap setelah satu jam atau menyusui awal selesai. Prosedur yang *invasif*, misalnya suntikan vitamin K dan tetesan mata bayi dapat ditunda, dan rawat gabung-ibu dan bayi dirawat dalam satu kamar. Selama 24 jam ibu-bayi tetap tidak dipisahkan dan bayi selalu dalam jangkauan ibu. Pemberian minuman *pre-laktal* (cairan yang diberikan sebelum ASI keluar) dihindarkan (Roesli, 2008).

Tatalaksana IMD pada ibu post operasi *caesar* yaitu menyiapkan tenaga dan pelayanan kesehatan yang suportif, diusahakan apabila mungkin suhu ruangan 20°-25°C. Disediakan selimut untuk menutupi punggung bayi dan badan ibu. Disiapkan juga topi bayi untuk mengurangi hilangnya panas dari kepala bayi. Anjurkan suami atau keluarga mendampingi ibu saat melahirkan yang tepat, sensitif dan mendukung ibu. Apabila diperlukan ibu boleh mendekatkan bayi pada puting tapi jangan memaksakan bayi ke puting susu, membiarkan bayi dalam posisi kulit bersentuhan dengan kulit ibu sampai proses menyusui pertama selesai, memberikan kesempatan *skin to skin contact* pada ibu melahirkan dengan proses operasi, bayi dipisahkan dari ibu untuk ditimbang, diukur, dicap, setelah menyusui dini selesai, hindarkan pemberian minuman pre-laktal.

Jika IMD belum terjadi di kamar bersalin, kamar operasi atau bayi harus dipindah sebelum satu jam maka bayi tetap diletakkan di dada ibu ketika dipindahkan ke kamar perawatan atau pemulihan (Roesli, 2008).

a. Faktor-faktor yang dapat berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif

Beberapa faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif antara lain kurangnya pengetahuan, nilai/norma sosial/subyektif, keluarga miskin, dukungan sosial, pekerjaan dan asuhan kepada anak serta pelayanan kesehatan (*U.S Department of Health and Human Services*, 2011). Selanjutnya, ada juga beberapa faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif, yaitu: (1) faktor kejiwaan ibu, (2) faktor dari bayi sendiri, (3) faktor lingkungan dan (4) faktor kelainan payudara (Roesli, 2005).

Faktor kejiwaan ibu dapat berasal dari faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang mempengaruhi kejiwaan ibu menyusui, antara lain rasa percaya diri, kepribadian, kecemasan, kestabilan emosi, sikap dan pengalaman menyusui. Rasa percaya diri atau keyakinan ibu bahwa ASI yang diberikan secara eksklusif kepada bayi tidak cukup menyebabkan ibu ingin cepat memberikan susu formula atau bubur yang terbuat dari tepung biji-bijian kepada bayinya. Kepribadian ibu yang selalu mengalami tekanan batin karena tidak mendapat dukungan dari suaminya apabila memberikan ASI secara eksklusif. Tingkat kecemasan, karena ibu takut apabila hanya diberi ASI sampai usia empat bulan atau selebihnya enam bulan saja bayi tidak dapat tumbuh besar. Kestabilan emosional, ibu takut kehilangan daya tarik sebagai seorang wanita karena dengan menyusui akan membuat bentuk payudara kurang bagus, sehingga membuat emosional ibu meningkat. Sikap ibu lebih tertarik terhadap informasi dan dorongan tentang promosi susu formula dapat mengurangi minat pemberian ASI. Selain itu, pengalaman ibu yang mempunyai anak dua dalam hal menyusui

selain bagi ibu yang memiliki pengalaman dan bukan anak yang pertama (Roesli, 2005).

Faktor kejiwaan ibu yang berasal dari faktor eksternal, antara lain adalah hubungan keluarga dan lingkungan pekerjaan. Hubungan keluarga, ayah dapat berperan aktif dalam keberhasilan pemberian ASI eksklusif dengan jalan memberikan dukungan secara emosional kepada istri dan memberikan bantuan-bantuan praktis, seperti mengganti popok atau merawat bayi. Lingkungan pekerjaan, yaitu tempat ibu bekerja tidak mendukung apabila ibu memberikan ASI eksklusif nantinya akan mengganggu produktivitas dalam bekerja (Roesli, 2005). Faktor dari bayi sendiri adalah anak yang lahir sebelum waktunya (prematurn) atau lahir dengan berat badan yang sangat rendah, anak sakit dan berbagai penyakit macam cacat bibir (Fraser, 2009).

Faktor lingkungan yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif adalah faktor perubahan sosial budaya, seperti ibu bekerja, meniru teman, tetangga dan orang terkemuka yang memberikan susu formula, serta merasa ketinggalan zaman jika menyusui bayinya. Ibu-ibu yang bekerja atau kesibukan sosial lainnya, bukan alasan untuk menghentikan pemberian ASI eksklusif, meskipun cuti melahirkan hanya tiga bulan. Ibu bekerja tetap dapat memberikan ASI eksklusif dengan cara pemerah ASI-nya sehari sebelum ibu pergi. ASI dapat tahan simpan selama 24 jam di dalam termos es yang diberi es batu, tahan selama enam-delapan jam di udara bebas dan di dalam lemari es selama 48 jam dan juga tiga bulan-enam bulan dalam mesin pendingin. Bagi karyawan disediakan tempat kerja sayang ibu yaitu tempat kerja yang memungkinkan karyawatnya menyusui secara eksklusif selama empat bulan atau sampai enam bulan, yang akan lebih mendukung usaha ibu untuk memberikan ASI eksklusif (Roesli, 2005).

b. Teknik menyusui yang benar

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan antara posisi ibu dan bayi dengan benar. Posisi

dan perlekatan menyusui dapat dilakukan dengan tidur, duduk atau berdiri.

Pengamatan teknik menyusui yang benar antara lain bila menyusui tidak benar akan mengakibatkan puting susu lecet, ASI tidak keluar optimal, sehingga akan mempengaruhi produksi ASI, selanjutnya bayi enggan menyusu. Tanda tanda bayi menyusu dengan benar antara lain bayi tampak tenang, badan bayi menempel perut ibu, mulut bayi membuka lebar, dagu bayi menempel pada payudara ibu, sebagian areola masuk ke dalam mulut bayi, areola bawah lebih banyak yang masuk, bayi tampak menghisap kuat dengan irama perlahan, puting susu tidak terasa nyeri, telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus dan kepala bayi agak menengadah (Roesli, 2008).

Lama dan frekuensi menyusui tidak dijadwal, sehingga tindakan menyusui bayi dilakukan setiap saat, ibu harus menyusui bayinya ketika menangis bukan karena sebab kencing, kepanasan, kedinginan. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awal pola menyusui belum teratur namun setelah 1-2 minggu mempunyai pola tertentu. Menjaga keseimbangan besarnya kedua payudara, setiap menyusui harus dengan kedua payudara dan setiap kali menyusui, dimulai dengan payudara yang terakhir disusukan (Halimah, 2010).

Payudara bengkak terjadi karena ASI tidak disusukan dengan adekuat, sehingga sisa ASI terkumpul pada sistem duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan. Pembengkakan terjadi pada hari ketiga atau keempat sesudah ibu melahirkan. Saluran susu tersumbat disebabkan oleh air susu yang terkumpul tidak segera dikeluarkan, sehingga menjadi sumbatan (Fraser, 2009).

Faktor kelainan payudara pada ibu seperti puting susu nyeri atau lecet, payudara bengkak, saluran susu tersumbat, jamur pada puting yang menyebabkan nyeri, bintik putih, granulasi putih, pertumbuhan yang berlebih pada epitel, dermatitis, nyeri yang mendalam, radang

payudara dan kelainan anatomis pada puting susu ibu, menyebabkan membuat ibu mengalami kesulitan dalam memberikan ASI secara eksklusif. Puting susu nyeri/lecet penyebabnya adalah kesalahan dalam teknik menyusui, yaitu bayi tidak menyusui sampai ke areola (kalang) payudara. Bila bayi menyusui hanya pada puting susu, maka bayi akan mendapat ASI sedikit karena gusi bayi tidak menekan pada daerah sinus laktiferus, sedangkan pada ibu akan terjadi nyeri atau kelecetan pada puting susu. Selain itu, puting susu yang lecet dapat disebabkan oleh moniliasis pada mulut bayi yang menular pada puting susu ibu, serta akibat pemakaian sabun, alkohol, krim, atau zat iritasi lainnya untuk membersihkan payudara dapat menyebabkan puting lecet (Fraser, 2009).

Faktor lain yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif antara lain: kepercayaan diri, penilaian kegiatan menyusui, dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui, pemberian makanan bayi yang optimal, menyusui eksklusif enam bulan pertama kehidupan, optimalisasi untuk ibu dan bayi saat menyusui dan mengenal kesehatan ibu sendiri (WHO, 2011).

Saat menyusui payudara harus dirawat dengan baik dan tepat agar terhindar dari gangguan proses menyusui. Perawatan payudara dilakukan sejak masa kehamilan, sedangkan setelah melahirkan harus dilaksanakan sedini mungkin satu-dua hari setelah melahirkan setiap kali mandi. Tujuan perawatan payudara setelah melahirkan antara lain agar payudara tetap terjaga kebersihan, menjaga kelembaban puting susu, membantu menonjolkan puting susu, menjaga penyumbatan ASI, meningkatkan produksi ASI dan deteksi dini kelainan payudara. Langkah-langkah perawatan antara lain dengan pemijatan menggunakan teknik tertentu. Selama masa menyusui, menggunakan kutang/BH yang dapat menyangga payudara tetapi tidak terlalu ketat (WHO, 2011).

c. Sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui

Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM) meliputi (1) sarana pelayanan kesehatan mempunyai kebijakan tentang penerapan sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui dan melarang promosi susu formula, (2) sarana pelayanan kesehatan melakukan pelatihan untuk staf sendiri atau lainnya, (3) menyiapkan ibu hamil untuk mengetahui manfaat ASI dan memberikan konseling ibu penderita infeksi HIV positif, (4) melakukan kontak menyusui dini bayi baru lahir (30 menit-1 jam) setelah lahir, (5) membantu ibu melakukan teknik menyusui yang benar (posisi peletakan tubuh bayi, dan peletakan mulut bayi pada payudara), (6) hanya memberikan ASI saja tanpa minuman pralaktasi sejak bayi lahir, (7) melaksanakan rawat gabung ibu dan bayi, (8) melaksanakan pemberian ASI sesering dan semau bayi, (9) tidak memberikan dot atau kempeng, dan (10) menindaklanjuti ibu bayi setelah pulang dari sarana pelayanan kesehatan (Roesli, 2008).

Menurut Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (2015), LMKM bagi masyarakat adalah (1) meminta hak untuk mendapatkan pelayanan inisiasi menyusui dini ketika persalinan, (2) meminta hak untuk tidak memberikan asupan apapun selain ASI kepada bayi baru lahir, (3) meminta hak untuk bayi tidak ditempatkan terpisah dari ibunya, (4) melaporkan pelanggaran-pelanggaran kode etik WHO terhadap pemasaran pengganti ASI, (5) mendukung ibu menyusui dengan membuat tempat kerja yang memiliki fasilitas ruang menyusui, (6) menciptakan kesempatan agar ibu dapat memerah ASI dan atau menyusui bayinya di tempat kerja, (7) mendukung ibu untuk memberikan ASI kapanpun dan di manapun, (8) menghormati ibu menyusui di tempat umum, (9) memantau pemberian ASI di lingkungan sekitarnya, dan (10) memilih fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan yang menjalankan dan sepuluh LMKM.

Ada tujuh langkah keberhasilan ASI eksklusif, langkah ini terutama bagi ibu bekerja, yaitu (1) mempersiapkan payudara jika diperlukan, (2) mempelajari ASI dan tata laksana menyusui, (3) menciptakan dukungan keluarga, teman dan sebagainya, (4) memilih tempat melahirkan RS/RB yang memasang slogan "sayang bayi" seperti "rumah sakit sayang bayi" atau "rumah bersalin sayang bayi", (5) memilih tenaga kesehatan yang mendukung pemberian ASI eksklusif dan memberikan pelatihan kelas ASI bagi ibu hamil, (6) mencari ahli persoalan menyusui seperti klinik laktasi dan atau konsultasi laktasi, untuk persiapan apabila menemui kesukaran, dan (7) menciptakan suatu sikap yang positif tentang ASI dan menyusui.

d. Peraturan pemerintah tentang ASI eksklusif

Peraturan Pemerintah RI Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif antara lain menetapkan kebijakan nasional terkait dengan pelaksanaan program ASI eksklusif. Advokasi dan sosialisasi program ASI eksklusif, pelaksanaan IMD untuk keberhasilan ASI eksklusif, rawat gabung, donor ASI, informasi dan edukasi, sanksi administrasi, tempat kerja dan prasarana umum penggunaan susu formula serta dukungan masyarakat. Juga adanya pemberian pelatihan, penyediaan tenaga motivator/fasilitator menyusui, mengintegrasikan materi tentang ASI eksklusif pada kurikulum pendidikan formal dan non formal bagi tenaga kesehatan, membina mengawasi serta mengevaluasi pelaksanaan dan pencapaian program ASI eksklusif di fasilitas pelayanan kesehatan, satuan pendidikan kesehatan, tempat kerja, tempat sarana umum dan kegiatan-kegiatan di masyarakat, selain itu, juga mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkaitan dengan program ASI eksklusif, mengembangkan kerja sama mengenai program ASI eksklusif dengan pihak lain di dalam dan atau di luar negeri dan menyediakan ketersediaan akses terhadap informasi dan edukasi atas penyelenggaraan program ASI eksklusif (Kemenkes RI, 2013b).

5. Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif

Menurut rekomendasi *World Health Organization* (WHO), masa menyusui tersebut sekurang-kurangnya dua tahun. Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 128 menyatakan bahwa “1) setiap bayi berhak mendapatkan ASI eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis, 2) selama pemberian ASI, pihak keluarga, pemerintah, pemerintah daerah, (diturunkan) dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus” (Kemenkes RI, 2009).

Pekerja wanita berhak atas istirahat selama 1,5 bulan sebelum melahirkan dan 1,5 bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter atau bidan Pasal 82 ayat (1) Undang - undang (UU) Ketenagakerjaan No. 13 Tahun 2003 menyatakan bahwa pengusaha yang tidak memberikan istirahat selama 1,5 bulan sebelum melahirkan dan 1,5 bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter atau bidan dikenakan sanksi pidana penjara paling singkat satu tahun dan paling lama empat tahun dan/atau denda paling sedikit Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah) dan paling banyak Rp400.000.000,00 (empat ratus juta rupiah) (Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, 2003).

Pemerintah Republik Indonesia telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif. PP tentang pemberian ASI eksklusif ini merupakan penjabaran dari Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 129, ayat 1 “Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan ASI secara eksklusif”. Dan ayat 2 : “ketentuan lebih lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah”. Artinya, ketika hal ini dijadikan landasan yuridis dan konstitusional dalam penerapan kebijakan pemberian cuti selama enam bulan, sudah cukup kuat (Kemenkes RI, 2012b).

Tujuan pemberian ASI eksklusif seperti yang diatur dalam PP Nomor 33 Tahun 2012 adalah menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif sejak lahir sampai dengan berusia enam bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya, memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya dan meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat dan pemerintah terhadap pemberian ASI eksklusif. Pengertian ASI eksklusif dalam peraturan pemerintah yang selanjutnya disingkat ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak lahir selama enam bulan, tanpa menambahkan dan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain. PP Nomor 33 Tahun 2012 juga mengajak banyak pihak untuk mendukungnya, meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah pusat dan pemerintah daerah terhadap pemberian ASI eksklusif melalui sumber daya manusia sebagai motivator, fasilitator dan konselor termasuk fasilitasi ruang menyusui di tempat umum dan tempat kerja. Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta telah mengeluarkan Peraturan Daerah No I/2013 tentang pemberian ASI eksklusif (Kemenkes RI, 2012b).

6. Advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa

Advokasi merupakan upaya terencana dan sistematis mempengaruhi kebijakan publik dengan menggunakan cara atau perangkat sistem demokrasi. Dalam konteks kesehatan advokasi yaitu suatu rangkaian komunikasi strategis yang dirancang secara sistematis yang dilaksanakan dalam kurun waktu tertentu, baik oleh perorangan maupun kelompok agar pembuat keputusan menetapkan suatu kebijakan publik yang menguntungkan kelompok masyarakat. Advokasi selalu ditujukan untuk mempengaruhi, melakukan perubahan terhadap kebijakan undang-undang, peraturan program dan atau pencarian dana. Advokasi juga merupakan bentuk kegiatan yang terencana dan terorganisir untuk mempengaruhi para pengambil keputusan. Selain itu advokasi juga dukungan terhadap suatu permasalahan dan mengajak lainnya untuk ikut mendukungnya. Ada juga

advokasi yang menyatakan bahwa usaha untuk mendapatkan atau menciptakan perhatian terhadap suatu permasalahan atau isu yang penting dan mengarahkan para pembuat keputusan untuk membuat pemecahannya (Kemenkes RI, 2012c).

Metode dan teknik advokasi untuk mencapai tujuan antara lain lobi politik, yaitu berbincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah dan program kesehatan yang akan dilaksanakan. Lobi yang paling efektif melalui komunikasi interpersonal, atau dalam lobi ini perlu ditunjukkan data yang akurat tentang masalah kesehatan tersebut kepada pejabat yang bersangkutan. Seminar dan atau presentasi, yaitu petugas kesehatan menyajikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik serta rencana program pemecahannya.

Media advokasi dapat melakukan kegiatan advokasi dengan menggunakan media, khususnya media massa. Media massa mempunyai kemampuan yang kuat untuk membentuk opini publik dan ini mempengaruhi bahkan merupakan tekanan terhadap para penentu kebijakan dan para pengambil keputusan. Asosiasi perkumpulan atau orang-orang yang mempunyai minat atau *interest* terhadap permasalahan tertentu atau perkumpulan profesi juga merupakan bentuk advokasi. Kredibilitas yaitu suatu sifat pada seseorang atau instansi yang menyebabkan orang atau pihak lain mempercayai atau meyakinkannya. Layak artinya program yang diajukan tersebut baik secara teknik, politik, maupun ekonomi dimungkinkan atau layak. Secara teknik layak, artinya program tersebut dapat dilaksanakan. Relevan, artinya, program yang diajukan tersebut paling tidak harus mencakup dua kriteria, yakni: memenuhi kebutuhan masyarakat, dan benar-benar memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat (Notoatmodjo, 2005).

7. Dukungan sosial dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif

Dukungan sosial adalah bantuan yang tersedia bagi individu dan kelompok dari masyarakat yang dapat memberikan penyangga terhadap peristiwa kehidupan yang merugikan dan kondisi hidup dan dapat memberikan sumber daya yang positif untuk meningkatkan kualitas hidup. Dukungan sosial juga mencakup dukungan emosional, informasi dan ketentuan sumber daya material serta jasa. Secara luas, dukungan sosial penentu pentingnya kesehatan dan merupakan elemen penting dari modal sosial (WHO, 1998). Dukungan sosial adalah komunikasi verbal dan non verbal antara penerima dan penyedia yang dapat mengurangi ketidakpastian tentang situasi, diri sendiri, orang lain atau hubungan dan fungsi untuk meningkatkan persepsi kontrol pribadi seseorang dalam pengalaman hidup. Dukungan sosial berasal dari suami, keluarga, teman sebaya dan masyarakat meliputi dukungan pengadaan sarana prasarana, motivasi dan tindakan-tindakan nyata yang dilakukan (Albrecht *et al.* 1987).

Menurut Schwarzer (1990, *cit* Smet, 1994), dukungan sosial dapat dilihat sebagai fakta sosial atas dukungan yang sebenarnya terjadi atau diberikan oleh orang lain kepada individu (*perceived support*) dan sebagai kognisi individu yang mengacu pada persepsi terhadap dukungan yang diterima (*received support*). Dukungan sosial dapat diperoleh dari pasangan (suami-istri), anak-anak, anggota keluarga yang lain, dari teman, profesional, komunitas atau masyarakat atau dari kelompok dukungan sosial (Bishop *et al.* 1994 *cit.* Taylor 2003).

Menurut Kemenkes RI (2011), dukungan sosial atau bina suasana adalah pembentukan suasana lingkungan sosial yang kondusif dan mendorong dipraktikkannya PHBS serta penciptaan panutan-panutan dalam mengadopsi PHBS dan melestarikannya. Heller *et al.* (1986) mengemukakan komponen dukungan sosial, yaitu: Komponen penilaian yang mempertinggi penghargaan mengacu pada penilaian seseorang

terhadap pandangan orang lain kepada dirinya. Seseorang menilai secara seksama evaluasi seseorang terhadap dirinya dan percaya dirinya berharga bagi orang lain.

Weiss (1976) mengembangkan ukuran dukungan sosial (*social provisions scale*) untuk mengukur ketersediaan dukungan sosial yang diperoleh dari hubungan individu dengan orang lain. Terdapat enam komponen/aspek di dalamnya, sebagai berikut: (1) *Attachment* (kasih sayang/kelekatan) merupakan perasaan akan kedekatan emosional dan rasa aman; (2) *Social integration* (integrasi sosial) merupakan perasaan menjadi bagian dari keluarga, tempat orangtua berada dan tempat saling berbagi minat dan aktivitas; (3) *Reassurance of worth* (penghargaan/pengakuan), meliputi pengakuan akan kompetensi dan kemampuan anak; (4) *Reliable alliance* (ikatan/hubungan yang dapat diandalkan), meliputi kepastian atau jaminan bahwa anak dapat mengharapkan orangtua untuk membantu dalam semua keadaan; (5) *Guidance* (bimbingan) merupakan nasihat dan pemberian informasi oleh orangtua kepada anak dan (6) *Opportunity for nurturance* (kemungkinan dibantu) merupakan perasaan anak akan tanggung jawab orangtua terhadap kesejahteraan anak.

Menurut Wills *et al.* 1984, *cit.* Sarafino, 1998 mengemukakan lima bentuk dukungan sosial, sebagai berikut: (1) Dukungan emosional/empati; (2) kasih sayang; (3) perhatian; (4) pemenuhan kebutuhan/kepedulian dan (5) harapan. Dukungan penghargaan meliputi ungkapan penghargaan yang positif kepada istri dari suami, suami bertindak sebagai pembimbing, memecahkan masalah dan sebagai sumber validator identitas anggota dalam keluarga. Suami menghargai keberadaan ibu menyusui yang dapat meningkatkan harga diri ibu di dalam keluarga, dan meningkatkan motivasi ibu dalam pemberian ASI misalnya *support*, penghargaan dan perhatian. Dukungan instrumental meliputi bantuan secara langsung. Bentuk dukungan sebagai sumber pertolongan praktis dan konkret untuk menyelesaikan masalah. Contohnya suami ikut berpartisipasi dalam

menyediakan keperluan ibu dalam menyusui antara lain menyediakan alat bagi ibu menyusui bila ingin memerah ASInya, memenuhi kebutuhan makan dan minum ibu. Dukungan informasional termasuk pemberian nasihat, pengarahan, sugesti atau umpan balik dan motivasi. Penyebar informasi yang ada dalam kehidupan yang paling dekat adalah tindakan terhadap pemberian ASI eksklusif dan sehubungan dengan masalah menyusui. Dukungan jaringan menghasilkan perasaan sebagai anggota dalam suatu kelompok yang saling berbagi minat dan kegiatan sosial, inter dan antar individu.

8. Persepsi ibu pada program ASI eksklusif

Persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh proses penginderaan, yaitu proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera. Persepsi merupakan pengorganisasian, penginterpretasian, terhadap stimulus yang diinderanya, sehingga merupakan suatu yang berarti yang merupakan respon yang terintergrasi dalam diri individu (Walgito, 2010). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, persepsi merupakan tanggapan atau penerimaan langsung dari sesuatu atau proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui pancainderanya (Hidayat, 2009). Hal lain dijelaskan bahwa persepsi merupakan tanggapan, cara pandang, penafsiran, atau pemahaman hasil daya pikir seseorang terhadap suatu obyek yang diperoleh, baik melalui rangsang, penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan, penciuman melalui pengetahuan serta pengalaman-pengalaman yang diterima seseorang sebelumnya. Faktor yang berperan dalam persepsi adalah obyek yang dipersepsi, alat indera, dan perhatian. Faktor yang mempengaruhi persepsi meliputi pengalaman, proses belajar, pengetahuan, minat, harapan, budaya. Orang bertindak setelah mereka sudah mengembangkan niat, membutuhkan, mengadopsi positif, sikap terhadap perilaku, melihatnya sebagai sebuah norma dan percaya mereka memiliki kemampuan untuk bertindak (Ajzen, 1988).

Menurut Sugihartono (2007) mengemukakan bahwa persepsi adalah kemampuan otak dalam menerjemahkan stimulus atau proses

untuk menerjemahkan stimulus yang masuk ke dalam alat indera manusia. Persepsi manusia terdapat perbedaan sudut pandang dalam penginderaan. Ada yang mempersepsikan sesuatu itu baik atau persepsi yang positif maupun persepsi negatif yang akan mempengaruhi tindakan manusia yang tampak atau nyata

Faktor yang mempengaruhi persepsi menurut Toha (2003), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah sebagai berikut. Faktor internal meliputi perasaan, sikap dan kepribadian individu, prasangka, keinginan atau harapan, perhatian (fokus), proses belajar, keadaan fisik, gangguan kejiwaan, nilai dan kebutuhan juga minat dan motivasi. Faktor eksternal meliputi latar belakang keluarga, informasi yang diperoleh, pengetahuan dan kebutuhan sekitar, intensitas, ukuran, keberlawanan, pengulangan gerak, hal-hal baru dan familiar atau ketidakasingan suatu obyek.

Proses persepsi menurut Toha (2003) proses terbentuknya persepsi didasari pada beberapa tahapan, antara lain Stimulus atau rangsangan terjadinya persepsi diawali ketika seseorang dihadapkan pada suatu stimulus/rangsangan yang hadir dari lingkungannya. Registrasi dalam proses registrasi, suatu gejala yang nampak adalah mekanisme fisik yang berupa penginderaan dan syarat seseorang berpengaruh melalui alat indera yang dimilikinya. Seseorang dapat mendengarkan atau melihat informasi yang terkirim kepadanya, kemudian mendaftarkan semua informasi yang terkirim kepadanya tersebut. Interpretasi merupakan suatu aspek kognitif dari persepsi yang sangat penting yaitu proses memberikan arti kepada stimulus yang diterimanya. Proses interpretasi tersebut bergantung pada cara pendalaman, motivasi dan kepribadian seseorang.

Menurut Anderson *et al.* (2002), menyatakan bahwa dimensi pengetahuan antara lain: 1) *factual knowledge*, 2) *conceptual knowledge*, 3) *procedure knowledge* dan 4) *meta cognitive knowledge*. Pengetahuan

merupakan gabungan dari pengalaman, nilai, informasi, kontekstual, pandangan pakar dan intuisi mendasar yang memberikan suatu lingkungan dan kerangka untuk mengevaluasi dan penyatuan pengalaman baru dengan informasi.

Rogers (1999) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru dalam dirinya, ada proses berurutan, sebagai berikut. 1) *Awareness*, yaitu seseorang menyadari pengetahuan terlebih dahulu terhadap stimulus. 2) *Interest*, yaitu seseorang memulai tertarik pada stimulus. 3) Evaluasi merupakan suatu keadaan mempertimbangkan terhadap baik buruknya stimulus. 4) *Trial*, yaitu seseorang sudah mencoba perilaku baru. 5) *Adaptation*, yaitu orang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap. Seseorang dalam merubah sikapnya termasuk dalam pemberian ASI eksklusif dikarenakan seseorang menyadari melalui persepsi yang dimiliki, menimbulkan seorang ibu tertarik karena adanya stimulus (ASI eksklusif), kemudian seseorang merasa memiliki manfaat memperhitungkan baik buruknya, kemudian setelah mencoba dan melakukan bisa beradaptasi (memberikan ASI eksklusif) sebagai hal yang baru dan bermanfaat akhirnya ibu mampu beradaptasi dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap akhirnya mau melakukan dan memiliki sikap yang positif.

Tahap-tahap perubahan pengetahuan melalui persepsi menjadi sikap (Fishbein *et al.* 1975). Pengetahuan, persepsi, interpretasi, kepentingan dan tindakan kesehatan. Selanjutnya, ada tahap-tahap perubahan pengetahuan menjadi advokasi, meliputi pengetahuan, persetujuan, niat, praktik dan advokasi. Perubahan pengetahuan menjadi perilaku tergantung faktor internal, eksternal meliputi nilai, sikap dan kepercayaan. Sebagian besar individu mengubah pengetahuan menjadi sikap yang selanjutnya menjadi perilaku memerlukan keterampilan tertentu.

Teori S-O-R perubahan perilaku didasari oleh stimulus, organisme, respons. Perubahan perilaku terjadi dengan cara meningkatkan atau memperbanyak rangsangan, oleh karenanya proses perubahan perilaku

terjadi melalui proses pembelajaran, materi pembelajaran dengan stimulus antara lain dengan pemberian pengetahuan, sosialisasi, dan pelatihan.

9. Partisipasi ibu pada program ASI eksklusif

Partisipasi masyarakat merupakan komponen penting dalam pembangkitan kemandirian dan proses pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan harus selalu berupaya untuk memaksimalkan partisipasi masyarakat dengan tujuan membuat setiap orang dalam masyarakat terlibat secara aktif dalam proses-proses dan kegiatan masyarakat, serta untuk menciptakan kembali masa depan masyarakat dan individu. Partisipasi yaitu keikutsertaan melalui kehadiran bagi masyarakat termasuk individu dan kelompok dalam berbagai kegiatan dan program. Ditinjau dari konteks pembangunan kesehatan, partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan dan kemitraan masyarakat dan fasilitator bagi pemerintah/lembaga swadaya masyarakat (LSM) dalam pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian kegiatan program kesehatan serta memperoleh manfaat dari keikutsertaannya dalam rangka membangun kemandirian masyarakat (Sulaeman, 2012b).

Partisipasi dapat diukur dari yang terendah sampai yang tertinggi, yaitu: a) kehadiran individu dalam pertemuan-pertemuan, b) memberikan bantuan dan sumbangan keuangan, c) keanggotaan dalam kepanitiaan, dan d) posisi kepemimpinan. Partisipasi yang tertinggi dilakukan oleh pemimpin, karena pemimpin menentukan keberhasilan partisipasi. Indikator-indikator partisipasi antara lain pikiran/ide, tenaga, bentuk dana, sarana prasarana, bahan /materi (Mardikanto, 2013). Partisipasi pada dasarnya merupakan suatu bentuk keterlibatan dan keikutsertaan secara aktif dan suka rela, baik alasan dari dalam maupun dari luar untuk pengambilan keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian.

Partisipasi yang berfungsi mendorong ibu mau merubah sikap yang semula tidak memberikan ASI eksklusif menjadi melakukan pemberian ASI eksklusif. Hal ini dengan mengubah komponen afektif untuk

meningkatkan kepercayaan positif yang dapat mengarah ke sikap dalam pemberian ASI eksklusif. Upaya yang mempengaruhi komponen afektif melalui pendekatan mengubah komponen perilaku melalui peningkatan pengetahuan yang dapat mengubah sikap, contohnya ibu sudah berniat memberikan ASI eksklusif karena sibuk bekerja, ketidaktahuan, faktor budaya, tetapi setelah melihat temannya/tetangga berhasil memberikan ASI eksklusif akhirnya ia mampu melakukannya melalui perhatian, berdiskusi, bertanya, kemudian merubah sikap untuk mau memberikan ASI eksklusif. Selanjutnya mengubah komponen kognitif yang berfokus pada komponen kognitif dengan mengubah kepercayaan, perasaan, penalaran maka sikap akan berubah. Seorang ibu menyikapi terhadap program ASI eksklusif melalui dorongan atau hambatan untuk berperan dalam kegiatan di masyarakat, keadaan yang demikian sering terjadi akibat kurang lancarnya kegiatan sesuai dengan rencana sehingga menghambat capaian program (Sutopo, 1996).

Partisipasi yang terbangun dari masyarakat termasuk promosi kesehatan adalah partisipasi dalam membangun keyakinan diri seseorang terhadap perubahan keyakinan untuk memunculkan niat sehingga membuat perubahan sikap menuju perilaku ibu mau memberikan ASI eksklusif sesuai dengan *theory of planned behavior* (Ajzein, 1988). Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa partisipasi ibu diduga berhubungan dan dapat menjelaskan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.

10. Sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif

Sikap merupakan derajat afek positif atau negatif terhadap suatu obyek psikologis (Edward, 1990). Definisi lain sikap yaitu suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan mendukung atau memihak. Menurut Myers (2014), suatu sikap dapat memberikan efek pada perilaku seseorang. Sikap mengubah diri dari tindakan dalam diri merupakan reaksi evaluatif terhadap beberapa obyek atau orang. Sering berakar dari kepercayaan, sikap juga merupakan prediktor yang buruk bagi perilaku termasuk pada ibu menyusui. Perilaku ibu menyusui tergantung dari banyaknya pengaruh.

Sikap menentukan perilaku karena adanya kepercayaan dan pertahanan benar atau salah pada diri seseorang. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Manifestasi sikap tersebut tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup.

Rogers (1983) menyatakan bahwa sikap mempunyai tiga kelompok pokok, yaitu 1) kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap suatu obyek, 2) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek, dan 3) kecenderungan untuk bertindak. Tingkatan sikap antara lain a) menerima (*receiving*) diartikan bahwa orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan, b) merespon (*responding*) diartikan memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan, c) menghargai (*valuing*) diartikan mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah, dan d) bertanggung jawab (*responsible*) diartikan bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilih dengan segala risiko.

Menurut Green *et al.* (1980) perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Sikap dapat berubah bila ada keseimbangan. Partisipasi dapat memberikan dorongan untuk seseorang bersikap. *Social cognitive theory* menyatakan bahwa individu atau personal merupakan perilaku interpersonal dari tiga faktor utama kontribusi perubahan perilaku *self efficacy*, tujuan dan harapan. Menurut Azwar (2015) bahwa sikap merupakan keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) bagi seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya.

Sikap ibu berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif. Menurut Purwanto (1999), sikap manusia berasal dari dorongan yang ada dalam diri manusia sedangkan dorongan merupakan usaha untuk memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia. Dalam kehidupan sehari-hari, manusia selalu berperilaku dalam segala aktivitas, banyak hal yang

mengharuskan seorang ibu menyusui untuk berperilaku. Karakteristik perilaku ada yang terbuka dan tertutup. Perilaku terbuka adalah perilaku yang dapat diketahui oleh orang lain tanpa menggunakan alat bantu, sedangkan perilaku tertutup adalah perilaku yang hanya dapat dimengerti dengan menggunakan alat atau metode tertentu.

Notoatmodjo (2005) menyatakan bahwa perilaku kesehatan merupakan suatu respon seseorang terhadap stimulus/obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, fisik serta lingkungan. Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik durasi dan tujuan baik disadari atau tidak disadari. Menurut Wawan (2011), perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi, sering tidak disadari bahwa interaksi tersebut amat kompleks, sehingga kadang-kadang tidak sempat memikirkan penyebab seseorang menerapkan perilaku tertentu.

Teori perubahan perilaku memberikan struktur yang dapat digunakan secara sistematis merancang program pendidikan dan untuk menjelaskan cara dan alasan program ini diharapkan akan efektif. Tidak ada satu teori yang dapat mengatasi semua variabel yang berkontribusi terhadap perilaku seseorang, dan tidak semua teori yang berlaku untuk semua situasi, tetapi unsur teori yang berbeda dapat dikombinasikan untuk membuat program disesuaikan untuk populasi masalah dan target tertentu. Teori komponen perubahan perilaku, antara lain 1) seseorang tersebut telah membentuk niat positif yang kuat (membuat komitmen untuk melakukan perilaku), 2) kendala lingkungan terhadap pencegahan perilaku, 3) orang yang memiliki keterampilan yang diperlukan untuk melakukan perilaku, 4) seseorang akan percaya dari keuntungan melakukan perilaku lebih besar dari pada kerugian, 5) orang memandang lebih sosial (normatif) terhadap tekanan untuk melakukan perilaku daripada melakukannya, 6) orang merasakan bahwa melakukan perilaku yang lebih konsisten dari tidak konsisten dengan citra diri sendiri, 7) reaksi

emosional orang untuk melakukan perilaku yang lebih positif daripada negatif, dan 8) orang merasakan bahwa ia memiliki kemampuan untuk melakukan perilaku di bawah keadaan yang berbeda.

Green *et al.* (1991), kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavior causes*). Perilaku itu sendiri ditentukan dan dibentuk dari 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai/norma sosial subyektif, 2) Faktor pendukung (*enabling factors*), dan 3) Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap selanjutnya perilaku petugas kesehatan atau petugas lain merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Notoatmodjo (2005) menyatakan bahwa perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari 1) niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatannya, 2) dukungan sosial dari masyarakat sekitar, 3) ada tidaknya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan, 4) otonomi pribadi yang bersangkutan dalam mengambil keputusan atau tindakan, dan 5) situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak.

Green *et al.* (1980) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan- kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Perilaku dapat berubah bila ada keseimbangan antara kedua kekuatan tersebut, sehingga terjadi perubahan pada diri seseorang yaitu, kekuatan pendorong meningkat, kekuatan pendorong menurun dan kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun.

Keyakinan diri menurut Antonie (1992) yaitu sikap pada diri seseorang yang dapat menerima kenyataan, dapat mengembangkan kesadaran diri, berpikir positif, memiliki kemandirian dan kemampuan untuk memiliki segala sesuatu yang diinginkan. Aspek internal antara lain faktor internal (konsep diri, harga diri, keadaan dan kesehatan fisik, pengalaman hidup, kesuksesan, peran lingkungan keluarga), sedangkan

faktor eksternal antara lain lingkungan, pengalaman, pendidikan dan pekerjaan.

Keyakinan merupakan teori penerimaan pesan, hasil pemikiran yang menjelaskan terhadap tingkah laku manusia dan perubahan diri seseorang berdasarkan keyakinan, sikap dan nilai yang dimiliki seseorang. Keyakinan dibagi dua, yaitu keyakinan utama sulit diubah dan keyakinan pinggiran yang mudah diubah (Little, 2009).

Tahap perubahan perilaku meliputi (1) *precontemplation*, langkah ketika orang-orang tidak mempunyai niat untuk bertindak di masa depan dapat diduga pada umumnya enam bulan ke depan, (2) *contemplation*, orang-orang berniat untuk mengubah ke enam bulan berikutnya, (3) *preparation*, langkah ketika orang-orang berniat untuk memulai bertindak di masa mendatang, (4) *action*, tindakan yaitu orang memodifikasi spesifik antara pikiran dengan perilaku, (5) pemeliharaan, yaitu orang-orang sedang aktif untuk mencegah untuk berbuat tidak baik tetapi mereka tidak menggunakan proses perubahan, dan (6) *relaps* kekambuhan dapat terjadi pada proses perubahan perilaku yang merupakan kembalinya perilaku pada kebiasaan yang lama (Priyoto, 2014).

Teori sosial kognitif Bandura (1977) menyatakan bahwa perilaku ditentukan oleh harapan dan insentif. Perilaku dipengaruhi oleh harapan tentang respon lingkungan (kepercayaan) bahwa suatu perilaku berhubungan dengan lingkungannya. Konsekuensi tindakan yaitu perilaku mempengaruhi tujuan. Kompetensi melakukan perilaku sehingga mempengaruhi suatu tujuan. Insentif adalah nilai dari suatu tujuan dapat berupa status kesehatan, penampilan yang lebih baik atau merasa lebih baik.

Layanan kesehatan wajib memberikan dukungan kepada ibu dalam program ASI eksklusif dan tidak menganjurkan pemberian susu formula. Sebuah program inisiasi menyusui dini *Breastfeeding Friendly Hospital Initiative* (BFHI) direkomendasikan oleh UNICEF sebagai salah satu contoh dari kelompok pendukung sistem kesehatan untuk ibu menyusui.

Sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui yang dilaksanakan melalui BFHI berkontribusi ASI eksklusif. Kebijakan, pengamatan dan dukungan dalam BFHI mendukung situasi dan kondisi menyusui (UNICEF, 2011).

B. Kerangka Berpikir

Subbab ini akan menyajikan kerangka pikir yang disusun mengacu pada deskripsi teoritis. Penelitian ini melibatkan tujuh variabel yaitu: kebijakan pemerintah sebagai variabel eksogen, sedangkan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, dukungan sumber daya, pemberdayaan ibu menyusui, persepsi ibu, partisipasi ibu dan sikap ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif sebagai variabel endogen.

Pemberdayaan melalui ibu menyusui merupakan bentuk promosi kesehatan yang dilakukan untuk meningkatkan partisipasi ibu menyusui dalam memberikan ASI eksklusif dalam memenuhi hak bayi mendapatkan ASI eksklusif sebagaimana konsep bahwa ASI memberikan manfaat dalam upaya penyiapan sumber daya manusia yang handal untuk masa depan bangsa dan negara melalui terbentuknya manusia yang sehat, kuat dan berkualitas.

Sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif merupakan kewajiban ibu untuk memenuhi hak bayi melalui pemantauan pengetahuan atau pemahaman pada perempuan tentang pentingnya ASI bagi pemenuhan kebutuhan gizi untuk menunjang tumbuh kembang bayi serta kesehatan ibu yang dikuatkan dalam kebijakan pemerintah melalui PP Nomor 33/2012 tentang pemberian ASI eksklusif dan dikuatkan dengan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. Selanjutnya peraturan pemerintah pada program ASI eksklusif meliputi pemberian ASI eksklusif, pelaksanaan IMD, rawat gabung, donor ASI, informasi dan edukasi, sanksi administrasi, tempat kerja, prasarana umum, penggunaan susu formula serta dukungan masyarakat, cuti melahirkan. Pelaksanaan kebijakan diperlukan adanya advokasi oleh penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa sebagai upaya terencana dan sistematis mempengaruhi kebijakan dengan menggunakan cara atau

sistem demokrasi juga dengan komunikasi strategis sebagai suatu proses atau kegiatan yang hasil akhirnya diperoleh dukungan para pembuat keputusan terhadap program ASI eksklusif.

Melalui advokasi yang mencakup kegiatan penyadaran, rasionalisasi, argumentasi dan rekomendasi untuk memperoleh komitmen seperti surat keputusan secara tertulis sebagai bentuk dukungan terhadap program ASI eksklusif. Advokasi memberikan dampak terhadap dukungan tokoh masyarakat sebagai upaya bantuan bagi ibu menyusui dan kelompok pendukung ibu dari masyarakat yang dapat memberikan penyangga dan memberikan sumber daya yang positif untuk meningkatkan kualitas hidup.

Dukungan emosional, penghargaan, instrumental, informasi, dan sosial support, merupakan bentuk-bentuk dukungan sosial yang diberikan atau didapatkan sebagai efek perilaku bagi pihak penerima. Upaya melindungi, mendukung dan mempromosikan pemberian ASI eksklusif perlu dilakukan untuk meningkatkan dukungan dari pemerintah fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan serta tokoh masyarakat termasuk keluarga dan ibu menyusui.

Sikap dalam hal ini yaitu sikap ibu menyusui, dikatakan sebagai suatu respon evaluative. Sikap akan timbul apabila dihadapkan dengan stimulus yang menimbulkan reaksi pada ibu menyusui. Respon evaluatif sebagai sikap didasari proses evaluasi dalam diri ibu menyusui dalam bentuk penilaian buruk, positif negatif dalam memberikan ASI eksklusif.

Konsep pemberdayaan kesehatan ibu menyusui merupakan inti dari promosi kesehatan terdiri dari advokasi, bina suasana dan pemberdayaan. Strategi tersebut menjadi bentuk aksi pengembangan kebijakan yang berwawasan kesehatan, menciptakan lingkungan yang mendukung dan memperkuat gerakan masyarakat yaitu memberikan dukungan terhadap kegiatan masyarakat agar lebih berdaya serta mengupayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mengetahui memiliki kemauan dan kemampuan membuat keputusan yang efektif dalam upaya memelihara,

meningkatkan, serta mewujudkan kesehatannya melalui pemberian informasi, mengubah pola pikir dan mengutamakan aspek promotif dan preventif.

Seseorang sebelum menirukan sikap baru dalam dirinya ada proses yaitu penyadaran dari persepsi terlebih dahulu, memulai tertarik dan melakukan evaluasi dengan mempertimbangkan keadaan baik buruknya hal yang baru (ASI eksklusif) kemudian mencoba dan selanjutnya mampu beradaptasi berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, persepsi, kesadaran dan sikap. Pembentukan pengalaman belajar untuk mempermudah timbulnya tindakan, hal ini diperoleh dari persepsi seseorang khususnya pada pemberian ASI eksklusif untuk berperilaku hidup sehat. Perubahan pengetahuan seseorang melalui persepsi menjadi sikap. Pengetahuan, persepsi, interpretasi sebagai tahap-tahap perubahan pengetahuan melalui persepsi menjadi sikap. Ada pula tahap-tahap perubahan pengetahuan menjadi perilaku tergantung faktor internal dan eksternal antara lain nilai/norma sosial subyektif, sikap dan kepercayaan, hal ini untuk mengubah persepsi menjadi sikap memerlukan keterampilan tertentu.

Faktor lain pada partisipasi ibu merupakan komponen penting dalam pembangkitan kemandirian dan proses pemberdayaan ibu menyusui. Partisipasi merupakan peran serta aktif membuat ibu menyusui terlibat secara aktif dalam proses kegiatan masyarakat untuk menciptakan masa depan masyarakat dan ibu menyusui dalam hal ini KP-ibu.

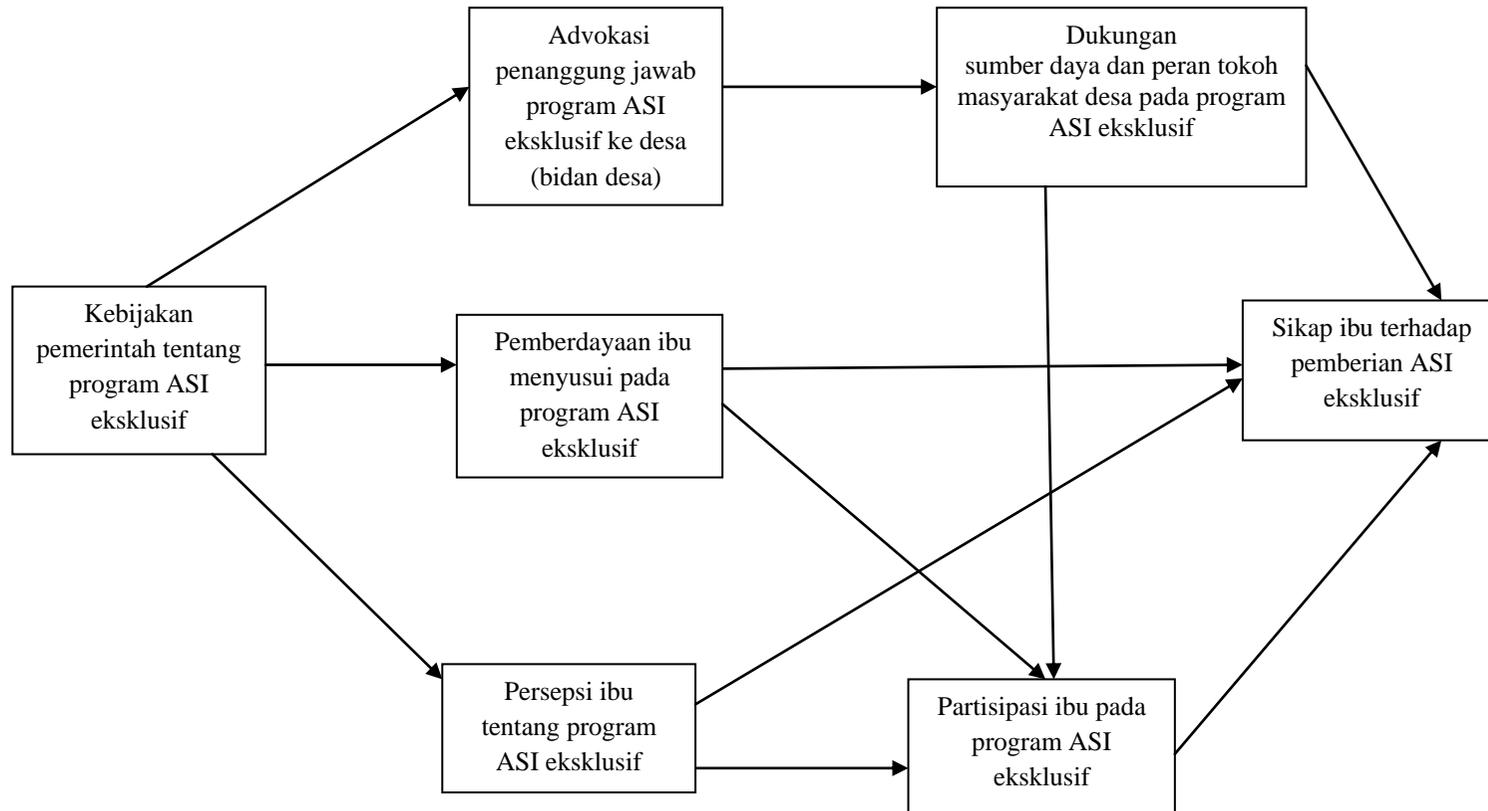
Hal yang sangat berhubungan dalam keberhasilan program ASI eksklusif yaitu sikap ibu dalam memberikan ASI, perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada dalam diri manusia. Kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor di luar perilaku dan perilaku seseorang, pada perilaku ibu menyusui ditentukan oleh faktor predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan, harapan, perhatian, keyakinan dan nilai-nilai/norma sosial subyektif. Selain ada faktor pendukung dan faktor pendorong termasuk sikap yang selanjutnya menjadi perilaku. Perilaku kesehatan (ibu menyusui ASI eksklusif) merupakan fungsi dari niat ibu menyusui untuk bertindak sehubungan dengan kesehatannya yang didukung sosial masyarakat sekitar

(KP-ibu) serta ada tidaknya informasi atau fasilitas kesehatan serta otonomi pribadi ibu menyusui dalam mengambil keputusan memberikan ASI eksklusif enam bulan juga situasi yang mendukung untuk bertindak disebabkan adanya dukungan dan advokasi.

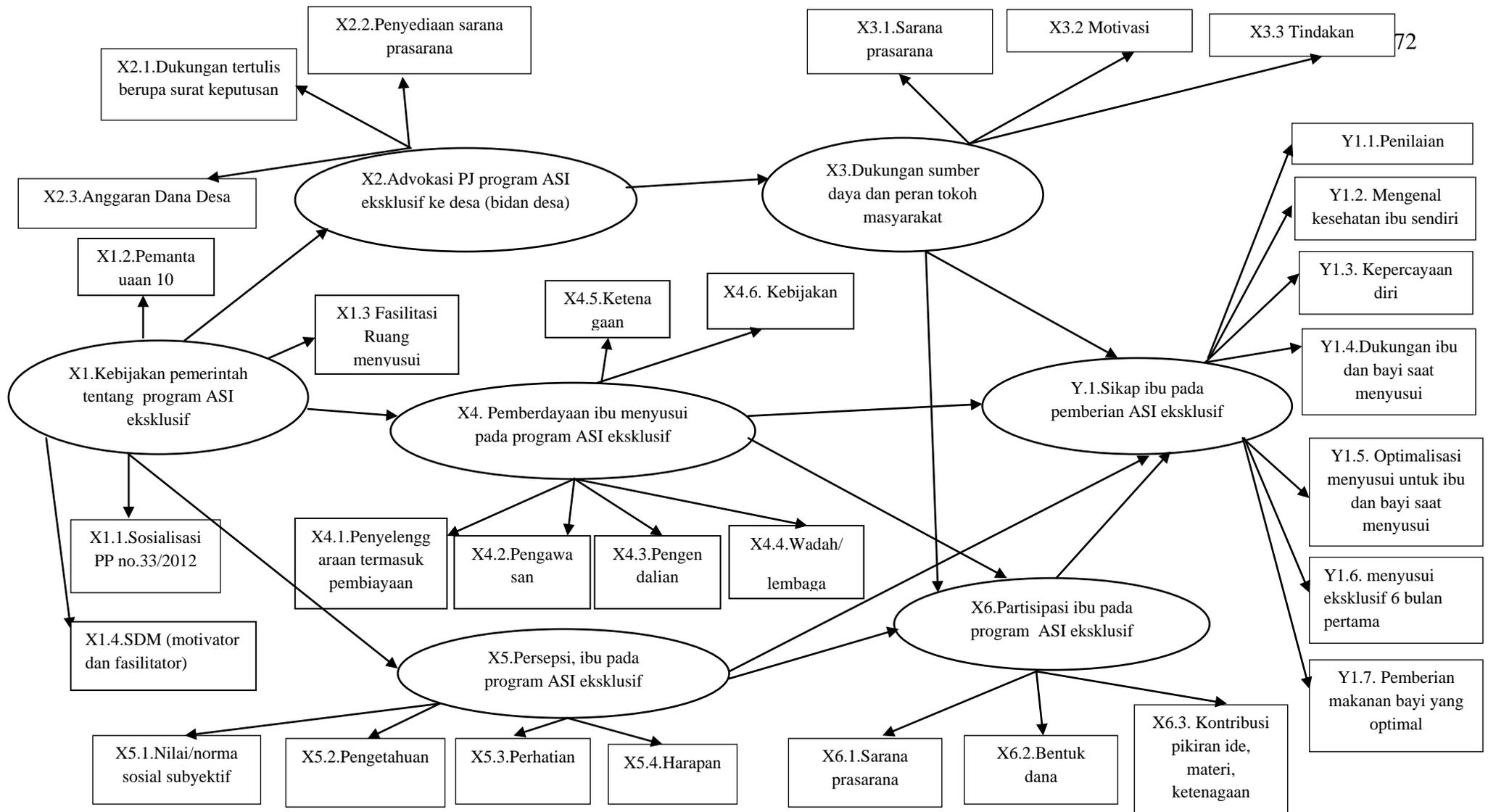
Keyakinan diri merupakan sikap pada diri seseorang yang dapat menerima kenyataan, dapat mengembangkan kesadaran diri, berpikir positif, memiliki kemandirian dan kemampuan untuk melakukan sesuatu yang diinginkan. Hal lain yang mempengaruhi dari faktor internal seseorang yaitu konsep diri, harga diri, keadaan dan kesehatan fisik, pengalaman hidup, kesuksesan dan peran lingkungan keluarga. Sedangkan faktor eksternal yang mempengaruhi lingkungan, pengalaman, pendidikan dan pekerjaan. Faktor yang mendasar sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Perubahan perilaku seseorang dapat berlangsung pada tingkat individu, antar individu dan komunitas dan inti dari sikap adalah niat, hal ini adalah niat ibu dalam memberikan ASI eksklusif yang mempengaruhi sikap ibu. Keyakinan yang akhirnya akan menentukan niat adalah keyakinan mengenai tersedia tidaknya kesempatan dan sumber yang diperlukan untuk memberikan ASI eksklusif. Keyakinan dapat berasal dari persepsi terhadap ASI eksklusif, nilai/norma sosial subyektif, persepsi, pengalaman masa lalu yang bersangkutan. Hal ini dapat dipengaruhi oleh informasi, persepsi dan dapat dipengaruhi faktor-faktor lain yang mengurangi atau menambah kesan kesulitan untuk melakukan perbuatan yang bersangkutan. Program ASI eksklusif bertujuan menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan usia enam bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangan serta memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.

Kajian teoritik memberikan landasan berpikir mengenai hubungan antara kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif, dukungan sumber daya

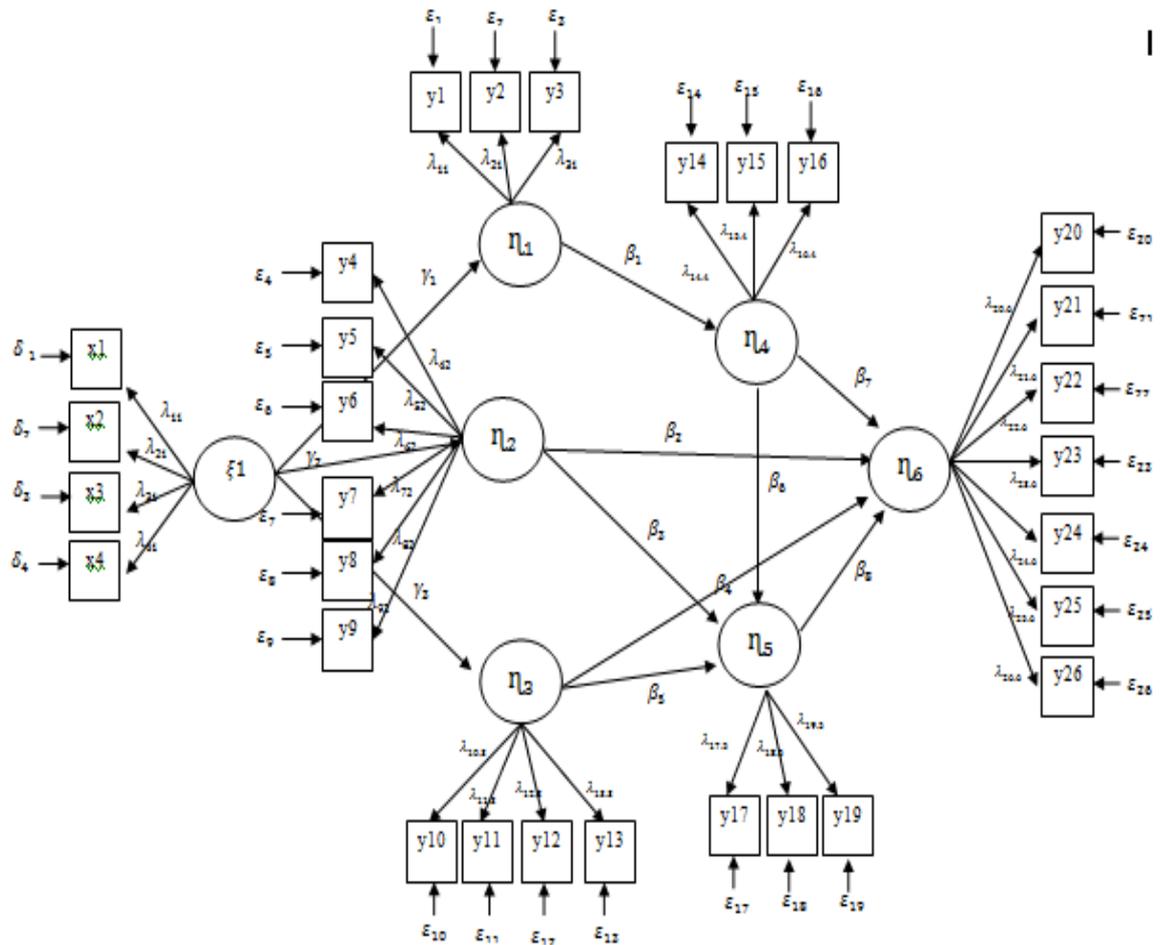
dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif, kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif, pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif, pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif, partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif, kebijakan pemerintah tentang program ASI eksklusif dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif, persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif dan persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif, ini berarti bahwa kebijakan pemerintah tentang program ASI eksklusif ada hubungan yang saling memberikan dampak, selain itu variabel-variabel tersebut membentuk suatu pola hubungan tertentu antara satu dengan yang lainnya. Pola hubungan antara variabel-variabel penelitian tersebut dapat dilihat pada Gambar 2.1 berikut ini.



Gambar 2.1. Kerangka berpikir model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif



Gambar 2.2. Model konseptual pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif



Gambar 2.3. Model persamaan struktural dan pengukuran

Keterkaitan antara masing-masing variabel penelitian

ξ_1 = Variabel eksogen (kebijakan pemerintah program ASI eksklusif)

x_1 = Sosialisasi PP No.33/2012 tentang ASI eksklusif

x_2 = Pemantauan sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui

x_3 = Fasilitasi tempat kerja dengan ruang menyusui

x_4 = Sumber daya manusia (fasilitator dan motivator)

η_1 = Variabel endogen (advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa)

y_1 = Dukungan tertulis berupa surat keputusan

y_2 = Penyediaan sarana prasarana

y_3 = Anggaran dana desa

η_2 = Variabel endogen (pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif)

y_4 = Identifikasi kebutuhan sebagai pembiayaan partisipasi masyarakat

y_5 = Pengawasan

y_6 = Pengendalian

y_7 = Kelembagaan

y_8 = Ketenagaan

y_9 = Kebijakan

η_3 = Variabel endogen (persepsi ibu terhadap program ASI eksklusif)

y_{10} = Nilai/norma sosial/subyektif

y_{11} = Pengetahuan

y_{12} = Perhatian

y_{13} = Harapan

η_4 = Variabel endogen (dukungan sumber daya peran dan tokoh masyarakat ke desa pada program ASI eksklusif)

y_{14} = Sarana

y_{15} = Motivasi

y_{16} = Tindakan

η_5 = Variabel endogen (partisipasi ibu pada program ASI eksklusif)

y_{17} = Sarana prasarana

y_{18} = Bentuk dana

y_{19} = Pikiran /ide/tenaga/bahan materi

η_6 = variabel endogen (sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif)

y_{20} = Penilaian kegiatan menyusui

y_{21} = Mengenal kesehatan ibu sendiri

y_{22} = Kepercayaan diri

y_{23} = Dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui

y_{24} = Optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui

y_{25} = Menyusui eksklusif enam bulan pertama kehidupan

y_{26} = Pemberian makanan bayi yang optimal

Keterangan simbol- simbol sebagai berikut:

λ (lambda) : Hubungan antara variabel laten eksogen ataupun endogen terhadap indikator-indikatornya

β (beta) : Hubungan langsung variabel endogen terhadap variabel endogen

x	: Indikator variabel eksogen
y	: Indikator variabel endogen
γ (gamma)	: Hubungan langsung variabel eksogen terhadap variabel endogen
ε (epsilon)	: Kesalahan pengukuran pada variabel endogen
δ (delta)	: Kesalahan pengukuran pada variabel eksogen
η (eta)	: Variabel laten endogen (variabel dependen, dan juga dapat menjadi variabel independen pada persamaan lain)
ξ (ksi)	: Variabel laten eksogen (variabel independen)
ζ (zeta)	: Kesalahan dalam persamaan yaitu antara variabel eksogen dan atau endogen terhadap variabel endogen

Gambar 2.3 di atas dapat dinyatakan dalam 3 bentuk persamaan, yakni: (1) persamaan pengukuran variabel eksogen; (2) persamaan pengukuran variabel endogen; dan (3) persamaan pengukuran struktural. Ketiga bentuk persamaan tersebut disajikan berikut ini.

1. Persamaan pengukuran variabel eksogen:

$$x_1 = \lambda_{1.1} \xi_{1+} \delta_1$$

$$x_2 = \lambda_{2.1} \xi_{1+} \delta_2$$

$$x_3 = \lambda_{3.1} \xi_{1+} \delta_3$$

$$x_4 = \lambda_{4.1} \xi_{1+} \delta_4$$

2. Persamaan pengukuran variabel endogen:

$$y_1 = \lambda_{1.1} \eta_1 + \varepsilon_1$$

$$y_2 = \lambda_{2.1} \eta_1 + \varepsilon_2$$

$$y_3 = \lambda_{3.1} \eta_1 + \varepsilon_3$$

$$y_4 = \lambda_{4.2} \eta_2 + \varepsilon_4$$

$$y_5 = \lambda_{5.2} \eta_2 + \varepsilon_5$$

$$y_6 = \lambda_{6.2} \eta_2 + \varepsilon_6$$

$$y_7 = \lambda_{7.2} \eta_2 + \varepsilon_7$$

$$y_8 = \lambda_{8.2}\eta_2 + \varepsilon_8$$

$$y_9 = \lambda_{9.2}\eta_2 + \varepsilon_9$$

$$y_{10} = \lambda_{10.3}\eta_3 + \varepsilon_{10}$$

$$y_{11} = \lambda_{11.3}\eta_3 + \varepsilon_{11}$$

$$y_{12} = \lambda_{12.3}\eta_3 + \varepsilon_{12}$$

$$y_{13} = \lambda_{13.3}\eta_3 + \varepsilon_{13}$$

$$y_{14} = \lambda_{14.4}\eta_4 + \varepsilon_{14}$$

$$y_{15} = \lambda_{15.4}\eta_4 + \varepsilon_{15}$$

$$y_{16} = \lambda_{16.4}\eta_4 + \varepsilon_{16}$$

$$y_{17} = \lambda_{17.5}\eta_5 + \varepsilon_{17}$$

$$y_{18} = \lambda_{18.5}\eta_5 + \varepsilon_{18}$$

$$y_{19} = \lambda_{19.5}\eta_5 + \varepsilon_{19}$$

$$y_{20} = \lambda_{20.6}\eta_6 + \varepsilon_{20}$$

$$y_{21} = \lambda_{21.6}\eta_6 + \varepsilon_{21}$$

$$y_{22} = \lambda_{22.6}\eta_6 + \varepsilon_{22}$$

$$y_{23} = \lambda_{23.6}\eta_6 + \varepsilon_{23}$$

$$y_{24} = \lambda_{24.6}\eta_6 + \varepsilon_{24}$$

$$y_{25} = \lambda_{25.6}\eta_6 + \varepsilon_{25}$$

$$y_{26} = \lambda_{26.6}\eta_6 + \varepsilon_{26}$$

3. Persamaan struktural:

$$\eta_1 = \gamma_1 \xi_1 + \zeta_1$$

$$\eta_2 = \gamma_2 \xi_1 + \zeta_2$$

$$\eta_3 = \gamma_3 \xi_1 + \zeta_3$$

$$\eta_4 = \beta_2 \eta_1 + \zeta_4$$

$$\eta_5 = \beta_3 \eta_2 + \beta_5 \eta_3 + \beta_6 \eta_4 + \zeta_5$$

$$\eta_6 = \beta_2 \eta_2 + \beta_4 \eta_3 + \beta_7 \eta_4 + \beta_8 \eta_5 + \zeta_6$$

Saling keterkaitan atau hubungan antara masing-masing variabel penelitian dapat dijelaskan berikut ini.

1. Hubungan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa

Advokasi merupakan suatu proses atau kegiatan yang hasil akhirnya adalah diperolehnya dukungan para pembuat keputusan terhadap program kesehatan yang ditawarkan atau diusulkan. Dalam proses ini antara lain ada tahap persiapan menyusun bahan atau materi atau instrumen advokasi. Tahap pelaksanaan advokasi sangat tergantung dari metode atau cara advokasi. Cara advokasi yang paling sering digunakan adalah lobi dan seminar atau presentasi, tahap penilaian: untuk menilai atau mengevaluasi keberhasilan advokasi. Penilaian menggunakan indikator *software* dan *hardware*. Indikator *software* berupa undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan daerah, keputusan menteri, surat gubernur atau bupati, MOU, sedangkan *hardware* berupa meningkatkan anggaran kesehatan dalam APBN, meningkatkan anggaran untuk program yang diprioritaskan, adanya bantuan peralatan sarana atau prasarana program. Keberhasilan suatu program kesehatan, sering disebabkan oleh karena kurang atau tidak adanya dukungan dari para pembuat keputusan, baik di tingkat nasional maupun lokal (provinsi, kabupaten atau kecamatan). Akibat kurang adanya dukungan tersebut adalah rendahnya advokasi anggaran untuk program kesehatan, kurangnya sarana dan prasarana, tidak adanya kebijakan yang menguntungkan bagi kesehatan, dan sebagainya, sehingga program kesehatan (ASI eksklusif) terhambat cakupannya (Kemenkes RI, 2011).

Advokasi merupakan upaya persuasi yang mencakup kegiatan penyadaran, rasionalisasi, argumentasi, dan rekomendasi tindak lanjut mengenai suatu hal. Tujuan utama advokasi yaitu komitmen politik, baik kekuasaan eksekutif maupun legislatif. Dukungan kebijakan ini berupa undang-undang, peraturan pemerintah atau peraturan daerah, surat

keputusan pimpinan instansi, baik pemerintah maupun swasta, Instruksi atau surat edaran dari para pimpinan lembaga/instansi dan sebagainya, penerimaan sosial, dukungan adanya sistem kerja yang memasukkan unit pelayanan atau program kesehatan dalam suatu instansi atau sektor pembangunan (Notoatmodjo, 2005).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bayi di Negara Meksiko-Amerika 30% lebih mungkin menyusui selama minimal enam bulan di daerah dengan hukum yang melindungi waktu menyusui saat bekerja dan 20% lebih mungkin untuk menyusui selama enam bulan di daerah dengan ketentuan penegakan hukum yang memperbolehkan memompa ASI saat bekerja. Undang-undang mendukung menyusui secara signifikan relatif bermanfaat bagi perempuan Afrika-Amerika (Gagen *et al.*, 2014). Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa kebijakan pemerintah diduga berhubungan dan dapat menjelaskan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dalam pelaksanaan program ASI eksklusif.

2. Hubungan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif

Advokasi adalah upaya atau proses untuk memperoleh komitmen, seperti surat keputusan secara tertulis sebagai bentuk dukungan, yang dilakukan secara *persuasive* dengan menggunakan informasi termasuk penyediaan anggaran yang akurat dan tepat. Proses dan arah advokasi adalah dengan informasi yang tepat akan membutuhkan upaya atau proses, kemudian akan mendapatkan komitmen atau dukungan.

Didukung Rogers (1999), ide-ide baru produk dan praktik sosial yang tersebar dalam suatu masyarakat atau dari masyarakat ke masyarakat. Sumber daya manusia dan peran tokoh masyarakat mempunyai kedudukan penting dalam pembangunan tidak saja sebagai pengelola dan pelaku pembangunan tetapi pembangunan itu sendiri harus mampu memberikan manfaat dan perbaikan kehidupan kesejahteraan manusia. Oleh karenanya, keberhasilan pembangunan yang terpenting adalah perbaikan mutu hidup

yang diukur dalam indeks pembangunan manusia, sehingga hal ini diperlukan adanya advokasi kepada program ASI eksklusif di tingkat desa.

Gottlieb (1980) menyatakan bahwa dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasihat verbal atau non verbal, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat atau efek perilaku bagi pihak penerima dalam penelitian ini yaitu sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Sejalan dengan pernyataan Bishop (1995) yang mendefinisikan dukungan sosial sebagai bantuan atau pertolongan yang diterima oleh seseorang dari interaksinya dengan orang lain termasuk pada penerimaan dukungan yang berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif. Rook (1987) mendefinisikan dukungan sosial sebagai salah satu fungsi pertalian sosial yang menggambarkan tingkat dan kualitas umum dari hubungan interpersonal yang akan melindungi individu dari konsekuensi stres. Dukungan sosial yang diterima dapat membuat individu merasa tenang, diperhatikan, timbul rasa percaya diri dan kompeten. Tersedianya dukungan sosial akan membuat individu merasa dicintai, dihargai dan menjadi bagian dari kelompok. Senada dengan pendapat di atas, beberapa ahli (Wills *et al.* 1984 *cit.* Sarafino 1998) menyatakan bahwa individu yang memperoleh dukungan sosial akan meyakini bahwa ia dicintai, dirawat, dihargai, berharga dan merupakan bagian dari lingkungan sosialnya, termasuk pada kondisi ibu menyusui.

Penerimaan suatu program oleh masyarakat termasuk program ASI eksklusif dipengaruhi oleh dukungan melalui advokasi dari sasaran utama program. Apabila suatu program telah memperoleh komitmen politis dan dukungan kebijakan maka langkah selanjutnya mensosialisasikan program untuk memperoleh dukungan masyarakat, dengan diikuti mekanisme dan prosedur kerja yang jelas untuk mendukungnya (Kemenkes RI, 2012). Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa diduga berhubungan dan dapat menjelaskan

dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dalam pelaksanaan program ASI eksklusif.

3. Hubungan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif

Dukungan suami diduga berhubungan dengan program ASI eksklusif. Penelitian pada keluarga Afrika Amerika menemukan bahwa pendidikan menyusui diarahkan yang pada ayah menemukan peningkatan 20% dalam angka menyusui, menunjukkan bahwa pengaruh ayah terhadap ibu dalam praktik pemberian makan yang hal ini penting dalam pengambilan keputusan tentang awal menyusui, didukung oleh penelitian Tan (2011) dan penelitian Ingram (2013). Dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat antara lain adalah tindakan terhadap program ASI eksklusif, motivasi, dan sosial *support*.

Sebuah studi kualitatif menjelaskan bahwa menyusui merupakan upaya tim antara ibu dan suami mereka. Dukungan masyarakat melalui tokoh masyarakat merupakan salah satu dukungan sumber daya untuk menyusui dengan sukses. Berbagai peran dan dukungan emosional dari masyarakat antara lain dapat meningkatkan kepercayaan diri seorang ibu dalam menyusui. Meskipun menyusui adalah tanggung jawab ibu, tetapi dukungan dari suami dan masyarakat yaitu kesempatan untuk memberdayakan ibu untuk melanjutkan menyusui (Tohotoa *et al.* 2009). Di sisi lain, dukungan emosional yang ibu dapatkan dari suami atau ayah bayi, orangtua, dan teman-teman, memiliki korelasi langsung dengan menyusui (Tarkka *et al.* 1998), pengaruh interpersonal keluarga (orangtua, saudara, atau pasangan), teman sebaya, dan penyedia layanan kesehatan. Mereka dapat mempengaruhi peningkatan atau penurunan komitmen untuk terlibat dan melakukan praktik pemberian ASI eksklusif. Pengaruh interpersonal meliputi; nilai/norma sosial subyektif, tindakan atau harapan dari orang yang signifikan, dukungan sosial dalam perilaku *instrumental* dan *emotional*, motivasi, *social support*, dan panutan sebagai proses belajar melalui pengamatan dari orang lain untuk terlibat dalam dan

melakukan perilaku pemberian ASI eksklusif. Pengaruh interpersonal secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi kesehatan mempromosikan perilaku, melalui tekanan sosial untuk memiliki komitmen untuk rencana aksi. Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa dukungan keluarga/suami/tokoh masyarakat diduga berhubungan dan dapat menjelaskan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.

4. Hubungan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif

Faktor kebijakan dihubungkan dengan persepsi ibu dalam program ASI eksklusif sebagai suatu hal eksternal yang dapat menumbuhkan tanggapan (penerimaan) yang dapat diproses oleh seseorang melalui panca indera untuk mengetahui hal-hal terkait ASI eksklusif yang positif atau negatif untuk dapat dipersepsikan dan masing-masing orang berbeda, dengan adanya perhatian seseorang akan membentuk perbedaan dalam mempersepsikannya. Kebijakan (program ASI eksklusif) dianggap oleh ibu hal yang baru atau sudah pernah diterima melalui sosialisasi sebagai faktor eksternal yang mempengaruhi seseorang dalam mempersepsikan suatu kebijakan.

Persepsi merupakan salah satu aspek psikologis yang penting bagi manusia dalam merespon kehadiran berbagai aspek dan gejala di sekitarnya. Persepsi mengandung pengertian yang sangat luas, menyangkut internal dan eksternal. Berbagai ahli telah memberikan definisi yang beragam tentang persepsi, walaupun pada prinsipnya mengandung makna yang sama. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, persepsi adalah tanggapan (penerimaan) langsung dari sesuatu proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui panca inderanya.

Sunaryo (2004) syarat-syarat terjadinya persepsi adalah adanya obyek yang dipersepsikan, adanya perhatian yang merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam mengadakan persepsi, adanya

alat indera/reseptor yaitu alat untuk menerima stimulus, saraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus ke otak, yang kemudian sebagai alat untuk mengadakan respon.

Davenport (1998) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan informasi yang mengubah sesuatu atau seseorang karena informasi menjadi dasar seseorang untuk bertindak. Selain itu, juga seluruh kesadaran dan keterampilan yang digunakan individu digunakan untuk memecahkan masalah. Pengetahuan mencakup teori maupun praktis aturan sehari-hari atau petunjuk untuk bertindak. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain pendidikan, informasi/media, sosial budaya, ekonomi, lingkungan, pengalaman dan usia. Dan pengetahuan seseorang mempengaruhi persepsi. Dalam hal ini kebijakan dapat berpengaruh terhadap persepsi, kebijakan tentang ASI eksklusif dapat berpengaruh terhadap persepsi ibu menyusui.

Kebijakan berhubungan dengan persepsi dalam penelitian ini faktor kebijakan dihubungkan dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif sebagai suatu yang dapat menumbuhkan tanggapan atau penerimaan yang diproses oleh ibu menyusui melalui panca indera untuk mengetahui dari hal-hal yang terkait tentang program ASI eksklusif diterima dengan positif atau baik atau negatif yang dapat dipersepsikan masing-masing orang berbeda dan dengan adanya perhatian seseorang akan membentuk perbedaan dalam mempersepsikannya dan masing-masing orang tidak sama dalam mempersepsikan sesuatu. Adanya proses obyek tentang ASI eksklusif bagi seseorang dapat direspon. Kebijakan program ASI eksklusif dapat dipengaruhi oleh faktor internal seseorang antara lain dari perasaan/kejiwaan yang ada dari ibu, keluarga, kepribadian, harapan, tujuan, keadaan fisik tubuh seseorang, kondisi kejiwaan, minat dan motivasi. Faktor eksternal yang mempengaruhi seseorang memiliki persepsi terkait dengan ASI eksklusif yaitu adanya latar belakang keluarga, budaya, informasi yang pernah diperoleh sebelumnya, pengetahuan tentang ASI eksklusif, termasuk rumor-rumor yang diterima

dan apakah kebijakan tentang ASI eksklusif itu dianggap hal yang baru atau sudah pernah diterima sebagai masukan atau sebagai sosialisasi yang pernah diterima oleh ibu menyusui. Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa kebijakan pemerintah diduga berhubungan dan dapat menjelaskan persepsi ibu dalam pelaksanaan program ASI eksklusif.

5. Hubungan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif

Upaya yang penting untuk mempertahankan tindakan promosi kesehatan melalui partisipasi yaitu promosi kesehatan tidak hanya meliputi tindakan yang diarahkan untuk memperkuat dasar keterampilan dan kapasitas individu hidup, tetapi juga untuk mempengaruhi, mendasari sosial, kondisi ekonomi dan lingkungan fisik yang berdampak pada kesehatan. Sejalan dengan yang dikemukakan WHO (1998) promosi kesehatan diarahkan untuk menciptakan kondisi, menawarkan kesempatan yang lebih baik untuk menjadi hubungan antara upaya individu dan kelompok serta hasil kesehatan selanjutnya.

Indikator yang menjelaskan tentang pemberdayaan kesehatan menurut WHO (2009) yaitu (a) membangun kapasitas promosi kesehatan, (b) penguatan sistem kesehatan, (c) kemitraan dan kerjasama lintas sektor, (d) pemberdayaan masyarakat, serta (e) sadar sehat dan perilaku sehat

Hal lain tentang pemberdayaan masyarakat sebagai upaya atau proses yang bertujuan untuk (1) menumbuhkan kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan individu, kelompok dan masyarakat, (2) menimbulkan kemauan yang merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan atau sikap untuk meningkatkan kesehatan mereka, dan (3) menimbulkan kemampuan masyarakat untuk mendukung terwujudnya tindakan atau perilaku sehat (Notoatmodjo, 2007).

Dijelaskan pula ada tiga upaya dalam setiap pemberdayaan masyarakat meliputi: bina manusia, bina usaha, dan bina lingkungan. (1) Bina manusia, merupakan upaya yang pertama dan utama yang harus diperhatikan dalam setiap upaya pemberdayaan masyarakat. Hal ini

dilandasi oleh pemahaman bahwa tujuan pembangunan yaitu untuk memperbaiki mutu hidup atau kesejahteraan manusia, (2) Bina usaha, menjadi suatu upaya penting dalam setiap pemberdayaan, (3) Bina lingkungan, sering dimaknai menyangkut pelestarian sumberdaya alam dan lingkungan hidup (Mardikanto, 2010).

Slamet (2000) timbulnya partisipasi masyarakat dalam pembangunan dipengaruhi oleh kemauan, kesempatan yang mendorong tumbuhnya minat dan sikap untuk termotivasi berpartisipasi. Manfaat yang dapat dirasakan atas partisipasi dalam kehidupan seseorang dipengaruhi faktor kebutuhan, harapan, motivasi dan reward. Keberhasilan suatu program pembangunan sangat ditentukan dengan adanya partisipasi di masyarakat, yang dimaksud partisipasi adalah keikutsertaan masyarakat dalam kegiatan-kegiatan. Partisipasi merupakan bentuk khusus dari suatu interaksi, komunikasi, dan hak warga untuk mendapatkan peningkatan taraf kehidupannya. Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa pemberdayaan ibu menyusui diduga berhubungan dan dapat menjelaskan partisipasi ibu dalam pelaksanaan program ASI eksklusif.

6. Hubungan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif

Menurut Soetomo (1990), partisipasi anggota dalam kelompok dipengaruhi oleh keterbukaan pengurus dalam aktivitas, penugasan anggota, regenerasi pengurus dan pengawasan aktivitas kelembagaan, termasuk sarana, bentuk, kontribusi pikiran/ide, materi dan ketenagaan. Sejalan dengan pendapat Mardikanto (2013) yang mengemukakan bahwa keberhasilan pemberdayaan ibu menyusui sangat ditentukan oleh kemampuan kelembagaan dalam memberikan bimbingan kepada masyarakat dan tingkat partisipasi masyarakat. Pengaruh langsung jika mampu meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan di masyarakat dan pengaruh tidak langsung jika partisipasi mampu mendorong perubahan perilaku melalui sikap ibu menyusui dalam menghadapi kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif. Menurut

WHO (2009) tingkat partisipasi sangat tergantung pada kondisi yang mampu diciptakan untuk mendorong partisipasi.

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi partisipasi karena adanya pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif dan adanya peran kader dan tokoh masyarakat sebagai pendukung kegiatan pada program ASI eksklusif. Menurut Kemenekes RI (2012) bahwa tokoh masyarakat adalah anggota masyarakat yang dianggap sebagai tokoh yang berpengaruh termasuk kader kesehatan yang ada di masyarakat.

Pendapat Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa tokoh masyarakat adalah jembatan antara sektor kesehatan dengan masyarakat, keterlibatan tokoh masyarakat sebagai pendukung kegiatan sangat dibutuhkan. Bentuk-bentuk partisipasi yang bisa memberikan kontribusinya antara lain dalam bentuk sarana, bentuk kegiatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta kontribusi pikiran/ide materi dan ketenagaan yang berasal dari masyarakat, sehingga dengan partisipasi masyarakat yang meningkat termasuk ibu menyusui akan bermanfaat dalam pengambilan keputusan yang dibutuhkan. Partisipasi ibu menyusui yang didukung dari sumber daya dan peran tokoh masyarakat dapat mendukung program lebih sukses meningkatkan capaian program ASI eksklusif dan pemberdayaan ibu menyusui, sehingga akan mampu meningkatkan partisipasi yang dilakukan.

Sukses suatu program tergantung aktif tidaknya partisipasi masyarakat (Sutopo, 1996). Program ASI eksklusif dicanangkan dalam rangka membangun masyarakat Indonesia melalui tumbuh kembang anak yang berkualitas. Apabila ditangani dengan serius anak tidak mendapatkan ASI eksklusif akan berdampak pada masalah sosial yang kompleks (Roesli, 2008). Status peran kepercayaan tokoh masyarakat sebagai pemimpin lokal, orang yang mempunyai pandangan selektif karena tahu kondisi setempat ditentukan kepercayaan yang dimiliki untuk menentukan dukungan terhadap kebijakan yang berlaku. Manusia itu obyek pembangunan dan sebagai subyek pembangunan, oleh karena itu di dalam

pembangunan perlu melibatkan intensif untuk berpartisipasi aktif dalam pembangunan (Mardikanto, 2013). Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat diduga berhubungan dan dapat menjelaskan partisipasi ibu dalam pelaksanaan program ASI eksklusif.

7. Hubungan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Pemberdayaan masyarakat mengandung *learning organization* sebagai metode untuk menjadikan kekuatan individu sebagai kekuatan bersama. Mardikanto (2014) mengemukakan perlunya dibangun *learning organization* (organisasi pembelajaran) yang menitikberatkan pada pengembangan kemampuan untuk menciptakan organisasi pemberdayaan bersama.

Pemberdayaan terhadap individu telah dilakukan pada setiap petugas kesehatan, puskesmas terhadap ibu menyusui yang datang memanfaatkan pelayanan puskesmas melalui bina suasana, mendorong individu, ibu menyusui dan keluarga serta masyarakat untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif. Ibu menyusui berperan aktif dalam upaya penyelenggaraan kesehatan, juga kondisi di masyarakat menunjukkan seseorang akan terdorong untuk mau melakukan menyusui ASI eksklusif yang dikenalkan dari lingkungan sosial, keluarga, kelompok pendukung ASI dan kelompok pendukung ibu untuk proses pemberdayaan ibu menyusui khususnya untuk masyarakat dalam peningkatan dari fase tahu ke fase mau, juga dalam membentuk komitmen-komitmen.

Komunikasi yang berarti berpartisipasi atau memberitahukan, dengan demikian membentuk komunikasi sebagai aktifitas yang menekankan hubungan atau dukungan, tahapan mulai dari paham, penajakan, penggiatan dan pengintegrasian selanjutnya adanya pengikatan melalui pembiayaan, pengawasan, pengorganisasian, kelembagaan, ketenagaan dan kebijakan-kebijakan (Jamil, 2007). Pemberdayaan adanya promosi yang menunjukkan informasi. Hal tersebut dapat menjelaskan

bahwa kebijakan pemerintah diduga berhubungan dan dapat menjelaskan pemberdayaan ibu menyusui dalam pelaksanaan program ASI eksklusif.

8. Hubungan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif

Notoatmodjo (2007) menyebutkan pemberdayaan masyarakat ialah upaya atau proses yang bertujuan untuk: (1) menumbuhkan kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman atau kesehatan individu, kelompok dan masyarakat, (2) menimbulkan kemauan yang merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan atau sikap untuk meningkatkan kesehatan mereka, (3) menimbulkan kemampuan masyarakat untuk mendukung terwujudnya tindakan atau perilaku sehat.

Pemberdayaan masyarakat menurut Kemenkes RI (2005) meningkatnya perilaku sehat individu, keluarga dan masyarakat dan berperan aktif dalam setiap gerakan kesehatan masyarakat melalui upaya promosi kesehatan. Strategi pemberdayaan merupakan pemberian informasi dan pendampingan dalam usaha menanggulangi kesehatan guna membantu individu, keluarga atau kelompok dengan mendorong kerjasama nasional, global antar orang, kelompok serta lembaga dalam pembangunan yang berwawasan kesehatan.

Didukung oleh teori Azwar (2015) bahwa stimulus suatu komunikasi tertentu yang berupa perubahan sikap akan dipengaruhi oleh sejauh mana komunikasi itu diperhatikan, dipahami dan diterima sehingga menimbulkan respons (perubahan sikap) termasuk sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif. Tujuan untuk mencapai perubahan sikap, perhatian komunikator dipusatkan pada bagaimana cara yang harus ditempuh agar masing-masing langkah dalam proses persuasi terjadi dalam diri subjek yang ingin diubah sikapnya.

Didukung pula oleh teori Azwar (2015) bahwa sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek dengan cara tertentu. Sikap menunjukkan kesetujuan atau ketidaksetujuan terhadap sesuatu atau suka atau tidak suka terhadap sesuatu. Ibu menyusui memiliki sikap yang baik

terhadap ASI eksklusif dan dapat disebabkan oleh kepercayaan yang positif yang dimiliki oleh ibu. Hal ini dapat dimungkinkan oleh adanya kepercayaan positif yang dimiliki oleh ibu menyusui. Kepercayaan terhadap sesuatu bersifat negatif menimbulkan sikap yang negatif juga. Didukung oleh Wawan (2010) menyatakan bahwa individu mempunyai dampak untuk ingin mengerti dengan pengalaman-pengalaman seperti pada pemberian ASI eksklusif. Elemen-elemen dari pengalaman yang tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh ibu menyusui akan disusun kembali atau diubah. Hal ini bisa diterima ibu dari pemberdayaan yang ada di masyarakat.

Teori Brech (2010) menyatakan bahwa prinsip pemberdayaan masyarakat adalah meliputi pengembangan harga diri, pengembangan profesional mengajarkan untuk mengambil resiko yang tepat, membangun budaya dan kepercayaan diri menunjukkan bahwa pemberdayaan ibu menyusui memiliki hubungan.

Pendapat Antoni (1992) sikap diri seseorang yang dapat menerima kenyataan adalah keyakinan, kesadaran diri, berfikir positif, kemandirian, memiliki konsep diri, harga diri, kelekatan fisik, pengalaman hidup, kesuksesan memiliki peran lingkungan dalam keluarga yang menunjukkan sikap dipengaruhi oleh pemberdayaan termasuk sikap ibu menyusui. Menurut Ife (2008) bahwa pemberdayaan meliputi penyadaran, pencerahan, pengkapasitasan, pemberian daya atau kuasa. Hal ini menunjukkan adanya pengaruh atau dampak dengan sikap ibu menyusui.

Menurut Kemenkes RI (2011a) bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan pemberian informasi dan pendampingan dalam usaha menanggulangi kesehatan, untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat. Menurut Mardikanto (2009), yang menyatakan bahwa indikator masyarakat yang berdaya adalah memiliki kemampuan menyiapkan perencanaan dari bawah. Hal ini menunjukkan bahwa sikap ibu dapat dipengaruhi oleh kemampuan masyarakat yang berdaya. Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa pemberdayaan ibu menyusui diduga

berhubungan dan dapat menjelaskan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif.

9. Hubungan persepsi pada program ASI eksklusif dengan partisipasi pada program ASI eksklusif

Menurut Hidayat (2009) bahwa persepsi merupakan tanggapan atau penerimaan langsung dari sesuatu atau proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui panca inderanya. Hal yang baru bagi ibu menyusui terkait dengan ASI eksklusif dipersepsikan sebagai suatu tanggapan yang ditafsirkan atau dipahami sebagai daya pikir ibu menyusui melalui rangsangan motivasi, informasi, sosialisasi yang diikuti dengan nilai-nilai yang dipahami serta niat yang merupakan penghayatan pada dirinya sebagai upaya melalui pengetahuan, harapan dan perhatian sebagai informasi yang diterima serta pengalaman yang diterima. Hal tersebut mempengaruhi persepsi sebagai pengalaman, proses belajar, pengetahuan, niat, harapan dan budaya yang menjadi pertimbangan sebagai faktor eksternal. Sehingga seorang ibu menyusui akan bertindak setelah mereka mengembangkan nilai mengadopsi secara positif, memiliki sikap perilaku dengan melihat sebuah norma dan kepercayaan untuk memiliki kemampuan bertindak untuk berpartisipasi (Ajzein, 1988).

Tinggi rendahnya tingkat persepsi seseorang mendasari tingkat peran serta dalam kegiatan di masyarakat (Berlo, 1960). Persepsi seseorang sangat tergantung pada banyak faktor yang membentuk pengalaman dalam kehidupan masyarakat itu sendiri. Dalam kaitannya program ASI eksklusif sebagai usaha pemerintah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui anak yang kuat, anak yang sehat, mandiri, sesuai pada undang-undang dasar 1945 maka partisipasi aktif warga masyarakat juga akan sangat ditentukan oleh persepsi terhadap program ASI eksklusif yang dipengaruhi oleh nilai/norma sosial/subyektif, pengetahuan, perhatian, harapan yang ada pada ibu menyusui. Kecenderungan orang berbeda kebutuhan, motif, minat, terbentuknya persepsi cenderung menuntut kebutuhan niat latar belakang masing-masing (Myes, 2014).

Menurut Smet (1994) persepsi merupakan cara kerja atau proses yang rumit dan aktif, karena tergantung pada sistem sensoris dan otak. Bagi manusia persepsi merupakan suatu kegiatan yang fleksibel yang dapat menyesuaikan diri secara baik terhadap masukan yang berubah-ubah. Persepsi manusia mempunyai kemampuan menyesuaikan diri dengan baik terhadap lingkungan budaya. Karena kebudayaan dinyatakan sebagai segala sesuatu yang berhubungan erat dengan perilaku manusia dan kepercayaannya antara lain agama, pendidikan, struktur sosial, ekonomi. Kondisi kehidupan seseorang sangat mempengaruhi persepsi pada setiap peristiwa sosial. Partisipasi yang bersifat aktif memerlukan kesadaran masyarakat terkait dengan ASI eksklusif, juga memerlukan keterlibatannya. Hubungan dengan keterlibatan persepsi yang negatif menimbulkan tingkat partisipasi yang rendah. Persepsi akan positif bila sesuai dengan kebutuhan, dan yang negatif bila bertentangan dengan kebutuhan (Sugihartono, 2007). Timbulnya partisipasi merupakan ekspresi perilaku manusia untuk melakukan suatu tindakan (Korten, 1993). Dorongan individu yang membuat orang berpartisipasi meliputi iklim lingkungan, tingkat pendidikan, pengalaman, dan persepsi.

Partisipasi itu sendiri menurut Purwodarminta (2005) yaitu suatu kegiatan peran sertanya dalam suatu program. Selanjutnya partisipasi merupakan proses aktif yang mengkondisikan seseorang turut serta dalam suatu kegiatan yang dipengaruhi oleh persepsi positif. Namun demikian partisipasi sangat dipengaruhi oleh ide/pikiran, kondisi ekonomi, sarana prasarana dalam bentuk sosiologis. Seseorang bila mempunyai latar belakang budaya/nilai/norma sosial/subyektif, pengetahuan, perhatian, harapan yang berbeda-beda, oleh karena itu partisipasi masyarakat akan berbeda-beda pula bentuknya.

Kehidupan kemasyarakatan keikutsertaan seseorang dalam berbagai aktifitas sosial merupakan suatu keharusan terutama masyarakat pedesaan, keluarga sebagai bagian dari individu dapat melakukan interaksi sosial meliputi kegiatan-kegiatan posyandu, dasa wisma, partisipasi

dengan adanya persepsi seseorang melalui harapan dan kebutuhan seseorang tentang pentingnya ASI eksklusif merupakan upaya yang dapat meningkatkan partisipasi. Bila seseorang memiliki pengetahuan, pengalaman, motif, minat yang berbeda akan menimbulkan partisipasi yang berbeda pula. Seseorang memiliki persepsi sebagai suatu proses pengalaman dalam penginderaan sering berbeda satu dengan yang lain dikarenakan dipengaruhi oleh faktor yang memfasilitasi seseorang terkait dengan kesadaran, pemahaman, pengambilan bagian, dalam hal ini yaitu seseorang berpartisipasi (Asngari, 2003).

Keikutsertaan seseorang di dalam kelompok sosial untuk mengambil bagian dari kegiatan masyarakat (Teodorson, 1969). Hal ini dipengaruhi oleh persepsi seseorang yang didasari pengetahuan, pengalaman, harapan, perhatian, nilai/norma sosial/subyektif yang dianut seseorang sebagai persepsi yang positif atau negatif yang berpengaruh langsung pada partisipasi. Seseorang dapat melakukan tindakan untuk mengambil bagian dari kegiatan dengan maksud memperoleh manfaat, hal ini sangat dipengaruhi oleh persepsi terhadap obyek, dalam hal ini adalah ASI eksklusif (Mardikanto, 2009). Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa persepsi ibu diduga berhubungan dan dapat menjelaskan partisipasi ibu dalam pelaksanaan program ASI eksklusif.

10. Hubungan persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif

Rogers (1999) menyatakan bahwa sebelum orang menirukan sikap baru dalam dirinya ada proses yaitu penyadaran dari persepsi terlebih dahulu, memulai tertarik dan melakukan evaluasi dengan mempertimbangkan keadaan baik buruknya hal yang baru (ASI eksklusif) kemudian mencoba dan selanjutnya mampu beradaptasi berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, persepsi, kesadaran dan sikap.

Menurut *theory planed behavior* (Ajzen, 1988) menyatakan bahwa keyakinan yang akhirnya akan menentukan niat adalah keyakinan mengenai tersedia tidaknya kesempatan dan sumber yang diperlukan.

Keyakinan dapat berasal dari pengalaman dengan perilaku yang bersangkutan di masa lalu, dapat dipengaruhi oleh informasi, persepsi dan dapat dipengaruhi faktor-faktor lain yang mengurangi atau menambah kesan kesulitan untuk melakukan perbuatan yang bersangkutan. Dengan demikian, perilaku manusia tidaklah sederhana untuk dipahami dan diprediksikan.

Niat seseorang terhadap menyusui dapat memberikan keberhasilan menyusui eksklusif. Keberhasilan menyusui dapat dipengaruhi oleh penilaian kegiatan menyusui, mengenal kesehatan ibu sendiri, kepercayaan diri, dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui, optimalisasi menyusui, menyusui eksklusif enam bulan, dan pemberian makanan bayi yang optimal. Manusia memiliki niat yang positif dan negatif, oleh karena itu setiap orang akan melakukan pemenuhan kebutuhan termasuk menyusui ASI eksklusif. Sikap membentuk perilaku, perilaku manusia dapat dilihat dari aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan. Perilaku seseorang terdiri dari tiga bagian penting yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Kognitif diukur dari pengetahuan, afektif diukur dari sikap sedangkan psikomotor melalui tindakan atau praktik yang dilakukan.

Menurut Berlo (1960) seseorang membuat sendiri keputusan tentang apa yang akan diterima dan ditolaknya. Berlo menyusun persepsi seseorang yang mendukung keputusannya sebagai pengalaman atau nilai yang dianut yang tidak dapat dipisahkan dan saling berkaitan dalam kebutuhan dan persepsinya. Setiap kegiatan selalu melibatkan hubungan antar subyek dan membentuk suatu makna, makna akan menentukan kesanggupan seseorang untuk terlibat dan berpartisipasi pada kegiatan tertentu dalam masyarakat (Sutopo, 1996). Persepsi merupakan proses aktif dinamika yang terjadi pada diri seseorang pada saat ia menerima stimulus (program ASI eksklusif) dari lingkungan dengan melibatkan indera, emosional, dan aspek kepribadian lainnya, persepsi cenderung

berkembang dan berubah serta mendorong orang bersangkutan untuk menentukan sikap.

Persepsi yang dimiliki seseorang dapat menimbulkan sikap dimulai adanya informasi, pengetahuan yang dapat mengubah seseorang untuk bertindak atau bersikap. Ibu menyusui dapat bersikap dipengaruhi oleh pengetahuan, pendidikan, informasi, media sosial, budaya, ekonomi, lingkungan, pengalaman, usia, pengetahuan. Dengan dasar pengetahuan ibu berpengaruh terhadap persepsi ibu dan akan memberikan pengaruh percaya diri sehingga dapat memunculkan sikap seseorang. Masyarakat umumnya mempunyai posisi tawar lemah dalam pengambilan keputusan, lemah dalam pengetahuan, sikap dan keterampilan. Persepsi terhadap setiap upaya pembangunan atau perubahan yang ditawarkan termasuk pada program ASI eksklusif (Mardikanto, 2007).

Peran pengetahuan melalui pendidikan seseorang dapat menimbulkan perubahan perilaku. Pendidikan dapat timbul dari kebutuhan untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat tentang masalah yang dihadapi. Melalui promosi kesehatan dapat menekankan tindakan pencegahan melalui promosi kesehatan, tidak hanya mengubah perilaku individu, masyarakat dan lingkungan. Pendidikan kesehatan menekankan pada pembentukan pengalaman belajar untuk mempermudah timbulnya tindakan, khususnya pada pemberian ASI eksklusif atau perilaku hidup sehat (Green *et al.*, 1991).

Apabila terjadi stimulus dari luar yang lebih kuat, maka dalam diri seseorang tersebut akan terjadi ketidakseimbangan (*dissonance*). Bila akhirnya stimulus tersebut direspon positif (diterima dan dilakukannya), maka terjadi perilaku baru (hasil perubahan) dan akhirnya terjadi keseimbangan lagi. Demikian juga bila ada rangsangan dari luar misalnya kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif maka akan memberikan dampak terhadap persepsi seseorang yang diterima secara positif maupun negatif.

Bentuk-bentuk perubahan perilaku meliputi: (1) perubahan alamiah yaitu perubahan terjadi perubahan alam (lingkungan) secara alamiah, (2) perubahan terencana (*planned change*) yaitu perubahan memang direncanakan oleh yang bersangkutan; dan (3) kesiapan berubah (*readiness to change*), perubahan perilaku karena terjadinya proses internal, pada diri yang bersangkutan, ini terjadi berbeda-beda setiap individu.

Strategi perubahan perilaku meliputi 1) *inforcement*, yaitu perilaku dilakukan dengan paksaan, menggunakan peraturan atau perundangan, mendapatkan perubahan perilaku yang cepat namun tidak langgeng, dan 2) *education*, perubahan perilaku dilakukan melalui proses pembelajaran, mulai dari pemberian informasi dan penyuluhan, mendapatkan perubahan yang langgeng tetapi memakan waktu lama.

Hubungan antara sikap dan perilaku, pemahaman adanya keterkaitan nilai dan sikap, akan mendorong pemahaman apabila terjadi ketidakselarasan antara persepsi dan perilaku. Orang merasa nyaman apabila persepsi dan perilaku selaras. Seringkali sikap berubah dahulu baru perilaku. Apabila sikap dan perilaku konsisten ke arah melakukan perilaku diperlukan proses penguatan untuk mempertahankan perilaku tersebut. Apabila sikap positif dan perilaku tidak dilakukan perlu dikerjakan proses induksi yang ditujukan untuk meminimalkan atau menghilangkan halangan. Bila perilaku dilakukan namun sikap negatif, tindakan yang tepat adalah dilakukan rasionalisasi. Selanjutnya, bila tidak ada sikap dan perilaku, maka dilakukan proses konfrontasi. Perilaku dapat dimotivasi oleh psikologis internal dan lingkungan eksternal yang tentu saja dipengaruhi oleh komponen intelektual (kognitif) dan emosional (afektif) (Sheth *et al.* 1982). Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa persepsi ibu diduga berhubungan dan dapat menjelaskan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.

11. Hubungan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif

Menurut Green *et al.* (1980) perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Sikap dapat berubah bila ada keseimbangan. Partisipasi dapat memberikan dorongan untuk seseorang bersikap. *Social cognitive theory* menyatakan bahwa individu atau personal merupakan perilaku interpersonal dari tiga faktor utama kontribusi perubahan perilaku *self efficacy*, tujuan dan harapan.

Menurut Azwar (2015) bahwa sikap merupakan keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) bagi seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya, dan juga dinyatakan sikap adalah sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial atau respon terhadap stimulus sosial yang telah terkondisikan.

Keikutsertaan seseorang di dalam suatu aktifitas sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, sikap dan niat, pengetahuan terhadap manfaat ASI eksklusif akan mempengaruhi orang mempunyai sikap yang positif. Niat untuk ikut serta dalam suatu kegiatan sangat tergantung pada seseorang mempunyai sikap positif atau negatif dalam melakukan suatu kegiatan, adanya niat untuk melakukan suatu kegiatan yang akhirnya menentukan apakah kegiatan itu dilakukan atau tidak. Proses pembentukan perubahan sikap dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal individu. Partisipasi yang berfungsi mendorong ibu mau merubah sikap yang semula tidak memberikan ASI eksklusif menjadi melakukan pemberian ASI eksklusif. Hal ini dengan mengubah komponen afektif untuk meningkatkan kepercayaan positif yang dapat mengarah ke sikap dalam pemberian ASI eksklusif. Upaya yang mempengaruhi komponen afektif melalui pendekatan mengubah komponen perilaku melalui peningkatan pengetahuan yang dapat mengubah sikap, contohnya ibu

sudah berniat memberikan ASI eksklusif karena sibuk bekerja, ketidaktahuan, faktor budaya, tetapi setelah melihat temannya/tetangga berhasil memberikan ASI eksklusif akhirnya ia mampu melakukannya melalui perhatian, berdiskusi, bertanya, kemudian merubah sikap untuk mau memberikan ASI eksklusif. Selanjutnya mengubah komponen kognitif yang berfokus pada komponen kognitif dengan mengubah kepercayaan, perasaan, penalaran maka sikap akan berubah. Seorang ibu menyikapi terhadap program ASI eksklusif melalui dorongan atau hambatan untuk berperan dalam kegiatan di masyarakat, keadaan yang demikian sering terjadi akibat kurang lancarnya kegiatan sesuai dengan rencana sehingga menghambat capaian program (Sutopo, 1996).

Partisipasi yang terbangun dari masyarakat termasuk promosi kesehatan adalah partisipasi dalam membangun keyakinan diri seseorang terhadap perubahan keyakinan untuk memunculkan niat sehingga membuat perubahan sikap menuju perilaku ibu mau memberikan ASI eksklusif sesuai dengan *theory of planned behavior* (Ajzein, 1988). Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa partisipasi ibu diduga berhubungan dan dapat menjelaskan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.

C. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kajian teori dan kerangka berpikir, dirumuskan hipotesis penelitian berikut ini.

1. Indikator-indikator penentu model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.
 - a. Sikap (afektif, kognitif dan konatif) (Y1) penilaian kegiatan menyusui, (Y2) mengenal kesehatan ibu sendiri, (Y3) kepercayaan diri, (Y4) dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui, (Y5) optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui, (Y6) menyusui eksklusif enam bulan pertama kehidupan, (Y7) Pemberian makanan bayi yang optimal merupakan indikator yang valid.

- b. Sosialisasi PP No.33/2012 (X1), fasilitasi ruang menyusui (X2) 10 LMKM di fasilitas pelayanan kesehatan (X3), SDM (fasilitator, konselor, motivator) (X4), merupakan indikator sikap ibu terhadap kebijakan pemerintah terhadap program ASI eksklusif yang valid.
 - c. Dukungan surat keputusan (X5), penyediaan sarana prasarana (X6), anggaran dana desa (X7) merupakan indikator sikap ibu terhadap advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa yang valid.
 - d. Dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat desa (X8) Sarana prasarana, (X9) motivasi, (X10) tindakan, merupakan indikator dukungan masyarakat terhadap program ASI eksklusif yang valid.
 - e. Identifikasi kebutuhan sebagai pembiayaan partisipasi masyarakat (X11), pengawasan (X12), pengendalian (X13), kelembagaan (X14), ketenagaan (X15), kebijakan (X16), merupakan indikator sikap ibu terhadap pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif yang valid.
 - f. Nilai/norma sosial/subyektif (X17), pengetahuan (X18), perhatian (X19), harapan (X20) merupakan indikator persepsi ibu terhadap program ASI eksklusif yang valid.
 - g. Sarana (X21), bentuk dana (X22), pikiran/ide/tenaga/materi (X23), merupakan indikator partisipasi ibu pada program ASI eksklusif yang valid.
2. Ada hubungan positif antar variabel berikut ini.
- a. Ada hubungan positif antara respon ibu tentang kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa.
 - b. Ada hubungan positif antara respon ibu terhadap advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif.

- c. Ada hubungan positif antara respon ibu terhadap dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif.
- d. Ada hubungan positif antara respon ibu terhadap dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.
- e. Ada hubungan positif antara respon ibu terhadap kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.
- f. Ada hubungan positif antara respon ibu terhadap pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif.
- g. Ada hubungan positif antara respon ibu terhadap pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.
- h. Ada hubungan positif antara respon ibu terhadap kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif.
- i. Ada hubungan positif antara respon ibu terhadap persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.
- j. Ada hubungan positif antara respon ibu terhadap persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu menyusui pada pemberian ASI eksklusif.
- k. Ada hubungan positif antara respon ibu terhadap partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian adalah Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Pemilihan lokasi ini didasarkan atas pertimbangan bahwa cakupan program ASI eksklusif di Daerah Istimewa Yogyakarta belum memenuhi target cakupan program ASI eksklusif. Kabupaten Sleman dipilih karena di antara lima kabupaten/kota di DIY yang target cakupan paling tinggi adalah Sleman yaitu (84,6%).

Waktu penelitian dilaksanakan selama enam bulan. Dimulai dari bulan November 2015 sampai dengan April 2016. Tahap-tahap penelitian, rincian kegiatan setiap tahap, dan waktu yang diperlukan disajikan pada Lampiran 1.

B. Jenis Penelitian

Dilihat dari sumber datanya, penelitian ini termasuk penelitian *ex post facto* karena penelitian ini tidak membuat perlakuan atau mengondisikan terhadap variabel. Secara lebih spesifik bila dilihat dari bentuknya, penelitian ini termasuk penelitian korelasional, karena penelitian ini mengkaji dan mengungkap hubungan antar variabel penelitian. Apabila dilihat dari teknik pengumpulan datanya, penelitian ini menggunakan metode survei. Metode survei dirancang untuk memperoleh informasi tentang status gejala pada saat penelitian dilakukan. Tujuan untuk menggambarkan variabel atau kondisi yang terjadi pada suatu situasi. Metode penelitian menggunakan metode kuantitatif. Metode kuantitatif menyediakan kerangka penelitian, dengan alasan model pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan pada pelaksanaan program ASI eksklusif telah jelas dirumuskan berdasarkan tinjauan pustaka.

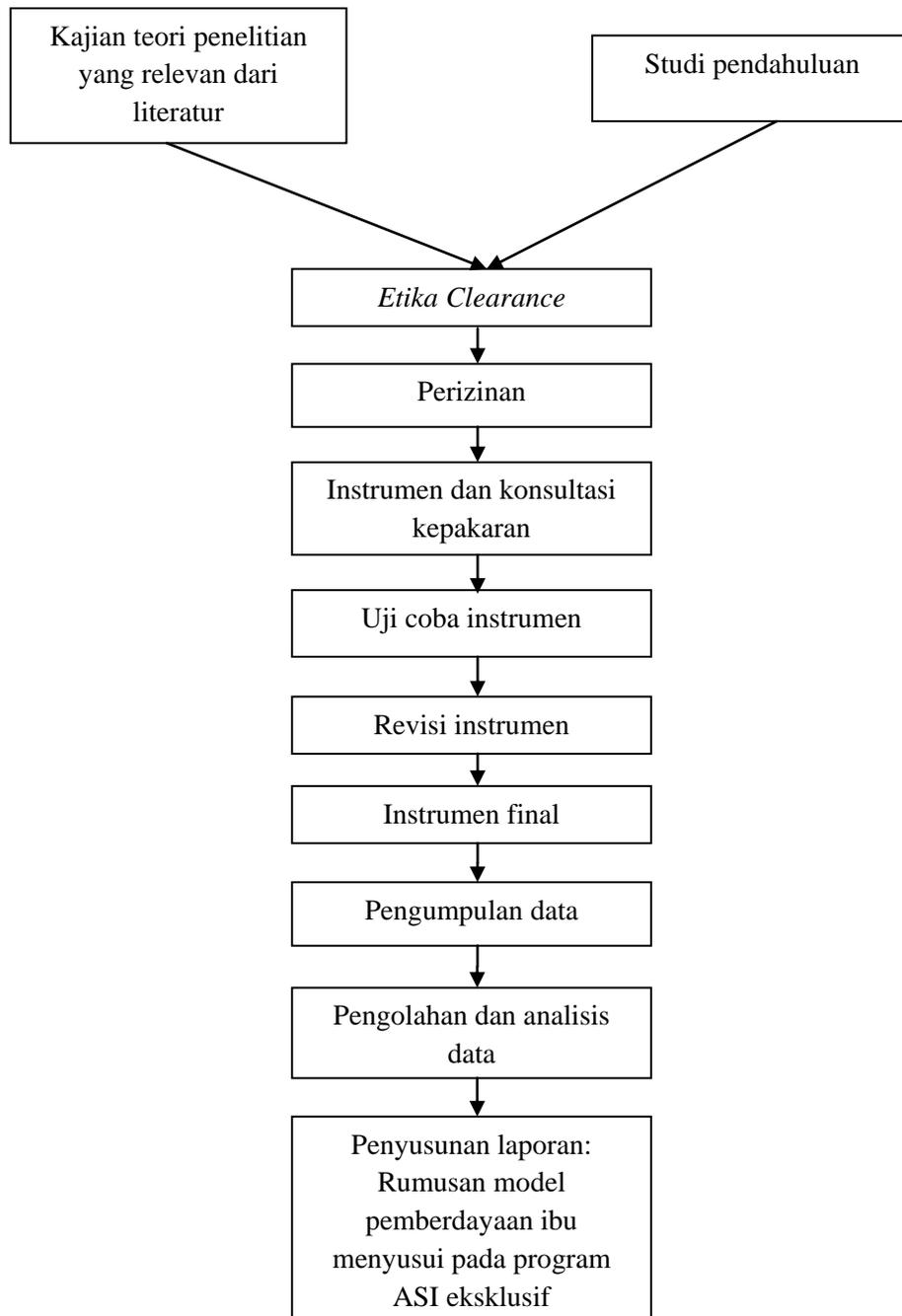
Penelitian ini menggunakan potong-lintang (*cross sectional*), yaitu pengukuran variabel eksogen (variabel bebas) dan variabel endogen (variabel

terikat) yang diteliti dilakukan pada suatu periode yang sama dan setiap subyek penelitian hanya dilakukan satu kali pengamatan selama penelitian. Penelitian ini melibatkan beberapa variabel, yaitu: kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif, advokasi penanggung jawab, dukungan sumber daya, peran tokoh masyarakat, pemberdayaan ibu menyusui, persepsi ibu, partisipasi ibu dan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.

Penelitian ini dilakukan dengan menerapkan dua langkah sebagai berikut.

1. Tinjauan pustaka (*literature review*), mencari dan merumuskan rujukan kepustakaan terkait dengan model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Hasil yang diperoleh adalah tersusunnya model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.
2. Penelitian kuantitatif dilakukan melalui penelitian survei dengan analisis *Structural Equation Modeling* (SEM). Sementara itu, analisis SEM menurut Ghazali (2015) adalah metode untuk menganalisis data kuantitatif dengan memberikan penilaian empirik dari pengaruh variabel dalam sistem kausal yang dihipotesiskan. Analisis SEM menjelaskan hubungan antar variabel dengan menyusun hubungan sebab akibat dan menguraikan koefisien korelasi di antara variabel tersebut, sehingga akan diketahui pengaruh langsung (*direct effect*) dan pengaruh tidak langsung (*indirect effect*) setiap variabel eksogen terhadap variabel endogen.

Langkah-langkah penelitian ini dapat dilihat pada Gambar 3.1 berikut.



Gambar 3.1. Langkah-langkah penelitian

C. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah semua ibu yang mempunyai anak usia lebih 6 sampai dengan 12 bulan. Di antara lima kabupaten/kota di DIY, wilayah yang memiliki cakupan ASI eksklusif paling tinggi adalah Kabupaten Sleman (80,6%), sehingga Kabupaten Sleman dipilih menjadi populasinya. Jumlah bayi di Daerah Istimewa Yogyakarta usia 0 sampai 6 bulan sebanyak 24.055 orang.

Teknik pengambilan sampel penelitian menggunakan cara *cluster proportional random sampling* di Kabupaten Sleman. Pengambilan sampel dilakukan dari anggota populasi ibu menyusui di Kabupaten Sleman terdiri dari 87 kelurahan dari 17 kecamatan. Masing-masing kecamatan ada keterwakilan secara *proportional sampling* dari 87 kelurahan yang dilakukan pada anggota populasi beragam dari masing-masing kelurahan yang memiliki perbedaan pada karakteristik ibu menyusui. Setiap *cluster* mempunyai anggota yang heterogen, yang menyerupai populasi sendiri (Gunawan, 2015).

Kriteria inklusi responden adalah ibu yang memiliki bayi umur lebih 6-12 bulan, melahirkan di fasilitas pelayanan (rumah sakit/puskesmas rawat inap/klinik/bidan praktik mandiri) di Kabupaten Sleman, dapat berkomunikasi dengan baik, bersedia menjadi responden, anak yang dilahirkan 1-3, pendidikan minimal SMP, usia ibu 20-35 tahun, anak yang dilahirkan normal atau melalui kelahiran *secsio caesaria* (SC), dan tinggal di desa setempat yang berada di kecamatan terpilih di Kabupaten Sleman. Kriteria eksklusi adalah ibu sedang menyusui sakit berat (tidak bisa bangun, tidak sadar, panas tinggi) dan bayi yang dilahirkan cacat bawaan yang mengganggu saat menyusui.

Penentuan pengukuran sampel menggunakan ukuran sampel minimum sebanyak lima observasi untuk setiap *estimated parameter* penelitian ini yang berjumlah 37 buah (37 *estimated* kali lima *observation*, sehingga sampel minimum 185 (Ferdinan, 2002). Tujuan penelitian ini adalah untuk menemukan indikator sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif dan indikator konstruk penentu sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif. Ditemukannya indikator sikap ibu dan

penentu sikap ibu, dapat ditentukan indikator yang dapat memberikan kontribusi yang paling tinggi untuk meningkatkan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif, kebijakan, advokasi, dukungan, pemberdayaan, persepsi dan partisipasi. Penelitian ini juga ingin menemukan model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Adapun daftar kecamatan dan kelurahan di Kabupaten Sleman sebagai berikut:

Tabel 3.1. Daftar Kecamatan dan Kelurahan di Kabupaten Sleman dan perhitungan penentuan sampel penelitian

No	Kecamatan	Jumlah kelurahan	Proportional perhitungan sampel	Sampel yang diambil
1	Berbah	4	$4/86 \times 185 = 8$	8
2	Cangkringan	5	$5/86 \times 185 = 11$	11
3	Depok	3	$3/86 \times 185 = 7$	7
4	Gamping	5	$5/86 \times 185 = 11$	11
5	Godean	7	$7/86 \times 185 = 16$	16
6	Kalasan	4	$4/86 \times 185 = 8$	8
7	Minggir	5	$5/86 \times 185 = 11$	11
8	Mlati	5	$5/86 \times 185 = 11$	11
9	Moyudan	4	$4/86 \times 185 = 8$	8
10	Ngaglik	6	$6/86 \times 185 = 13$	13
11	Ngemplak	5	$5/86 \times 185 = 11$	11
12	Pakem	5	$5/86 \times 185 = 11$	11
13	Prambanan	6	$6/86 \times 185 = 12$	12
14	Sayegan	5	$5/86 \times 185 = 11$	11
15	Sleman	5	$5/86 \times 185 = 11$	11
16	Tempel	8	$8/86 \times 185 = 17$	17
17	Turi	4	$4/86 \times 185 = 7$	7
	Jumlah	86		185

Cadangan/antisipasi apabila ada responden yang kurang memenuhi dalam kelengkapan pengisian instrumen ditambah 25% responden, sehingga pengambilan sampel dibulatkan menjadi 46 ditambah 185.

Ukuran sampel seperti dalam metode-metode statistik lainnya menghasilkan dasar untuk mengestimasi kesalahan sampling. Bila ukuran sampel menjadi terlalu besar, misalnya lebih dari 400, maka metode menjadi “sangat sensitif”,

sehingga sulit untuk mendapatkan ukuran-ukuran *goodness-of-fit* yang baik (Ferdinand, 2002).

D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Berdasarkan kerangka berpikir penelitian, dapat ditetapkan beberapa variabel penelitian. Variabel yang berhubungan dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif meliputi variabel eksogen dan variabel endogen.

1. Variabel eksogen (penyebab)

Variabel respon ibu terhadap kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif (X1) meliputi (1) sosialisasi PP No. 33/2012, (2) pemantauan sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM) di fasilitas pelayanan kesehatan, (3) fasilitasi sarana umum terhadap pengadaan ruang laktasi, dan (4) penyediaan sumber daya manusia untuk motivator dan fasilitator.

2. Variabel endogen (akibat) terdiri atas enam variabel.

- a. Variabel respon ibu terhadap advokasi penanggungjawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) (X2) meliputi (1) dukungan berupa surat keputusan, (2) penyediaan sarana prasarana, dan (3) anggaran dana desa.
- b. Variabel respon ibu terhadap dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada (X3) meliputi (1) sarana prasarana, (2) motivasi, dan (3) tindakan.
- c. Variabel respon ibu terhadap pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif (X4) meliputi (1) penyelenggaraan, (2) pengawasan (3) pengendalian, (4) kelembagaan, (5) ketenagaan, dan (6) kebijakan.
- d. Variabel respon ibu terhadap persepsi ibu pada program ASI eksklusif (X5) meliputi (1) nilai/norma sosial/subyektif, (2) pengetahuan, (3) perhatian, dan (4) harapan

- e. Variabel respon ibu terhadap partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (X6) meliputi (1) sarana prasarana, (2) bentuk dana, dan (3) kontribusi pikiran/ide, materi dan ketenagaan.
- f. Variabel respon ibu terhadap sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif (Y) meliputi (1) penilaian kegiatan menyusui, (2) mengenal kesehatan ibu sendiri (3) kepercayaan diri, (4) dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui, (5) optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui, (6) menyusui eksklusif enam bulan pertama kehidupan, dan (7) pemberian makanan bayi yang optimal.

3. Definisi operasional penelitian, alat ukur, indikator, kriteria, skor dan skala pengukuran

Definisi operasional penelitian, alat ukur, indikator, kriteria, skor dan skala pengukuran dituangkan dalam Tabel 3.2 di bawah ini.

Tabel 3.2. Definisi operasional dan pengukuran variabel

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE /ALAT
1.	Sikap ibu terhadap kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif	Sikap ibu yang dapat berbentuk positif maupun negatif (setuju/tidak setuju) terhadap pernyataan yang dibuat oleh pejabat, sebagai arah atau pedoman dalam pelaksanaan program ASI eksklusif	<p>a. Sosialisasi Penetapan Peraturan Pemerintah No.33/Tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif melalui penyuluhan, pemberian informasi.</p> <p>b. Pemantauan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM) di fasilitas pelayanan kesehatan.</p>	<p>a. Sosialisasi peraturan pemerintah tentang pelaksanaan program ASI eksklusif dengan memenuhi hal- hal program ASI eksklusif (10 hal) di antaranya: manfaat ASI eksklusif, Praktik menyusui eksklusif, frekuensi menyusui eksklusif, Menyusui saat kerja dan tindakan saat bayi sakit, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), rawat gabung, pendonor ASI, informasi dan edukasi, langkah menuju sukses menyusui dan kolostrum, sanksi administratif, penggunaan susu formula bayi dan produk bayi lainnya, fasilitas menyusui di tempat kerja dan tempat sarana umum serta dukungan masyarakat terhadap ASI eksklusif.</p>	<p>Skor 1, jika ibu belum pernah mendapatkan sosialisasi dan belum memahami tentang hal- hal yang berhubungan pada program ASI eksklusif</p> <p>Skor 2, jika ibu pernah mendengar tentang ASI eksklusif tetapi belum memahami tentang hal- hal pada program ASI eksklusif atau kurang melakukan sosialisasi (satu tahun satu kali melakukan sosialisasi)</p> <p>Skor 3, jika ibu sudah mendapatkan sosialisasi tentang program ASI eksklusif dalam 6 bulan satu kali</p> <p>Skor 4, jika ibu mendapat sosialisasi tentang program ASI eksklusif dalam tiga bulan satu kali</p> <p>Skor 5, jika ibu mendapatkan sosialisasi dan mengikuti tentang program ASI eksklusif setiap ada pertemuan satu bulan satu kali.</p>	Ordinal/ angket/ kuesioner

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE /ALAT
			<p>c. Fasilitasi tempat kerja terhadap pengadaan ruang laktasi</p> <p>d. Penyediaan SDM sebagai motivator, fasilitator.</p>	<p>b. Fasilitasi tempat umum terhadap pengadaan ruang menyusui.</p> <p>c. Pemantauan terhadap 10 langkah Menuju Keberhasilan Menyusui di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi larangan promosi susu formula di sarana pelayanan kesehatan, pelatihan untuk staf, penyiapan ibu hamil untuk mengetahui manfaat ASI dan pemberian konseling ibu penderita HIV-AIDs positif, melakukan kontak menyusui dini bayi baru lahir, membantu ibu melakukan teknik menyusui yang benar, memberikan ASI tanpa minuman pralaktasi sejak bayi lahir, melaksanakan rawat gabung, melaksanakan pemberian ASI sesering dan semau bayi, tidak memberikan dot/kempeng, dan menindaklanjuti ibu dan bayi setelah pulang dari sarana pelayanan kesehatan.</p>	<p>Skor 1, jika ibu belum pernah mendapatkan informasi tentang pemantauan 10 LMKM dan belum mengetahui tentang hal- hal yang berhubungan pada program ASI eksklusif</p> <p>Skor 2, jika ibu pernah mendapatkan informasi tentang pemantauan 10 LMKM dan belum mengetahui tentang hal- hal yang berhubungan pada program ASI eksklusif namun belum lengkap</p> <p>Skor 3, jika ibu pernah mendapatkan informasi tentang pemantauan 10 LMKM dan mengetahui tentang hal - hal yang berhubungan pada program ASI eksklusif</p> <p>Skor 4, jika ibu pernah mendapatkan informasi tentang pemantauan 10 LMKM dan mengetahui tentang hal - hal yang berhubungan pada program ASI eksklusif dengan lengkap.</p> <p>Skor 5, jika ibu pernah mendapatkan informasi tentang pemantauan 10 LMKM dan mengetahui tentang hal- hal yang berhubungan pada program ASI eksklusif dengan lengkap dan jelas</p>	

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE /ALAT
				d. Penyediaan SDM sebagai motivator, fasilitator Adanya masyarakat yang menjadi motivator atau fasilitator dengan pemberian pelatihan dari perwakilan masyarakat (kelompok pendukung ASI) terkait dengan program ASI eksklusif.	<p>Skor 1, jika ibu belum pernah menemui ketersediaan ruang menyusui di fasilitas tempat umum</p> <p>Skor 2, jika ibu menemui ada ketersediaan ruang menyusui namun tidak terawat.</p> <p>Skor 3, jika ibu menemui ada ketersediaan ruang menyusui namun sederhana</p> <p>Skor 4, jika Ibu menemui ada ketersediaan ruang menyusui dan fasilitas lengkap</p> <p>Skor 5, jika Ibu menemui ketersediaan ruang menyusui dan fasilitas lengkap dan terawat di tempat umum.</p>	
					<p>Skor 1, jika dari masyarakat tidak ada tenaga motivator dan fasilitator ASI.</p> <p>Skor 2, jika ada tenaga motivator tetapi tidak ada tenaga fasilitator</p> <p>Skor 3, jika ada tenaga motivator dan fasilitator , namun tidak bekerja secara efektif.</p> <p>Skor 4, jika ada tenaga motivator dan fasilitator , bekerja secara efektif.</p> <p>Skor 5, jika ada tenaga motivator, fasilitator , yang melakukan pemantauan dengan membuat catatan terkait dengan pemberian ASI eksklusif .</p>	

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE /ALAT
2.	Penilaian ibu terhadap advokasi penang-gungjawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa)	Respon evaluatif yang dapat berbentuk positif maupun negatif (setuju/tidak setuju) terhadap dukungan yang diberikan oleh pemerintah sebagai tanggung jawab pemerintah dalam melaksanakan kebijakan nasional dalam program ASI eksklusif	<p>a. Dukungan dari lurah secara tertulis berwujud surat keputusan</p> <p>b. Penyediaan sarana prasarana</p> <p>c. Anggaran dana desa</p>	<p>a. Dukungan berupa surat keputusan (SK) dari lurah secara tertulis</p> <p>b. Dukungan penyediaan sarana prasarana ruang menyusui di fasilitas umum.</p>	<p>Skor 1, jika tidak mendapatkan dukungan dari lurah dengan surat keputusan terkait dengan dukungan pada program ASI eksklusif</p> <p>Skor 2, jika pernah disosialisasikan sebagian kecil dukungan dari lurah dengan surat keputusan terkait dengan dukungan pada program ASI eksklusif</p> <p>Skor 3, jika mendapatkan dukungan dari lurah dengan sosialisasi sebagian besar dari surat keputusan terkait dengan dukungan pada program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 4, jika mendapatkan sosialisasi lengkap dari lurah dengan surat keputusan terkait dengan dukungan pada program ASI eksklusif</p> <p>Skor 5, jika mendapatkan sosialisasi dari lurah dengan surat keputusan terkait dengan dukungan pada program ASI eksklusif lengkap dan diimplementasikan.</p> <p>Skor 1, jika tidak ada penyediaan sarana prasarana menyusui di fasilitas sarana umum,</p> <p>Skor 2, jika ada tapi tidak semua ada penyediaan sarana prasarana menyusui di fasilitas sarana umum.</p> <p>Skor 3, jika ada penyediaan sarana prasarana</p>	Ordinal/ angket/ kuesioner

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE /ALAT
					<p>di fasilitas umum namun sarana prasarana kurang lengkap.</p> <p>Skor 4, jika ada penyediaan sarana prasarana lengkap di fasilitas umum.</p> <p>Skor 5, jika ada penyediaan sarana prasarana lengkap dan terawat di fasilitas umum.</p>	
			c.	<p>Dukungan berupa bantuan dari anggaran dana desa untuk ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif.</p>	<p>Skor 1, jika tidak ada penyediaan anggaran dana desa</p> <p>Skor 2, jika ada tapi dana tidak tetap tidak mencukupi penyediaan anggaran dana desa (satu tahun sekali sejumlah kurang dari Rp. 1.500.000 setiap dusun/ RW)</p> <p>Skor 3, jika ada penyediaan dana desa namun dana terbatas (satu tahun sekali sejumlah Rp. 1.500.000/ dusun/RW)</p> <p>Skor 4, jika ada penyediaan anggaran dana desa (satu tahun sekali lebih dari Rp. 1.500.000/dusun/RW)</p> <p>Skor 5, jika penyediaan anggaran dana desa secara rutin dan mencukupi (satu tahun sekali sejumlah lebih dari Rp. 1.500.000/RW/dusun).</p>	

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE /ALAT
3.	Sikap ibu terhadap dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat desa	Sikap evaluatif yang dapat berbentuk positif maupun negatif (setuju/tidak setuju) terhadap dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat desa.	a. Tindakan terhadap program ASI eksklusif b. Motivasi c. Sarana prasarana	a. Tindakan pemberian bimbingan terhadap ibu menyusui dalam program ASI eksklusif oleh tokoh masyarakat desa sebagai upaya pemberian dukungan . b. Pemberian motivasi berupa dorongan oleh tokoh masyarakat yang diberikan kepada ibu menyusui terkait pemberian ASI eksklusif.	Skor 1, jika tidak ada tindakan sama sekali terhadap program ASI eksklusif. Skor 2, jika ada tindakan berupa bimbingan terhadap program ASI eksklusif namun hanya terbatas pada pemenuhan dasar ibu menyusui. Skor 3, jika ada tindakan bimbingan terhadap program ASI eksklusif, namun hanya sebagian ke program ASI eksklusif terlaksana. Skor 4, jika ada tindakan bimbingan sebagian besar terhadap program ASI eksklusif. Skor 5, jika ada tindakan berupa bimbingan terhadap program ASI eksklusif secara lengkap. Skor 1, jika tidak ada dorongan terhadap program ASI eksklusif kepada masyarakat. Skor 2, jika ada dorongan terhadap program ASI eksklusif, namun hanya terbatas pada pemenuhan dasar ibu menyusui. Skor 3, jika ada dorongan terhadap program ASI eksklusif untuk ibu dan masyarakat. Skor 4, jika ada dorongan terhadap program ASI eksklusif untuk ibu, kelompok dan masyarakat. Skor 5, jika ada dorongan terhadap program ASI eksklusif sesuai dengan PP No.33 Tahun 2012 kepada ibu, kelompok dan masyarakat.	Ordinal/ angket/ kuesioner

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE /ALAT	
				c.	Dukungan sarana prasarana berupa penyediaan tempat/ruang menyusui bagi kelompok ibu dalam upaya peningkatan pemberian ASI eksklusif.	<p>Skor 1, jika tidak ada sama sekali penyediaan sarana prasarana untuk program ASI eksklusif di masyarakat.</p> <p>Skor 2, jika ada penyediaan sarana prasarana untuk program ASI eksklusif di masyarakat namun tidak lengkap.</p> <p>Skor 3, jika ada penyediaan sarana prasarana untuk program ASI eksklusif di masyarakat namun tidak terawat.</p> <p>Skor 4, jika ada penyediaan sarana prasarana yang lengkap untuk program ASI eksklusif di masyarakat.</p> <p>Skor 5, jika ada penyediaan sarana prasarana yang lengkap dan terawat untuk program ASI eksklusif di masyarakat.</p>	
4	Sikap ibu terhadap pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif	Respon evaluatif yang dapat berbentuk positif maupun negatif (setuju/tidak setuju) terhadap lingkup, kinerja, penerima manfaat dengan bentuk ada tidaknya keterlibatan/partisipasi	<p>a. Identifikasi kebutuhan penyelenggaraan sarana prasarana dan pembiayaan</p> <p>b. pengawasan</p> <p>c. Pengendalian</p> <p>d. Kelembagaan</p> <p>e. Ketenagaan</p> <p>f. Kebijakan</p>	<p>a. Identifikasi pada bantuan kebutuhan sarana prasarana penyelenggaraan program ASI eksklusif dan pembiayaan/pendanaan melalui keikutsertaan/ partisipasi masyarakat dalam bentuk dana dengan tujuan untuk membantu tercapainya program ASI eksklusif, melalui:</p> <p>1) Donator tetap/dana sosial</p> <p>2) Suka rela</p> <p>3) Jimpitan</p>	<p>Skor 1, jika tidak ada kegiatan pemantauan oleh masyarakat dalam program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 2, jika kadang-kadang ada kegiatan pemantauan oleh masyarakat dalam program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 3, jika ada akan tetapi tidak rutin dilakukan pemantauan.</p> <p>Skor 4, jika dilakukan pemantauan dan rutin</p> <p>Skor 5, jika dilakukan pemantauan rutin, berkelanjutan dan memiliki fungsi control.</p>	Ordinal/ angket/ kuesioner	

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE /ALAT
			Masyarakat dalam program ASI eksklusif dalam kelembangaan, ketenagaan, pembiayaan, penyelenggaraan sarana prasarana, pengawasan dan pengendalian.	<p>a. Pengawasan adalah tindakan pemantauan oleh masyarakat dalam pelaksanaan program ASI eksklusif.</p> <p>b. Evaluasi /pengendalian adalah penilaian terhadap kegiatan program ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat.</p>	<p>Skor 1, jika tidak ada bantuan sarana prasarana.</p> <p>Skor 2, jika ada bantuan sarana prasarana namun belum milik sendiri.</p> <p>Skor 3, jika ada bantuan sarana prasarana di sediakan di fasilitas oleh pemerintah bersama dengan program/ kegiatan lain.</p> <p>Skor 4, jika ada bantuan sarana dan prasarana dari masyarakat sesuai kebutuhan program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 5, jika ada bantuan sarana prasarana dari masyarakat untuk program ASI eksklusif tertata dan terawat.</p> <p>Skor 1, jika tidak ada partisipasi bantuan dana dari manapun.</p> <p>Skor 2, jika Ada partisipasi bantuan dana dari anggaran desa saja.</p> <p>Skor 3, jika Ada partisipasi bantuan dana dari desa dan sebagian dari masyarakat dalam bentuk jimpitan, namun tidak mencukupi kebutuhan program.</p> <p>Skor 4, jika ada partisipasi bantuan dana dari desa dan ditambah dari masyarakat berupa dana jimpitan dana suka rela sesuai kebutuhan.</p> <p>Skor 5, jika ada partisipasi bantuan dana dari masyarakat berupa dana sosial /donatur tetap tanpa bantuan dana anggaran desa.</p>	

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE/ ALAT
				a. Kelembagaan, yaitu keadaan lembaga yang berada di masyarakat untuk menunjang program ASI eksklusif dalam bentuk wadah adanya kelompok pendukung ibu .	<p>Skor 1, jika tidak ada kegiatan evaluasi/ pengendalian terhadap program ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat.</p> <p>Skor 2, jika kadang-kadang ada kegiatan evaluasi/ pengendalian terhadap program ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat.</p> <p>Skor 3, jika ada evaluasi/pengendalian akan tetapi tidak rutin terhadap program ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat.</p> <p>Skor 4, jika ada evaluasi/pengendalian dan rutin terhadap program ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat.</p> <p>Skor 5, jika ada evaluasi/pengendalian yang rutin dan berkelanjutan terhadap program ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat.</p>	
				b. Ketenagaan, yaitu tenaga suka rela dari motivator dan fasilitator yang bekerja pada lembaga kelompok ibu berada di masyarakat sebagai kepengurusan untuk menjalankan program ASI eksklusif.	<p>Skor 1, jika tidak ada kelembagaan.</p> <p>Skor 2, jika kelembagaan pada kegiatan kurang proaktif.</p> <p>Skor 3, jika ada kelembagaan dan proaktif akan tetapi program kadang jalan kadang tidak.</p> <p>Skor 4, jika ada kelembagaan proaktif, rutin dalam melaksanakan program.</p> <p>Skor 5, jika ada kelembagaan kelompok pendukung ibu, proaktif, program dilaksanakan dengan rutin dan adanya keajegan berkelanjutan tercatat sebagai suatu lembaga resmi.</p>	

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE/ ALAT
				a. Adanya kebijakan tentang pemberian ASI eksklusif sesuai dengan PP No. 33/2012, telah disosialisasikan dan dipahami masyarakat.	<p>Skor 1, jika tidak ada ketenagaan motivator atau fasilitator dalam melaksanakan kegiatan program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 2, jika ketenagaan sebagai motivator atau fasilitator pada kegiatan program ASI eksklusif kurang aktif.</p> <p>Skor 3, jika ada kepengurusan sebagai motivator atau fasilitator dalam kegiatan program ASI eksklusif dan proaktif akan tetapi kepengurusan tidak aktif.</p> <p>Skor 4, jika ada ketenagaan sebagai motivator dan fasilitator, proaktif, rutin dalam melaksanakan program dan ada kepengurusan.</p> <p>Skor 5, jika ada ketenagaan sebagai motivator atau fasilitator, kepengurusan aktif melaksanakan program dilaksanakan dengan rutin.</p> <p>Skor 1, jika tidak ada sosialisasi terhadap kebijakan pelaksanaan kegiatan program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 2, jika kebijakan tersosialisasi namun kegiatan kurang mendukung pada program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 3, jika ada kebijakan tersosialisasi namun belum terpahami oleh masyarakat dalam program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 4, jika ada kebijakan, tersosialisasi dan</p>	

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA
					dipahami, dilaksanakan pada program ASI eksklusif. Skor 5, jika ada kebijakan, dipahami, dilaksanakan secara rutin dan ada pengawasan pada program ASI eksklusif.	
5	Persepsi ibu pada program ASI eksklusif	Tanggapan atau penerimaan stimulus secara langsung dari program ASI eksklusif atau proses seseorang mengetahui program ASI eksklusif dengan panca indra.	1. Nilai/norma sosial subyektif 2. Pengetahuan 3. Perhatian 4. Harapan	a. Nilai/norma sosial subyektif memuat elemen-elemen pertimbangan yang membawa ide-ide seseorang meyakini program ASI eksklusif	Skor 1, jika tidak meyakini nilai/norma sosial subyektif baik pada program ASI eksklusif. Skor 2, jika kurang meyakini nilai/ sosial/subyektif baik pada program ASI eksklusif. Skor 3, jika kadang-kadang meyakini nilai/norma sosial/subyektif baik pada program ASI eksklusif. Skor 4, jika sesuai aturan yang berlaku dalam meyakini nilai/norma sosial/subyektif baik pada program ASI eksklusif. Skor 5, jika sesuai dengan aturan yang berlaku dan meyakini dengan baik pada program ASI eksklusif.	Ordinal/ angket/ kuesioner

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE/ ALAT
				b. Pengetahuan adalah informasi yang telah dikombinasikan dengan pemahaman dan potensi untuk melakukan suatu tindakan yang kemudian melekat di benak seseorang. Serta memiliki kemampuan prediktif terhadap sesuatu sebagai hasil pengenalan atas suatu pola.	<p>Skor 1, jika tidak ada pengetahuan dan informasi yang dikombinasikan dengan pemahaman untuk melakukan suatu tindakan pada program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 2, jika kurang pengetahuan dan informasi yang dikombinasikan dengan pemahaman untuk melakukan suatu tindakan pada program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 3, jika kadang-kadang pengetahuan dan informasi yang dikombinasikan dengan pemahaman untuk melakukan suatu tindakan pada program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 3, jika menjadi keharusan/kewajiban dengan pengetahuan dan informasi yang dikombinasikan dengan pemahaman untuk melakukan suatu tindakan pada program ASI eksklusif .</p> <p>Skor 4, jika pengetahuan dan informasi yang dikombinasikan dengan pemahaman untuk melakukan suatu tindakan pada program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 5, jika menjadi keharusan kewajiban dengan pengetahuan dan informasi yang dikombinasikan dengan pemahaman untuk melakukan suatu tindakan pada program ASI eksklusif.</p>	

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA
				c. Perhatian adalah penunjukan sesuatu secara sadar, sejumlah informasi terhadap program ASI eksklusif	<p>Skor 1, jika tidak memperhatikan terhadap program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 2, jika kurang memperhatikan terhadap program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 3, jika kadang-kadang memperhatikan terhadap program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 4, jika memperhatikan terhadap program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 5, jika berkewajiban dan keharusan memperhatikan terhadap program ASI eksklusif.</p>	
				d. Harapan adalah bentuk dari ungkapan kepercayaan akan sesuatu yang diinginkan yang akan didapatkan.	<p>Skor 1, jika tidak memiliki harapan akan program ASI eksklusif yang membawa manfaat besar bagi anak, ibu dan keluarga.</p> <p>Skor 2, jika kurang memiliki harapan akan program ASI eksklusif yang membawa manfaat besar bagi anak, ibu dan keluarga.</p> <p>Skor 3, jika cukup memiliki harapan akan program ASI eksklusif yang membawa manfaat besar bagi anak, ibu dan keluarga.</p> <p>Skor 4, jika memiliki harapan akan program ASI eksklusif yang membawa manfaat besar bagi anak, ibu dan keluarga.</p> <p>Skor 5, jika sangat memiliki harapan akan program ASI eksklusif yang membawa manfaat besar bagi anak, ibu dan keluarga.</p>	

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE/ ALAT
6	Partisipasi ibu pada program ASI eksklusif	Pelibatan masyarakat dalam berpartisipasi bukan hanya memotivasi tetapi aktif pada program ASI eksklusif	<p>a. Penyediaan dukungan sarana prasarana</p> <p>b. Bentuk dukungan dana sosial</p> <p>c. Kontribusi pikiran, ide, materi dan ketenagaan</p>	<p>a. Sarana prasarana penyediaan sarana prasarana di masyarakat untuk keperluan program ASI eksklusif</p> <p>b. Dukungan dana dalam bentuk dana sosial untuk kegiatan pemberian ASI eksklusif</p> <p>c. Kontribusi pikiran, ide, materi, ketenagaan sebagai bentuk usulan untuk tindak lanjut kemajuan program ASI eksklusif di</p>	<p>Skor 1, jika tidak ada penyediaan sarana prasarana menyusui di masyarakat.</p> <p>Skor 2, jika ada tapi tidak semua ada penyediaan sarana prasarana menyusui di masyarakat.</p> <p>Skor 3, jika ada penyediaan sarana prasarana namun kurang lengkap di masyarakat.</p> <p>Skor 4, jika ada penyediaan sarana prasarana lengka di masyarakat.</p> <p>Skor 5, jika ada penyediaan sarana prasarana lengkap dan terawat di masyarakat.</p> <p>Skor 1, jika tidak pernah menyediakan atau tidak ada penyediaan anggaran dana desa maupun dari masyarakat.</p> <p>Skor 2, jika ada dana dari pemerintah (anggaran dana desa).</p> <p>Skor 3, jika ada penyediaan dana desa dan dana dari masyarakat.</p> <p>Skor 4, jika ada penyediaan anggaran dana desa dan dana dari masyarakat secara rutin.</p> <p>Skor 5, jika ada partisipasi dukungan anggaran dana dari sumber dana sosial tetap dari masyarakat untuk kegiatan ASI eksklusif.</p> <p>Skor 1 jika tidak ada ide atau pikiran, materi dan ketenagaan untuk program ASI eksklusif</p>	Ordinal/ angket/ kuesioner

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE/ ALAT
				masyarakat sesuai PP No. 33/2012. Juga adanya ketersediaan tenaga motivator dan fasilitator di masyarakat untuk program ASI eksklusif termasuk, bahan atau materi tentang ASI eksklusif disosialisasikan dan mudah diperoleh di masyarakat terkait dengan informasinya.	<p>Skor 2, jika ada sebagian ide atau pikiran, ketenagaan, materi untuk program ASI eksklusif.</p> <p>Skor 3, jika ada ide, pikiran materi ketenagaan namun tidak sesuai dengan PP No.33 Tahun 2012.</p> <p>Skor 4, jika ada ide, pikiran, materi dan ketenagaan mendukung program ASI eksklusif sesuai dengan PP No.33 Tahun 2012.</p> <p>Skor 5, jika ada ide materi dan ketenagaan dan tindak lanjut kemajuan untuk program ASI eksklusif sesuai dengan PP No.33 Tahun 2012.</p>	
7.	Sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif	Respon evaluatif yang dapat berbentuk positif maupun negatif (setuju/tidak setuju) terhadap pemberian ASI eksklusif oleh ibu menyusui	<p>a. Kognitif meliputi :</p> <p>1) Kepercayaan diri</p> <p>2) Mengenal kesehatan ibu sendiri</p> <p>b. Afektif : Penilaian kegiatan menyusui</p>	a. Kognitif adalah pemahaman ibu melalui keyakinan dan pengenalan pada kesehatan ibu sendiri terhadap pemberian ASI eksklusif	<p>Skor 1, jika ibu tidak memiliki kepercayaan diri dengan mengenal kesehatan ibu sendiri terhadap pemberian ASI eksklusif.</p> <p>Skor 2, jika ibu kurang memiliki kepercayaan diri dengan mengenal kesehatan ibu sendiri terhadap pemberian ASI eksklusif.</p> <p>Skor 3, jika ibu cukup memiliki kepercayaan diri dengan mengenal kesehatan ibu sendiri terhadap pemberian ASI eksklusif.</p> <p>Skor 4, jika ibu memiliki kepercayaan diri dengan mengenal kesehatan ibu sendiri terhadap pemberian ASI eksklusif dengan baik.</p>	Ordinal/ angket/ kuesioner

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE/ ALAT
			c. Konatif:			
			1) Dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui	b. Afektif, yaitu penerimaan ibu dengan pendapat atau respon terhadap objek (program ASI eksklusif) setuju atau tidak setuju melalui ungkapan obyek yang akan di ungkap melalui penilaian kegiatan menyusui		
			2) Pemberian makanan bayi yang optimal			
			3) Menyusui eksklusif 6 bulan pertama kehidupan	c. Konatif yaitu sikap yang menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya, yaitu praktik pemberian ASI eksklusif melalui: kesadaran, penerimaan, dan pengalaman dalam bentuk ungkapan yang akan di lakukan pada dukungan ibu dan bayi saat menyusui, pemberian makanan bayi yang optimal, menyusui enam bulan pertama kehidupan, optimalisasi ibu dan bayi saat menyusui.	Skor 5, jika ibu memiliki kepercayaan diri dengan mengenal kesehatan ibu sendiri terhadap pemberian ASI eksklusif dengan sangat baik. Skor 1, jika tidak ada penerimaan pada penilaian kegiatan menyusui. Skor 2, jika kurang ada penerimaan pada penilaian kegiatan menyusui. Skor 3, jika cukup ada penerimaan pada penilaian kegiatan menyusui. Skor 4, jika ada penerimaan pada penilaian kegiatan menyusui dengan baik. Skor 5, jika ada penerimaan pada kegiatan menyusui dengan sangat baik.	
			4) Optimalisasi untuk ibu dan bayi saat menyusui		Skor 1, jika sikap ibu tidak menunjukkan perilaku kecenderungan dalam praktik pemberian ASI eksklusif melalui kesadaran penerimaan pengalaman menyusui terhadap program ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat. Skor 2, jika sikap ibu kurang menunjukkan perilaku kecenderungan dalam praktik pemberian ASI eksklusif melalui kesadaran penerimaan pengalaman menyusui terhadap program ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat.	

No	VARIABEL	DEFINISI	INDIKATOR	KRITERIA	SKOR	SKALA/ METODE / ALAT
					<p>Skor 3, jika sikap ibu cukup menunjukkan perilaku kecenderungan dalam praktik pemberian ASI eksklusif melalui kesadaran penerimaan pengalaman menyusui terhadap program ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat.</p>	
					<p>Skor 4, jika sikap ibu menunjukkan perilaku kecenderungan dalam praktik pemberian ASI eksklusif melalui kesadaran penerimaan pengalaman menyusui dengan baik terhadap program ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat.</p>	
					<p>Skor 5, jika sikap ibu menunjukkan perilaku kecenderungan dalam praktik pemberian ASI eksklusif terhadap program ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat.</p>	

E. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian menggunakan angket. Angket ini digunakan untuk mengukur tujuh variabel, yakni (1) kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif, (2) advokasi penanggung jawab pada program ASI eksklusif ke desa, (3) dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif, (4) pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif, (5) persepsi ibu pada program ASI eksklusif, (6) partisipasi masyarakat pada program ASI eksklusif, dan (7) sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif. Dengan demikian penelitian ini menggunakan tujuh buah angket. Instrumennya menggunakan kuesioner.

F. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji validitas

Persyaratan yang harus dipenuhi oleh sebuah instrumen sebagai alat ukur adalah validitas dan reliabilitas. Dalam analisis model Lisrel, peneliti tidak perlu melakukan ujicoba instrumen. Menurut Pujiati (2002), kualitas instrumen sekaligus dapat teruji melalui uji model pengukuran LISREL. Meskipun demikian, untuk memantapkan kualitas instrumen, penelitian ini tetap melakukan ujicoba instrumen

Dalam penelitian ini, uji validitas dan reliabilitas menggunakan program SPSS 22. Dengan uji reliabilitas menggunakan *alpha cronbach* untuk menguji item kuesioner yang disebut konsistensi internal. Ukuran sampel sejumlah 30 orang dilaksanakan di Kabupaten Sleman yang bukan menjadi sampel penelitian. Waktu pelaksanaan uji validitas dan reliabilitas dilaksanakan pada bulan Oktober sampai November 2015. Uji validitas instrumen untuk mengetahui valid tidaknya alat yang digunakan dalam pengumpulan data yang akan dianalisis. Sugiyono (2009) menyatakan bahwa suatu skala dinyatakan mempunyai validitas bila skala tersebut mengukur yang seharusnya diukur. Kecermatan dan ketepatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya.

Sebuah item mempunyai validitas yang tinggi jika skor item mempunyai kesejajaran (korelasi) dengan skor total.

Uji instrumen berguna untuk memperoleh koefisien validasi, yaitu dengan mengorelasikan skor yang diperoleh pada setiap item dengan skor total dengan masing-masing atribut teknik korelasi *product moment*. Hasilnya dikatakan valid apabila korelasinya lebih tinggi, sehingga dapat dinyatakan bahwa item dari variabel memiliki konstruk yang kuat. Apabila butir instrumen-instrumen tersebut tidak valid, tidak diikutsertakan dalam perhitungan validitas atau dilakukan perbaikan instrumen. Berdasarkan analisis korelasi, dapat disimpulkan bahwa instrumen memiliki validitas konstruksi yang baik maka disertakan dalam penelitian.

2. Uji reliabilitas

Analisis angket digunakan metode pengujian reliabilitas, yaitu indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur digunakan dapat diandalkan (Sugiyono, 2009). Uji reliabilitas ditujukan untuk mengetahui keandalan sampai sejauh mana konsistensi hasil pengukuran jika dilakukan pengukuran terhadap objek yang sama. Menurut Santoso (2001), reliabilitas instrumen yaitu untuk menilai konsistensi pada objek dan data, apakah instrumen yang digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama akan menghasilkan data yang sama. Menguji reliabilitas instrumen penelitian digunakan metode *internal consistency* dengan teknik *alpha cronbach*. Sujana (2003) mengatakan bahwa instrumen memiliki kehandalan apabila memiliki konsistensi internal dan homogenitas antar butir dalam variabel yang diteliti, jika nilai *alpha* lebih besar dari 0.5 atau reliabilitas sedang antara 0.5-0.6.

3. Hasil uji coba instrumen

- a. Hasil ujicoba instrumen untuk mengukur variabel kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif

Hasil ujicoba menunjukkan bahwa dari keseluruhan 30 butir kuesioner kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif terdapat 16 butir

kuesioner yang dinyatakan tidak valid, yakni butir nomor 3, 4, 7, 8, 5, 6, 10, 14, 18, 20, 23, 24, 27, 28, 29 dan 30. Dengan demikian, ada 14 butir kuesioner yang dinyatakan valid.

Berdasarkan hasil analisis, instrumen kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dinyatakan reliabel. Hal ditunjukkan oleh besar koefisien reliabilitas sebesar 0,707. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba disajikan pada Tabel 3.3 berikut ini.

Tabel 3.3. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba pada variabel kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif

No	Sebelum diujicoba			Setelah diujicoba		
	Indikator	Nomor butir	Jumlah Butir	Indikator	Nomor butir yang tidak valid	Nomor butir yang valid
1	Sosialisasi PP no 33 tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	10	Sosialisasi PP No 33 Tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif	3, 4, 7, 8, 5, 6, 10	1, 2, 9
2	Pemantauan 10 LMKM di fasilitas pelayanan kesehatan	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	10	Pemantauan 10 LMKM di fasilitas pelayanan kesehatan	14, 18, 20	11, 12, 13, 15, 16, 17, 19,
3	Fasilitas tempat umum untuk ruang menyusui	21, 22, 23, 24, 25	5	Fasilitas tempat umum untuk ruang menyusui	23, 24	21, 22, 25
4	SDM motivator dan fasilitator	26, 27, 28, 29, 30	5	SDM motivator dan fasilitator	27, 28, 29, 30	26
	Jumlah butir		30	Jumlah butir	16	14

- b. Hasil ujicoba instrumen untuk mengukur variabel advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa pada program ASI eksklusif

Hasil ujicoba menunjukkan dari keseluruhan sembilan butir kuesioner advokasi penanggung jawab pada program ASI eksklusif ke desa terdapat tiga butir kuesioner yang dinyatakan tidak valid yakni butir nomor 3, 4 dan 8. Dengan demikian ada enam butir kuesioner yang dinyatakan valid.

Berdasarkan hasil analisis, instrumen advokasi penanggung jawab pada program ASI eksklusif ke desa dinyatakan reliabel. Hal ini ditunjukkan oleh besar koefisien reliabilitas sebesar 0,654. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba disajikan pada Tabel 3.4 berikut ini.

Tabel 3.4. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba pada variabel advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif

No	Sebelum diujicoba			Setelah diujicoba		
	Indikator	Nomor butir	Jumlah butir	Indikator	Nomor butir yang tidak valid	Nomor butir yang valid
1	Dukungan dari lurah secara tertulis berwujud surat keputusan	1, 2, 3	3	Dukungan dari lurah secara tertulis berwujud surat keputusan	3	1, 2
2	Dukungan penyediaan sarana dan prasaran bagi ibu menyusui	4, 5, 6	3	Dukungan penyediaan sarana dan prasaran bagi ibu menyusui	4	5, 6
3	Dukungan bantuan anggaran dana desa untuk ibu menyusui	7, 8, 9	3	Dukungan bantuan anggaran dana desa untuk ibu menyusui	8	7, 9
	Jumlah butir		9	Jumlah butir	3	6

- c. Hasil ujicoba instrumen untuk mengukur variabel dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif

Hasil ujicoba instrumen menunjukkan bahwa dari keseluruhan 15 butir kuesioner dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif, terdapat delapan butir kuesioner yang dinyatakan tidak valid, yakni butir nomor 3, 4, 5, 7, 9, 13, 14, dan 15. Dengan demikian, ada tujuh butir kuesioner yang dinyatakan valid.

Berdasarkan hasil analisis, instrumen dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif dinyatakan reliabel. Hal ini ditunjukkan oleh besar koefisien reliabilitas sebesar 0,681. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba disajikan pada Tabel 3.5 berikut ini.

Tabel 3.5. Hasil rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba pada variabel dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif

No	Sebelum diujicoba			Setelah diujicoba		
	Indikator	Nomor butir	Jumlah butir	Indikator	Nomor butir yang tidak valid	Nomor butir yang valid
1	Dukungan sarana prasaran mendukung pelaksanaan program ASI eksklusif	1, 2, 3, 4, 5	5	Dukungan sarana prasarana mendukung pelaksanaan program ASI eksklusif	3, 4, 5	1, 2
2	Dukungan dengan pemberian motivasi berupa dorongan terkait dengan keberhasilan ASI eksklusif	6, 7, 8, 9, 10	5	Dukungan dengan pemberian motivasi berupa dorongan terkait dengan keberhasilan ASI eksklusif	7, 9	6, 8, 10
3	Tindakan untuk kegiatan melakukan bimbingan oleh dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif	11, 12, 13, 14, 15	5	Tindakan untuk kegiatan melakukan bimbingan oleh dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif	13, 14, 15	12, 14
	Jumlah butir		15	Jumlah butir	8	7

- d. Hasil ujicoba instrumen untuk mengukur variabel pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Hasil ujicoba menunjukkan bahwa dari keseluruhan 14 butir kuesioner pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif, terdapat 4 butir kuesioner yang dinyatakan tidak valid, yakni butir nomor 1, 2, 4, dan 13. Dengan demikian ada sepuluh butir kuesioner yang dinyatakan valid.

Berdasarkan hasil analisis, instrumen pemberdayaan ibu menyusui dinyatakan reliabel. Hal ini ditunjukkan oleh besar koefisien reliabilitas sebesar 0,717. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba disajikan pada Tabel 3.6 berikut ini.

Tabel 3.6. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum dan setelah diujicoba pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

No	Sebelum diujicoba			Setelah diujicoba		
	Indikator	Nomor butir	Jumlah butir	Indikator	Nomor butir yang tidak valid	Nomor butir yang valid
1	Identifikasi kebutuhan penyelenggaraan serta pembiayaan dalam partisipasi masyarakat	1, 2, 3, 4	4	Identifikasi kebutuhan penyelenggaraan serta pembiayaan dalam partisipasi masyarakat	1, 2, 4	3
2	Pengawasan terhadap tindakan oleh masyarakat dalam melaksanakan program ASI eksklusif	5, 6	2	Pengawasan terhadap tindakan oleh masyarakat dalam melaksanakan program ASI eksklusif	-	5, 6
3	Pengendalian terhadap penilaian jalannya kegiatan kelompok ASI eksklusif di masyarakat	7, 8	2	Pengendalian terhadap penilaian jalannya kegiatan kelompok ASI eksklusif di masyarakat	-	7, 8

No	Sebelum diujicoba	Setelah diujicoba				
	Indikator	Nomor butir	Jumlah butir	Indikator	Butir tidak valid	Butir valid
4	Kelembagaan sebagai bentuk wadah adanya kelompok pendukung ibu yang berada di masyarakat sebagai lembaga yang catat resmi	9, 10	2	Kelembagaan sebagai bentuk wadah adanya kelompok pendukung ibu yang berada di masyarakat sebagai lembaga yang catat resmi	-	9, 10
5	Ketenagaan sebagai tenaga sukarela yang bekerja di lembaga di masyarakat sebagai bagian kepengurusan sebagai motivator fasilitator ASI	11, 12	2	Ketenagaan sebagai tenaga sukarela yang bekerja di lembaga di masyarakat sebagai bagian kepengurusan sebagai motivator fasilitator ASI	-	11, 12
6	Kebijakan yang telah disosialisasikan dan dipahamkan kepada masyarakat sesuai dengan PP Nomor 33/2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif	13, 14	2	Kebijakan yang telah disosialisasikan dan dipahamkan kepada masyarakat sesuai dengan PP Nomor 33/2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif	13	14
	Jumlah butir		14	Jumlah butir	4	10

- e. Hasil ujicoba instrumen untuk mengukur variabel persepsi ibu pada program ASI eksklusif

Hasil ujicoba menunjukkan bahwa dari keseluruhan 12 butir kuesioner persepsi pada program ASI eksklusif, terdapat tujuh butir yang dinyatakan tidak valid, yakni butir nomor 1, 3, 4, 8, 9, 11 dan 12. Dengan demikian ada lima butir kuesioner yang dinyatakan valid. Berdasarkan hasil analisis, instrumen persepsi dinyatakan reliabel. Hal ini ditunjukkan oleh besar

koefisien reliabilitas sebesar 0,676. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba disajikan pada Tabel 3.7 berikut ini.

Tabel 3.7. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum dan setelah diujicoba

No	Sebelum diujicoba		Setelah diujicoba			
	Indikator	Nomor butir	Jumlah butir	Indikator	butir tidak valid	butir valid
1	Nilai/norma sosial/subyektif yang dianut pada program ASI eksklusif	1, 2, 3	3	Nilai yang dianut pada program ASI eksklusif	1, 3	2
2	Pengetahuan sebagai informasi yang telah dikombinasikan dengan pemahaman dan potensi untuk menjalankan yang kemudian melekat di benak seseorang terhadap program ASI eksklusif.	4, 5, 6	3	Pengetahuan sebagai informasi yang telah dikombinasikan dengan pemahaman dan potensi untuk menjalankan yang kemudian melekat di benak seseorang terhadap program ASI eksklusif.	4	5, 6
3	Perhatian, sebagai suatu kegiatan sadar, untuk penunjukan informasi terkait dengan program ASI eksklusif	7, 8, 9	3	Perhatian, sebagai suatu kegiatan sadar, untuk penunjukan informasi terkait dengan program ASI eksklusif	8, 9	7
4	Harapan, ungkapan sesuatu yang diinginkan terhadap manfaat yang diperoleh dari program ASI eksklusif	10, 11, 12	3	Harapan, ungkapan sesuatu yang diinginkan terhadap manfaat yang diperoleh dari program ASI eksklusif	11, 12	10
Jumlah butir			12	Jumlah butir	7	5

- f. Hasil ujicoba instrumen untuk mengukur variabel partisipasi ibu pada program ASI eksklusif

Hasil ujicoba menunjukkan bahwa dari keseluruhan 12 butir kuesioner partisipasi pada program ASI eksklusif, terdapat tujuh butir item yang dinyatakan tidak valid, yakni butir nomor 1, 3, 4, 8, 9, 11, dan 12. Dengan demikian ada lima butir item kuesioner yang dinyatakan valid.

Berdasarkan hasil analisis, instrumen partisipasi dinyatakan reliabel. Hal ini ditunjukkan oleh besar koefisien reliabilitas sebesar 0,652. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba disajikan pada Tabel 3.8 berikut ini.

Tabel 3.8. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba variabel partisipasi ibu pada program ASI eksklusif

No	Sebelum diujicoba		Jumlah butir	Setelah diujicoba		
	Indikator	Nomor butir		Indikator	butir tidak valid	butir valid
1	Penyediaan dukungan sarana prasarana untuk menunjang program ASI eksklusif	1, 2, 3	3	Penyediaan dukungan sarana prasarana untuk menunjang program ASI eksklusif	2	1, 3
2	Bentuk dukungan dana sosial untuk kegiatan program ASI eksklusif	4, 5, 6	3	Bentuk dukungan dana sosial untuk kegiatan program ASI eksklusif	-	4, 5, 6
3	Kontribusi pikiran, ide materi dan ketenagaan	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	9	Kontribusi pikiran, ide materi dan ketenagaan	7, 8, 9, 10, 11, 12, 14	13, 15
	Jumlah butir		15	Jumlah butir	8	7

g. Hasil ujicoba instrumen untuk mengukur variabel sikap ibu pada program ASI eksklusif

Hasil uji coba menunjukkan bahwa dari keseluruhan 40 butir kuesioner sikap pada program ASI eksklusif, terdapat 28 butir kuesioner yang dinyatakan tidak valid, yakni butir nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, dan 40.

Dengan demikian ada 12 butir item kuesioner yang dinyatakan valid. Berdasarkan hasil analisis, instrumen sikap dinyatakan reliabel. Hal ini ditunjukkan oleh besar koefisien reliabilitas sebesar 0,618. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba disajikan pada Tabel 3.9 berikut ini.

Tabel 3.9. Rekapitulasi butir kuesioner sebelum diujicoba dan setelah diujicoba variabel sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif

No	Sebelum diujicoba			Setelah diujicoba		
	Indikator	Nomor butir	Jumlah butir	Indikator	butir tidak valid	butir valid
1	Menilai kegiatan menyusui	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	8	Menilai kegiatan menyusui	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	8
2	Mengenal kesehatan ibu sendiri	9, 10, 11, 12, 13	5	Mengenal kesehatan ibu sendiri	10, 13	9, 11, 12
3	Kepercayaan diri dalam menyusui	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	8	Kepercayaan diri dalam menyusui	15, 16, 17, 18, 19, 20	14, 21
4	Dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui: a. Bayi sering menangis b. Bayi menolak menyusu c. Ibu memiliki puting susu datar d. Payudara	22, 23, 24, 25, 26	5	Dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui: a. Bayi sering menangis b. Bayi menolak menyusu	22, 24, 25	23, 26

No	Sebelum diujicoba			Setelah diujicoba		
	Indikator	Nomor butir	Jumlah butir	Indikator	Butir tidak valid	Butir valid
	bengkak e. Puting lecet f. Radang payudara g. Bayi BBLR h. Bayi sakit i. Peningkatan produksi ASI j. Bekerja dalam menyusui k. Pelekatan bayi pada payudara l. pengaturan posisi bayi dan ibu saat menyusui			c. Ibu memiliki puting susu datar d. Payudara bengkak e. Puting lecet f. Radang payudara g. Bayi BBLR h. Bayi sakit i. Peningkatan produksi ASI j. Bekerja dalam menyusui k. Pelekatan bayi pada payudara l. pengaturan posisi bayi dan ibu saat menyusui		
	Optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui	27, 28, 29, 30, 31	5	Optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui	27, 28, 30, 31	29
	Menyusui eksklusif dalam enam bulan pertama kehidupan	32, 33, 34, 35,	4	Menyusui eksklusif dalam enam bulan pertama kehidupan	32, 33, 35	34
	Pemberian makanan bayi yang optimal	36, 37, 38, 39, 40	5	Pemberian makanan bayi yang optimal	36, 37, 40	38, 39
	Jumlah butir		40	Jumlah butir	28	12

Jumlah total kuesioner yang valid sejumlah 61 butir dari 135 kuesioner. Pada butir-butir yang dinyatakan tidak valid dibuang karena sudah terwakilkan dari indikator-indikator butir yang valid. Hasil uji reliabilitas sebagai berikut. Variabel kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif yaitu nilai *alpha* 0.707, variabel advokasi penanggung jawab yaitu nilai *alpha* 0.654, variabel dukungan sumber daya yaitu nilai *alpha* 0.681, variabel pemberdayaan ibu menyusui yaitu nilai *alpha* 0.717, variabel persepsi ibu menyusui yaitu nilai *alpha* 0.676, variabel partisipasi ibu menyusui yaitu nilai *alpha* 0.652 dan variabel sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif yaitu nilai *alpha* 0.618.

4. Uji kepakaran (*expert judgement*)

Setelah dilaksanakan uji coba instrumen melalui butir kuesioner yang valid sejumlah 61 item instrumen kemudian dilaksanakan uji kepakaran untuk meyakinkan butir item ke ahli atau kepakaran terhadap isi dan bahasa dari instrumen yang telah disusun. Uji kepakaran dilaksanakan dua kali putaran dengan sembilan ahli. Terlampir hasil validasi uji kepakaran untuk putaran satu dan dua masukan dari pakar tidak merubah isi, namun memberikan masukan terhadap tata bahasa. Item yang digunakan dalam penelitian ini setelah dikonsulkan kepada ahli (kepakaran) dan dinyatakan bahwa item yang digunakan sudah cocok atau sesuai dengan indikator pada variabel dan layak digunakan. Hasil putaran satu dan dua dapat dilihat pada lampiran 5.

G. Tehnik Analisis Data

Unit analisis penelitian ini adalah ibu menyusui pada program ASI eksklusif di Kabupaten Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta. Unit pengamatan (unit pengumpulan data) adalah ibu yang memiliki bayi usia lebih 6-12 bulan. Penelitian ini menggunakan analisis faktor konfirmatori untuk menguji kebenaran model pengukuran, sedangkan untuk menguji kebenaran model

struktural peneliti ini menggunakan analisis SEM. Kedua analisis ini telah disediakan oleh program analisis model LISREL. Model LISREL terdiri atas model pengukuran dan model struktural. Model pengukuran menggunakan variabel laten yang ditunjukkan oleh variabel teramati, sedangkan model struktural menggambarkan hubungan antar variabel laten. Pemilihan program analisis LISREL karena pada program LISREL merupakan program yang paling informatif dalam penyajian hasil-hasil statistik, terbanyak dipakai dari penelitian dibanding program yang lain, merupakan satu-satunya program SEM yang terancang yang dapat mengestimasi sebagai masalah SEM yang tidak dimungkinkan dapat dilakukan program lain dan dapat memodifikasi model dari penyebab tidak fit atau buruknya suatu model yang dapat mudah diketahui (Joreskog, 1996).

Model pengukuran berfungsi untuk menjelaskan variabel laten berdasarkan variabel teramati dan untuk mendiskripsikan ketepatan pengukuran variabel teramati. Model ini dapat mendeskripsikan validitas dan reliabilitas variabel teramati dalam mengukur variabel laten. Selain itu model ini juga berfungsi untuk menguji hubungan antar variabel teramati dan variabel latennya, sedangkan model struktural berfungsi untuk menjelaskan hubungan antar variabel-variabel laten dan untuk menguji kebenaran model hubungan struktural variabel laten.

Langkah-langkah analisis data penelitian ini adalah mula-mula dilakukan uji model pengukuran. Uji ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui variabel teramati yang signifikan. Hanya variabel yang signifikan yang diikuti dalam pengujian selanjutnya. Selanjutnya penelitian ini melakukan uji model struktural. Pengujian ini akan menghasilkan harga *goodness of fit indeks*. Indeks ini akan dijadikan kriteria apakah model yang diuji sesuai dengan data empirik atau tidak.

Menurut Joreskog (1996), penelitian *fit* atau tidaknya model struktural berdasarkan value χ^2 , GFI dan AGFI dan RMSEA, sedangkan Maruyama (1998)

menyatakan bahwa penentuan *fit* atau tidaknya struktural berdasarkan nilai χ^2 , χ^2/df , RMSEA, dan GFI. Penelitian ini dalam menentukan *fit* tidaknya model struktural menggunakan kriteria gabungan pendapat Joroskog. Dengan demikian, penentuan *fit* atau tidaknya model struktural penelitian ini menggunakan tujuh kriteria yaitu χ^2 RMSEA didukung ECVI, AIC, CAIC, IFI dan RFI. Bila nilai $\chi^2 > 0,05$, maka model struktural dinyatakan *fit* (Ghazali, 2005). Wheatson (dalam Ghazali, 2005) menyarankan bahwa $\chi^2/df = 5$, sedangkan Maruyama mengatakan bahwa χ^2/df yang ideal adalah 1. Penelitian dalam menentukan *fit* atau tidaknya model struktural menggunakan kriteria antara 1-5. Joreskog (1996) menyatakan bahwa model struktural dinyatakan *fit* bila RMSEA ≤ 0.08 , hal ini menunjukkan model ketepatan yang baik dalam menilai model *fit*, ECVI dengan hasil ECVI $4.66 < 5.05 < 16.20$ menunjukkan bahwa model baik untuk direplikasi penelitian berikutnya, AIC dengan nilai $868.89 < 930.00$ dinyatakan *fit*, CAIC dengan nilai $1214.96 < 2892.47$ dinyatakan *fit*, IFI > 0.80 dinyatakan *fit* dengan demikian hasil $0.87 > 0.80$ berarti model memiliki tingkat *fit* yang cukup baik (Byrne, 1998 cit Ghazali, 2015). Nilai RFI berkisar antara 0-1 hasil yang diperoleh 0.72 hal ini menunjukkan nilai mendekati 1, maka model adalah cukup *fit*.

Ukuran kecocokan absolut menentukan derajat prediksi model keseluruhan (*model struktural* dan pengukuran) terhadap matrik korelasi dan kovarian. Ukuran-ukuran ini mengandung ukuran yang mewakili dari sudut pandang *over all fit*. Beberapa ukuran yang bisa digunakan untuk mengevaluasi SEM (Ghazali, 2008) antara lain sebagai berikut.

1. *Chi square* (χ^2)

Chi square digunakan untuk menguji seberapa dekat kecocokan antara matrik kovarian sampel dengan matrix kovarian model $\Sigma (\Theta)$. Uji statistiknya adalah $\chi^2 = (n-1) F (S, \Sigma(\Theta))$. Nilai signifikansi yang besar diharapkan dari uji ini p Nilai signifikansi yang besar diharapkan dari uji ini ($p \geq 0.05$). Ini menandakan bahwa hipotesis nol diterima dan matriks input yang diprediksi

dengan sebenarnya tidak berbeda dengan secara statistik. Meskipun demikian, *chi-square* bukanlah satu-satunya uji untuk menilai *goodness of fit* dari model, karena uji ini memiliki beberapa kekurangan terutama pada ukuran data (Sugiyono, 2011). Jika ukuran sampel kecil, maka uji *chi square* akan menunjukkan data secara signifikan tidak berbeda dengan model dan teori-teori yang mendasarinya.

2. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

RMSEA mengukur penyimpangan nilai parameter suatu model dengan *matrix covarians* populasinya. Nilai $RMSEA < 0.05$, artinya model *close fit*, sedangkan 2 nilai $0.05 < RMSEA < 0.08$ menunjukkan model *good fit*.

3. Expected Cross Validation Index (ECVI)

Nilai ECVI model yang lebih rendah daripada ECVI *for saturated* ataupun ECVI *for Independence* model, sehingga dapat disimpulkan bahwa model baik untuk direplikasi untuk penelitian berikutnya.

4. Akaiker's Information Criterion (AIC) dan CAIC

Berdasarkan nilai AIC dan CAIC, dapat diambil suatu kesimpulan bahwa model adalah *fit*. Karena baik nilai AIC dan CAIC lebih kecil daripada *saturated (C) AIC* dan *independence (C) AIC*.

5. IFI

Model menghasilkan nilai IFI yang lebih besar daripada batas *cut-off* (Byrne *cit.* Ghazali, 2015), sehingga, model memiliki tingkat *fit* yang cukup baik.

6. RFI

Nilai RFI berkisar antara 0 sampai dengan 1 dengan nilai yang mendekati angka 1 tersebut menunjukkan model *fit*. Model menghasilkan nilai RFI bisa dikatakan nilai RFI tersebut masih mendekati 1, maka model adalah cukup *fit*.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Kabupaten Sleman

Kabupaten Sleman merupakan salah satu kabupaten dari lima kabupaten/kota di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten ini berbatasan dengan provinsi Jawa Tengah di utara dan timur, Kabupaten Gunungkidul, Kabupaten Bantul, Yogyakarta di selatan, serta Kabupaten Kulonprogo di barat. Kondisi geografisnya, bagian utara merupakan pegunungan, sedangkan di bagian selatan merupakan dataran rendah yang subur. Kabupaten Sleman merupakan kabupaten terkaya di DIY. Secara administratif mencakup 17 kecamatan dengan 86 desa/kelurahan.

Jumlah penduduk pada tahun 2015 sebanyak 1.125.369 jiwa. Penduduk laki-laki berjumlah 559.302 jiwa (49,70%), perempuan 566.067 jiwa (50,30%), pertumbuhan penduduk sebesar 0,73% dengan jumlah kepala keluarga sebanyak 305.376. Kecamatan dengan jumlah penduduk paling sedikit adalah Kecamatan Cangkringan, yaitu 33.162 jiwa dengan jumlah laki-laki 16.233 dan jumlah perempuan 16.929. *Seks ratio* penduduk di Sleman jumlah perempuan lebih besar dibandingkan dengan laki-laki. Struktur penduduk menurut golongan umur pada tahun 2015 yang terbanyak adalah golongan umur 30-34 tahun sebanyak 54,87% .

Tabel 4.1. Struktur penduduk Kabupaten Sleman tahun 2015

No	Struktur usia (tahun)	Jumlah laki-laki (orang)	Jumlah perempuan (orang)	Total (orang)
1	0 – 4	32.088	30.285	62.373
2	5 – 9	38.799	36.371	75.170
3	10 – 14	40.252	37.453	77.705
4	15 – 19	37.461	35.289	72.750
5	20 – 24	37.095	36.334	73.429
6	25 – 29	49.703	50.034	99.737
7	30 – 34	55.938	54.872	110.810
8	35 – 39	51.435	51.699	103.134
9	40 – 44	48.386	48.432	96.818
10	45 – 49	39.475	40.390	79.865
11	50 – 54	32.822	34.389	67.211
12	55 – 59	26.945	26.944	53.889
13	60 – 64	17.862	19.636	37.498
14	65 – 69	16.253	18.349	34.602
15	70 – 74	13.219	16.037	29.256
16	75 ke atas	21.569	29.553	51.122
	Total	559.302	566.067	1.125.369

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman 2015

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa jumlah penduduk perempuan lebih banyak dibandingkan dengan jumlah laki-laki. Lebih spesifik terkait responden dari penelitian ini sebagaimana tertuang dalam Tabel 4.2, diketahui juga aspek karakteristik ibu menyusui antara lain usia, pendidikan terakhir, pekerjaan dan jumlah anak yang dimiliki. Selain itu juga dijabarkan tentang pemberian ASI eksklusif, IMD, *Rooming in*, riwayat kesehatan saat menyusui, kunjungan KP ibu dan perolehan informasi tentang ASI eksklusif. Untuk mendapatkan gambaran yang lebih komprehensif, berikut disajikan hasil analisis distribusi frekuensi pada masing-masing aspek dari variabel karakteristik ibu sebagai berikut:

Tabel 4.2. Karakteristik responden penelitian

No	Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Umur ibu		
	≤20 tahun	10	5,41
	21-35 tahun	130	70,27
	≥36 tahun	45	24,32
2	Pendidikan ibu		
	Tamat perguruan tinggi	30	16,22
	Tidak tamat perguruan tinggi	0	0
	Tamat SLTA	120	64,86
	Tidak tamat SLTA	0	0
	Tamat SLTP	33	17,84
	Tidak tamat SLTP	2	1,08
	Tamat SD	0	0
	Tidak tamat SD	0	0
3	Pekerjaan ibu		
	PNS	10	5,41
	Wiraswasta	15	8,11
	Pegawai swasta	10	5,41
	Petani	25	13,57
	Tidak bekerja	125	67,56
4	Jumlah anak		
	1	50	27,03
	2	100	54,05
	3	35	18,91
5	Pemberian makanan kepada bayi sebelum usia enam bulan		
	Pemberian makanan oleh ibu kepada bayi sebelum bayi berusia enam bulan	125	67,56
	Pemberian ASI eksklusif	60	32,43
	Jumlah	185	100

No	Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
6	Inisiasi menyusui dini (IMD)		
	Ya	30	16,22
	Tidak	100	54,05
	Tidak tahu/tidak paham	55	29,73
7	Pemberian pelayanan untuk bayi ditempatkan satu ruangan dengan ibu (<i>roming in</i>)		
	Ya	143	77,30
	Tidak	42	22,70
8	Riwayat kesehatan saat menyusui		
	Ibu merokok	2	1,08
	Minum obat rutin	5	2,70
	Tidak ada riwayat merokok, minum obat rutin	178	96,22
9	Kunjungan kelompok pendukung ibu di masyarakat		
	Ya	75	40,54
	Jarang	50	27,03
	Tidak	60	32,43
10	Perolehan informasi tentang ASI eksklusif saat kunjungan di pelayanan kesehatan pada saat antenatal		
	Ya	30	16,22
	Jarang	50	27,03
	Tidak	105	56,75
	Jumlah	185	100

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa mayoritas usia ibu saat melahirkan dan saat menyusui yaitu 21-35 tahun (70,27%), namun ada usia ibu < 20 tahun yang menyusui (5,41%) dan yang lebih dari 36 tahun (24,32%). Mayoritas pendidikan ibu menyusui sebagian responden berpendidikan SLTA (64,86%), namun masih ada yang berpendidikan SLTP (17,84%). Mayoritas ibu yang tidak bekerja

sejumlah (67,56%). Jumlah anak yang dimiliki oleh ibu mayoritas (54,05%) ibu memiliki anak dua, sedangkan ibu yang memiliki satu anak, melahirkan yang pertama (27,03%).

Ibu yang memberikan ASI eksklusif sejumlah (32,43%). Penerimaan ibu terhadap IMD adalah ibu masih belum tahu tentang IMD (29,73%). Ada sebagian kecil ibu memiliki riwayat merokok saat menyusui (1,08%). Kunjungan kelompok pendukung ibu di masyarakat yang dilakukan oleh ibu sebanyak (40,54%). Responden yang melakukan *rooming in* sejumlah (77,30%). Ibu yang tidak mendapatkan informasi tentang ASI eksklusif saat kunjungan di pelayanan kesehatan pada saat antenatal sebesar (56,75%).

B. Analisis Univariat (Deskripsi Variabel dan Indikator Penelitian)

Variabel dalam penelitian ini meliputi variabel eksogen dan variabel endogen. Variabel eksogen yaitu kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif sedangkan variabel endogen meliputi, advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif, pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif, persepsi ibu pada program ASI eksklusif, partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif

Tabel 4.3. Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif

Variabel	Skor	Kategori	Frekuensi	
			n	%
Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif	< 37,65	Tidak baik	11	5,95
	37,65-48,48	Cukup baik	87	47,02
	48,48-59,32	Baik	76	41,08
	> 59,32	Sangat baik	11	5,95

Dalam penelitian ini kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif sebagai suatu program untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif sebagai hukum yang mengandung aturan-aturan yang harus diikuti oleh masyarakat baik ibu menyusui, pihak rumah sakit dan pelaksana pelayanan

(dokter, bidan dan perawat). Dibuktikan bahwa sebagian besar (47,02%) ibu menyusui mempunyai respon terhadap kebijakan pemerintah yang cukup baik. Ibu pada respon kebijakan pemerintah tentang program ASI eksklusif tidak baik (5,95%) dan yang sangat baik (5,95%). Angka-angka tersebut menggambarkan tentang keadaan ibu menyusui dalam memahami dan mematuhi terhadap kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif.

Tabel 4.4. Indikator-indikator kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif

No	Indikator	Skor	Kategori	Frekuensi	
				N	%
X1.1	Sosialisasi	< 6,52	Tidak baik	16	8,65
		6,52-10,52	Cukup baik	74	40,0
		10,52-14,5	Baik	88	47,57
		> 14,5	Sangat baik	7	3,78
X1.2	Pemantauan sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui (LMKM)	< 18,7	Tidak baik	9	4,86
		18,7-24,8	Cukup baik	82	44,32
		24,8-31	Baik	84	45,41
		> 31	Sangat baik	10	5,41
X1.3	Fasilitas ruang menyusui	< 3,77	Tidak baik	14	7,57
		3,77-7,02	Cukup baik	77	41,62
		7,02-10,3	Baik	94	50,81
		> 10,3	Sangat baik	0	0
X1.4	Sumber daya manusia (SDM) (fasilitator /motivator)	< 4,27	Tidak baik	19	10,27
		4,27-6,12	Cukup baik	129	69,73
		6,12-7,97	Baik	18	9,73
		> 7,97	Sangat baik	19	10,27

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa indikator kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif meliputi: sosialisasi dikategorikan baik (47,57%), pemantauan sepuluh LMKM dikategorikan baik (45,41%), fasilitas ruang menyusui dikategorikan baik (50,81%) sedangkan sumber daya manusia (fasilitator/motivator) dikategorikan baik (9,73%). Hal ini menunjukkan

bahwa indikator sumber daya manusia (SDM) memberikan kontribusi cukup baik (69,73%) pada kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif. Dukungan SDM yang meningkat dapat mendukung penyuluhan pada program ASI eksklusif secara rutin di desa, memberikan informasi-informasi yang baru tentang ASI eksklusif termasuk petunjuk sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui dan juga dapat melakukan pelatihan untuk mencapai kesuksesan dalam memberikan ASI eksklusif. Diharapkan juga mampu memberikan petunjuk cara mencapai keberhasilan menyusui dan saat ibu menyusui menjalani rawat gabung untuk mendapatkan penyuluhan dalam memberikan makanan tambahan bagi bayi sebelum usia enam bulan. Keberadaan SDM dapat memberikan pengarahan tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif yang didukung kelompok pendukung ibu menyusui di desa.

Tabel 4.5. Advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa

Variabel		Skor	Kategori	Frekuensi	
				n	%
Advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa	penanggung jawab program ASI	< 13,56	Tidak baik	10	5,41
		13,56-18,18	Cukup baik	104	56,21
		18,18-22,81	Baik	59	31,89
		> 22,81	Sangat baik	12	6,49

Data penelitian menunjukkan bahwa respon ibu menyusui terhadap advokasi pada program ASI eksklusif dikategorikan cukup baik (56,21%). Adanya advokasi penanggung jawab yang cukup baik dapat mempengaruhi para pembuat kebijakan secara langsung. Situasi lain advokasi dapat meningkatkan kesadaran masyarakat agar mereka dapat menjadi pendukung yang lebih efektif dan membangun organisasi pada akar rumput yang lebih kuat. Advokasi juga sebagai upaya terencana dan sistematis mempengaruhi kebijakan publik dengan menggunakan cara atau perangkat sistem demokrasi.

Tabel 4.6. Indikator-indikator pada advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa

No	Indikator	Skor	Kategori	Frekuensi	
				N	%
X2.1	Dukungan tertulis berupa surat keputusan	< 3,53	Tidak baik	14	7,57
		3,53-6,62	Cukup baik	59	31,89
		6,62-9,7	Baik	104	56,22
		> 9,7	Sangat baik	8	4,32
X2.2	Penyediaan sarana prasarana	< 3,21	Tidak baik	13	7,03
		3,21-6,05	Cukup baik	100	54,05
		6,05-8,89	Baik	59	31,89
		> 8,89	Sangat baik	13	7,03
X2.3	Anggaran dana desa	< 3,1	Tidak baik	18	9,73
		3,1-5,51	Cukup baik	50	27,03
		5,51-7,92	Baik	97	52,43
		> 7,92	Sangat baik	20	10,81

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa indikator advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif meliputi: dukungan tertulis berupa surat keputusan dikategorikan baik (56,22%), penyediaan sarana prasarana dikategorikan baik (31,89%) dan anggaran dana desa dikategorikan baik (52,43%). Hal ini menunjukkan bahwa indikator penyediaan sarana prasarana perlu ditingkatkan karena masih dalam kategori cukup belum baik. Penyediaan sarana prasarana untuk kelompok ibu menyusui dibutuhkan dalam pelaksanaan penyuluhan, juga keterbatasan tempat penyimpanan ASI untuk kebutuhan ibu menyusui yang dikelola oleh masyarakat dan dalam kegiatan kelompok bagi ibu menyusui diperlukan sarana prasarana termasuk untuk kegiatan penyelenggaraan pertemuan.

Tabel 4.7. Dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif

Variabel	Skor	Kategori	Frekuensi	
			n	%
Dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif	< 17,12	Tidak baik	15	8,10
	17,12-23,90	Cukup baik	50	27,03
	23,90-30,68	Baik	108	58,38
	>30,68	Sangat baik	12	6,49

Data penelitian menunjukkan diketahui bahwa dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dikategorikan baik (58,38%).

Tabel 4.8. Indikator-indikator dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif

No	Indikator	Skor	Kategori	Frekuensi	
				N	%
X3.1	Sarana	< 4,23	Tidak baik	32	17,30
		4,23-7,23	Cukup baik	33	17,84
		7,23-10,23	Baik	120	64,86
		> 10,23	Sangat baik	0	0
X3.2	Motivasi	< 6,53	Tidak baik	15	8,10
		6,53-10,33	Cukup baik	82	44,33
		10,33-14,13	Baik	82	44,33
		> 14,13	Sangat baik	6	3,24
X3.3	Tindakan	< 4,17	Tidak baik	15	8,10
		4,17-6,32	Cukup baik	115	62,17
		6,32-8,48	Baik	40	21,63
		> 8,48	Sangat baik	15	8,10

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa indikator dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif meliputi: sarana dikategorikan baik (64,86%), motivasi dikategorikan baik (44,33%) dan tindakan dikategorikan baik hanya (21,63%). Hal ini menunjukkan bahwa indikator tindakan dan motivasi diperlukan peningkatan untuk mendukung dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI

eksklusif. Memberikan peningkatan tindakan dan motivasi pada ibu menyusui dapat berupa bimbingan dari tokoh masyarakat terkait adanya keharusan memberikan ASI eksklusif untuk bayi, keikutsertaan ibu menyusui dalam perencanaan pencapaian keberhasilan pemberian ASI eksklusif diperlukan dukungan oleh tokoh masyarakat. Selanjutnya, dukungan motivasi saat memberikan ASI eksklusif berupa saran untuk memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping sebelum bayi berusia enam bulan, termasuk memberikan nasihat dalam mengikuti petunjuk keberhasilan menyusui secara eksklusif selama enam bulan.

Tabel 4.9. Pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Variabel	Skor	Kategori	Frekuensi	
			n	%
Pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif	< 24,12	Tidak baik	15	8,10
	24,12-32,77	Cukup baik	83	44,87
	32,77-41,43	Baik	71	38,38
	> 41,43	Sangat baik	16	8,65

Data penelitian menunjukkan bahwa pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dikategorikan baik (38,38%).

Tabel 4.10. Indikator-indikator pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

No	Indikator	Skor	Kategori	Frekuensi	
				N	%
X4.1	Identifikasi kebutuhan	< 1,45	Tidak baik	10	5,41
		1,45-3,21	Cukup baik	74	40,0
		3,21-4,16	Baik	83	44,86
		> 4,16	Sangat baik	18	9,73
X4.2	Pengawasan	< 4,11	Tidak baik	24	12,98
		4,11-6,60	Cukup baik	77	41,62
		6,60-9,09	Baik	77	41,62
		> 9,09	Sangat baik	7	3,78
X4.3	Pengendalian	< 4,13	Tidak baik	25	13,52
		4,13-6,59	Cukup baik	77	41,62
		6,59-9,05	Baik	76	41,08
		>9,05	Sangat baik	7	3,78
X4.4	Kelembagaan	< 3,44	Tidak baik	7	3,78
		3,44-6,15	Cukup baik	119	64,32
		6,16-8,87	Baik	40	21,63
		> 8,87	Sangat baik	19	10,27
X4.5	Ketenagaan	< 4,03	Tidak baik	19	10,27
		4,03-6,45	Cukup baik	98	52,97
		6,45-8,88	Baik	50	27,03
		> 8,88	Sangat baik	18	9,73
X4.6	Kebijakan	< 1,97	Tidak baik	16	8,65
		1,97-3,75	Cukup baik	26	14,05
		3,75-5,52	Baik	143	77,30
		> 5,52	Sangat baik	0	0

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa indikator pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif meliputi: identifikasi kebutuhan dikategorikan baik (44,86%), pengawasan dikategorikan baik (41,62%), pengendalian dikategorikan baik (41,08%), kelembagaan dikategorikan baik (21,63%), ketenagaan dikategorikan baik (27,03%) dan kebijakan dikategorikan baik

(77,30%). Hal ini menunjukkan bahwa indikator identifikasi kebutuhan, pengawasan, pengendalian, kelembagaan dan ketenagaan memberikan kontribusi yang diperlukan untuk mendukung peningkatan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Hal lain yang dapat memberikan kontribusi pada pemberdayaan ibu menyusui dengan memberikan dana untuk kegiatan kelompok ibu menyusui, melakukan pemantauan kepada ibu menyusui oleh fasilitator/motivator dalam kegiatan penyuluhan ASI eksklusif yang dilaksanakan di posyandu oleh kelompok ibu menyusui, keikutsertaan fasilitator/motivator dalam membantu keberhasilan ibu menyusui secara eksklusif di posyandu, melakukan kunjungan rumah dalam melakukan pemantauan dan pendampingan terhadap keberhasilan ASI eksklusif, memberikan informasi sebagai identifikasi kebutuhan terhadap kelompok ibu, kepedulian pada kelompok pendukung ibu di masyarakat sebagai wadah kelompok ibu menyusui. Juga, melakukan pembinaan secara rutin tentang keberhasilan ASI eksklusif, mengikuti kegiatan kelompok ibu dan melakukan komunikasi terus menerus dengan fasilitator/motivator di desa untuk memberikan motivasi agar kader bisa aktif serta kelompok pendukung ibu tetap aktif.

Tabel 4.11. Persepsi ibu pada program ASI eksklusif

Variabel	Skor	Kategori	Frekuensi	
			n	%
Persepsi ibu pada program ASI eksklusif	< 13,01	Tidak baik	12	6,49
	13,01-18,22	Cukup baik	84	45,40
	18,22-23,43	Baik	77	41,62
	> 23,43	Sangat baik	12	6,49

Data penelitian menunjukkan bahwa persepsi ibu pada program ASI eksklusif dikategorikan baik (41,62%).

Tabel 4.12. Indikator-indikator persepsi ibu pada program ASI eksklusif

No	Indikator	Skor	Kategori	Frekuensi	
				N	%
X5.1	Nilai/norma sosial/subyektif	< 1,67	Tidak baik	16	8,65
		1,67-3,66	Cukup baik	41	22,16
		3,66-5,65	Baik	128	69,19
		> 5,65	Sangat baik	0	0
X5.2	Pengetahuan	< 4,83	Tidak baik	5	2,70
		4,83-7,31	Cukup baik	105	56,76
		7,31-9,80	Baik	49	26,49
		> 9,80	Sangat baik	26	14,05
X5.3	Perhatian	< 2,78	Tidak baik	13	7,03
		2,78-4,49	Cukup baik	54	29,19
		4,49-6,19	Baik	116	62,70
		> 6,19	Sangat baik	2	1,08
X5.4	Harapan	< 0,73	Tidak baik	0	0
		0,73-2,75	Cukup baik	97	52,43
		2,75-4,76	Baik	72	38,92
		> 4,76	Sangat baik	16	8,65

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa indikator persepsi ibu menyusui pada program ASI eksklusif meliputi: nilai/norma sosial/subyektif dikategorikan baik (69,19%), pengetahuan dikategorikan baik (26,49%), perhatian dikategorikan baik (62,70%) dan harapan dikategorikan baik (38,92%). Hal ini menunjukkan bahwa indikator pengetahuan dan harapan memberikan kontribusi yang diperlukan pada persepsi ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Hal lain terkait dengan persepsi yaitu pengetahuan ibu menyusui tentang susu formula kepada bayi sebelum bayi berusia enam bulan, pengetahuan tentang ASI adalah hak bayi dan pengetahuan tentang ASI yang pertama kali keluar yang berwarna kekuningan (kolostrum) serta pengetahuan ibu menyusui mengetahui manfaat ASI eksklusif bagi ibu dan bayi.

Tabel 4.13. Partisipasi ibu pada program ASI eksklusif

Variabel	Skor	Kategori	Frekuensi	
			n	%
Partisipasi ibu pada program ASI eksklusif	< 16,83	Tidak baik	12	6,5
	16,83-22,04	Cukup baik	99	53,5
	22,04-27,29	Baik	62	33,5
	> 27,29	Sangat baik	12	6,5

Data penelitian menunjukkan bahwa partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dikategorikan baik (33,5%). Partisipasi anggota masyarakat dalam kehadiran, pemikiran, ide, pengambilan keputusan, implementasi dan evaluasi program serta memperoleh manfaat dari keikutsertaannya dalam pengembangan program ASI eksklusif.

Tabel 4.14. Indikator-indikator partisipasi ibu pada program ASI eksklusif

No	Indikator	Skor	Kategori	Frekuensi	
				N	%
X6.1	Sarana	< 3,89	Tidak baik	7	3,79
		3,89-6,23	Cukup baik	117	63,24
		6,23-8,57	Baik	50	27,02
		> 8,57	Sangat baik	11	5,95
X6.2	Motivasi	< 5,25	Tidak baik	11	5,95
		5,25-9,42	Cukup baik	76	41,08
		9,42-13,58	Baik	89	48,11
		> 13,58	Sangat baik	9	4,86
X6.3	Tindakan	< 3,41	Tidak baik	9	4,86
		3,41-3,8	Cukup baik	94	50,81
		3,8-9,36	Baik	69	37,30
		> 9,36	Sangat baik	13	7,03

Tabel 4.14 menunjukkan bahwa indikator partisipasi ibu menyusui pada program ASI eksklusif meliputi: sarana dikategorikan baik (27,02%), motivasi dikategorikan baik (48,11%) dan tindakan dikategorikan baik (37,30%). Hal ini menunjukkan bahwa indikator sarana, motivasi dan

tindakan memberikan kontribusi yang dibutuhkan pada partisipasi ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Dukungan sarana yang lengkap untuk kegiatan kelompok ibu dapat menunjang keberhasilan ASI eksklusif, termasuk partisipasi masyarakat dalam mendukung kebutuhan sarana kelompok ibu untuk kegiatan penyuluhan ASI eksklusif, dukungan berupa moril maupun material dari tokoh masyarakat untuk menunjang keberhasilan program ASI eksklusif juga keikutsertaan kegiatan yang diadakan oleh kelompok ibu menyusui diperlukan kebaruan dalam materi dan metode penyampaiannya, pelaksanaan kegiatannya perlu diatur termasuk pilihan materi disesuaikan dengan kebutuhan ibu menyusui.

Tabel 4.15. Sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif

Variabel	Skor	Kategori	Frekuensi	
			n	%
Sikap ibu pada program ASI eksklusif	< 30,60	Tidak baik	12	6,5
	30,60-40,27	Cukup baik	77	41,6
	40,27-49,94	Baik	81	43,8
	> 49,94	Sangat baik	15	8,1

Data penelitian menunjukkan bahwa sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif dikategorikan baik (43,8%).

Tabel 4.16. Indikator-indikator sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif

No	Indikator	Skor	Kategori	Frekuensi	
				N	%
X7.1	Penilaian kegiatan menyusui	< 0,95	Tidak baik	0	0
		0,95-3,07	Cukup baik	99	53,5
		3,07-5,19	Baik	84	45,4
		> 5,19	Sangat baik	2	1,1
X7.2	Mengenal kesehatan ibu sendiri	< 0,31	Tidak baik	12	6,5
		0,31-10,37	Cukup baik	79	42,7
		10,37-14,44	Baik	85	45,9
		> 14,44	Sangat baik	9	4,9
X7.3	Kepercayaan diri	< 0,43	Tidak baik	0	0
		0,43-2,75	Cukup baik	106	57,3
		2,75-3,07	Baik	76	41,1
		> 3,07	Sangat baik	3	1,6
X7.4	Dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui	< 4,34	Tidak baik	11	5,95
		4,34-6,79	Cukup baik	87	47,02
		6,79-9,24	Baik	74	40,0
		> 9,24	Sangat baik	13	7,03
X7.5	Optimalisasi menyusui	< 1,49	Tidak baik	17	9,18
		1,49-3,52	Cukup baik	50	27,03
		3,52-5,55	Baik	117	63,25
		> 5,55	Sangat baik	1	0,54
X7.6	Menyusui eksklusif enam bulan pertama kehidupan	< 3,56	Tidak baik	8	4,3
		3,56-7,12	Cukup baik	76	41,1
		7,12-10,69	Baik	101	54,6
		> 10,69	Sangat baik	0	0
X7.7	Pemberian makanan bayi yang optimal	< 4,21	Tidak baik	11	5,95
		4,21-6,61	Cukup baik	99	53,52
		6,61-8,96	Baik	50	27,03
		> 8,96	Sangat baik	25	13,50

Tabel 4.16 menunjukkan bahwa indikator sikap ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif meliputi: penilaian kegiatan menyusui dikategorikan baik (45,4%), hal ini didukung cara ibu menggendong bayi, respon ibu

terhadap bayi, cara meletakkan bayi pada payudara, cara memegang payudara selama menyusui, kelekatan pada payudara, menyusui dengan efektif, menyusui berakhir dengan bayi tampak puas, menilai kondisi payudara, proses menyusui dirasakan oleh ibu. Mengenal kesehatan ibu sendiri dikategorikan baik (45,9%), hal ini didukung dengan menilai keadaan puting susu datar, payudara bengkak, puting susu lecet, merasakan sakit saat menyusui sehingga menunda pemberian ASI. Kepercayaan diri dikategorikan baik (41,1%), hal ini didukung dengan keyakinan ASI cukup, bayi tidak rewel, mengenal bayi lapar, memberikan ASI setiap bayi membutuhkan, menerima apa yang ibu pikirkan dan rasakan memberi bantuan praktis, memuji apa yang ibu dan bayi kerjakan dengan baik dan memberi informasi dengan cara yang positif. Dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui dikategorikan baik (40,0%), hal ini didukung dengan kebutuhan gizi pada ibu, informasi-informasi penting tentang ASI, memberikan rasa aman/nyaman, informasi yang relevan tentang cara menyusui, tidak memberikan dot/kempeng dan melaksanakan rawat gabung. Optimalisasi menyusui dikategorikan baik (63,25%), hal ini didukung dengan membantu ibu memulai menyusui bayi dalam 30 menit setelah melahirkan, memberikan informasi tentang manfaat menyusui dan penatalaksanaannya, mengatasi kesulitan menyusui, membantu ibu menyusui semau bayi tanpa perbatasan dan frekuensi menyusui. Menyusui eksklusif enam bulan pertama kehidupan dikategorikan baik (54,6%) dengan hanya memberikan ASI saja tanpa makanan/minuman tambahan apapun. Pemberian makanan bayi yang optimal dikategorikan baik (27,03%), hal ini didukung mencari donor ASI bila ASI tidak mencukupi, bila ibu sakit, bila ibu bekerja mengupayakan pemerahan ASI untuk bayinya dan pemerahan ASI dengan merangsang reflek oksitosin (pijatan). Hal ini menunjukkan bahwa indikator penilaian kegiatan menyusui, mengenal kesehatan ibu sendiri, kepercayaan diri, dukungan untuk ibu dan

bayi saat menyusui, dan pemberian makanan bayi yang optimal memberikan kontribusi yang dibutuhkan pada sikap ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif. Hal lain yang dilakukan oleh ibu menyusui terhadap pengaturan posisi saat menyusui untuk mendukung pemberian ASI eksklusif, akan melakukan donor ASI apabila ASI tidak cukup, melakukan kelekatan bayi pada awal menyusui, mengenal kesehatan ibu sendiri sehingga tetap memutuskan untuk menyusui, tetap memberikan ASI walaupun puting lecet, melakukan bantuan pemijatan untuk merangsang pengeluaran ASI, mengatasi dengan kesulitan menyusui akibat puting yang mengalami kelainan (puting susu datar, bengkak), tidak melakukan penambahan makanan padat dan susu formula sampai bayi berusia enam bulan dan melakukan identifikasi tanda-tanda bayi sakit dan akan tetap memberikan ASI kepada bayinya.

C. Uji Asumsi (Uji Persyaratan Analisis)

Uji persyaratan analisis meliputi: (1) uji normalitas data dan (2) uji multikolinearitas variabel. Analisis dilakukan menggunakan program analisis LISREL versi 8.80.

1. Uji normalitas data

Hasil analisis yang digunakan adalah hasil analisis normalitas gabungan (*multivariate normality*). Hasil analisis menunjukkan bahwa distribusi data ketujuh variabel penelitian tidak normal, hal ini ditunjukkan oleh *p value* =0.000, meskipun demikian program LISREL dapat menganalisis data tersebut dengan menggunakan metode *Maximum Likelihood*. Metode ini selain dapat digunakan untuk menganalisis distribusi data yang tidak normal, juga sangat baik digunakan untuk menganalisis data yang bersumber dari ukuran sampel 100 sampai 200 (Ghazali, 2015). Ringkasan hasil analisis disajikan dalam Tabel 4.17 berikut ini, dapat dilihat pada lampiran 8.

Tabel 4.17. Ringkasan hasil uji normalitas data (*multivariate normality*)

No	Variabel	χ^2 p-value	Kesimpulan
1	Kebijakan		
2	Advokasi		
3	Dukungan	$\chi^2 = 843.254$ P = 0.0000	Tidak normal
4	Pemberdayaan		
5	Persepsi		
6	Partisipasi		
7	Sikap		

Sumber: *output* Lisrel 8.80

Tabel 4.17 menunjukkan bahwa ketujuh variabel penelitian memperoleh $\chi^2 = 843.254$ dengan nilai $P=0.00000$. ini berarti ketujuh variabel tersebut secara *multivariate normality* dinyatakan tidak normal. Menurut Ghazali (2015) dalam analisis SEM yang menggunakan program LISREL, analisis data yang distribusinya tidak normal dapat menggunakan metode estimasi *Maximum Likelihood*. Nilai *skewness* z skor 5.462 dengan $P=0.000$ dan nilai *kurtosis* z skor 4.320 dengan $P=0.000$. Dalam Ghazali (2015) dinyatakan distribusi data tersebut jika *z kurtosis* dan *z skewness* < 0.05 pada tingkat 5% maka dapat dikatakan bahwa distribusi datanya tidak normal. Disimpulkan bahwa uji normalitas, distribusi data tersebut adalah *extrimely non-normal* artinya data sangat tidak normal tetapi apabila nilai *skewness* kurang dari 2 dan nilai *kurtosis* kurang dari 7 maka datanya normal. Perolehan nilai *skewness* antara 2-3 dan nilai *kurtosis* berkisar antara 7-21 distribusi data termasuk dalam *moderately non normal*. Distribusi data pada penelitian ini termasuk dalam kategori sangat tidak normal (*extremely non normal*) karena perolehan nilai *skewnees* > 3 (5.66).

2. Uji multikolinearitas

Uji multikolineritas menggunakan program LISREL versi 8.80. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak adanya korelasi yang sempurna atau besar diantara variabel penelitian. Hal ini ditunjukkan oleh korelasi antar variabel

manifes < 0.9 . Korelasi antar variabel yang tidak diperbolehkan adalah ≥ 0.9 (Ghazali, 2015), dengan demikian variabel penelitian tidak mengalami multikolinearitas. Ringkasan hasil analisis disajikan oleh Tabel 4.18, sedangkan hasil analisisnya secara lengkap disajikan pada lampiran 8.

Tabel 4.18. Ringkasan hasil uji multikolinearitas antar variabel laten

No	Variabel	1	2	3	4	5	6	7
1	Kebijakan (X_1)	1.000	0.483	0.479	0.397	0.090	0.337	0.074
2	Advokasi (X_2)	0.483	1.000	0.542	0.275	-0.025	0.266	- 0.026
3	Dukungan sumber daya (X_3)	0.479	0.542	1.000	0.486	0.017	0.346	0.065
4	Pemberdayaan ibu menyusui (X_4)	0.397	0.275	0.486	1.000	-0.048	0.434	0.000
5	Persepsi ibu (X_5)	0.090	-0.025	0.017	-0.048	1.000	0.018	0.386
6	Partisipasi (X_6)	0.337	0.266	0.346	0.434	0.018	1.000	0.179
7	Sikap (Y)	0.074	-0.026	0.065	0.000	0.386	0.179	1.000

Sumber: *output* Lisrel 8.80

Keterangan:

Variabel 1: kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif

Variabel 2 : advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa

Variabel 3 : dukungan sumber daya dan tokoh masyarakat

Variabel 4 : pemberdayaan ibu menyusui program ASI eksklusif

Variabel 5 : persepsi ibu menyusui program ASI eksklusif

Variabel 6 : partisipasi ibu pada program ASI eksklusif

Variabel 7 : sikap ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif

Tabel 4.18 menunjukkan bahwa (1) hubungan antara kebijakan dengan advokasi sebesar 0.483, (2) hubungan antara advokasi dengan dukungan sebesar 0.542, (3) hubungan antara advokasi dengan sikap sebesar -0.026, (4) hubungan antara kebijakan dengan pemberdayaan sebesar 0.397, (5) hubungan

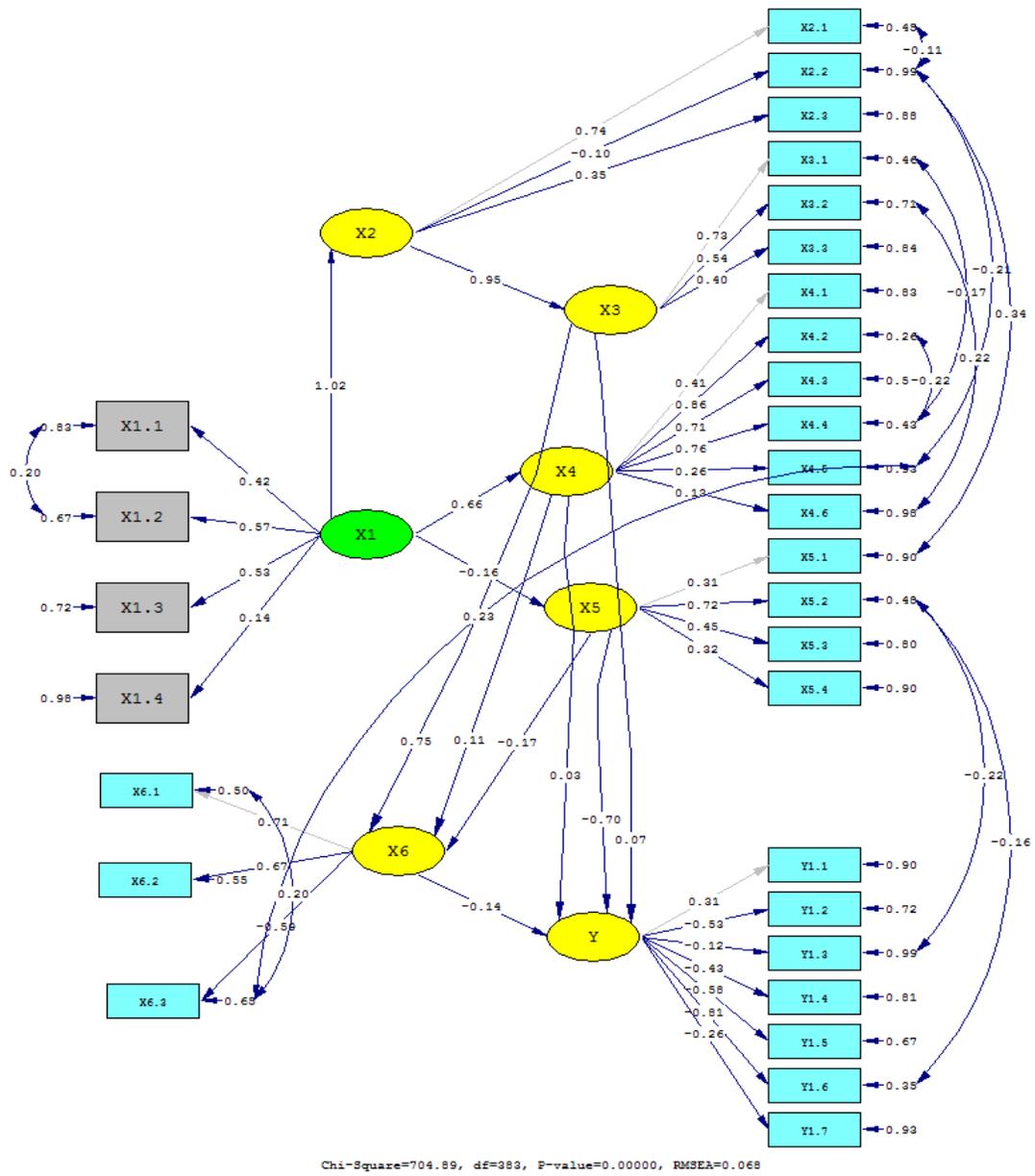
antara pemberdayaan dengan sikap sebesar 0.000, (6) hubungan antara persepsi dengan partisipasi sebesar 0.018, (7) hubungan antara partisipasi dengan sikap sebesar 0.179, (8) hubungan antara pemberdayaan dengan partisipasi sebesar 0.434, dan (9) hubungan antara dukungan dengan partisipasi sebesar 0.346. Ketujuh koefisien variabel kurang dari 0.9, sehingga ketujuh variabel dinyatakan tidak mengalami multikolinearitas.

Metode estimasi untuk melihat valid, efisiensi dan reliabel dengan ukuran sampel 100-200. *Generalized Least Square* (GLS) menghasilkan estimasi hasil yang hampir sama dengan estimasi *Maximum Likelihood* (ML). Asumsi-asumsi yang dipenuhi dalam LISREL yaitu normalitas adalah asumsi yang paling fundamental dalam analisis multivariat (Ghazali, 2015). Ada dua yaitu *univariat normality* (data ordinal) dan *multivariat normality* (kontinues). Langkah selanjutnya melakukan uji dilanggar atau tidaknya asumsi normalitas digunakan nilai statistik Z untuk *skewness* dan *kurtosis*. Hasil nilainya *skewness* dan *kurtosis* signifikan. Karena (<0.05) pada tingkat 5%. Hasil *p-value* 0.000, maka dikatakan distribusi data tidak normal. Hasil menunjukkan nilai *skweness* lebih besar daripada 3 (5.666) dan nilai *kurtosis* lebih besar daripada 21 (71.765), ini menunjukkan distribusi data termasuk kategori sangat tidak normal (*ekstrimely non normal*). Sehubungan dengan data yang diperoleh tidak normal maka dilakukan LISREL sebagai suatu alat bantu statistik untuk solusi yang dapat dilakukan untuk data skala ordinal transformasi data tidak dianjurkan karena akan mengakibatkan data sulit diinterpretasikan. Apabila jumlah data memenuhi digunakan metode estimasi selain ML (GLS atau WLS). Hal tersebut sebagai upaya mengatasi ketidaknormalan data.

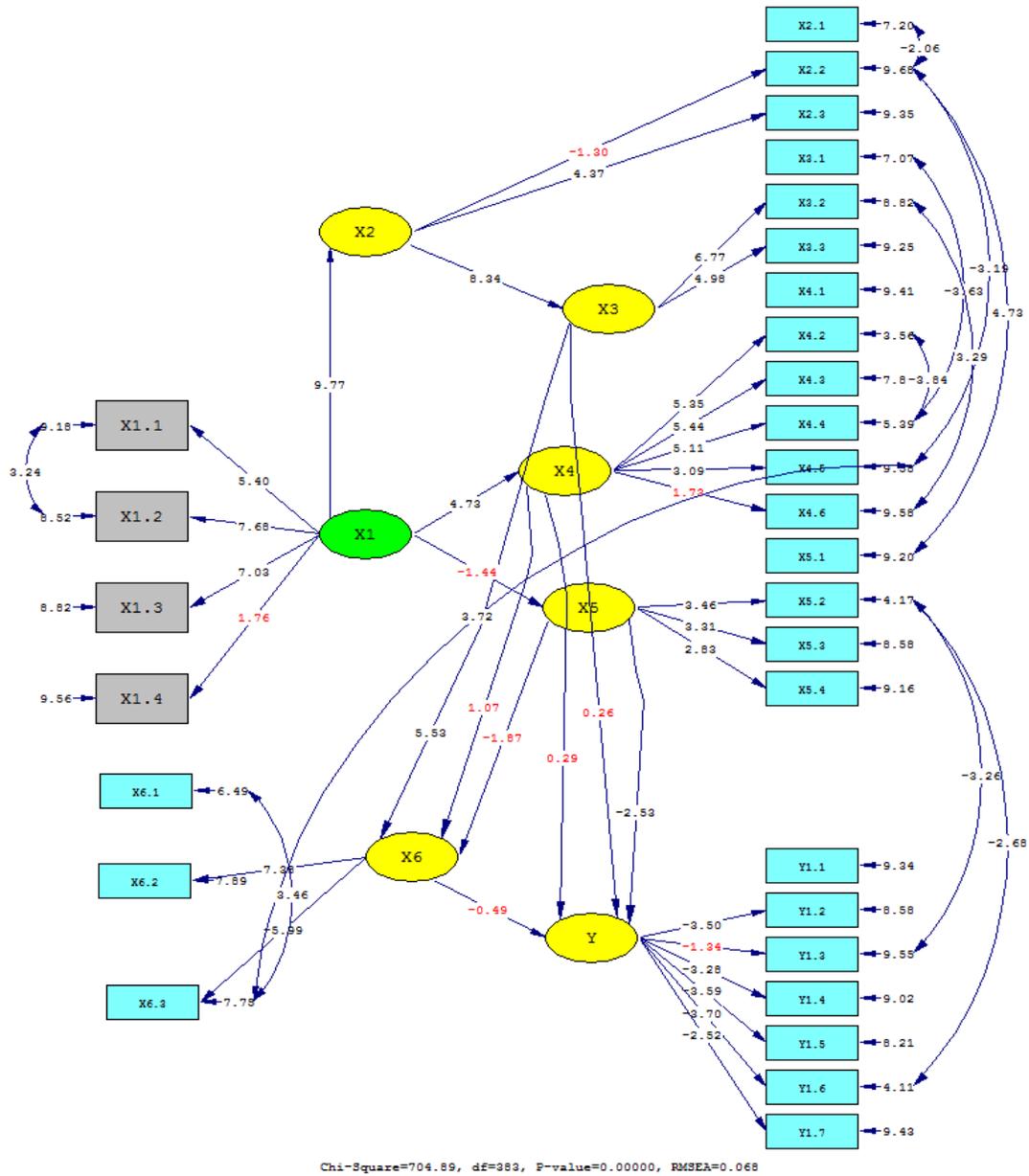
D. Analisis *Structural Equation Modeling* (SEM)

Bagian ini memaparkan aspek-aspek, yakni temuan model empirik dan hasil uji hipotesis.

Penelitian ini menemukan model struktural dan pengukuran pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Temuan model empirik yang disusun berdasarkan analisis statistik menggunakan SEM. Disajikan pada Gambar 4.1 dan Gambar 4.2 berikut.



Gambar 4.1. Model struktural dan pengukuran dengan *standardized solution*



Gambar 4.2. Model struktural dan pengukuran dengan t-values

Gambar 4.1 merupakan model empirik yang ditemukan, sedangkan Gambar 4.2 merupakan model dengan nilai *tvalue*. Gambar 4.2 berfungsi sebagai kriteria signifikansi setiap nilai parameter. Ringkasan hasil penilaian model disajikan oleh Tabel 4.19. Hasil analisis selengkapnya disajikan pada lampiran 7.

Tabel 4.19. Ringkasan *goodness of fit model*

<i>Goodness of fit index</i>	Kriteria	Hasil	Status
<i>Chi square empiris</i>	<i>Chi square</i> < 2 db	704.89 < 766	Model fit/diterima
<i>Root Mean Square Approximation (RMSEA)</i>	≤ 0.08	0.068	Model fit/diterima
ECVI	ECVI < <i>Saturated Model</i> < <i>Independence Model</i>	4.66 < 5.05 < 16.20	Model fit/diterima
AIC	Model AIC < <i>Saturated AIC</i>	868.89 < 930.00	Model fit/diterima
CAIC	Model CAIC < <i>Saturated CAIC</i>	1214.96 < 2892.47	Model fit/diterima
IFI	IFI > 0.80	0.87 > 0.80	Model fit/diterima
RFI	0-1	0.72	Model fit/diterima

Sumber: *output* lisrel 8.80

Tabel 4.19 menunjukkan hasil uji *goodness of fit model* melalui beberapa teknik pengujian menunjukkan nilai *chi square* $704.89 < 2db$ yang berarti bahwa model fit. Hal ini berarti bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara matrix kofarian prediksi dengan data observasi (Ghazali, 2015). RMSEA merupakan ukuran fit paling populer dan banyak digunakan dibanyak penelitian. Hal ini karena nilai RMSEA tidak over estimated atau under estimated dan tidak tergantung dari jumlahnya nilai sampel $0.068 < 0.08$. Hal ini menunjukkan fit model baik (Joroskog, 1996). Sesuai dengan Tabel 4.19 alat ukur ECVI, AIC, RFI, IFI dan CAIC dinyatakan sudah baik dan dapat diterima.

Model empirik memenuhi semua kriteria yang ditentukan. Ini berarti model dinyatakan sesuai dengan data empirik. Model empirik terbagi menjadi dua, yaitu berkaitan dengan model struktural dan berkaitan dengan model pengukuran.

a. Analisis berkaitan dengan model struktural

Interpretasi model empirik berkaitan dengan model struktural disajikan oleh Gambar 4.1 dan 4.2, sedangkan hasil analisis selengkapnya disajikan pada lampiran 7.

Tabel 4.20. Ringkasan hasil uji hubungan antar variabel laten

Variabel laten	Koefisien hubungan	t-value	Kesimpulan
Kebijakan–advokasi	$\gamma = 1.02$	$9.77 > 1.96 (5\%)$	Signifikan
Advokasi–dukungan	$\beta = 0.95$	$8.34 > 1.96 (5\%)$	Signifikan
Dukungan–sikap	$\beta = 0.07$	$0.26 < 1.96 (5\%)$	Tidak signifikan
Dukungan-partisipasi	$\beta = 0.75$	$5.53 > 1.96 (5\%)$	Signifikan
Kebijakan–pemberdayaan	$\gamma = 0.66$	$4.73 > 1.96 (5\%)$	Signifikan
Pemberdayaan–sikap	$\beta = 0.03$	$0.29 < 1.96 (5\%)$	Tidak signifikan
Pemberdayaan–partisipasi	$\beta = 0.11$	$1.07 < 1.96 (5\%)$	Tidak Signifikan
Kebijakan–persepsi	$\gamma = -0.16$	$-1.44 < 1.96 (5\%)$	Tidak signifikan
Persepsi–partisipasi	$\beta = -0.17$	$-1.87 < 1.96 (5\%)$	Tidak signifikan
Persepsi-sikap	$\beta = -0.70$	$-2.53 > 1.96 (5\%)$	Signifikan
Partisipasi–sikap	$\beta = -0.14$	$-0.49 < 1.96 (5\%)$	Tidak Signifikan

Sumber: *output* Lisrel 8.80

Tabel 4.20 menunjukkan bahwa: (1) hubungan antara kebijakan tentang program ASI eksklusif dengan advokasi sebesar $\gamma = 1.02$ dan nilai t hitung = 9.77; (2) hubungan antara Advokasi dengan dukungan sebesar (β) = 0.95 dan nilai t hitung = 8.34; (3) hubungan antara dukungan dengan sikap (β) sebesar= 0.07 dan nilai t hitung = 0.26; (4) hubungan antara kebijakan

dengan pemberdayaan sebesar $\gamma = 0.66$ dan nilai t hitung = 4.73; (5) hubungan antara pemberdayaan dengan sikap sebesar $\beta = 0.03$ dan nilai t hitung = 0.29; (6) hubungan antara kebijakan dengan persepsi sebesar $\gamma = -0.16$ dan nilai t hitung = -1.44; (7) hubungan antara persepsi dengan partisipasi sebesar (β)= -0.17 dan nilai t hitung = -1.87; (8) hubungan antara partisipasi dengan sikap (β) sebesar = -0.14 dan nilai t hitung = -0.49; (9) hubungan antara dukungan dengan partisipasi sebesar beta (β) = 0.75 dan nilai t hitung = 5.53; (10) hubungan antara pemberdayaan dengan partisipasi sebesar beta (β) = 0.11 dan nilai t hitung = 1.07 dan (11) hubungan antara persepsi dengan sikap sebesar beta (β) = -0.70 dan nilai t hitung = -2.53.

b. Analisis berkaitan dengan model pengukuran dari dukungan variabel

Bagian ini memaparkan analisis model pengukuran yang berkaitan dengan tujuh variabel, yakni: (1) kebijakan, (2) advokasi, (3) dukungan, (4) pemberdayaan, (5) persepsi, (6) partisipasi, dan (7) sikap.

1) Variabel kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif

Analisis model empirik berkaitan dengan model pengukuran kebijakan disajikan pada Tabel 4.21 berikut ini; sedangkan hasil analisis selengkapnya disajikan pada Gambar 4.2.

Tabel 4.21. Ringkasan hasil uji variabel pengukuran kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif

No	Variabel manifes	Koefisien hubungan	Kesalahan pengukuran	t -value	Kesimpulan
1	Sosialisasi	0.42	0.83	5.40 > 1.96	Valid
2	Pemantauan	0.57	0.67	7.68 > 1.96	Valid
3	Fasilitasi	0.53	0.72	7.03 > 1.96	Valid
4	SDM	0.14	0.98	1.76 < 1.96	Tidak valid

Sumber: *output* Lisrel 8.80

Tabel 4.21 menunjukkan bahwa sosialisasi, pemantauan, dan fasilitasi merupakan faktor penentu kebijakan dinyatakan valid. Hal ini ditunjukkan oleh nilai t -hitung indikator >1.96. SDM merupakan faktor yang tidak valid (nilai t -hitung 1.76 < 1.96), meskipun nilai t -hitung kecil

namun tetap memberikan pengaruh terhadap kebijakan pemerintah terhadap pemberian ASI eksklusif. Dimungkinkan ketidakvalidan ini dilihat dari hasil nilai *error variannya* juga sangat tinggi (0.98). Secara empirik dibuktikan SDM (fasilitator dan motivator) sangat terbatas, pelatihan konselor ada tetapi belum merata disetiap kelurahan, peran tenaga masih kurang, motivator/konselor/fasilitator masih butuh bantuan dan belum mandiri dilihat dari kemampuan keterampilannya, pelatihan untuk fasilitator masih kurang dan mahal.

2) Variabel advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa

Analisis model empirik berkaitan dengan model pengukuran advokasi disajikan pada Tabel 4.22 berikut ini; sedangkan hasil analisis selengkapnya disajikan pada Gambar 4.2.

Tabel 4.22. Ringkasan hasil uji variabel pengukuran advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa

No	Variabel manifes	Koefisien hubungan	Kesalahan pengukuran	t -value	Kesimpulan
1	Dukungan tertulis	0.74	0.45	-	Valid (interpolasi)
2	Penyediaan sarana	-0.10	0.99	-1.30 < 1.96	Tidak valid
3	Anggaran desa	0.35	0.88	4.37 > 1.96	Valid

Sumber: *output* Lisrel 8.80

Tabel 4.22 menunjukkan bahwa dukungan tertulis dan anggaran desa merupakan faktor penentu advokasi dinyatakan valid. Hal ini ditunjukkan oleh nilai t-hitung semua indikator > 1.96 . Penentuan valid tidaknya indikator advokasi dilakukan dengan cara interpolasi yakni dibandingkan dengan nilai t-hitung indikator lainnya. Penyediaan sarana merupakan faktor penentu advokasi dinyatakan tidak valid, hal ini ditunjukkan dengan nilai t-hitung $-1.30 < 1.96$, meskipun nilai t-hitung kecil namun tetap memberikan pengaruh terhadap advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa. Penyediaan sarana tidak valid

dimungkinkan karena nilai *error* variannya tinggi (0.99). Secara empirik dibuktikan bahwa penyediaan sarana masih terbatas, sarana sudah ada namun beralih fungsi dan tidak menjadi ruang menyusui.

- 3) Variabel pengukuran dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif

Analisis model empirik berkaitan dengan model pengukuran sumber daya disajikan pada Tabel 4.23 berikut ini, sedangkan hasil analisis selengkapnya disajikan pada Gambar 4.2.

Tabel 4.23. Ringkasan hasil uji variabel pengukuran sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif

No	Variabel manifes	Koefisien hubungan	Kesalahan pengukuran	t-value	Kesimpulan
1	Sarana prasarana	0.73	0.46	-	Valid (interpolasi)
2	Motivasi	0.54	0.71	6.77 > 1.96	Valid
3	Tindakan	0.40	0.84	4.98 > 1.96	Valid

Sumber: *output* Lisrel 8.80

Tabel 4.23 menunjukkan bahwa sarana prasarana, motivasi, dan tindakan merupakan faktor penentu pengukur sumber daya dinyatakan valid. Hal ini ditunjukkan oleh nilai t-hitung semua indikator > 1.96. Penentuan valid tidaknya indikator dukungan pengukuran sumber daya dilakukan dengan cara interpolasi, yaitu dibandingkan dengan nilai t-hitung indikator lainnya.

- 4) Variabel pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Analisis model empirik berkaitan dengan model pengukuran pemberdayaan disajikan pada Tabel 4.24 berikut ini, sedangkan hasil analisis selengkapnya disajikan pada Gambar 4.2.

Tabel 4.24. Ringkasan hasil uji variabel pengukuran pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

No	Variabel manifes	Koefisien hubungan	Kesalahan pengukuran	t-value	Kesimpulan
1	Penyelenggaraan	0.41	0.83	-	Valid (interpolasi)
2	Pengawasan	0.86	0.26	5.35 > 1.96	Valid
3	Pengendalian	0.71	0.50	5.44 > 1.96	Valid
4	Wadah/ lembaga	0.76	0.43	5.11 > 1.96	Valid
5	Ketenagaan	0.26	0.93	3.09 > 1.96	Valid
6	Kebijakan	0.13	0.98	1.73 < 1.96	Tidak valid

Sumber: *output* Lisrel 8.80

Tabel 4.24 menunjukkan bahwa penyelenggaraan, pengawasan, pengendalian, wadah/lembaga dan ketenagaan merupakan faktor penentu pemberdayaan ibu menyusui dinyatakan valid. Hal ini ditunjukkan oleh nilai t-hitung indikator > 1.96 . Penentuan valid tidaknya indikator pengukuran pemberdayaan dilakukan dengan cara interpolasi, yakni dibandingkan dengan nilai t-hitung indikator lainnya. Sedangkan kebijakan dinyatakan tidak valid ditunjukkan nilai t-hitung $1.73 < 1.96$, meskipun nilai t-hitung kecil namun tetap memberikan pengaruh terhadap pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Hal ini ditunjukkan nilai *error varian* nya tinggi (0.95). Secara empirik kebijakan tentang program ASI eksklusif meliputi sosialisasi peraturan pemerintah tentang ASI eksklusif, pemantauan sepuluh langkah menuju keberhasilan ASI eksklusif, fasilitas ruang menyusui dan sumber daya manusia yang melaksanakan program ASI eksklusif bagi masyarakat belum sepenuhnya diketahui, termasuk pengawasan terkait hukum pemberian ASI eksklusif dan sanksi apabila tidak memberikan ASI eksklusif. Dalam pelaksanaan

cuti melahirkan perubahan kebijakan tentang pemberian ASI eksklusif dari pemberian tiga bulan, empat bulan dan enam bulan belum diketahui secara menyeluruh oleh masyarakat dan masyarakat belum tahu dalam menyikapi jaminan bayi mendapat haknya pada makanan terbaik yaitu ASI sejak lahir sampai enam bulan.

5) Variabel persepsi ibu pada program ASI eksklusif

Analisis model empirik berkaitan dengan variabel persepsi ibu pada ASI eksklusif disajikan pada Tabel 4.25 berikut ini, sedangkan hasil analisis selengkapnya disajikan pada lampiran Gambar 4.2.

Tabel 4.25. Ringkasan hasil uji variabel persepsi ibu pada program ASI eksklusif

No	Variabel manifes	Koefisien hubungan	Kesalahan pengukuran	t-value	Kesimpulan
1	Nilai/norma sosial/ subyektif	0.31	0.90	-	Valid (interpolasi)
2	Pengetahuan	0.72	0.48	3.46> 1.96	Valid
3	Perhatian	0.45	0.80	3.31> 1.96	Valid
4	Harapan	0.32	0.90	2.83> 1.96	Valid

Sumber: *output* Lisrel 8.80

Tabel 4.25 menunjukkan bahwa nilai/norma sosial/subyektif, pengetahuan, perhatian, dan harapan merupakan faktor penentu persepsi ibu pada program ASI eksklusif dinyatakan valid. Hal ini ditunjukkan oleh nilai t-hitung semua indikator > 1.96. Penentuan valid tidaknya indikator persepsi ibu pada program ASI eksklusif dilakukan dengan cara interpolasi, yakni dibandingkan dengan nilai t hitung indikator lainnya.

6) Variabel partisipasi ibu pada program ASI eksklusif

Analisis model empirik berkaitan dengan model pengukuran partisipasi ibu pada program ASI eksklusif disajikan pada Tabel 4.26

berikut ini, sedangkan hasil analisis selengkapnya disajikan pada Gambar 4.2.

Tabel 4.26. Ringkasan hasil uji variabel pengukuran partisipasi ibu

No	Variabel manifes	Koefisien hubungan	Kesalahan pengukuran	t-value	Kesimpulan
1	Sarana	0.71	0.50	-	Valid (interpolasi)
2	Bentuk	0.67	0.55	7.38 > 1.96	Valid
3	Kontribusi	-0.59	0.65	-5.99 > -1.96	Valid

Sumber: *output* Lisrel 8.80

Tabel 4.26 menunjukkan bahwa sarana, bentuk, dan kontribusi merupakan faktor pengukuran partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dinyatakan valid. Hal ini ditunjukkan oleh nilai t-hitung semua indikator > 1.96.

7) Variabel sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif

Analisis model empirik berkaitan dengan model pengukuran sikap ibu disajikan pada Tabel 4.27 berikut ini; sedangkan hasil analisis selengkapnya disajikan pada Gambar 4.2.

Tabel 4.27. Ringkasan hasil uji variabel pengukuran sikap ibu

No	Variabel manifes	Koefisien hubungan	Kesalahan pengukuran	t-value	Kesimpulan
1	Menilai pada proses menyusui	0.31	0.90	-	Valid (interpolasi)
2	Mengenal kesehatan ibu	-0.53	0.72	-3.50 > 1.96	Valid
3	Kepercayaan diri	-0.12	0.99	-1.34 < 1.96	Tidak valid
4	Dukungan ibu dan bayi saat menyusui	-0.43	0.81	-3.28 > 1.96	Valid
5	Optimalisasi menyusui	-0.58	0.67	-3.59 > 1.96	Valid
6	Menyusui eksklusif enam bulan	-0.81	0.35	-3.70 > 1.96	Valid
7	Pemberian makanan bayi	-0.26	0.93	-2.52 > 1.96	Valid

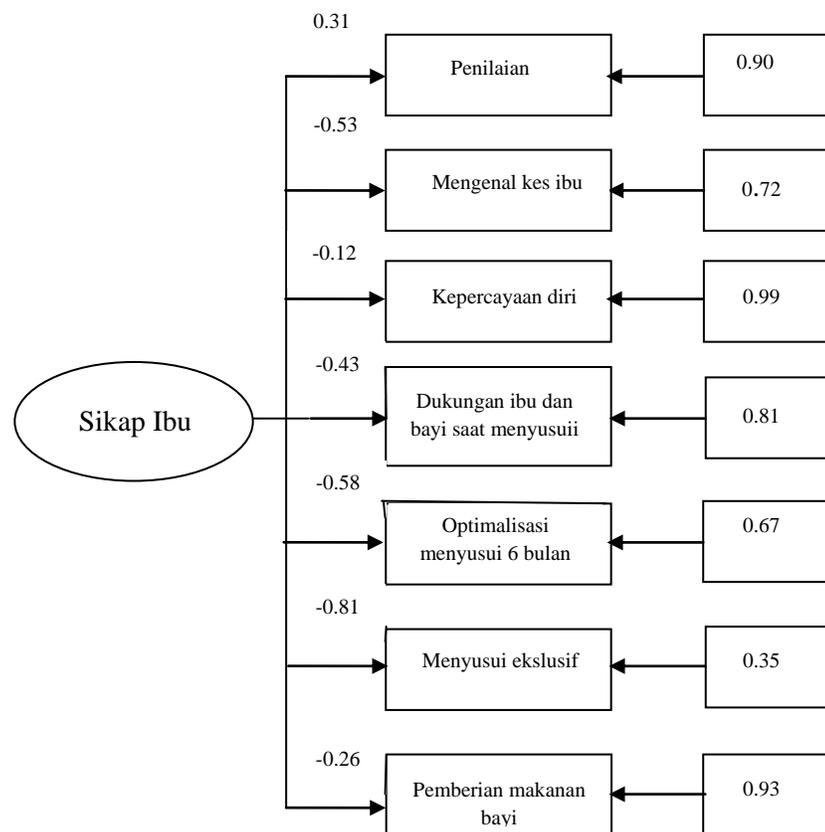
yang optimal

Sumber: *output* Lisrel 8.80

Tabel 4.27 menunjukkan bahwa penilaian, mengenal kesehatan ibu, dukungan ibu, optimalisasi menyusui, menyusui eksklusif, dan pemberian makanan bayi yang optimal merupakan faktor penentu pengukur sikap ibu dinyatakan valid. Hal ini ditunjukkan oleh nilai t -hitung > 1.96 . Penentuan valid tidaknya indikator pengukuran sifat ibu dilakukan dengan cara interpolasi, yakni dibandingkan dengan nilai t -hitung indikator lainnya. Pada kepercayaan diri ditunjukkan oleh nilai t -hitung $-1.34 < 1.96$, sehingga dinyatakan tidak valid, meskipun nilai t -hitung kecil namun tetap memberikan pengaruh terhadap sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Hal ini ditunjukkan nilai *error varian* nya tinggi (0.99). Bukti secara empirik, ibu yang memberikan ASI eksklusif hanya mencapai (32,4%), hal ini dipengaruhi oleh sikap ibu dalam menilai pada proses menyusui, mengenal kesehatan ibu, kepercayaan diri, dukungan ibu dan bayi saat menyusui, optimalisasi menyusui, menyusui eksklusif enam bulan dan pemberian makanan bayi yang optimal. Sedangkan riwayat pemberian ASI eksklusif bagi ibu yang sudah pernah menyusui >2 anak sejumlah 55,5%, hal ini membuktikan bahwa dengan adanya pengalaman (menyusui) pada kelahiran anak kedua belum membentuk kepercayaan diri dalam pemberian ASI eksklusif yang berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menyusui. Dimungkinkan kepercayaan diri tidak valid dikarenakan sikap ibu dipengaruhi oleh persepsi melalui pengetahuan, nilai norma/sosial, harapan dan pada partisipasi, pemberdayaan dan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dalam pemberian ASI eksklusif.

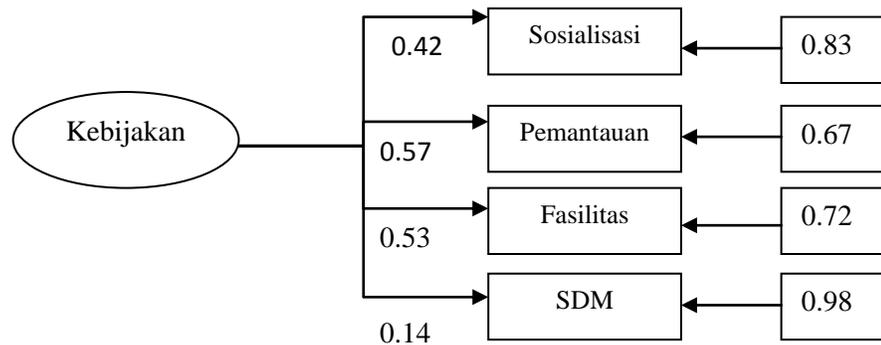
c. Analisis berkaitan dengan model pengukuran dari analisis faktor

- 1) Sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif meliputi: mengenal kesehatan ibu sendiri, optimalisasi menyusui, menyusui eksklusif, merupakan indikator sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif yang valid. Sedangkan penilaian, kepercayaan diri, dukungan ibu dan bayi saat menyusui, dan pemberian makanan bayi yang optimal merupakan indikator sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif yang tidak valid. Hal ini ditunjukkan oleh Gambar 4.3 berikut ini.



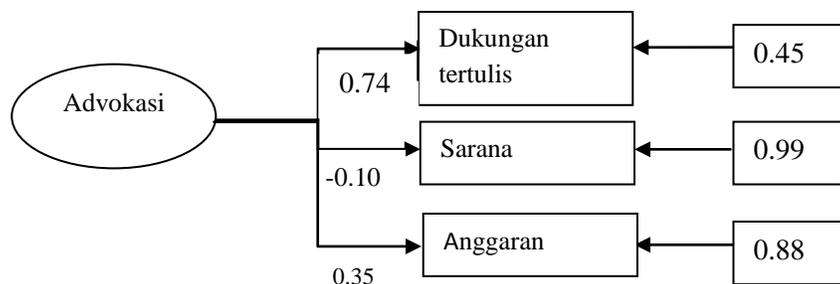
Gambar 4.3. Model pengukuran sikap ibu

- 2) Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif meliputi pemantauan dan fasilitasi ruang menyusui merupakan indikator kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif yang valid. Sosialisasi dan SDM merupakan indikator kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif yang tidak valid. Hal ini ditunjukkan oleh Gambar 4.4 berikut ini.



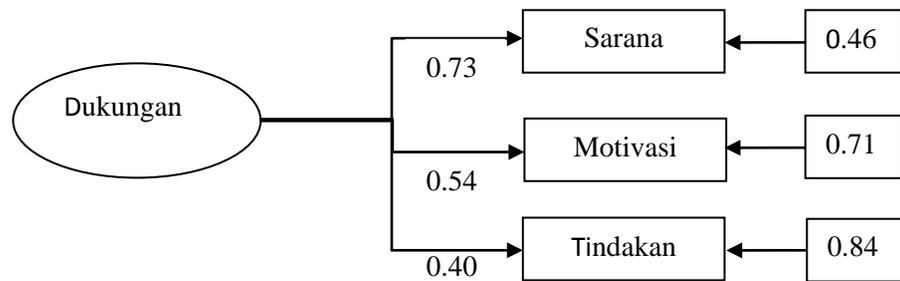
Gambar 4.4. Model pengukuran kebijakan

- 3) Advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa berupa dukungan tertulis, merupakan indikator advokasi pada program ASI eksklusif yang valid. Penyediaan sarana prasarana dan anggaran dana desa merupakan indikator advokasi pada program ASI eksklusif yang tidak valid. Hal ini ditunjukkan oleh Gambar 4.5 berikut ini.



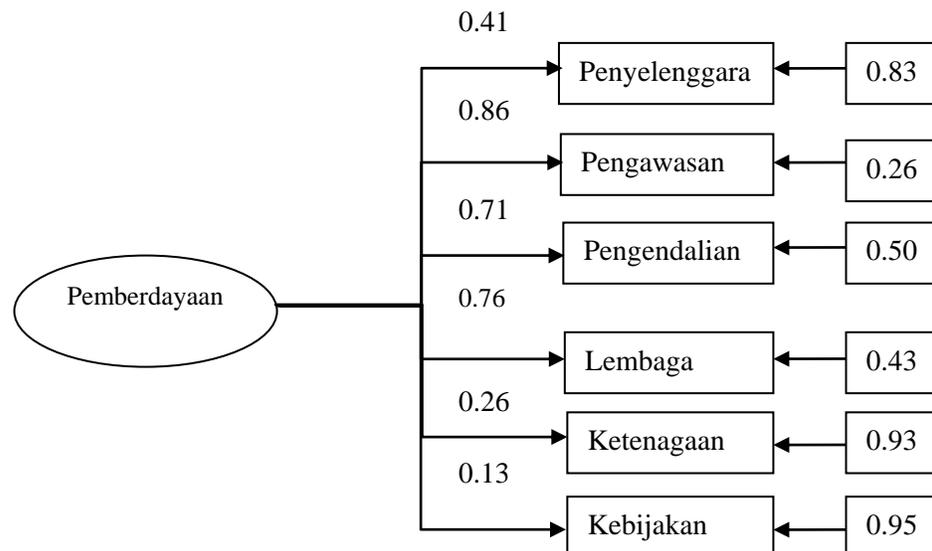
Gambar 4.5. Model pengukuran advokasi

- 4) Dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif berupa sarana prasarana dan motivasi merupakan indikator dukungan sumber daya pada program ASI eksklusif yang valid. Tindakan merupakan indikator dukungan sumber daya pada program ASI eksklusif yang tidak valid. Hal ini ditunjukkan oleh Gambar 4.6 berikut ini.



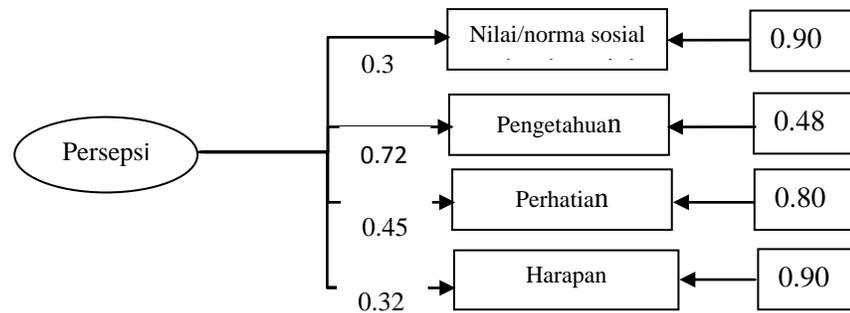
Gambar 4.6. Model pengukuran dukungan

- 5) Pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif berupa pengawasan, pengendalian, dan wadah atau lembaga merupakan indikator pemberdayaan pada program ASI eksklusif yang valid. Penyelenggaraan, ketenagaan dan kebijakan merupakan indikator pemberdayaan pada program ASI eksklusif yang tidak valid. Hal ini ditunjukkan oleh Gambar 4.7 berikut ini.



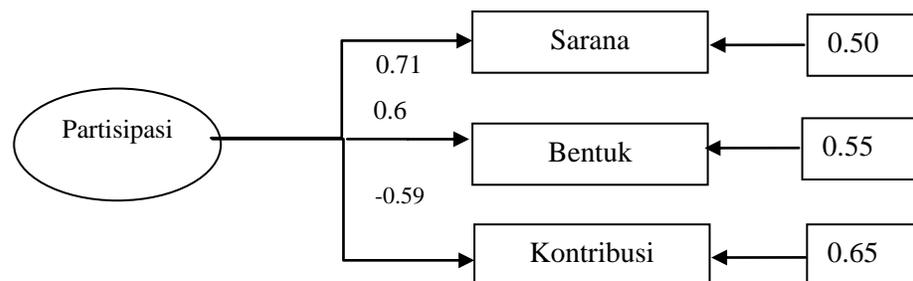
Gambar 4.7. Model pengukuran pemberdayaan ibu menyusui

- 6) Persepsi ibu pada program ASI eksklusif berupa pengetahuan merupakan indikator persepsi ibu pada program ASI eksklusif yang valid. Pengetahuan, perhatian dan harapan merupakan indikator persepsi ibu pada program ASI eksklusif yang tidak valid. Hal ini ditunjukkan oleh Gambar 4.8 berikut ini.



Gambar 4.8. Model pengukuran persepsi

- 7) Partisipasi ibu pada program ASI eksklusif berupa sarana, bentuk dan kontribusi pikiran ide merupakan indikator partisipasi ibu pada program ASI eksklusif yang valid. Gambar 4.9 menunjukkan bahwa semua indikator partisipasi dikatakan valid.



Gambar 4.9. Model pengukuran partisipasi

E. Hasil Uji Hipotesis

1. Hubungan antara respon ibu tentang kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (X1 ke X2). Hubungan antara respon ibu tentang kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa sangat tinggi yaitu 1.02, yang artinya respon ibu tentang kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif memberi pengaruh sebesar 102% terhadap advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa. Hal ini didukung juga dengan hasil *t value* sebesar 9.77, dan hubungan dikatakan valid jika nilai dari *t value* nya lebih besar dari 1.96.
2. Hubungan antara advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif (X2 ke X3). Hubungan antara respon ibu pada advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dengan dukungan sumber dayadan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif sangat tinggi yaitu 0.95, yang artinya respon ibu advokasi pada program ASI eksklusif memberi pengaruh sebesar 95% terhadap dukungan sumber daya ASI eksklusif ke desa. Hal ini didukung juga dengan hasil *t value* sebesar 8.34, dan hubungan dikatakan valid jika nilai dari *t value* nya lebih besar dari 1.96.
3. Hubungan antara respon ibu pada dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif (X3 ke Y). Hubungan antara respon ibu tentang dukungan sumber daya dengan sikap ibu dalam pemberian ASI sangat rendah yaitu 0.07, yang artinya respon ibu tentang dukungan sumber daya memberi pengaruh sebesar 7% terhadap sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Hal ini sesuai dengan hasil *t value* sebesar 0.26, dan hubungan dikatakan valid jika nilai dari *t value* nya lebih besar dari 1.96 dan tidak valid jika nilai *t value* nya kurang dari 1.96.

4. Hubungan antara dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (X3 ke X6). Hubungan antara respon ibu tentang dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif tinggi yaitu 0.75, yang artinya respon ibu tentang dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif memberi pengaruh sebesar 75% terhadap partisipasi ibu pada program ASI eksklusif. Hal ini didukung juga dengan hasil *t value* sebesar 5.53, dan hubungan dikatakan valid jika nilai dari *t value* nya lebih besar dari 1.96.
5. Hubungan antara respon ibu tentang kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif (X1 ke X4). Hubungan antara respon ibu tentang kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif tinggi yaitu 0.66, yang artinya respon ibu tentang kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif memberi pengaruh sebesar 66% terhadap pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Hal ini didukung juga dengan hasil *t value* sebesar 4.73, dan hubungan dikatakan valid jika nilai dari *t value* nya lebih besar dari 1.96.
6. Hubungan antara pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif (X4 ke Y). Hubungan antara pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif sangat rendah yaitu 0.03, yang artinya respon ibu tentang kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif memberi pengaruh sebesar 3% terhadap sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Hal ini didukung juga dengan hasil *t value* sebesar 0.29, dan hubungan dikatakan tidak valid jika nilai dari *t value* nya kurang dari 1.96.
7. Hubungan antara pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (X4 ke X6). Hubungan

antara respon pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif sangat rendah yaitu 0.11, yang artinya respon ibu tentang pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif memberi pengaruh sebesar 11% terhadap partisipasi ibu pada program ASI eksklusif. Hal ini didukung juga dengan hasil *t value* sebesar 1.07, dan hubungan dikatakan tidak valid jika nilai dari *t value* nya kurang dari 1.96.

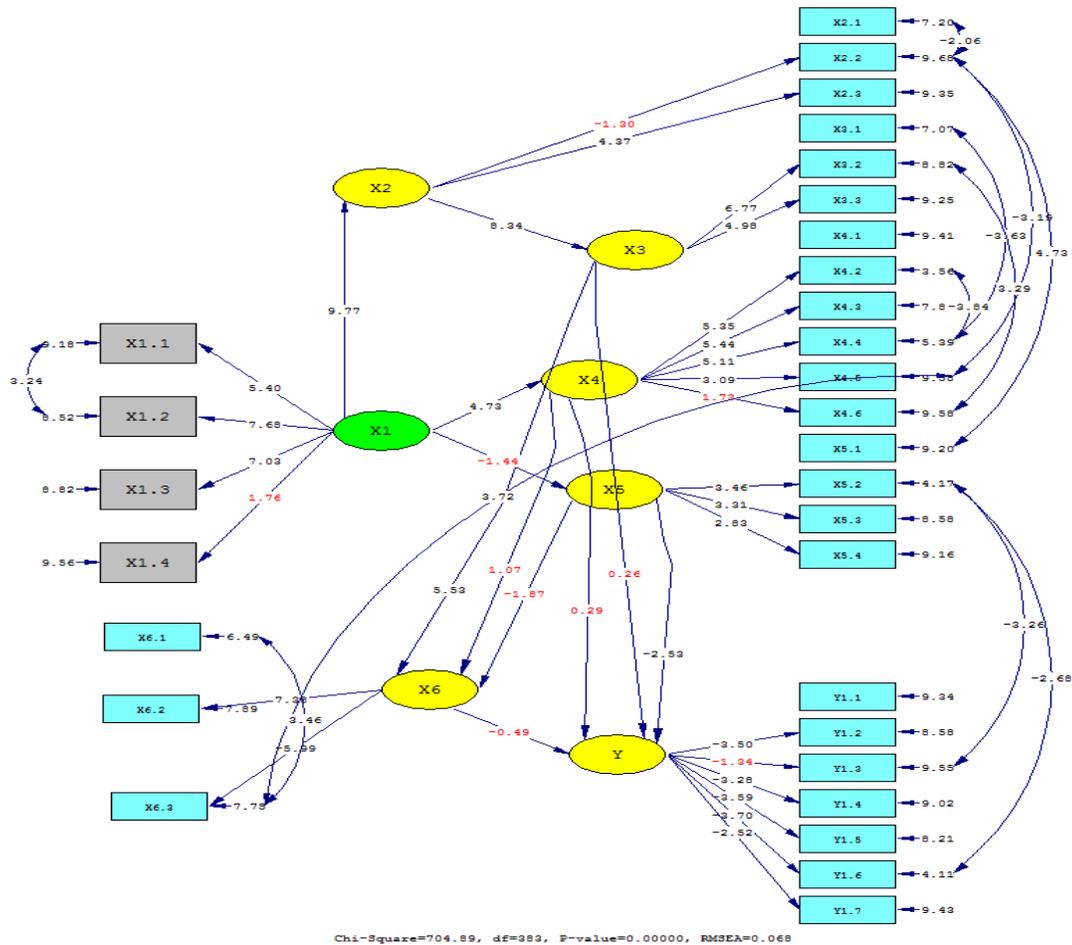
8. Hubungan antara respon ibu terhadap kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif (X1 ke X5). Hubungan antara respon ibu terhadap kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif sangat rendah yaitu -0.16, yang artinya respon ibu tentang kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif memberi pengaruh sebesar 16% terhadap persepsi ibu pada program ASI eksklusif. Hal ini didukung juga dengan hasil *t value* sebesar -1.44, dan hubungan dikatakan tidak valid jika nilai dari *t value* nya kurang dari 1.96.
9. Hubungan antara respon persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (X5 ke X6). Hubungan antara respon ibu tentang persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif sangat rendah yaitu -0.17, yang artinya respon ibu tentang persepsi ibu pada program ASI eksklusif memberi pengaruh sebesar 17% terhadap partisipasi ibu pada program ASI eksklusif. Hal ini didukung juga dengan hasil *t value* sebesar -1.87, dan hubungan dikatakan tidak valid jika nilai dari *t value* nya kurang dari 1.96.
10. Hubungan antara persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif (X5 ke Y). Hubungan antara persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif tinggi yaitu -0.70, yang artinya respon ibu tentang persepsi ibu pada program

ASI eksklusif memberi pengaruh sebesar 70% terhadap sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Hal ini didukung juga dengan hasil *t value* sebesar -2.53, dan hubungan dikatakan valid jika nilai dari *t value* nya lebih besar dari 1.96.

11. Hubungan antara respon partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif (X6 ke Y). Hubungan antara respon ibu tentang partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif sangat rendah yaitu -0.14, yang artinya respon ibu tentang partisipasi pada program ASI eksklusif memberi pengaruh sebesar 14% terhadap sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Hal ini didukung juga dengan hasil *t value* sebesar -0.49, dan hubungan dikatakan tidak valid jika nilai dari *t value* nya kurang dari 1.96.
12. Model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif terbentuk dari hasil analisis SEM dan dari hasil data empirik yang ada di lapangan. Gambar 4.10 di bawah menjelaskan bahwa ada enam jalur yang tidak memiliki hubungan yang valid (>1.96) dan tidak valid yaitu < 1.96 antara lain hubungan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif $P < 1.96$ (-1.44), juga pada hubungan persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif $P < 1.96$ (-1.87), hubungan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif $P < 1.96$ (0.26), hubungan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif $P < 1.96$ (0.29), hubungan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif $P < 1.96$ (-0.49) dan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif $P < 1.96$ (1.07).

Dilihat dari gambar 4.10 di bawah menunjukkan bahwa nilai yang memberikan dampak adalah advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif (8.34), kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (9.77), kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif (4.73), dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (5.53), persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif (-2.53). Alasan model yang diambil untuk menjadi *existing model* yaitu dari *t value* bukan dari *standar solution* dikarenakan nilai yang diperoleh dari *t value* (>1.96) lebih memenuhi standar dibandingkan nilai *standar solution* (>0.5).



Gambar 4.10. Existing Model

Keterangan :

- X1 : Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif
- X2 : Advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa
- X3 : Dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif
- X4 : Pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif
- X5 : Persepsi ibu pada program ASI eksklusif
- X6 : Partisipasi ibu pada program ASI eksklusif
- Y : Sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif

Ringkasan persamaan dan pengukuran pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif (faktor penentu variabel)

- a. Ringkasan persamaan pengukuran dan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif

Tabel 4.28. Ringkasan persamaan pengukuran dan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif

Variabel	Indikator	Error varian	R²	Total varian
Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif	Sosialisasi PP No.33/2012	5.88	0.17	7.12
	Pemantauan 10 LMKM	11.27	0.33	16.76
	fasilitasi ruang menyusui	3.39	0.28	4.70
	SDM (motivator, fasilitator)	1.49	0.02	1.52

Sumber: *output* Lisrel 8.80

- b. Ringkasan persamaan pengukuran dan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa)

Tabel 4.29. Ringkasan persamaan pengukuran dan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa)

Variabel	Indikator	Error variance	R²	Total variance
Advokasi PJ program ASI eksklusif ke desa (bidan desa)	Dukungan tertulis berupa surat keputusan	1.90	0.55	4.23
	Penyediaan sarana prasarana	3.53	0.01	3.59
	Anggaran dana desa	2.26	0.12	2.58

Sumber: *output* Lisrel 8.80

- c. Ringkasan persamaan pengukuran dan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif

Tabel 4.30. Ringkasan persamaan pengukuran dan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif

Variabel	Indikator	Error variance	R²	Total variance
Dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif	Sarana prasarana	1.83	0.54	4.00
	Motivasi	4.43	0.29	6.42
	Tindakan	1.73	0.16	2.06

Sumber: *output* Lisrel 8.80

- d. Ringkasan persamaan pengukuran pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Tabel 4.31. Ringkasan persamaan pengukuran pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Variabel	Indikator	Error variance	R²	Total variance
Pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif	Penyelenggaraan termasuk pembiayaan	1.14	0.17	1.37
	Pengawasan	0.72	0.74	2.75
	Pengendalian	1.35	0.50	2.70
	Wadah lembaga	1.37	0.57	3.27
	Ketenagaan	2.46	0.07	2.62
	Kebijakan	1.37	0.02	1.41

Sumber: *output* Lisrel 8.80

- e. Ringkasan persamaan pengukuran persepsi ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Tabel 4.32. Ringkasan persamaan pengukuran persepsi ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Variabel	Indikator	Error variance	R²	Total variance
Persepsi ibu menyusui pada program ASI eksklusif	Nilai/norma sosial/subyektif	1.53	0.10	1.76
	Pengetahuan	1.32	0.52	2.74
	Perhatian	1.04	0.20	1.29
	Harapan	1.62	0.10	1.81

Sumber: *output* Lisrel 8.80

- f. Ringkasan persamaan pengukuran dan partisipasi ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Tabel 4.33. Ringkasan persamaan pengukuran dan partisipasi ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Variabel	Indikator	Error variance	R²	Total variance
Partisipasi ibu menyusui pada program ASI eksklusif	Sarana	1.22	0.50	2.43
	Bentuk	4.24	0.45	7.71
	Kontribusi pikiran ide, materi, ketenagaan	2.55	0.35	3.93

Sumber: *output* Lisrel 8.80

- g. Ringkasan persamaan pengukuran sikap ibu menyusui pada pemberian ASI eksklusif

Tabel 4.34. Ringkasan persamaan pengukuran sikap ibu menyusui pada pemberian ASI eksklusif

Variabel	Indikator	Error variance	R ²	Total variance
Sikap ibu menyusui pada pemberian ASI eksklusif	Penilaian pada proses menyusui	1.80	0.10	1.99
	Mengenal kesehatan ibu sendiri	5.32	0.28	7.36
	Kepercayaan diri	2.35	0.01	2.39
	Dukungan ibu dan bayi saat menyusui	2.16	0.19	2.66
	Optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui	1.23	0.33	1.84
	Menyusui eksklusif enam bulan pertama	1.97	0.65	5.65
	Pemberian makanan bayi yang optimal	2.28	0.07	2.44

Sumber: *output* Lisrel 8.80

F. Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis data penelitian dan pengujian hipotesis yang telah disajikan pada subbab sebelumnya, maka pembahasannya pada karakteristik responden meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah anak, pola pemberian makanan pada bayi sebelum usia enam bulan, IMD, pemberian pelayanan untuk bayi ditempatkan satu ruangan dengan ibu (*rooming in*), riwayat kesehatan ibu saat menyusui, kunjungan kegiatan kelas antenatal, kunjungan kelompok pendukung ibu di masyarakat, perolehan informasi tentang ASI

eksklusif saat kunjungan di pelayanan kesehatan dan riwayat pemberian ASI eksklusif.

Karakteristik responden dilihat dari usia ibu menyusui 21-35 tahun (70,27%) dan ≤ 20 tahun (5,41%), karakteristik ibu menyusui termasuk kelompok reproduksi sehat. Menurut Wiknjastro (2009) bahwa usia reproduktif mempengaruhi produksi ASI bagi ibu menyusui. Selanjutnya pendidikan ibu yang tertinggi tamat SLTA (64,86%) dan yang terendah (1,08%) adalah tidak tamat SLTP. Menurut Azwar (2015), pendidikan seseorang berpengaruh terhadap pengetahuan dan persepsi seseorang termasuk dalam mempersepsikan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif, ini dapat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan seseorang dalam bersikap dan berperilaku.

Ibu tidak bekerja dalam responden penelitian ini sebesar (67,6%) dan yang bekerja sebesar (33,4%). Pekerjaan merupakan salah satu karakteristik ibu yang sangat penting untuk diketahui. Pekerjaan ibu yang dimaksud dalam penelitian ini meliputi waktu yang digunakan untuk bekerja, hari yang digunakan untuk bekerja dan waktu yang digunakan untuk menyelesaikan pekerjaan sampingan. Pekerjaan responden juga beragam, sehingga waktu ataupun hari bekerja yang digunakan sebagian responden juga berbeda. Hal ini memberikan gambaran bahwa alokasi waktu bersama anak cukup. Secara fisik, memang kebersamaan antara ibu dan anak terjalin, namun kebersamaan tersebut belum bisa dimanfaatkan secara optimal atau efektif, karena waktu bersama anak digunakan untuk mengerjakan pekerjaan rumah tangga atau pekerjaan domestik lainnya. Oleh karena itu dimungkinkan pekerjaan ibu rumah tangga tidak menjamin keberhasilan dalam pemberian ASI eksklusif. Penelitian ini didukung oleh penelitian Tan (2011) bahwa ibu yang tidak bekerja merupakan salah satu faktor yang menentukan keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Juga didukung penelitian Setegn (2012) bahwa ibu yang tidak bekerja memiliki kemungkinan

untuk memberikan ASI eksklusif 10.4 kali lebih besar dari pada ibu yang bekerja dan ibu yang memiliki waktu. Selanjutnya, penelitian Subijanto (2007) menyimpulkan bahwa ibu dengan peran ganda (*double life*) dapat mempengaruhi kualitas ASI. Ibu yang mengalami stres dalam perannya *double life* akan mempengaruhi kortisol, CD4 dan IgA, sehingga menurunkan sistem imunitas dalam kandungan ASI adanya zat-zat yang berperan dalam sistem imun dan konsistensi imunitasnya.

Responden pada penelitian ini yang memiliki anak dua sebesar (54,05%) dan yang anak pertama dilahirkan sejumlah (27,02%). Seorang ibu baru pertama kali melakukan pemberian ASI eksklusif dan belum mendapatkan pengalaman dalam menyusui kemungkinan memperoleh hambatan saat menyusui. Semakin memiliki banyak anak, semakin lebih berpengalaman dalam menyikapi untuk memberikan ASI eksklusif. Perempuan berpartisipasi dalam kelompok pendukung ibu dengan melakukan observasi dan menjadi role model dalam peningkatan ibu menyusui (Davidson *et al.* 2012). Penelitian Ku (2010) menyatakan bahwa dukungan sosial keluarga dan *self efficacy* menentukan keberlanjutan ASI eksklusif pada perempuan primipara.

Responden dalam pemberian makanan (susu formula, biscuit, pisang dan bubur) pada bayi sebelum usia enam bulan sebesar (67,57%) sedangkan yang hanya memberikan ASI eksklusif sebesar (32,43%). Riwayat pemberian ASI eksklusif menyebutkan bahwa pengalaman seseorang dalam memberikan ASI eksklusif sangat berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif kepada anak berikutnya, sehingga ibu yang tidak mendapatkan pengalaman atau belum memiliki riwayat pemberian ASI eksklusif dimungkinkan sangat sedikit untuk mendukung dan berhasil dalam memberikan ASI eksklusif. Penelitian ini didukung penelitian Sjastrom (2013) bahwa pengalaman ibu menyusui dua bulan setelah kelahiran berpengaruh pada keberlanjutan ibu menyusui. Penelitian ini didukung juga penelitian Gayatripriya (2014) bahwa faktor yang berhubungan

dengan ibu menyusui, yaitu pengetahuan, sikap, dan kepercayaan diri pada ibu menyusui yang pertama.

Pemberian makanan kepada bayi sebelum usia enam bulan seharusnya tidak dilakukan, karena yang dimaksud ASI eksklusif adalah selama enam bulan setelah kelahiran hanya mendapatkan ASI saja (Roesli, 2005). Hal ini menunjukkan pengetahuan ibu menyusui, persepsi ibu menyusui, dan sikap ibu menyusui yang belum berhasil dalam pemahaman secara utuh terhadap program ASI eksklusif. Penelitian ini didukung penelitian Simondon *et al.* (2010) bahwa alasan menyapih anak secara dini berpengaruh terhadap tinggi badan dan kesehatan anak pada desa yang tertinggal/pedesaan. Penelitian ini didukung pula penelitian Waryana (2013) bahwa pemberian makanan yang dilaksanakan lebih optimal dengan pendampingan kader keluarga balita pada kasus gizi buruk.

Responden menerima pemberian pelayanan untuk bayi ditempatkan satu ruang dengan ibu (*rooming in*) sebesar (77,2%). Perlakuan tenaga kesehatan (bidan, perawat, dokter) IMD ketika persalinan, dalam memberikan pertolongan persalinan harus melakukan IMD, hal tersebut sebagai bukti upaya untuk melatih pemberian ASI eksklusif secara dini (Roesli, 2005). Kondisi ini belum menjadi familier kepada masyarakat termasuk pelayanan bayi (*rooming in*). Untuk mendukung keberhasilan ASI eksklusif setelah dilakukan IMD, yaitu dilakukan *rooming in* (perawatan bayi satu ruang dengan ibu). Pelayanan untuk IMD sudah dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di klinik, terbukti (16,21%) responden menyatakan telah mendapatkan pelayanan IMD. Hal ini dimungkinkan kurangnya kesadaran tenaga kesehatan untuk mendukung keberhasilan ASI eksklusif. Pelayanan *rooming in* yang diterima responden sebesar (77,2%).

Dampak terhadap lingkungan dan kepada bayi secara tidak langsung, juga dapat berpengaruh kepada riwayat kesehatan yang kurang mendukung terhadap kesehatan ibu sendiri, sedangkan ibu sangat membutuhkan dukungan kesehatan saat menyusui (Varney, 1997). Kunjungan ibu hamil bahwa hal ini tentunya

berdampak terhadap harapan ibu untuk memperoleh kehamilan yang sehat berlanjut kepada saat menyusui (Kemenkes RI, 2014). Penelitian ini didukung penelitian Egata *et al.* (2013) bahwa prediksi pemberian ASI tidak eksklusif dilakukan oleh ibu yang tidak menikah dan tidak ada fasilitas pendukungnya. Kegiatan kelas *antenatal* sangat penting untuk menyiapkan ibu hamil saat melahirkan dan menyusui, antara lain dalam kesiapan pemberian ASI eksklusif (WHO, 2009).

Kunjungan kelompok pendukung ibu, fasilitas pendukung kelompok termasuk kelembagaannya serta sumber daya fasilitator dan motivator juga termasuk dalam pemberdayaan ibu menyusui dan kepercayaan diri ibu menyusui (Gayathripriya, 2014). Meningkatkan kesehatan masyarakat melalui upaya kesehatan ibu dan anak (Varkey *et al.* 2010). Perolehan informasi ASI eksklusif data kunjungan, didukung oleh penelitian Tahir (2013) bahwa untuk mengetahui keefektifan konseling laktasi dapat dilakukan melalui telepon dalam praktek menyusui. Dalam kehidupan kemasyarakatan, keikutsertaan seseorang dalam berbagai aktivitas sosial merupakan suatu keharusan, lebih-lebih dalam masyarakat perdesaan. Individu dalam sebuah keluarga merupakan unit terkecil dari kelompok sosial masyarakat yang terus menerus dalam interaksi sosialnya. Kegiatan-kegiatan posyandu, kelompok pendukung ibu, dan lain sebagainya merupakan sarana bagi ibu untuk keterlibatan ibu sebagai sarana untuk bersosialisasi dan beraktualisasi. Dalam penelitian ini, kunjungan kelompok pendukung ibu dimasyarakat bagi ibu menyusui sejumlah (40.54%), termasuk pada intensitas keterlibatan dalam pelaksanaan, evaluasi, pemeliharaan dan pemanfaatan kegiatan, pemberian sumbangan untuk pembiayaan dan kesadaran untuk terlibat. Peran petugas kesehatan menurut Kemenkes (2012) adalah aktif dalam mengembangkan dan menyelenggarakan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM). Menggerakkan masyarakat untuk mengelola,

menyelenggarakan dan memanfaatkan UKMB yang ada serta menyelenggarakan sosialisasi program kesehatan termasuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Peran fasilitator adalah mendorong timbulnya perasaan tidak puas di masyarakat mengenai hasil pembangunan yang ada, memberikan kejelasan gagasan pembangunan untuk sasaran perubahan, pendampingan, perantara, pembuat kebijakan, sedangkan motivator yaitu memberikan dorongan serta memfasilitasi proses pemberdayaan masyarakat. Promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas faktor-faktor penentu kesehatan dengan demikian dapat meningkatkan kesehatan mereka (WHO,1986). Selanjutnya partisipasi adalah penting untuk mempertahankan tindakan promosi kesehatan. Promosi kesehatan tidak hanya meliputi tindakan yang diarahkan untuk memperkuat dasar ketrampilan dan kapasitas hidup individu, tetapi juga untuk mempengaruhi, mendasari secara sosial, kondisi ekonomi dan lingkungan fisik yang berdampak pada kesehatan. Promosi kesehatan diarahkan untuk menciptakan kondisi, menawarkan kesempatan yang lebih baik untuk menjadi hubungan antara upaya individu dan kelompok serta hasil kesehatan selanjutnya (WHO, 1998).

1. Indikator penentu kebijakan pemerintah, advokasi penanggung jawab, dukungan sumber daya, pemberdayaan ibu menyusui, persepsi ibu, partisipasi ibu dan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif.

a. Faktor penentu kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif (X1)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif memiliki empat indikator, yaitu; (1) Sosialisasi PP No.33/2012 tentang pemberian ASI eksklusif; (2) Pemantauan; (3) Fasilitasi ruang menyusui; (4) SDM (motivator/fasilitator). Besar sumbangan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif terhadap indikatornya dapat dilihat pada persamaan pengukuran dan matrik

kovariannya. Ringkasan hasil analisis disajikan pada Tabel 4.28, sedangkan hasil analisis lengkap disajikan pada lampiran 8. Nilai parameter pada persamaan pengukuran setiap indikator, pembahasannya sebagai berikut.

1) Indikator sosialisasi PP No.33/2012 tentang pemberian ASI eksklusif

Harga *error varian* $5.88 < 7.12$ menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian sosialisasi PP No.33/2012 tentang pemberian ASI eksklusif secara cukup memadai. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.17$, yang berarti kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan pada sosialisasi PP No.33/2012 tentang pemberian ASI eksklusif sebesar 17%. Meskipun sumbangan ini tidak terlalu tinggi, namun sosialisasi PP No.33/2012 tentang pemberian ASI eksklusif kepada masyarakat penting untuk dilakukan. Ada hubungan antar indikator secara tidak langsung yaitu indikator sosialisasi dengan pemantauan (0.20) pada variabel kebijakan, hal ini memperkuat model fit. Penelitian ini didukung oleh teori Naidoo (1996) bahwa kebijakan publik yang sehat dipengaruhi oleh pengorganisasian promosi kesehatan. Promosi kesehatan menurut Franch (*cit.* Naidoo 1998) mendukung peningkatan pengetahuan ibu menyusui, perubahan sikap ibu menyusui dan keikutsertaan dalam aksi. Penelitian ini didukung pula oleh teori Kalim (2008) bahwa sosialisasi memberikan perlindungan kesehatan (peraturan) dalam upaya promosi kesehatan.

2) Indikator pemantauan sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui (LMKM)

Harga *error varian* $11.27 < variance\ total\ 16.76$ menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian pemantauan sepuluh LMKM secara cukup

memadai. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.33$ yang berarti kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan terhadap pemantauan sepuluh LMKM sebesar 33%. Meskipun sumbangan ini tidak terlalu tinggi, namun pemantauan sepuluh LMKM kepada masyarakat penting untuk dilakukan. Hal ini didukung oleh penelitian Merten *et al.* (2005) tentang sepuluh langkah untuk keberhasilan menyusui yang dilaksanakan melalui program *babies friendly hospital initiative* (BFHI) sebagai salah satu kelompok pendukung sistem kesehatan untuk ibu menyusui dan berkontribusi untuk ASI eksklusif, kebijakan dan pengamatan mendukung situasi dan kondisi menyusui.

3) Indikator fasilitas ruang menyusui

Harga *error varian* $3.39 < \text{variance total } 4.70$ menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian fasilitasi ruang menyusui cukup memadai. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.28$ yang berarti bahwa kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan kepada fasilitasi ruang menyusui sebesar 28%. Meskipun sumbangan ini tidak terlalu tinggi, namun fasilitasi ruang menyusui kepada masyarakat penting untuk ditingkatkan. Hal ini didukung penelitian Kan *et al.* (1999) bahwa kualitas penyedia layanan kesehatan termasuk fasilitas ruang menyusui dapat mendukung faktor-faktor keberhasilan ibu menyusui, akses informasi yang berkualitas tinggi dan dukungan sistem kesehatan konsultasi menyusui secara signifikan berhubungan dengan keberhasilan pemberian ASI eksklusif.

4) Indikator SDM (motivator, fasilitator)

Harga *error variance* $1.49 < \text{variance total } 1.52$ menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat

menjelaskan varian SDM (motivator, fasilitator) secara cukup memadai. Namun, nilai $R^2 = 0.02$, yang berarti kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan kepada fasilitasi ruang menyusui sebesar 2%. Meskipun sumbangan ini rendah, namun SDM (motivator/fasilitator) diperlukan untuk memotivasi masyarakat. Penelitian ini didukung penelitian Ingram (2013) memperjelas bahwa layanan dukungan sebaya bermanfaat pada psikososial untuk ibu, profesional kesehatan dan pendukung sebaya. Layanan dukungan motivator dapat meningkatkan kepercayaan diri untuk ibu menyusui. Penelitian ini didukung oleh penelitian Tahir (2013) bahwa konseling laktasi yang diberikan dalam praktik menyusui efektif menaikkan angka menyusui eksklusif untuk bulan pertama post partum. Penelitian ini didukung penelitian Lewycka (2013) yang memperjelas bahwa fasilitator/motivator yang melakukan kunjungan rumah selama kehamilan dan setelah melahirkan dapat mendukung pemberian ASI dan perawatan bayi serta meningkatkan ASI eksklusif.

Keempat indikator yang menjelaskan atau mendukung terbentuknya penentu kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif, dapat disimpulkan bahwa hanya terdapat dua indikator yang mendukung secara signifikan penentu kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif, yaitu pemantauan sepuluh langkah keberhasilan menyusui dan fasilitas ruang menyusui masing-masing yaitu sebesar 0.57 dan 0.53, sedangkan indikator sosialisasi PP No.33/2012 tentang pemberian ASI eksklusif dan SDM (motivator/fasilitator) tidak memberikan dukungan dalam membentuk faktor penentu kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif. Hal ini dikarenakan *factor loading* masing-masing indikator hanya sebesar 0.42 dan 0.14.

Sumber daya manusia (SDM) secara empirik fasilitator/motivator masih jarang keberadaannya di masyarakat, kursus/pelatihan yang masih mahal biayanya dan terbatas pada tenaga kesehatan belum diikuti masyarakat umum. Sementara itu, pelaksanaan sosialisasi masih rendah karena masyarakat belum merasa butuh sampai akar rumput, waktu, tenaga dan sistem belum merata. Kepedulian tentang ASI dan hukum masih rendah, membosankan, media yang tidak menarik, tenaga sosialisasi terbatas, baru ada leaflet, fanflet dan spanduk masih banyak di kota sedangkan di desa masih terbatas serta panduan-panduan sosialisasi masih terbatas.

Penelitian ini didukung teori Bandura (1977), *social kognitife theory* (1995) bahwa seseorang mau menerima perubahan dengan sosialisai setelah individu terpenuhi harapan dan *self efficacy*. Orang harus percaya bahwa tindakan mereka akan membuat perbedaan dan hasil yang akan bermanfaat, mereka memiliki kemampuan dan keterampilan untuk bertindak, keadaan sosial dan fisik lingkungan dapat menciptakan hambatan atau memfasilitasi perubahan.

Signifikansi sebuah indikator dalam mendukung terbentuknya faktor dilihat dari perbandingan nilai antara muatan faktor (*factor loading*) dan nilai *standard solution* yang telah ditetapkan. Koefisien muatan faktor (*factor loading*) yang kurang dari 0.5 disimpulkan tidak memberikan dukungan yang signifikan dalam membentuk faktor. Namun, indikator tersebut tidak bisa langsung dibuang, karena indikator tersebut perlu ditingkatkan agar memiliki manfaat bagi faktor penentu kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif.

b. Faktor penentu advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) (X2)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) memiliki tiga indikator, yaitu: (1) dukungan tertulis berupa surat keputusan, (2) penyediaan sarana prasarana, dan (3) anggaran dana desa. Besar sumbangan faktor advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) terhadap indikatornya dapat dilihat pada persamaan pengukuran dan matrik kovariannya. Ringkasan hasil analisis disajikan pada Tabel 4.29, sedangkan hasil analisis lengkap disajikan pada lampiran 8. Nilai parameter pada persamaan pengukuran setiap indikator, pembahasannya sebagai berikut:

1) Indikator dukungan tertulis berupa surat keputusan

Harga *error variance* $1.90 < variance\ total\ 4.23$ menunjukkan bahwa advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) dapat menjelaskan varian dukungan tertulis berupa surat keputusan secara memadai. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.55$ yang berarti advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) dapat memberi sumbangan kepada dukungan tertulis berupa surat keputusan sebesar 55%. Sumbangan ini dapat dikatakan tinggi, sehingga dukungan tertulis berupa surat keputusan kepada masyarakat penting untuk dilaksanakan. Ada hubungan secara tidak langsung pada variabel advokasi pada indikator dukungan tertulis dengan penyediaan sarana prasarana sebesar (-0.11), ini memperkuat model fit. Hal ini sejalan dengan Kemenkes RI (2000) bahwa advokasi kesehatan adalah pendekatan kepada para pimpinan atau pengambil keputusan agar dapat memberikan dukungan politis dan sumber daya, kemudahan, perlindungan pada upaya-upaya pembangunan kesehatan.

Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 pasal 128 menyatakan bahwa “(1) setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama enam bulan, kecuali atas indikasi medis, (2) selama pemberian air susu ibu, pihak keluarga, pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus”. Dalam pasal 129 ayat 1 dinyatakan bahwa “Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu secara eksklusif”.

Pasal 83 Undang-undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan menyatakan bahwa pekerja perempuan yang anaknya masih menyusui harus diberi kesempatan sepatutnya untuk menyusui anaknya jika hal tersebut harus dilakukan selama kerja. Dalam penjelasan Pasal 83 tersebut diatur bahwa maksud dari kesempatan sepatutnya tersebut adalah lamanya waktu yang diberikan kepada pekerja perempuan untuk menyusui bayinya dengan memperhatikan tersedianya tempat yang sesuai dengan kondisi dan kemampuan perusahaan yang diatur dalam peraturan perusahaan atau perjanjian kerjasama. Ketentuan pasal 83 tersebut dapat diartikan sebagai kesempatan untuk memerah ASI bagi pekerja perempuan pada waktu kerja.

Pasal 10 Konvensi ILO Nomor 183 Tahun 2000, mengatur lebih lanjut bahwa seorang pekerja perempuan harus diberi hak untuk satu atau lebih jeda antara waktu kerja atau pengurangan jam kerja setiap harinya untuk menyusui bayinya, dan jeda waktu atau pengurangan jam kerja ini dihitung sebagai waktu kerja, sehingga pekerja perempuan tetap berhak atas pengupahan, namun hal tersebut

tidak diatur dalam Undang-undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan.

Pasal 128 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan dalam Pasal 128 bahwa (1) setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama enam bulan, kecuali atas indikasi medis. Semua pihak harus mendukung pekerja perempuan untuk menyusui dengan menyediakan waktu dan fasilitas khusus, baik di tempat kerja maupun di tempat umum. Fasilitas khusus tersebut hendaknya diartikan oleh pengusaha untuk menyediakan ruang khusus menyusui atau memerah ASI beserta tempat penyimpanannya. Menurut rekomendasi WHO (2011), masa menyusui tersebut sekurang-kurangnya dua tahun. Pekerja wanita berhak atas istirahat selama 1,5 bulan sebelum melahirkan dan 1,5 bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter atau bidan (pasal 82 ayat (1) UU No. 13 Tahun 2003).

Sanksi hukum yang diberikan kepada pengusaha atas pelanggaran terhadap ketentuan adalah pengusaha yang tidak memberikan istirahat selama 1,5 bulan sebelum melahirkan dan 1,5 bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter atau bidan dikenakan sanksi pidana penjara paling singkat satu tahun dan paling lambat empat tahun dan/atau denda paling sedikit Rp.100.000.000,- dan paling banyak Rp.400.000.000,-.

Undang-undang Tenaga Kerja Nomor 13 Tahun 2003, Pemerintah telah menetapkan bahwa cuti melahirkan diberikan selama tiga bulan, sedangkan cuti menyusui hanya dilakukan oleh sedikit instansi dan hanya dalam bentuk kebijakan mengenai waktu luang untuk menyusui selama bekerja dan hal seperti inipun belum mendapatkan perhatian yang serius. Sebagai perbandingan, di negara-negara maju mereka sudah memberikan jatah waktu cuti yang cukup panjang seperti Australia

memberikan cuti maksimal 52 minggu, Swedia 18 bulan, sedangkan di Republik Ceko selama tujuh bulan. Sementara itu, di Indonesia bagi setiap ibu melahirkan hanya mendapatkan jatah cuti selama tiga bulan. Hal ini menjadi tidak konsisten dalam pelaksanaannya, karena jika menilik pada Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 jelas sekali disebutkan bahwa setiap ibu wajib memberikan ASI pada bayinya secara eksklusif. Peraturan pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 harus diperjelas dan dipertegas. Jika tidak, ancamannya sangat jelas bahwa akibat dari kebijakan pemerintah yang tidak tegas dalam memperhatikan kebutuhan ibu untuk menyusui ini tentunya akan mempengaruhi keberhasilan dari program ASI eksklusif ini.

2) Indikator penyediaan sarana prasarana

Harga *error variance* $3.53 < variance\ total\ 3.59$ menunjukkan bahwa advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke bidan desa dapat menjelaskan varian penyediaan sarana prasarana secara memadai. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.01$ yang berarti advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) dapat memberi sumbangan kepada penyediaan sarana prasarana sebesar 1%. Meskipun sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun penyediaan sarana prasarana kepada masyarakat penting untuk dilakukan. Berhubungan secara tidak langsung dengan ketenagaan pada variabel pemberdayaan ibu menyusui (-0.21), ini memperkuat model sehingga model fit. Hal ini didukung oleh penelitian Kuan *et al.*,(1999) bahwa akses kualitas penyedia layanan mendukung terhadap pelayanan kesehatan. Penelitian ini didukung pula oleh Mardikanto (2010) bahwa advokasi dan negosiasi dapat membangun kepercayaan diri dalam melaksanakan kegiatan pemberdayaan.

3) Indikator anggaran dana desa

Harga *error variance* $3.53 < variance\ total\ 3.59$ menunjukkan bahwa advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif (bidan desa) dapat menjelaskan varian anggaran dana desa secara memadai. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.01$ yang berarti advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) dapat memberi sumbangan kepada anggaran dana desa sebesar 1%. Meskipun sumbangan ini dapat dikatakan rendah, karena belum berjalannya anggaran dana desa, musyawarah belum melibatkan yang mendukung terhadap pendanaan untuk program ASI eksklusif, belum adanya dana untuk ibu menyusui yang sifatnya menjaga kesehatan ibu dan masih berdasarkan pada pembangunan fisik seperti jalan, saluran limbah dan lain-lain. Dukungan keluarga melalui anggaran dana desa dapat diberikan dalam bentuk penghargaan informasi dan instrumental emosional (Friedman, 2010).

Ketiga indikator yang menjelaskan atau mendukung terbentuknya faktor advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dapat disimpulkan bahwa terdapat hanya satu indikator yang mendukung secara signifikan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, yaitu dukungan tertulis berupa surat keputusan sebesar 0.74, sedangkan indikator penyedia sarana prasarana dan indikator anggaran dana desa tidak memberikan dukungan dalam membentuk faktor advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, hal ini dikarenakan muatan faktor (*factor loading*) masing-masing indikator hanya sebesar -0.1 dan 0.35. Signifikansi sebuah indikator dalam mendukung terbentuknya faktor dilihat dari perbandingan nilai antara muatan faktor (*factor loading*) dan nilai *standard solution* yang telah ditetapkan. Koefisien muatan faktor (*factor loading*) yang kurang dari

0.5 disimpulkan tidak memberikan dukungan yang signifikan dalam membentuk faktor. Indikator tersebut tidak bisa langsung dibuang, karena indikator tersebut perlu ditingkatkan agar memiliki manfaat bagi advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa.

c. Faktor penentu dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif

Hasil penelitian menunjukkan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif memiliki tiga indikator, yaitu sarana prasarana, motivasi, dan tindakan pada dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat terhadap indikatornya dapat dilihat pada persamaan pengukuran dan matriks kovariannya. Ringkasan hasil analisisnya disajikan pada Tabel 4.30, sedangkan hasil analisis lengkap disajikan pada lampiran 8. Nilai parameter pada persamaan pengukuran setiap indikator, pembahasannya sebagai berikut:

1) Indikator sarana dan prasarana

Harga *error variance* 1.83 < *variance total* 4.00 menunjukkan bahwa dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dapat menjelaskan varian sarana dan prasarana secara memadai. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.54$ yang berarti dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dapat memberi sumbangan kepada sarana dan prasarana sebesar 54%. Sumbangan ini dapat dikatakan tinggi. Hal ini didukung oleh Kuan *et al.* (1999) bahwa akses kualitas penyediaan layanan mendukung pelayanan kesehatan. Didukung pula oleh penelitian McInnes *et al.* (2008) tentang dukungan untuk membantu secara praktis ditengah ibu menyusui secara eksklusif. Kebutuhan sarana prasarana sebagai alat media, fasilitas dalam pelaksanaan ibu menyusui antara lain dengan adanya ruangan menyusui, ruang pompa ASI, lemari es untuk menyimpan susu yang diperah, kondisi yang bersih dan aman,

ruang ganti popok, botol untuk menyimpan ASI, sarana air mengalir yang bersih untuk cuci tangan dan mencuci botol ASI serta tas khusus untuk membawa ASI agar terjamin keamanannya.

2) Indikator motivasi

Harga *error variance* 4.43 < *variance total* 6.42 menunjukkan bahwa dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian motivasi cukup memadai. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.29$ yang berarti dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dapat memberi sumbangan kepada motivasi sebesar 29%. Meskipun sumbangan ini rendah, namun motivasi penting untuk dilaksanakan. Ada hubungan secara tidak langsung antara indikator pada variabel kebijakan dengan motivasi (0.22), hal ini mendukung model fit. Penelitian ini didukung oleh penelitian Anggorowati (2013) tentang dukungan keluarga mempunyai hubungan terhadap suksesnya pemberian ASI eksklusif, ibu menyusui meningkatkan percaya diri, motivasi ibu dalam memberikan ASI eksklusif. Belum memahami pentingnya ASI bagi bayi antara lain adanya pengaruh budaya, lingkungan tempat kerja, pemahaman yang salah/keliru, merasa lebih praktis menggunakan susu formula. Dukungan suami yang kurang, adanya budaya yang diikuti dan masih menganggap hal yang lain penting dari pada ASI saat bekerja. Penelitian ini didukung *theory natural helper* model seseorang adalah anggota dari masyarakat atau jaringan sosial untuk dilatih memberikan informasi dan dukungan sosial untuk memfasilitasi sikap dan perubahan perilaku dalam bentuk jaringan sosial, dukungan sosial, *peer education* dan penasihatan (Safarino, 1998).

3) Indikator tindakan

Harga *error variance* $1.73 < variance\ total\ 2.06$ menunjukkan bahwa dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dapat menjelaskan varian tindakan secara cukup memadai. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.16$ yang berarti dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dapat memberi sumbangan kepada tindakan sebesar 16%. Meskipun sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun tindakan melalui peran tokoh masyarakat penting untuk dilakukan. Penelitian ini didukung oleh penelitian Ingram (2013) tentang keefektifan adanya layanan dukungan sebaya dengan meningkatkan target capaian ASI eksklusif bagi ibu menyusui. Penelitian ini didukung oleh Tarkka *et al.* (1998) bahwa dukungan emosional yang ibu dapatkan dari masyarakat memiliki korelasi langsung dengan keberhasilan ibu menyusui. Penelitian ini didukung pula oleh Tohotoa *et al.* (2009) bahwa dukungan dari suami, dan orangtua termasuk tokoh masyarakat dapat meningkatkan kepercayaan diri seseorang dalam menyusui.

Ketiga indikator yang menjelaskan atau mendukung terbentuknya faktor sumber daya dan peran tokoh masyarakat dapat disimpulkan bahwa terdapat dua indikator mendukung secara signifikan faktor sumber daya dan peran tokoh masyarakat yaitu sarana prasarana dan motivasi masing-masing 0.74 dan 0.54, sedangkan indikator tindakan tidak memberikan dukungan dalam membentuk faktor sumber daya dan peran tokoh masyarakat. Hal ini dikarenakan muatan faktor (*factor loading*) hanya sebesar 0.40. Signifikansi sebuah indikator dalam mendukung terbentuknya faktor dilihat dari perbandingan nilai antara muatan faktor (*factor loading*) dan nilai *standard solution* yang telah ditetapkan. Koefisien muatan faktor (*factor loading*) yang kurang dari 0.5 disimpulkan tidak memberikan dukungan yang signifikan dalam

membentuk faktor. Indikator tersebut tidak bisa langsung dibuang, karena indikator tersebut dapat saja memiliki manfaat yang besar apabila ditingkatkan.

d. Faktor penentu pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

Hasil penelitian menunjukkan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif memiliki enam indikator yaitu: (1) penyelenggaraan termasuk pembiayaan; (2) pengawasan; (3) pengendalian; (4) wadah lembaga; (5) ketenagaan; dan (6) kebijakan. Besar sumbangan faktor pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif terhadap indikatornya dapat dilihat pada persamaan pengukuran dan matrik kovariannya. Ringkasan hasil analisisnya disajikan pada Tabel 4.31, sedangkan hasil analisis lengkap disajikan pada lampiran 8. Nilai parameter pada persamaan pengukuran setiap indikator, pembahasannya sebagai berikut.

1) Indikator penyelenggaraan termasuk pembiayaan

Harga *error variance* $1.14 < variance\ total\ 1.37$ menunjukkan bahwa pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian penyelenggaraan termasuk pembiayaan. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.17$ yang berarti pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan penyelenggaraan termasuk pembiayaan sebesar 1%. Meskipun sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun penyelenggaraan termasuk pembiayaan diperlukan untuk menunjang pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Penelitian ini didukung oleh Varkey *et al.* (2010) bahwa pemberdayaan perempuan dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Penelitian ini didukung juga oleh penelitian Lawrance *et al.* (2005) bahwa faktor

pendorong meliputi sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat memerlukan panutan perilaku termasuk pada perilaku kesehatan (memberikan ASI eksklusif). Disebutkan juga perilaku pendukung lainnya mencakup sumber daya, keterampilan, biaya, jarak fasilitas pelayanan, ketersediaan transportasi, waktu pemberian layanan, saran pelayanan dan akses informasi.

2) Indikator pengawasan

Harga *error variance* $0.72 < variance\ total\ 2.75$ menunjukkan bahwa pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian pengawasan. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.74$ yang berarti pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan penyelenggaraan sebesar 74%. Sumbangan ini dapat dikatakan tinggi, sehingga pengawasan diperlukan untuk menunjang pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Ada hubungan secara tidak langsung pada variabel pemberdayaan dengan indikator pengawasan dengan wadah/lembaga (-0.22), hal ini memperkuat model fit. Penelitian ini didukung oleh Simondon *et al.* (2010) bahwa alasan ibu untuk menyapih anak secara dini dan pengaruhnya terhadap tinggi badan dan kesehatan anak yang tinggal di pedesaan dikarenakan kurangnya pengawasan ibu akibat dari kesibukan.

3) Indikator pengendalian

Harga *error variance* $1.35 < variance\ total\ 270$ menunjukkan bahwa pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian pengendalian. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.50$ yang berarti pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan pengendalian 50%. Sumbangan ini dapat dikatakan tinggi, sehingga pengendalian diperlukan untuk

menunjang pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Penelitian ini didukung oleh Waryana (2013) penelitian tentang penanggulangan masalah gizi buruk pada balita di Kabupaten Bantul Yogyakarta diperlukan upaya pengendalian. Penelitian ini didukung pula oleh penelitian Ife *et al.* (2008) bahwa pemberdayaan merupakan pengembangan pengetahuan, wawasan, harga diri, kemampuan, kompetensi, motivasi, kreasi dan kontrol dari individu termasuk pada ibu menyusui.

4) Indikator wadah/lembaga

Harga *error variance* 1.37 < *variance total* 3.27 menunjukkan bahwa pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian wadah lembaga. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.57$ yang berarti pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan wadah lembaga sebesar 57%. Sumbangan ini dapat dikatakan tinggi, sehingga wadah lembaga diperlukan untuk menunjang pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Hubungan secara tidak langsung dengan sarana prasarana pada variabel dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat sebesar (-0.14), hal ini pula mendukung model fit. Penelitian ini didukung Mardikanto (2010) bahwa kelembagaan sangat penting untuk mendukung program pemberdayaan. Juga upaya-upaya kesehatan pada program ASI eksklusif bersumber daya masyarakat merupakan kerjasama dengan masyarakat tidak menciptakan ketergantungan dan mengacu pada terwujudnya kesejahteraan. Penelitian ini didukung pula oleh teori Labonte (1994) tentang strategi pemberdayaan ibu menyusui melalui pemberdayaan, pembentukan kelompok kecil, pengembangan atau penguatan organisasi masyarakat, dan pengembangan atau penguatan jaringan antar organisasi.

5) Indikator ketenagaan

Harga *error variance* $2.46 < \text{variance total } 2.62$ menunjukkan bahwa pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian ketenagaan. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.07$ yang berarti pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan ketenagaan sebesar 7%. Meskipun sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun ketenagaan diperlukan untuk menunjang pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Penelitian ini didukung oleh Notoatmodjo (2007) bahwa pemberdayaan merupakan suatu proses memberi kekuatan dan penguatan. Bagi tenaga kesehatan, melalui penampilan dan pendekatan akan meningkatkan energi dan sumber dari dalam diri individu, meliputi validasi, keyakinan dan dukungan.

6) Indikator kebijakan

Harga *error variance* $1.37 < \text{variance total } 1.41$ menunjukkan bahwa pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian kebijakan. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.17$ yang berarti pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan kebijakan sebesar 17%. Meskipun sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun kebijakan diperlukan untuk menunjang pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Penelitian ini didukung oleh Fleming (1997) bahwa pengembangan kegiatan yang bersumber daya ibu menyusui disesuaikan dengan sosial budaya setempat didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Pelatihan konseling menyusui modul 40 jam WHO/UNICEF (2011) dan teori PHBS (Kemenkes, 2014) menyatakan, antara lain, bahwa menyusui ASI eksklusif merupakan bagian PHBS, dan hal ini dilakukan sebagai suatu kebijakan.

Keenam indikator yang menjelaskan atau mendukung terbentuknya pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif, dapat disimpulkan bahwa hanya terdapat tiga indikator yang mendukung secara signifikan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif, yaitu pengawasan, pengendalian, dan wadah/lembaga masing-masing yaitu sebesar 0.66, 0.71 dan 0.76, sedangkan indikator penyelenggaraan termasuk pembiayaan, ketenagaan dan kebijakan tidak memberikan dukungan dalam membentuk faktor pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Hal ini dikarenakan muatan faktor (*factor loading*) masing-masing indikator hanya sebesar 0.41, 0.26 dan 0.13. Signifikansi sebuah indikator dalam mendukung terbentuknya faktor dilihat dari perbandingan nilai antara muatan faktor (*factor loading*) dan nilai *standard solution* yang telah ditetapkan. Koefisien *factor loading* yang kurang dari 0.5 disimpulkan tidak memberikan dukungan yang signifikan dalam membentuk faktor. Indikator tersebut tidak bisa langsung dibuang, karena indikator tersebut perlu ditingkatkan agar memiliki manfaat bagi faktor pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.

e. Faktor penentu persepsi ibu pada program ASI eksklusif

Hasil penelitian menunjukkan persepsi ibu pada program ASI eksklusif memiliki empat indikator, yaitu nilai/norma sosial/subyektif, pengetahuan, perhatian, harapan. Besar sumbangan faktor persepsi ibu pada program ASI eksklusif terhadap indikatornya dapat dilihat pada persamaan pengukuran dan matrik kovariannya. Ringkasan hasil analisisnya disajikan pada Tabel 4.32, sedangkan hasil analisis lengkap disajikan pada lampiran 8. Nilai parameter pada persamaan pengukuran setiap indikator, pembahasannya sebagai berikut.

1) Indikator nilai/norma sosial/subyektif

Harga *error variance* $1.53 < variance\ total\ 1.76$ menunjukkan bahwa persepsi ibu pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian nilai. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.10$ yang berarti persepsi ibu pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan nilai sebesar 10%. Meskipun sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun kebijakan diperlukan untuk menunjang persepsi ibu pada program ASI eksklusif.

Hasil studi kualitatif Schlickau (2004) menunjukkan bahwa manfaat yang dirasakan ibu adalah menyusui yang lebih mudah lebih sehat dan membantu bayi tumbuh baik. Penelitian ini didukung pula oleh persepsi positif bahwa manfaat dari menyusui dapat mempengaruhi seseorang untuk terlibat dalam perilaku menyusui. Penelitian ini didukung pula penelitian Chezemet *al.*(2003) bahwa ibu yang mengikuti kelas *prenatal* memiliki kepercayaan diri yang lebih tinggi untuk menyusui dibandingkan dengan ibu yang tidak bergabung dengan kelas *prenatal*. Penelitian ini didukung pula penelitian Earle (2002) bahwa menyusui membantu ibu untuk kembali ke tingkat berat badan mereka sebelum kehamilan, dan ini menjadi suatu nilai/norma sosial/subyektif bagi masyarakat bahwa menyusui bagi ibu diperlukan untuk kesehatan bayi maupun kesehatan ibu itu sendiri.

2) Indikator pengetahuan

Harga *error variance* $1.32 < variance\ total\ 2.74$ menunjukkan bahwa persepsi ibu pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian pengetahuan. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.52$ yang berarti persepsi ibu pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan pengetahuan sebesar 52%. Sumbangan ini dapat dikatakan tinggi, sehingga pengetahuan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan persepsi

ibu pada program ASI eksklusif. Secara tidak langsung berhubungan dengan penyediaan sarana prasarana pada variabel advokasi sebesar 0.34, hal ini memperkuat model fit. Penelitian ini didukung oleh penelitian Blith *et al.* (2002) bahwa ibu yang memiliki pengetahuan yang tinggi dengan kepercayaan diri yang tinggi menyusui secara signifikan lebih mungkin untuk terlibat dalam kegiatan menyusui. Penelitian ini didukung pula teori Green *et al.* (1991) yang menyatakan bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor perilaku dan faktor di luar perilaku. Perilaku ditentukan dari faktor predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-nilai. Penelitian ini didukung *theory of planned behavior* (TPB) bahwa sikap, nilai/norma sosial/subyektif, persepsi, control diri, perilaku berpengaruh pada niat dan selanjutnya adanya niat berpengaruh pada perilaku (Ajzein, 1988).

3) Indikator perhatian

Harga *error variance* $1.04 < variance\ total\ 1.29$ menunjukkan bahwa persepsi ibu, pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian perhatian. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.20$ yang berarti persepsi ibu pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan perhatian sebesar 20%. Meskipun sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun perhatian diperlukan untuk meningkatkan persepsi ibu pada program ASI eksklusif didukung oleh *U.S Department of Health and Human Services* (2011) yang menyatakan ibu menyusui berpikir tidak dapat berinteraksi sosial ketika mereka sedang menyusui, karena orang lain tidak mau untuk berada di ruangan yang sama saat mereka menyusui. Hal ini memberi alasan bagi ibu menyusui untuk memilih memberikan susu formula tambahan atau berhenti menyusui terutama saat berpergian, ditinggal bekerja. Pengalaman menyusui sebelumnya

memiliki hubungan yang signifikan dengan keberhasilan menyusui termasuk menyusui eksklusif.

4) Indikator harapan

Harga *error variance* 1.62 < *variance total* 1.81 menunjukkan bahwa persepsi ibu pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian harapan. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.10$ yang berarti persepsi ibu pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan harapan sebesar 10%. Meskipun sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun harapan terhadap kesejahteraan ibu dan bayinya diperlukan untuk meningkatkan persepsi ibu pada program ASI eksklusif. Penelitian ini didukung penelitian De Jager *et al.* (2013) yang mendukung bahwa harapan dan *self efficacy* melalui pembelajaran observasional termasuk pemberian harapan terhadap tercapainya program ASI eksklusif.

Keempat indikator yang menjelaskan atau mendukung terbentuknya persepsi ibu pada program ASI eksklusif dapat disimpulkan bahwa hanya terdapat satu indikator yang mendukung secara signifikan persepsi ibu pada program ASI eksklusif, yaitu pengetahuan sebesar 0.72, sedangkan indikator nilai/norma sosial/subyektif, perhatian dan harapan tidak memberikan dukungan dalam membentuk faktor persepsi ibu pada program ASI eksklusif. Hal ini dikarenakan muatan faktor (*factor loading*) masing-masing indikator hanya sebesar 0.31, 0.45 dan 0.22. Signifikansi sebuah indikator dalam mendukung terbentuknya faktor dilihat dari perbandingan nilai antara muatan faktor (*factor loading*) dan nilai *standard solution* yang telah ditetapkan. Koefisien muatan faktor (*factor loading*) yang kurang dari 0.5 disimpulkan tidak memberikan dukungan yang signifikan dalam membentuk faktor. Indikator tersebut tidak bisa langsung dibuang,

karena indikator tersebut perlu ditingkatkan agar memiliki manfaat bagi faktor persepsi ibu pada program ASI eksklusif.

f. Faktor penentu partisipasi ibu pada program ASI eksklusif

Hasil penelitian menunjukkan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif memiliki tiga indikator, yaitu sarana, bentuk kegiatan dan kontribusi pikiran/ide/ketenagaan, besar sumbangan faktor partisipasi ibu pada program ASI eksklusif terhadap indikatornya dapat dilihat pada persamaan pengukuran dan matriks kovariannya. Ringkasan hasil analisisnya disajikan pada Tabel 4.33, sedangkan hasil analisis lengkap disajikan pada lampiran 8. Nilai parameter pada persamaan pengukuran setiap indikator, pembahasannya sebagai berikut.

1) Indikator sarana

Harga *error variance* $1.22 < variance\ total\ 2.43$ menunjukkan bahwa partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian sarana. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.50$ yang berarti partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan sarana sebesar 50%. Sumbangan ini dapat dikatakan tinggi, sehingga sarana diperlukan untuk meningkatkan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif. Ada hubungan secara tidak langsung indikator variabel partisipasi pada indikator sarana dengan indikator kontribusi sebesar 0.20, hal ini memperkuat model fit. Hal ini didukung oleh penelitian Kuan *at al.* (1999) bahwa akses kualitas penyedia layanan mendukung terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. Penelitian ini didukung pula penelitian McInnes (2008) tentang dukungan sarana sangat membantu secara praktis ditengah ibu menyusui eksklusif.

2) Indikator bentuk kegiatan/dukungan

Harga *error variance* $4.24 < variance\ total\ 7.71$ menunjukkan bahwa partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan

varian bentuk. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.45$, yang berarti partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan bentuk kesiapan yang diberikan kepada ibu menyusui sebesar 45%. Sumbangan ini dapat dikatakan tinggi, sehingga bentuk kegiatan diperlukan untuk meningkatkan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif. Penelitian ini didukung penelitian Friedman (2010) yang mengemukakan bahwa bentuk dukungan untuk ibu menyusui dapat diberikan dalam bentuk kegiatan berupa dukungan informasional, penghargaan, instrumental dan emosional.

3) Indikator kontribusi pikiran ide, materi, ketenagaan

Harga *error variance* $2.55 < variance\ total\ 3.93$ menunjukkan bahwa partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dapat menjelaskan varian kontribusi pikiran ide, materi, ketenagaan. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.35$ yang berarti partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dapat memberi sumbangan kontribusi pikiran ide, materi, ketenagaan sebesar 35% sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun kontribusi pikiran ide, materi, ketenagaan diperlukan untuk meningkatkan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif. Penelitian ini didukung oleh penelitian Krisyuniarti (2013) bahwa kunci keberhasilan pemberdayaan ibu menyusui adalah partisipasi. Partisipasi masyarakat bisa dibangun bila individu setempat dipercaya sebagai penggerak. Partisipasi masyarakat menimbulkan kesadaran bahwa pemberian ASI eksklusif akan meningkatkan status kesehatan ibu dan bayi, untuk mencapai kesejahteraan ibu dan bayi.

Ketiga indikator yang menjelaskan atau mendukung terbentuknya partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dapat disimpulkan bahwa terdapat tiga indikator yang mendukung secara signifikan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif, yaitu sarana, bentuk kegiatan dan piktian

ide/materi/ketenagaan, masing-masing sebesar 0.71, 0.67 dan 0.59 dalam membentuk faktor partisipasi ibu pada program ASI eksklusif. Signifikansi sebuah indikator dalam mendukung terbentuknya faktor dilihat dari perbandingan nilai antara muatan faktor (*factor loading*) dan nilai *standard solution* yang telah ditetapkan. Koefisien muatan faktor (*factor loading*) yang kurang dari 0.5 disimpulkan tidak memberikan dukungan yang signifikan dalam membentuk faktor. Indikator tersebut tidak dapat langsung dibuang, karena indikator tersebut dapat ditingkatkan untuk memiliki manfaat bagi faktor partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.

g. Faktor penentu sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif memiliki tujuh indikator yaitu: (1) penilaian terhadap kesehatan ibu (2) mengenal kesehatan ibu sendiri, (3) kepercayaan diri, (4) dukungan ibu dan bayi saat menyusui, (5) optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui, (6) menyusui eksklusif enam bulan pertama, dan (7) pemberian makanan bayi yang optimal. Ringkasan hasil analisisnya disajikan pada Tabel 4.34, sedangkan hasil analisis lengkap disajikan pada lampiran 8. Nilai parameter pada persamaan pengukuran setiap indikator, pembahasannya sebagai berikut.

1) Indikator penilaian

Harga *error variance* $1.80 < variance\ total\ 1.99$ menunjukkan bahwa sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat menjelaskan varian penilaian. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.10$ yang berarti sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat memberi sumbangan sebesar 10%. Sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun penilaian dibutuhkan untuk meningkatkan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Penelitian ini didukung teori Varney (2007) bahwa peran ibu

dalam posisi status sosial dan konsep diri dari peran yang digambarkan sebagai aktivitas dan tindakan yang dilakukan oleh individu, ibu memiliki posisi tertentu dalam keluarga. Ibu menyusui memiliki posisi yang berbeda dan juga dapat mempunyai posisi ganda pada waktu yang bersamaan sebagai seorang anak perempuan, istri dan ibu.

2) Indikator mengenal kesehatan ibu sendiri

Harga *error variance* 5.32 < *variance total* 7.36 menunjukkan bahwa sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat menjelaskan varian mengenal kesehatan ibu sendiri. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.28$ yang berarti sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat memberikan sumbangan terhadap pengenalan kesehatan ibu sendiri sebesar 28%. Sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun mengenal kesehatan ibu sendiri dibutuhkan untuk meningkatkan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Teori Roesli (2005) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif antara lain faktor kejiwaan ibu, faktor lingkungan dan faktor kelainan payudara.

3) Indikator kepercayaan diri

Harga *error variance* 2.35 < *variance total* 2.39 menunjukkan bahwa sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat menjelaskan varian kepercayaan diri. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.01$, yang berarti sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat memberi sumbangan terhadap kepercayaan diri sebesar 1%. Sumbangan ini dapat dikatakan sangat rendah, namun kepercayaan diri dibutuhkan untuk meningkatkan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Dikuatkan pula dengan adanya indikator persepsi didukung dari indikator persepsi yaitu perhatian 0.22 sebagai korelasi antar indikator secara tidak langsung. Hal ini memperkuat model dan indikator sebagai pendukung pada sikap ibu dengan persepsi melalui perhatian dengan kepercayaan

diri. Penelitian ini didukung oleh penelitian Hatfield *et al.* (2011) bahwa ibu menyusui dapat membantu untuk memiliki kepercayaan diri, ini berasal dari apresiasi tanggung jawab seorang ibu dalam memberikan ASI kepada bayinya, serta kepuasan ibu mengetahui bahwa semua kebutuhan bayi datang dari ibu. Penelitian ini didukung pula penelitian Gayatripriya (2014) bahwa ada faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan, sikap dan kepercayaan diri pada ibu menyusui yang pertama kali, didukung pula penelitian Handayani (2013) bahwa ada faktor yang berhubungan dengan sosial *support*, pengetahuan, sikap dan kepercayaan diri merupakan prediktor pada praktik menyusui.

4) Indikator dukungan saat menyusui

Harga *error variance* 1.23 < *variance total* 1.84 menunjukkan bahwa sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat menjelaskan varian dukungan ibu dan bayi saat menyusui. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.33$ yang berarti sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat memberi sumbangan terhadap dukungan ibu dan bayi saat menyusui sebesar 33%. Sumbangan ini dapat dikatakan cukup baik, sehingga dukungan ibu dan bayi saat menyusui dibutuhkan untuk meningkatkan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Penelitian ini didukung penelitian Stegen *et al.* (2012) bahwa faktor-faktor prediksi keberhasilan ASI eksklusif, yaitu ibu tidak bekerja dengan usia bayi kurang dari enam bulan. Penelitian ini didukung pula Egata *et al.* (2013) bahwa hasil penelitian memprediksi ASI non-eksklusif adalah ibu yang tidak menikah pada saat hamil, ibu yang tidak memiliki akses ke fasilitas kesehatan, pengetahuan ibu rendah tentang perawatan bayi termasuk dalam pemberian makan bayi.

5) Indikator optimalisasi ibu menyusui

Harga *error variance* $1.80 < variance\ total\ 1.99$ menunjukkan bahwa sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat menjelaskan varian optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.10$ yang berarti sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat memberi sumbangan optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui sebesar 10%. Sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui dibutuhkan untuk meningkatkan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Secara tidak langsung menyusui eksklusif enam bulan berhubungan dengan indikator persepsi yaitu perhatian - 0.14, hal ini memperkuat model dan memberikan dukungan secara tidak langsung pada sikap ibu dengan persepsi dari indikator perhatian. Penelitian ini didukung oleh penelitian Simondon *et al.* (2010) bahwa alasan ibu-ibu menyapih dini dikarenakan kesibukan/ibu bekerja. Penyapihan dini berpengaruh terhadap kesehatan anak. Penelitian ini didukung pula penelitian Gayatripriya (2014) bahwa pengetahuan, keterampilan dan kepercayaan diri mempengaruhi ibu menyusui eksklusif.

6) Indikator menyusui eksklusif enam bulan pertama

Harga *error variance* $1.97 < variance\ total\ 5.65$ menunjukkan bahwa sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat menjelaskan varian menyusui eksklusif enam bulan pertama. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.65$ yang berarti sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat memberi sumbangan menyusui eksklusif enam bulan pertama sebesar 65%. Sumbangan ini dapat dikatakan tinggi, sehingga menyusui eksklusif enam bulan pertama dibutuhkan untuk meningkatkan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Penelitian ini didukung oleh

penelitian Ingram (2013) bahwa layanan dukungan sebaya bermanfaat pada dukungan psikososial untuk ibu menyusui, perilaku terhadap nilai-nilai kesehatan akan mendukung pada usia sebaya ibu menyusui. Layanan dukungan dapat meningkatkan kepercayaan diri bagi ibu untuk awal menyusui.

7) Pemberian makanan bayi yang optimal

Harga *error variance* 2.28 < *variance total* 2.44 menunjukkan bahwa sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat menjelaskan varian pemberian makanan bayi yang optimal. Hal ini dibuktikan oleh nilai $R^2 = 0.07$ yang berarti sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dapat memberi sumbangan pemberian makanan bayi yang optimal sebesar 7%. Sumbangan ini dapat dikatakan rendah, namun pemberian makanan bayi yang optimal dibutuhkan untuk meningkatkan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Kebutuhan kalori untuk bayi dapat dipenuhi pada enam bulan pertama/bayi sejak lahir dengan memberikan ASI eksklusif (WHO, 2003).

Penelitian ini didukung juga oleh penelitian Greenet *al.* (1991) bahwa kandungan kalori dari ASI berlangsung dari 17 kkal/Oz dalam tahap kolostrum dan meningkat lebih dari dua minggu sebagai perubahan kolostrum susu matang dan kandungan kalori meningkat menjadi 2000 kkal/Oz. Didukung pula oleh penelitian Greenet *al.* (1991) bahwa lemak ASI merupakan sumber utama energi yang menyediakan sekitar setengah dari kalori ASI. Lemak dalam ASI mudah dicerna karena terbentuk dari tetesan trigliserida. Karbohidrat utama dalam ASI adalah laktosa (98%) yang dapat dengan cepat dipecah menjadi glukosa. Laktosa sangat penting bagi pertumbuhan otak dan pertumbuhan laktobasillus bifidus menyediakan 40-45% dari energi ASI penting untuk perkembangan sistem syaraf pusat. Selama enam bulan pertama

menyusui konsentrasi laktosa meningkat sekitar 10% yang berarti sesuai untuk kinerja pertumbuhan bayi baru lahir. Untuk protein, tingkat protein dalam kolostrum adalah tiga kali lebih tinggi dari tingkat protein dalam susu matur.

Ketujuh indikator yang menjelaskan atau mendukung terbentuknya sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif dapat disimpulkan bahwa hanya terdapat tiga indikator yang mendukung secara signifikan pada sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif yaitu indikator mengenal kesehatan ibu sendiri sebesar -0.52, optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui sebesar -0.58 dan menyusui eksklusif enam bulan pertama sebesar -0.81. Indikator penilaian terhadap kesehatan ibu, kepercayaan diri, dukungan ibu dan bayi saat menyusui, dan pemberian makanan bayi yang optimal mendukung secara tidak signifikan pada faktor sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif, hal ini dikarenakan muatan faktor (*factor loading*) dari masing-masing indikator sebesar 0.31, -0.12, -0.43, -0.26. Signifikansi sebuah indikator dalam mendukung terbentuknya faktor dilihat dari perbandingan nilai antara muatan faktor (*factor loading*) dan nilai *standard solution* yang telah ditetapkan. Koefisien muatan faktor (*factor loading*) yang kurang dari 0.5 disimpulkan tidak memberikan dukungan yang signifikan dalam membentuk faktor.

2. Analisis hubungan antar variabel

a. Hubungan antara faktor penentu kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif (X1) dengan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke bidan desa (X2)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan positif yang signifikan antara kebijakan pemerintah tentang program ASI eksklusif (X1) dengan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa

(bidan desa) (X^2) (*standar solution* = 1.02). Berdasarkan *standardized solution* tersebut dapat dibandingkan hubungan dengan standar yang telah ditentukan (hubungan signifikan apabila nilai hubungan dua variabel lebih besar dari nilai *standar solution* yang telah ditetapkan yaitu 0.5) nilai $1.02 > 0.5$ juga nilai *t-value* $9.77 > 1.96$ (5%) yang artinya ada hubungan yang signifikan.

Undang-undang kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 pasal 128 menyatakan bahwa setiap bayi berhak mendapatkan ASI eksklusif sejak dilahirkan selama enam bulan kecuali atas indikasi medis. Selanjutnya, selama pemberian ASI pihak keluarga, pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat harus mendukung ibu dan bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus. Pemerintah juga bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapat ASI secara eksklusif (Kemenkes RI, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa kebutuhan untuk advokasi bagi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (oleh bidan desa) harus diberikan. Saat ini telah dijalankan melalui kegiatan posyandu, kelompok dasa wisma dan apsari yang dilaksanakan dalam rangka untuk memberikan advokasi terhadap dukungan tertulis berupa surat keputusan. Hal ini dibuktikan di masyarakat telah diberlakukan adanya surat edaran bagi bidan praktik yang masih menggunakan susu formula tanpa indikasi tertentu untuk izin praktiknya dicabut. Juga penyediaan sarana prasarana oleh masyarakat termasuk anggaran dana yang harus disediakan oleh pihak desa. Selama ini pelaksanaan kegiatan belum ada dana desa yang menunjang kegiatan tersebut, baru berupa bantuan belum berupa Rancangan Anggaran Belanja (RAB).

Adanya undang-undang dan diikuti Peraturan Pemerintah tentang pemberian ASI eksklusif, memberikan kekuatan sehingga dapat

mendukung terhadap advokasi penanggung jawab bidan desa dalam meningkatkan cakupan ASI eksklusif. Sosialisasi Perda tentang pemberian ASI eksklusif telah dilaksanakan kepada masyarakat juga kepada kader kesehatan di setiap kabupaten. Pelayanan kesehatan memilih kesadaran peningkatan cakupan ASI eksklusif di dalam Perda ada peraturan yang menyangkut pemberian ASI eksklusif, antara lain ada larangan pengiklanan susu formula dan pembentukan ruangan menyusui di perusahaan atau instansi tempat umum. Selain itu faktor yang dapat mempengaruhi kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif adalah komunikasi. Komunikasi menyangkut proses penyampaian informasi atau transmisi, kejelasan informasi serta konsistensi yang disampaikan. Sehingga dengan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat berjalan dengan baik sesuai harapan, maka kebijakan harus terlaksana dengan baik. Adanya kecocokan antara hukum tertulis atau kebijakan dapat melaksanakan isi dari kebijakan tersebut dan sangat penting.

Fasilitas yang diharapkan mendukung pelaksanaan suatu peraturan hukum dan masyarakat sebagai obyek harus memiliki kesadaran hukum serta kepatuhan hukum, sehingga peraturan dapat berjalan sesuai harapan, untuk pelaksanaan semua acuan atau landasan hukum yang digunakan antara lain Perda tentang pemberian ASI eksklusif. Dalam Perda memuat peraturan hukum terkait pemberian ASI eksklusif di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat kerja dan sarana umum. Minimnya fasilitas khusus pada pelayanan ibu menyusui yang menjalani IMD juga pada sepuluh LMKM, sosialisasi pemberian ASI eksklusif telah disosialisasikan sejak ibu mengalami hamil sampai bayi baru lahir, sehingga ibu telah menerima paparan informasi tentang ASI eksklusif dengan baik.

Pemantauan pemberian ASI sebenarnya telah dilakukan sesuai dengan laporan cakupan ASI eksklusif di rumah sakit, puskesmas dan

posyandu. Fasilitas ruang menyusui telah ada di beberapa fasilitas pelayanan umum. Masih ditemukan pada ibu belum semua mendukung ASI eksklusif, tidak semua ibu telah mengakses layanan. Ibu hanya mendapatkan informasi secara mandiri dan belum mendapatkan informasi dari fasilitator atau motivator, beberapa ibu menyatakan sebagian besar suami mendukung keputusan ibu memberikan ASI eksklusif dan sementara suami menyatakan kelompok pendukung ibu dianggap penting dan baik dilakukan karena dirasakan belum banyak sosialisasi kepada suami. Idealnya cuti melahirkan minimal enam bulan supaya ibu melahirkan bisa memberikan hak-hak kepada bayi yang baru dilahirkan untuk pemberian ASI eksklusif dengan mudah.

Konflik pada ibu menyusui dapat muncul apabila terdapat ketidaksesuaian paham pada situasi sosial tentang pokok-pokok pikiran tertentu dan terdapat emosional. Konflik sering terjadi dan belum ada solusi yang kongrit untuk menyelesaikannya karena menyangkut kepentingan instansi penyedia pekerjaan atau ketersediaan sumber dayanya termasuk para ibu menyusui. Pemerintah dan penyedia pekerjaan harusnya lebih memperhatikan hak bayi dan perhatian pada ibu menyusui supaya muncul generasi-generasi yang sehat mental dan fisik. Saat ini sudah ada perintisan dukungan sebaya melalui motivator/fasilitator kelompok pendukung ibu. KP-ibu yang dilakukan dengan suasana saling mendukung, saling percaya serta memfasilitasi bagi fasilitator/motivator dalam pelaksanaan. Kondisi advokasi terkait dengan program ASI eksklusif sudah ada tetapi belum merata, masyarakat masih belum menyadari sepenuhnya pentingnya pemberian ASI eksklusif, belum semua kelurahan mempunyai fasilitator, motivator dan KP-ibu.

Pemerintah telah mengeluarkan peraturan tentang pemberian ASI eksklusif, PP ini merupakan penjabaran dari Undang-undang Kesehatan

Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 129 ayat 1 pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan ASI secara eksklusif, artinya ketika hal ini dijadikan landasan yuridis dan kostitusional dalam penerapan kebijakan sudah cukup kuat (Kemenkes RI, 2012b). Hal ini jelas dibutuhkan adanya advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, sehingga terkait pemberian ASI eksklusif ini sangat berhubungan antara kebijakan dengan advokasi.

Tujuan diberikan ASI eksklusif seperti diatur dalam PP Nomor 33 Tahun 2012 yaitu menjamin kebutuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif sejak lahir sampai dengan berusia enam bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya. Memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya dan meningkatkan peran advokasi. PP Nomor 33 Tahun 2012 mengajak banyak pihak untuk melakukan advokasi meningkatkan peran dukungan baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Melalui sumber daya manusia sebagai motivator, konselor dan fasilitator termasuk penyediaan fasilitas ruang menyusui di tempat umum dan di tempat kerja. Kondisi yang ada di Kabupaten Sleman saat ini masih sebatas rancangan Perda.

Pemberian ASI eksklusif sangat tergantung dukungan dari petugas kesehatan yaitu bidan desa sebagai penanggung jawab. Penelitian ini didukung oleh Roesli (2008) bahwa petugas kesehatan dan keluarga khawatir bayi akan lapar atau kekurangan cairan pada hari pertama kelahiran karena dianggap ASI masih sedikit, hari pertama bukan merupakan hari untuk nutrisi tetapi lebih banyak untuk berlatih menyusui dan mempersiapkan ibu untuk memproduksi ASI. Dukungan yang diberikan bidan dan tenaga kesehatan lainnya dalam mendukung program

ASI eksklusif diwujudkan dari pemberian edukasi pada ibu menyusui tentang ASI eksklusif dan tidak membiarkan atau meminta ibu memberikan susu formula pada bayi.

Penelitian ini didukung Kemenkes (2011) pada program PHBS yang salah satunya adalah program ASI eksklusif. Penelitian ini didukung pula WHO (2009) strategi promosi kesehatan meliputi strategi pokok yang harus dilaksanakan antara lain advokasi, bina suasana dan pemberdayaan. Aksi pengembangan kebijakan yang berwawasan kesehatan menciptakan lingkungan yang mendukung, memperkuat gerakan masyarakat termasuk 1000 HPK, IMD, *rooming in*. Juga didukung oleh Kemenkes bahwa PP Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI.

Advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa direncanakan dan mendapatkan komitmen dari bidan penanggung jawab program agar masyarakat berdaya untuk meningkatkan kesehatan dalam mencapai kesejahteraan pada bayi dan ibu. Di dalam tahapan advokasi penanggung jawab yang dilakukan antara lain memahami atau penyadaran tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif untuk bayi dan selanjutnya tertarik untuk ikut berperan dalam program ASI eksklusif. Menyepakati pilihan kemungkinan perannya serta penyampaian langkah-langkah tindak lanjut program sebagai upaya pencapaian keberhasilan program ASI eksklusif. Didukung oleh teori pemberdayaan Fleming (1997) dukungan, proses dan strategi untuk meningkatkan kemungkinan bahwa kebijakan program yang baik akan diadopsi dan dipertahankan dalam suatu organisasi atau lembaga.

Dalam proses pemberdayaan masyarakat terdapat tiga syarat dalam proses pemberdayaan, yaitu kesadaran, kejelasan dan pengetahuan tentang yang dilakukan, pemahaman yang baik tentang keinginan

berbagai pihak (termasuk masyarakat) tentang hal-hal, tempat dan kesiapan yang akan diberdayakan serta, adanya kemauan dan keterampilan target sasaran/klien untuk menempuh proses pemberdayaan (Mardikanto, 2013). Disimpulkan bahwa proses pemberdayaan masyarakat pada dasarnya merupakan proses pengambilan keputusan penerimaan inovasi, yang secara bertahap sampai pada suatu keputusan untuk menerima dan menolak inovasi. Lima tahapan adopsi inovasi sebagai model keputusan adalah tahap pengetahuan, tahap persuasi, tahap keputusan, tahap implementasi, dan tahap penegasan (Rogers, 1999). Hal ini termasuk adanya sosialisasi PP Nomor 33 Tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif dan termasuk juga adanya hal-hal yang baru pada sepuluh LMKM.

b. Hubungan antara advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) (X2) dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat (X3)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan positif dan signifikan antara advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) (X2) dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat (*standard solution*= 0.95). Berdasarkan *standard solution* dapat dibandingkan hubungan dengan standar yang telah ditentukan (hubungan signifikan apabila nilai hubungan dua variabel lebih besar dari nilai *standard solution* yang telah ditetapkan, yaitu 0.5) nilai $0.95 > 0.5$ juga nilai *t-value* $8.34 > 1.96$ (5%) yang artinya ada hubungan yang berarti antara advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) (X2) dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat.

Pelaksanaan program ASI eksklusif dilakukan advokasi melalui pendekatan, motivasi, dan pembinaan, pelaksanaan advokasi dalam upaya

mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak terkait. Lewat konsep ini diharapkan masyarakat melalui pembelajaran dari oleh untuk bersama dalam mendorong dirinya sendiri (ibu menyusui), selain juga mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat (gotong royong dan jimpitan/dana sosial). Advokasi yang dilakukan sebagai upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dukungan dari pihak-pihak yang terkait termasuk dalam penggalian dana (dana desa) dan dukungan tertulis berupa surat keputusan serta penyediaan sarana prasarana untuk melakukan program ASI eksklusif. Dukungan tertulis sangat berarti bagi bidan desa termasuk dalam mendapatkan dukungan.

Didukung Rogers (1999), ide-ide baru produk dan praktik sosial yang tersebar dalam suatu masyarakat atau dari masyarakat ke masyarakat. Sumber daya manusia dan peran tokoh masyarakat mempunyai kedudukan penting dalam pembangunan tidak saja sebagai pengelola dan pelaku pembangunan tetapi pembangunan itu sendiri harus mampu memberikan manfaat dan perbaikan kehidupan kesejahteraan manusia. Oleh karenanya, keberhasilan pembangunan yang terpenting adalah perbaikan mutu hidup yang diukur dalam indeks pembangunan manusia, sehingga hal ini diperlukan adanya advokasi kepada program ASI eksklusif.

Keberhasilan suatu program kesehatan sering disebabkan oleh karena kurang atau tidak adanya dukungan dari para pembuat keputusan baik di tingkat nasional maupun lokal. Akibat kurang adanya dukungan tersebut antara lain rendahnya alokasi anggaran untuk program kesehatan, kurangnya sarana dan prasarana, tidak adanya kebijakan yang menguntungkan bagi kesehatan. Advokasi sebagai upaya persuasi yang

mencakup penyadaran, rasionalisasi, argumentasi dan rekomendasi tindak lanjut.

Advokasi dalam peraturan pemerintah pada program ASI eksklusif termasuk sepuluh LMKM, BFHI, gerakan 1000 HPK, peraturan daerah yang mendukung ASI eksklusif. Advokasi terkait dengan program ASI eksklusif sudah ada tetapi belum dirasakan oleh masyarakat. Kondisi saat ini masih terbatasnya dana operasional untuk program ASI eksklusif dan waktu yang terbatas bagi kader/fasilitator/motivator. Penelitian ini didukung dari dinas kesehatan kabupaten Sleman telah memberikan informasi/sosialisasi tentang program ASI eksklusif dalam PP No 33/2012 tentang pemberian ASI eksklusif, memfasilitasi laktasi di pos pelayanan kesehatan rumah sakit dan penyelenggaraan KP-ibu di setiap kelurahan termasuk monitoring cakupan ASI eksklusif.

Kegiatan sosial yang dilakukan ibu menyusui di masyarakat ada beberapa jenis, ada yang bersifat rutin dan insidental. Berdasarkan pengamatan di lapangan pada kegiatan posyandu, kelompok pendukung ibu yang hadir dalam kondisi yang pasif, sehingga dalam evaluasi, pemeliharaan dan pemanfaatan kegiatan, ibu juga jarang sekali terlibat bahkan tidak pernah terlibat. Ibu kurang mendapatkan manfaat dari kegiatan kelompok pendukung ibu.

Peran bidan desa dalam penelitian ini dilihat dari perannya dalam memberikan dukungan tertulis berupa surat keputusan, penyediaan sarana prasarana, dan anggaran dana desa. Selama ini, bidan desa hanya memperhatikan pada kegiatan posyandu sedangkan pada kelompok pendukung ibu di masyarakat kurang diperhatikan, kegiatan yang dilaksanakan bersifat koordinasi saja. Kerjasama lintas sektor juga belum dilaksanakan secara maksimal dan sewaktu ada kegiatan posyandu bersama-sama mendukung pertumbuhan balita di posyandu.

Keberadaan kader kesehatan dalam suatu desa sangat diperlukan untuk melaksanakan pengelolaan posyandu. Keadaan ini didasarkan bahwa kader merupakan pelaksana utama. Berdasarkan laporan dinas kesehatan bagian gizi peran kader kesehatan pada kelompok pendukung ibu masih rendah perannya. Berdasarkan fakta di lapangan, selama ini banyak kader mempunyai peran ganda, kader merangkap sebagai pengelola kegiatan posyandu, dan kelompok pendukung ibu, sehingga kader yang merangkap tugas belum secara baik mempunyai pemahaman terhadap kegiatan kelompok pendukung ibu.

Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok serta masyarakat secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan individu serta sebagai suatu proses membentuk masyarakat, agar masyarakat tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar dari tahu menjadi mau dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan. Dapat dibedakan adanya pemberdayaan individu pemberdayaan keluarga dan pemberdayaan kelompok/masyarakat (Kemenkes RI, 2011).

c. Hubungan antara dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat (X3) dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif (Y)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan positif dan tidak signifikan antara dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif (*standard solution*= 0.07). Berdasarkan *standar solution* tersebut dapat dibandingkan hubungan dengan standar yang telah ditentukan (hubungan signifikan apabila nilai hubungan dua variabel lebih besar dari nilai *standard solution* yang telah ditetapkan yaitu 0.5) nilai $0.07 < 0.5$ juga nilai *t-value* $0.26 < 1.96$ (5%), yang artinya ada hubungan namun kecil antara

dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat (X3) dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Hal ini dimungkinkan peran tokoh masyarakat desa kurang memiliki daya ungkit dalam memberikan motivasi, dukungan, sarana dan cara berkomunikasi serta keterbatasan peran fasilitator/motivator yang ada di lingkungan masyarakat setempat.

Dimungkinkan adanya dukungan terhadap ibu menyusui tidak selalu diterima dengan baik karena ibu menyusui sangat tergantung pada kondisi lingkungan kebutuhan seseorang dipengaruhi oleh budaya, nilai-nilai agama dan penerimaan dukungan yang kurang efektif dalam berkomunikasi. Didukung pendapat Maslow tentang kebutuhan dasar manusia, dukungan support yang kurang efektif, dipengaruhi oleh teori-teori pembentukan sikap antara lain adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu sebagai anggota kelompok sosial. Ibu menyusui saling berinteraksi dan akan terjadi hubungan saling mempengaruhi diantara ibu menyusui terjadi hubungan timbal balik yang ikut mempengaruhi sikap masing-masing ibu menyusui sebagai anggota masyarakat. Termasuk lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis, pengalaman pribadi ibu menyusui pada anak pertama dan anak kedua berbeda kebudayaan juga mempengaruhi sikap orang lain yang juga dianggap penting, media masa, institusi atau lembaga agama serta faktor emosi termasuk peran tokoh masyarakat sangat mempengaruhi pada program ASI melalui ibu menyusui.

Pengaruh orang lain termasuk peran tokoh masyarakat merupakan salah satu komponen sosial yang ikut mempengaruhi. Seseorang yang tidak ingin dikecewakan misalnya melarang untuk memberikan ASI akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap pada ibu menyusui. Budaya sangat mendukung terhadap masalah penentuan ibu dalam memberikan ASI eksklusif. Penelitian ini didukung Bandura (1995), interaksi antar

individu dengan lingkungan melalui sikap dan perilaku dan lingkungan dari dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat mendukung sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Bandura (1977) menyebutkan kesadaran sosial perilaku dipengaruhi oleh norma/aturan, harapan, pengamatan mempunyai kemampuan untuk mengontrol perilaku. Adanya norma sosial, budaya, harapan, pengamatan, pengontrolan perilaku, kesadaran, motivasi, kinerja, interaksi perilaku dengan lingkungan, *self efficacy* merupakan indikator yang dapat menunjang hubungan, dukungan, sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif.

Teori Edward (1990) menyatakan bahwa sikap adalah derajat efek positif atau negatif terhadap suatu obyek psikologis, merupakan suatu bentuk evaluasi, atau reaksi, perasaan mendukung atau memihak. Dengan demikian, adanya sikap yang tidak berhubungan dengan dukungan menunjukkan sikap yang tidak signifikan terhadap obyek psikologis (menyusui eksklusif) memunculkan adanya keinginan untuk memberikan ASI eksklusif, termasuk kesediaan ibu untuk memberikan ASI eksklusif. Kondisi yang ada ibu tidak bekerja sejumlah (67,6%) sehingga tidak berhubungan dengan dukungan sumber daya. Berbeda dengan teori Setegen *et al.* (2012) menyatakan bahwa identifikasi faktor-faktor yang memprediksi ASI eksklusif antara lain ibu bekerja, kondisi ibu yang bekerja bila tidak mendapatkan dukungan (cuti melahirkan) maka kemungkinan ibu tidak memberikan ASI eksklusif. Dengan demikian dukungan untuk cuti melahirkan sangat penting untuk keberhasilan ASI eksklusif didukung dengan pemberian cuti. Data empirik menunjukkan ada beberapa pekerja pabrik (buruh pabrik) tidak mendapatkan cuti melahirkan dan akhirnya ibu-ibu memberikan susu formula kepada bayinya dengan demikian sikap ibu menyusui berhubungan dengan

dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat. Dimungkinkan pada kondisi empirik ibu tidak pergi bekerja ke luar rumah namun ibu tetap mengerjakan tugas rumah tangga.

Berbeda dengan hasil penelitian Egata *et al.* (2013) menyatakan bahwa identifikasi prediktor sikap ibu tidak memberikan ASI eksklusif karena alasan ibu tidak menikah, saat hamil tidak memiliki akses fasilitas kesehatan serta pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif yang rendah. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan dengan sikap ibu menyusui berhubungan. Dimungkinkan dukungan pada kondisi fasilitas, pengetahuan di tempat penelitian sangat berbeda, sehingga tidak memberikan dampak yang signifikan.

Ibu menyusui didorong melakukan pemberian ASI eksklusif namun secara empirik pendampingan oleh motivator, fasilitator, kader kesehatan masih terbatas, dukungan kelompok ibu yang tidak optimal, tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas diminta melaksanakan target capaian sehingga kadang kala dalam melakukan monitor, evaluasi, pemantauan melalui pencatatan tentang ASI eksklusif tidak realistis, dianggap masyarakat di desa sudah memberikan ASI eksklusif namun masyarakat belum memahami cara pemberian ASI eksklusif yang benar. Seperti pada pemberian ASI saja dari sejak lahir sampai dengan enam bulan kelahiran juga yang belum benar pemahamannya dianggap semua ibu menyusui yang telah memberikan ASI, walaupun dengan memberikan makanan tambahan sampai bayi usia enam bulan dianggap ibu telah berhasil memberikan ASI eksklusif.

Adanya internalisasi pada motivasi ibu menyusui sebagai implementasi sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif dapat membuat situasi dan kondisi naturalistik sehingga tatanan sosial untuk mencapai kesejahteraan bayi melalui pemberian ASI eksklusif, sehingga tanggung

jawab seorang ibu secara naluri dan kodrat keibuan dapat terwujud. Program ASI eksklusif secara resmi diintegrasikan dengan program PHBS didukung penilaian ibu menyusui, mengenal kesehatan ibu sendiri, kepercayaan diri, dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui, optimisasi menyusui, menyusui eksklusif dan pemberian makanan bayi yang optimal. Selanjutnya dengan bertambahnya perempuan dalam angkatan kerja yang didukung oleh komitmen-komitmen advokasi, serta pemerintah terhadap program ASI eksklusif menjadi salah satu aset dari program pembangunan di Indonesia. Selain itu juga struktur sosial tradisional yang masih tetap bertahan di desa dan unit yang lebih kecil dari desa berbagai instruksi yang datang dari pusat dapat mencapai ke desa dalam waktu yang relatif singkat. Program ASI eksklusif sangat dimungkinkan dapat diimplementasikan di tingkat desa. Didukung Mardikanto (2010) memaparkan model penanggulangan penyakit berbasis keluarga sebagai upaya pemeliharaan kesehatan yang dilakukan secara swadaya dan memadai oleh keluarga.

Implementasi model ini yaitu melakukan kegiatan pemberdayaan melalui pertumbuhan kesadaran, peningkatan pengetahuan, dan keterampilan untuk menciptakan dan memelihara kesehatan yang dilakukan secara swadaya dan mandiri oleh ibu menyusui dalam keluarga. Metode yang digunakan dalam peningkatan peran serta ibu menyusui yaitu metode komunikasi melalui pemberian informasi tentang pemberian ASI eksklusif dengan pembinaan motivasi kepada ibu menyusui untuk mencapai tujuan peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku penerima manfaat kesehatan (ibu menyusui), termasuk pada dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif (Mardikanto, 2010).

d. Hubungan antara dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat (X3) dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (X6)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan positif dan signifikan antara dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (*standard solution*= 0.75). Berdasarkan *standard solution*, dapat dibandingkan hubungan dengan standar yang telah ditentukan (hubungan signifikan apabila nilai hubungan dua variabel lebih besar dari nilai *standard solution* yang telah ditetapkan yaitu 0.5) nilai $0.75 > 0.5$ juga nilai *t-value* $5.53 > 1.96$ (5%) yang artinya ada hubungan yang signifikan antara dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.

Menurut Soetomo (1990), partisipasi anggota dalam kelompok dipengaruhi oleh keterbukaan pengurus, penugasan anggota, regenerasi pengurus dan pengawasan aktivitas kelembagaan, termasuk pada sarana bentuk kegiatan, kontribusi pikiran, ide, materi dan ketenagaan. Sejalan dengan pendapat Korten (1987) yang mengemukakan bahwa keberhasilan pemberdayaan sangat ditentukan oleh kemampuan kelembagaan dalam memberikan bimbingan kepada masyarakat dan tingkat partisipasi masyarakat. Pengaruh langsung jika mampu meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan. Partisipasi mampu mendorong perubahan perilaku melalui sikap ibu menyusui untuk menghadapi kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif.

Partisipasi ibu pada program ASI eksklusif merupakan upaya peningkatan kinerja yang diharapkan dalam kelompok masyarakat dan mampu mendukung kelompok ibu melalui berbagai kegiatan di masyarakat (posyandu KP-ibu, dasa wisma). Pengurus kelompok ibu

menyusui yaitu anggota masyarakat yang dipercaya dalam status sosial sebagai kader kesehatan. Dinamika kemasyarakatan dapat dilihat dari tingkat pendidikan, interaksi sosial, pengalaman, tingkat sosial, tingkat kerja sama termasuk penerimaan terhadap PHBS (pencapaian ASI eksklusif). Hal ini menunjukkan bahwa partisipasi menjadi alat pembangunan masyarakat. Menurut WHO (2009) tingkat partisipasi sangat tergantung pada kondisi yang mampu diciptakan untuk mendorong partisipasi.

Peran tenaga kesehatan masih dirasa kurang pada pelaksanaan IMD, *rooming in*, sepuluh LMKM. Dukungan dari masyarakat sudah ada walaupun belum berfungsi secara optimal. KP-ibu sudah tersedia meskipun ibu menyusui belum semua dapat mengakses layanan. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi partisipasi antara lain adanya pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif didukung peran kader dan tokoh masyarakat sebagai motivator kegiatan program ASI eksklusif. Didukung Kemenkes RI (2012) bahwa tokoh masyarakat adalah anggota masyarakat yang dianggap sebagai tokoh yang berpengaruh termasuk kader kesehatan yang ada di masyarakat.

Keterampilan kader merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam sistem pelayanan di posyandu dalam perannya dapat mempengaruhi atau memotivasi ibu menyusui pada pemberian ASI eksklusif, melalui penyuluhan atau nasihat saat bertemu atau pada kegiatan posyandu. Partisipasi masyarakat dan keluarga termasuk perilaku keluarga tidak dapat dipisahkan dari perilaku masyarakat di sekitarnya. Kegiatan yang diselenggarakan masyarakat oleh tokoh-tokoh masyarakat yang disegani ikut serta dalam kegiatan, maka masyarakat akan tertarik dan ikut berpartisipasi. Secara umum partisipasi ibu menyusui dalam program ASI eksklusif dipengaruhi oleh pemberdayaan dan partisipasi, dapat

dipengaruhi dari dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat (kader kesehatan).

Penelitian ini didukung Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa tokoh masyarakat merupakan jembatan antara sektor kesehatan dengan masyarakat, keterlibatan peran tokoh masyarakat sebagai pendukung kegiatan program ASI eksklusif sangat dibutuhkan. Bentuk-bentuk partisipasi yang dapat memberikan kontribusi antara lain bentuk sarana, kegiatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta kontribusi pikiran/ide materi untuk program ASI eksklusif dan ketenagaan yang berasal dari masyarakat, sehingga dengan partisipasi masyarakat yang meningkat, termasuk ibu menyusui dapat bermanfaat dalam pengambilan keputusan yang dibutuhkan.

Partisipasi ibu menyusui didukung sumber daya dan peran tokoh masyarakat yang kuat dapat mendukung program lebih sukses untuk meningkatkan pencapaian pada program ASI eksklusif dan pemberdayaan ibu menyusui, selanjutnya akan mampu meningkatkan partisipasi yang dilakukan. Timbulnya partisipasi yang terbangun dari individu, keluarga dan masyarakat (promosi kesehatan), partisipasi dalam membangun keyakinan seseorang terhadap perubahan untuk memunculkan niat sehingga membuat perubahan sikap menuju perilaku ibu sadar, mau dan mampu memberikan ASI eksklusif, dikuatkan dengan *theory of planned behavior* (Ajzein, 1988).

Kegiatan kelompok pendukung ibu diperlukan upaya partisipasi (ibu menyusui), kader kesehatan dan penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa (bidan desa) dalam pembentukan kelembagaan, sarana, kebijakan yang dilaksanakan, sumber daya yang mendukung, pengawasan, pengendalian, serta penyelenggaraan termasuk pembiayaan.

Didukung Sulaeman (2012a) metode pemberdayaan pada ibu menyusui dapat diukur melalui indikator yaitu: meningkatnya kemampuan kepemimpinan masyarakat di bidang kesehatan antara lain jumlah kader kesehatan yang aktif dan jumlah tokoh masyarakat yang mampu melaksanakan gerakan kesehatan di masyarakat, meningkatnya kemampuan pengorganisasian berbagai upaya kesehatan untuk membentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) meliputi poskesdes, posyandu, dasa wisma, meningkatnya kemampuan pendanaan masyarakat untuk kesehatan dapat diukur dengan meningkatnya kelompok dana sehat berpola jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM), dan meningkatnya penerimaan masyarakat terhadap program kesehatan. Dalam penelitian ini dapat diukur dengan meningkatnya cakupan program kesehatan ASI eksklusif.

e. Hubungan antara kebijakan pemerintah tentang program ASI eksklusif (X1) dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif (X4)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan positif dan signifikan antara kebijakan pemerintah tentang program ASI (X1) eksklusif dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif (*standar solution* = 0.66). Berdasarkan *standard solution* tersebut dapat dibandingkan hubungan dengan standar yang telah ditentukan (hubungan signifikan apabila nilai hubungan dua variabel lebih besar dari nilai *standar solution* yang telah ditetapkan, yaitu 0.5 nilai $0.66 > 0.5$ juga nilai *t-value* $4.73 > 1.96$ (5%), yang artinya ada hubungan yang signifikan antara kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.

Pendapat Mardikanto (2014) pemberdayaan masyarakat mengandung *learning organization* sebagai metode untuk menjadikan kekuatan individu sebagai kekuatan bersama. Perlu dibangun *learning organization* (organisasi pembelajaran) yang menitikberatkan pada pengembangan kemampuan untuk menciptakan organisasi pemberdayaan, dibuktikan adanya aktifitas masyarakat di desa dalam mengelola posyandu. Pemberdayaan melalui usaha kesehatan masyarakat dilakukan secara bijaksana dengan memikirkan unsur kesejahteraan masyarakat melalui kelompok masyarakat yang terus belajar dan mengembangkan diri mengembangkan pola pikir, sehingga mereka mampu mengenal, memecahkan dan mengatasi masalah kesehatannya sendiri.

Langkah-langkah kerja kelembagaan pada posyandu dicirikan dengan adanya pelaksanaan program peran dan fungsi posyandu bekerja sesuai kapasitasnya, diwujudkan dengan membangun kemandirian melalui kelompok pendukung ibu. Penggeraknya oleh kader kesehatan sebagai motivator dan tokoh masyarakat dengan komitmen dan bekerja secara efektif. Masyarakat mampu berdaya dalam hal mampu mengatasi, memecahkan masalah yang dihadapi terkait dengan ASI eksklusif. Juga dapat memberikan pandangan dan pendapat kepada masyarakat, memotivasi, diskusi kelompok dan melakukan pengawasan, pengendalian, terhadap kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif. Pemberdayaan ibu menyusui melalui KP-ibu adalah tepat karena masyarakat akan lebih sadar, mengetahui manfaat ASI, peduli dan saling berbagi dengan kelompok sebayanya untuk dapat menyusui secara eksklusif dengan benar sehingga capaian program ASI dapat berhasil.

Didukung data empirik jumlah pembentukan KP-ibu meningkat dari 33 menjadi 106, namun kegiatannya sangat terbatas dimungkinkan anggota KP ibu kurang aktif. Penelitian didukung oleh Kemenkes RI

(2011) bahwa keberhasilan pemberdayaan ibu menyusui eksklusif melalui partisipasi akan menumbuhkan kesadaran pada ibu menyusui bahwa pemberian ASI eksklusif akan meningkatkan status kesehatan bayi dan memberikan dampak pada asupan gizi anak sehingga anak dapat tumbuh sehat, dengan demikian AKB menurun.

Pemberdayaan pada masyarakat telah dilakukan oleh petugas kesehatan termasuk upaya-upaya pelayanan di puskesmas yang diberikan kepada individu yang datang untuk memanfaatkan pelayanan puskesmas, dengan mendorong ibu menyusui dan keluarga serta masyarakat untuk melakukan program ASI eksklusif melalui pemberian ASI eksklusif. Ibu diharapkan berperan aktif dalam upaya penyelenggaraan kesehatan, masyarakat akan terdorong untuk mau memberikan ASI eksklusif yang dikenalkan dari lingkungan sosial, keluarga, kelompok pendukung ibu untuk proses pemberdayaan ibu menyusui, melalui peningkatan dari fase tahu ke fase mau, juga terbangunnya komitmen-komitmen. Penelitian ini didukung Jamil (2007) tentang komunikasi yang berarti membentuk komunikasi sebagai aktifitas yang menekankan hubungan atau dukungan, tahapan mulai dari paham, penjangkakan, penggiatan dan pengintegrasian selanjutnya adanya pengikatan.

Didukung pendapat Mardikanto (2009) pada prinsip pemberdayaan masyarakat yang dapat mendukung pada kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif antara lain adanya minat dan kebutuhan masyarakat, pengorganisasian di masyarakat, kerjasama dan partisipasi, pemilihan metode yang sesuai, kepemimpinan, motivator/fasilitator yang terlatih, artinya fasilitator pemberdayaan masyarakat harus benar-benar pribadi yang telah memperoleh latihan, keluarga sebagai satu kesatuan dari unit sosial, dan kepuasan bagi penerima manfaat.

f. Hubungan antara pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif (X4) dengan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif (Y)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan positif dan tidak signifikan antara pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif (*standard solution*=0.03). Berdasarkan *standard solution* tersebut dapat dibandingkan hubungan dengan standar yang telah ditentukan (hubungan signifikan apabila nilai hubungan dua variabel lebih besar dari nilai *standard solution* yang telah ditetapkan, yaitu 0.5 nilai $0.03 < 0.5$ juga nilai *t-value* $0.29 < 1.96$ (5%), yang artinya ada hubungan namun kecil antara pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Hal ini dimungkinkan upaya-upaya dalam pemberdayaan tidak sesuai dengan kebutuhan yang diberikan kepada masyarakat, keterbatasan sumber daya, kelembagaan, pengawasan, kontroling, dan pendanaan. Dimasing-masing lingkungan masyarakat dimungkinkan tidak sama dalam pemberian pemberdayaan. Didukung data empirik bahwa pemberian ASI eksklusif sebesar (32,43%), masyarakat termasuk ibu menyusui kurang memanfaatkan kunjungan untuk kelompok-kelompok pendukung ibu di masyarakat baru mencapai (32,43%).

Pemberdayaan masyarakat menurut Kemenkes RI (2005) yaitu upaya meningkatnya perilaku sehat bagi individu, keluarga dan masyarakat dapat berperan aktif dalam setiap gerakan kesehatan masyarakat melalui upaya promosi kesehatan. Strategi pemberdayaan merupakan pemberian informasi dan pendampingan dalam usaha menanggulangi kesehatan guna membantu individu, keluarga atau kelompok dengan mendorong kerjasama, kelompok serta lembaga dalam pembangunan yang berwawasan kesehatan. Penerapan promosi kesehatan

yang efektif dapat memanfaatkan *agent of change* yang kadang kala sikap ibu dengan pemberian ASI eksklusif menolak sebagai *agent of change*.

Gencarnya promosi susu formula dengan berbagai bentuk promosi, pekerja belum semua mendapatkan hak cuti melahirkan maupun pekerja yang mendapat cuti penuh, adanya janji-janji hadiah oleh perusahaan susu antara lain mampu menjualkan susu formula sepuluh dos dan melakukan pemberian cuma-cuma ke bayi yang ditolong oleh tenaga bidan atau tenaga kesehatan lain, hal ini diperlukan sikap ibu dapat merespon dan tentunya sangat mempengaruhi ketentuan sikap yang diambil ibu yang berdampak pada asupan gizi bayi sebagai keberlanjutan nutrisi dan kesehatan bayi.

Pemberdayaan pada ibu menyusui merupakan upaya atau proses yang bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran, penambahan pengetahuan, pemahaman pada individu, kelompok dan masyarakat untuk menimbulkan kemauan melakukan suatu tindakan atau merubah sikap dalam peningkatan kesehatan ibu menyusui, dan akhirnya dapat menimbulkan kemampuan masyarakat mendukung terwujudnya tindakan atau perilaku sehat. Penelitian ini berbeda pada penelitian Varkey *et al.* (2010) menyatakan bahwa pemberdayaan ibu menyusui dapat berhubungan dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Penelitian lain oleh Lewycka *et al.* (2013) yang menyimpulkan bahwa kelompok perempuan termasuk ibu menyusui dapat meningkatkan status kesehatan ibu dan anak.

Didukung oleh teori Azwar (2015) bahwa stimulus suatu komunikasi tertentu yang berupa perubahan sikap akan dipengaruhi oleh adanya komunikasi itu diperhatikan, dipahami dan diterima sehingga menimbulkan respons (perubahan sikap) termasuk sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif. Tujuan perubahan sikap, perhatian

komunikator dipusatkan pada cara yang harus ditempuh agar masing-masing langkah dalam proses persuasi terjadi dalam diri subjek (ibu menyusui) yang ingin diubah sikapnya. Selanjutnya Penelitian ini didukung pula oleh teori Azwar (2015) sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara tertentu. Sikap menunjukkan kesetujuan atau ketidaksetujuan terhadap sesuatu atau suka atau tidak suka terhadap sesuatu. Ibu menyusui memiliki sikap yang baik terhadap ASI eksklusif yang didukung oleh kepercayaan positif yang dimiliki oleh ibu. Hal ini dapat dimungkinkan oleh adanya kepercayaan positif yang dimiliki oleh ibu menyusui. Kepercayaan terhadap sesuatu bersifat negatif dapat menimbulkan sikap yang negatif juga. Penelitian ini didukung oleh Wawan (2010) menyatakan bahwa individu mempunyai dampak untuk ingin mengerti dengan pengalaman-pengalaman seperti pada pemberian ASI eksklusif. Elemen-elemen dari pengalaman yang tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh ibu menyusui akan disusun kembali atau diubah, hal ini berdampak pada sikap ibu.

Didukung pendapat Brech (2010) menyatakan bahwa prinsip pemberdayaan masyarakat meliputi pengembangan harga diri, pengembangan profesional mengajarkan untuk pengambilan resiko yang tepat, membangun budaya dan kepercayaan diri untuk menunjukkan bahwa pemberdayaan ibu menyusui memiliki hubungan. Kondisi empirik dari kelompok pendukung ibu dengan perbandingan kader aktif dan yang tidak aktif, ini menunjukkan bahwa pengembangan professional dan pengembangan diri secara aktif belum terlihat. Partisipasi masyarakat dalam mengikuti kegiatan kelompok pendukung ibu yang masih kurang, pernyataan waktu yang terbatas bagi kader fasilitator atau motivator, kelompok pendukung ibu kurang aktif dalam mengikuti pertemuan, pembinaan dan koordinasi bagi konselor yang masih minim, jumlah

pembentukan KP-ibu meningkat dari 33 menjadi 106 KP-ibu, namun kegiatannya sangat terbatas, pelatihan konselor ada tetapi belum merata di setiap kelurahan, juga banyak anggota KP-ibu yang tidak aktif. Hal ini dimungkinkan hal-hal yang berhubungan dengan pemberdayaan dengan sikap ibu hubungannya rendah.

Pendapat lain dari Antoni (1992) sikap diri seseorang yang dapat menerima kenyataan adalah keyakinan, kesadaran diri, berfikir positif, kemandirian, memiliki konsep diri, harga diri, kelekatan fisik, pengalaman hidup, kesuksesan memiliki peran lingkungan dalam keluarga. Ini menunjukkan bahwa sikap dipengaruhi oleh pemberdayaan termasuk sikap ibu menyusui. Pendapat lain dari Ife (2008) bahwa pemberdayaan meliputi penyadaran, pencerahan, pengkapasitasan, pemberian daya atau kuasa. Hal ini menunjukkan adanya pengaruh atau dampak dengan sikap ibu menyusui, namun teori ini tidak mendukung dengan hasil penelitian ini. Dimungkinkan karena situasi lingkungan, fasilitas, budaya. Juga didukung penelitian Tahir (2013) adanya kelompok perlakuan konseling laktasi melalui telepon dapat memberikan dukungan terhadap sikap ibu dalam menyusui, juga adanya hasil informasi tentang ketidakberhasilan pemberian ASI eksklusif disebabkan karena pasokan ASI rendah dan harus kembali bekerja. Hal ini menunjukkan fasilitas, budaya, situasi lingkungan kewenangan, pengawasan, kelembagaan yang berbeda berpengaruh terhadap sikap ibu menyusui.

Pendapat lain dari Kemenkes RI (2011) bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan pemberian informasi dan pendampingan dalam usaha menaggulangi kesehatan, untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat. Kenyataan yang ada di tempat penelitian menunjukkan bahwa belum semua ibu menyusui dapat mengakses dan mengetahui

peraturan pemerintah No 33/2012 tentang pemberian ASI eksklusif, juga adanya informasi masyarakat masih menganggap belum pentingnya ASI eksklusif, waktu pendampingan bagi kader sangat terbatas, budaya pemanfaatan dan pemahaman ASI yang keluar hari pertama sampai ketiga (kolostrom) masih rendah. Peran tenaga kesehatan pada program ASI eksklusif masih kurang terutama pada pelayanan kesehatan (pelaksanaan IMD, *rooming in*, 10 LMKM), KP-ibu sudah ada namun belum berfungsi secara optimal. Hal ini dimungkinkan pemberdayaan ibu menyusui tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.

Pendapat lain Mardikanto (2009), menyatakan bahwa indikator masyarakat yang berdaya yaitu memiliki kemampuan menyiapkan perencanaan dari bawah. Hal ini menunjukkan bahwa sikap ibu dapat dipengaruhi oleh kemampuan masyarakat yang berdaya, namun kondisi yang ada di tempat penelitian menunjukkan belum memberikan penyiapan, dilihat dari penyiapan masyarakat belum banyak peran-peran kelompok pendukung ibu yang berfungsi secara optimal dan masyarakat belum menganggap penting ASI eksklusif, termasuk belum semua ibu menyusui mengakses dan mengetahui peraturan pemerintah tentang ASI eksklusif. Sedangkan harapan pemberdayaan masyarakat agar petugas lebih mampu, responsive, dan akomodatif, dan pada pemberdayaan rakyat bertujuan agar rakyat lebih mampu proaktif dan inspiratif.

g. Hubungan antara pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif (X4) dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (X6)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan positif dan tidak signifikan antara pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (*standard*

solution = 0.11). Berdasarkan *standard solution* tersebut dapat dibandingkan hubungan dengan *standar solution* yang telah ditentukan (hubungan signifikan apabila nilai hubungan dua variabel lebih besar dari nilai *standard solution* yang telah ditetapkan yaitu 0.5) nilai $0.11 < 0.5$, juga nilai *t-value* $1.07 < 1.96$ (5%) yang artinya ada hubungan namun kecil antara pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.

Upaya melindungi, mendukung dan mempromosikan pemberian ASI eksklusif perlu dilakukan dengan meningkatkan pemberdayaan. Masyarakat harus mendukung pelaksanaan program ASI eksklusif baik secara perorangan, kelompok maupun organisasi. Dengan demikian, pemberdayaan merupakan proses pada diri seseorang untuk mendapatkan kontrol yang lebih besar atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan. Pemberdayaan juga merupakan proses sosial, budaya, psikologis pada individu dan kelompok sosial yang mampu mengekspresikan kebutuhan mereka, merancang strategi untuk keterlibatan dalam pengambilan keputusan, mencapai tindakan politik, sosial dan budaya. Hal ini menunjukkan ada hubungan antara pemberdayaan ibu menyusui dengan adanya partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.

Inti dari pemberdayaan adalah partisipasi antara lain adanya pengawasan, pengendalian, wadah/lembaga, sarana dan pikiran/ide yang sangat penting. Pemberdayaan diperlukan dalam pemberian informasi, pendampingan, mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan untuk membantu individu, keluarga dan kelompok melewati tahap-tahap tahu, mau dan mampu. Kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari oleh untuk bersama masyarakat agar dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumberdaya masyarakat sesuai dengan

sosial budaya setempat didukung kebijakan publik melalui PP Nomor 33 Tahun 2012. Partisipasi terhadap kelompok pendukung ibu masih dirasakan belum merata di masyarakat. Kegiatan KP-ibu belum dimanfaatkan oleh ibu dan keluarga secara baik. Partisipasi ibu menyusui pada program ASI eksklusif dalam mengikuti kegiatan kelompok pendukung ibu masih kurang. Ada beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam upaya pemberdayaan antara lain: upaya, adanya optimalisasi, potensi masyarakat, kemitraan, pertumbuhan pembangunan, regulasi, kemandirian, keberlanjutan, dan pengembangan sumber daya manusia suka rela (kader).

Pemahaman materi-materi yang terkait dengan sukses menuju keberhasilan menyusui masih dirasa kurang. Jumlah pembentukan KP-ibu meningkat yaitu dari 33 menjadi 106, namun peserta kurang aktif. Tidak semua ibu mengakses layanan pada kelompok ASI, beberapa ibu hanya mendapatkan informasi secara mandiri. Sebenarnya keberhasilan pemberdayaan ibu menyusui adalah partisipasi. Penelitian ini berbeda dengan teori Krisyuniyanto (2013) bahwa partisipasi masyarakat bisa dibangun bila individu setempat dipercaya sebagai penggerak sehingga partisipasi tumbuh dengan sendirinya termasuk pada kesadaran pemberian ASI eksklusif untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan bayi.

Pendapat lain dari Rogers (1999) bahwa pemberdayaan pada dasarnya adalah proses pengambilan keputusan, penerimaan inovasi yang secara bertahap sampai pada suatu keputusan untuk menerima dan menolak inovasi. Berbeda pula dengan teori Mardikanto (2009) bahwa unsur-unsur pokok pada upaya pemberdayaan masyarakat adalah akses informasi, partisipasi atau keterlibatan, akuntabilitas dan kapasitas organisasi lokal.

h. Hubungan antara kebijakan pemerintah tentang program ASI eksklusif (X1) dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif (X5)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan negatif dan tidak signifikan antara kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif (X5) (*standar solution* = -0.16). Berdasarkan *standard solution* tersebut dapat dibandingkan hubungan dengan standar yang telah ditentukan (hubungan signifikan apabila nilai hubungan dua variabel lebih besar dari nilai *standar solution* yang telah ditetapkan, yaitu 0.5 nilai $-0.16 < 0.5$ juga nilai *t-value* $-1.44 < 1.96$ (5%), yang artinya ada hubungan namun kecil antara kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif. Hal ini dimungkinkan masing-masing orang mempunyai persepsi yang berbeda tentang kebijakan, ada yang menolak kebijakan dan ada yang setuju terhadap kebijakan.

Fungsi kebijakan mengatur secara hukum tidak semua dapat menerima kebijakan tentang ASI eksklusif secara mutlak, sesuai dengan kebutuhan masing-masing orang dan tingkat pengetahuan, perhatian, nilai/norma sosial/subyektif yang dimiliki setiap orang. Kondisi saat penelitian belum adanya Perda tentang ASI eksklusif di kabupaten Sleman dan baru berbentuk rancangan belum terimplementasi secara utuh. Sehingga persepsi ibu menyusui dapat memberikan dampak terhadap kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif, kebijakan tidak memberikan dampak terhadap persepsi. Hasil empirik menunjukkan belum semua kelurahan memiliki sumber daya motivator/fasilitator untuk KP-ibu, motivator/fasilitator belum mandiri dalam melaksanakan pendampingan termasuk juga jumlah dan kemampuan keterampilannya, peran tenaga kesehatan masih kurang, waktu yang terbatas bagi fasilitator/motivator dan pendampingan ibu menyusui di masyarakat.

Fasilitator KP-ibu kurang aktif, materi yang diberikan motivator kurang inovatif dan kreatif, kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif meliputi sosialisasi sepuluh LMKM, sarana ruang menyusui belum dilaksanakan secara baik dan pelatihan motivator/fasilitator sudah dilaksanakan, tetapi belum merata di setiap kelurahan.

Pengetahuan tentang kesehatan menekankan pada pembentukan pengalaman belajar untuk memudahkan, menimbulkan tindakan khusus (program ASI eksklusif), hal ini menolak kebijakan yang menjadi hal yang baru yang dimungkinkan dipersepsikan seseorang termasuk masyarakat yang menolak secara langsung untuk menunjukkan ketidaksetujuan (Green *et al.* 1991).

Akses informasi tentang ASI eksklusif sebagaimana dalam PP Nomor 33 Tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif, banyak masyarakat belum memahami dikarenakan persepsi masyarakat masih sangat rendah. Seseorang dalam bersikap senantiasa memperoleh persepsi terlebih dahulu terkait dengan sesuatu yang dipikirkan dengan didukung niat. Sehingga adanya niat seseorang dapat mendukung persepsi, dan selanjutnya akan membentuk sikap dalam pemberian ASI eksklusif. Hubungan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan persepsi ibu menyusui dinyatakan rendah dimungkinkan karena secara empirik sudah ada program gerakan 1000 HPK, gerakan ini merupakan upaya untuk memperkuat komitmen dan rencana aksi di masyarakat. Penerapan pemberian ASI eksklusif dilaksanakan sesuai dengan sasaran untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif. Kondisi saat ini masih banyak ibu menyusui yang belum mengetahui cara menyusui yang benar, walaupun sudah ada lembaga-lembaga kemanusiaan untuk membentuk kelompok pendukung ibu dengan harapan dapat memunculkan persepsi yang positif untuk ibu menyusui saling dan saling mendukung, saling

percaya, serta dapat memfasilitasi yang dilakukan fasilitator atau motivator.

Diharapkan ibu menyusui pada kelompok ibu usia sebaya, dapat memiliki minat serta berniat dengan berbagi pengalaman, ide, informasi seputar menyusui. Data empirik menunjukkan belum terbentuk wadah yang kuat. Terkait pada pemahaman perilaku menyusui masih kurang antara lain pada penggunaan susu formula, menyusui di tempat kerja atau sarana umum, dan masih banyak alasan ibu tidak memberikan ASI karena rumor-rumor dimungkinkan beredar di masyarakat yang menimbulkan persepsi negatif antara lain bagi ibu untuk memberikan ASI eksklusif. Rumor-rumor yang menimbulkan persepsi negatif antara lain tentang pemahaman kolostrom, *rooming in*, IMD dan larangan memberikan ASI saat ibu sakit. Penelitian ini didukung data empirik bahwa kebijakan terkait dengan ASI eksklusif sudah ada dalam bentuk perda, namun cakupan ASI eksklusif belum tercapai, kebijakan tentang ASI eksklusif belum diimplementasikan di masyarakat secara menyeluruh. Dimungkinkan adanya hambatan keberhasilan program ASI eksklusif antara lain adanya keterbatasan sumber daya manusia, termasuk tenaga fasilitator/motivator ASI eksklusif yang masih sangat sedikit. Hal ini dimungkinkan karena tidak semua orang mampu menjadi fasilitator/motivator ASI.

Fasilitator kurang kreatif dan inovatif, kadang-kadang ibu menyusui merasa bosan dengan materi yang diberikan sehingga menimbulkan minat untuk mengikuti KP-ibu menjadi menurun. Belum semua keluhan memiliki motivator/fasilitator masih perlu bantuan termasuk pada jumlah dan kemampuan keterampilannya. Budaya pemanfaatan dan pemahaman kolostrom ASI eksklusif masih kurang, budaya pengambilan keputusan masih didominasi oleh suami dan nenek, perawatan bayi saat ibu bekerja

di luar rumah dilaksanakan oleh pengasuh bayi, waktu yang terbatas bagi kader/fasilitator dan pelatihan fasilitator/motivator ada tetapi belum merata disetiap kelurahan.

Kondisi yang ada sesuai data empirik bahwa peraturan pemerintah tentang ASI eksklusif belum semua ibu dapat mengakses, mengetahui dan pemahaman kolostrom masih kurang. Masyarakat belum memahami pentingnya ASI eksklusif, materi-materi yang terkait dengan langkah-langkah menuju keberhasilan menyusui masih kurang dipahami oleh masyarakat. Berbeda dengan teori Davenpart (1998) menyatakan bahwa pengetahuan diperlukan sebagai dukungan dalam menumbuhkan rasa percaya diri maupun sikap dan perilaku. Hal ini berhubungan dengan adanya Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dan PP Nomor 33 Tahun 2013 tentang pemberian ASI eksklusif menyangkut sikap menyusui yang bertujuan menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif.

Data empirik ditemukan bahwa ASI dianggap tidak cukup bagi bayi, masih memerlukan tambahan susu formula, ibu bekerja bayi ditinggal memerlukan tambahan susu formula. Perasaan ketakutan ditinggal suami karena menyusui merubah bentuk payudara, hal tersebut masih ada persepsi yang salah termasuk juga bila tidak diberi ASI anak akan berhasil menjadi orang pintar, anggapan bayi akan tumbuh menjadi anak yang tidak mandiri bila diberikan ASI, akan terjadi perilaku bayi manja apabila diberi ASI, pemberian susu formula lebih praktis, dan ibu takut badan menjadi gemuk (Roesli, 2005). Seseorang sudah memiliki persepsi yang dipengaruhi oleh nilai-nilai agama, keyakinan dan budaya yang positif namun belum mendapatkan sosialisasi dari pemerintah, dimungkinkan juga seseorang telah memiliki niat bahwa memberikan ASI adalah sesuatu yang menjadi keharusan dan diyakini baik, sehingga tanpa

adanya sosialisasi kebijakan seseorang sudah melakukan dan memberikan ASI eksklusif. Prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat dinyatakan belajar sambil bekerja, artinya dalam pemberdayaan masyarakat harus diupayakan agar masyarakat dapat belajar sambil bekerja dalam memperoleh pengalaman-pengalaman baru terkait sosialisasi, implementasi pada program ASI eksklusif.

i. Hubungan antara persepsi ibu pada program ASI eksklusif (X5) dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (X6)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan negatif dan tidak signifikan antara persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (*standard solution* = -0.17). Berdasarkan *standard solution* tersebut dapat dibandingkan hubungan dengan standar yang telah ditentukan (hubungan signifikan apabila nilai hubungan dua variabel lebih besar dari nilai *standard solution* yang telah ditetapkan, yaitu 0.5) nilai $-0.17 < 0.5$ juga nilai *t-value* $-1.87 < 1.96$ (5%), yang artinya ada hubungan namun kecil antara persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif. Hal ini dimungkinkan bahwa dengan hubungan negatif menunjukkan partisipasi ibu memberikan dampak pada persepsi ibu.

Tidak semua ibu menyusui memiliki pendapat bahwa ASI eksklusif itu baik untuk bayinya sehingga dengan kondisi pengetahuan dapat mempengaruhi partisipasi dalam program ASI eksklusif. Partisipasi seseorang bisa didukung dapat berupa sarana, ide, kontribusi pikiran, materi. Persepsi didukung oleh nilai/norma sosial/subyektif, harapan, perhatian, pengetahuan bagi seseorang apabila kurang akan memberikan dampak pada partisipasinya. Kondisi di masyarakat terkait dengan adanya rumor-rumor tentang pemberian ASI dapat menimbulkan persepsi ibu

negatif, hal ini dimungkinkan dapat mempengaruhi partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.

Orang yang berperilaku sesudah mereka mengembangkan pengetahuan yang membutuhkan, mengadopsi positif, sikap terhadap perilaku melihat sebagai sebuah norma suatu kepercayaan mereka memiliki kemampuan untuk bertindak dengan niat, sikap, keyakinan, evaluasi hasil, harapan, nilai/norma sosial/subyektif, motivasi untuk mematuhi. Persepsi ibu tidak selalu berhubungan dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif. Didukung Walgito (2010) bahwa persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh proses penginderaan yaitu proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indra (ASI eksklusif). Persepsi merupakan pengorganisasian, penginterpretasian terhadap stimulus yang diindranya. Hal ini merupakan suatu respon yang terintegrasi dalam diri masyarakat/ibu menyusui.

Penelitian ini didukung Hidayat (2009) bahwa persepsi merupakan tanggapan atau penerimaan langsung dari sesuatu atau proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui panca indera. Hal baru bagi ibu menyusui terkait dengan ASI eksklusif dipersepsikan sebagai suatu tanggapan yang ditafsirkan atau dipahami sebagai daya pikir ibu menyusui melalui rangsangan motivasi, informasi, sosialisasi yang diikuti dengan nilai-nilai yang dipahami serta niat yang merupakan penghayatan pada dirinya sebagai upaya melalui pengetahuan, harapan dan perhatian sebagai informasi yang diterima serta pengalaman yang diterima. Persepsi sebagai pengalaman, proses belajar, pengetahuan, niat, harapan dan budaya yang dapat menjadi pertimbangan sebagai faktor eksternal. Ibu menyusui akan bertindak setelah mereka mengembangkan nilai mengadopsi secara positif, memiliki sikap dengan melihat sebuah norma dan kepercayaan untuk memiliki kemampuan bertindak (Ajzein, 1988).

Persepsi tidak selalu memberikan dampak pada partisipasi, kadang kala memberikan pengaruh negatif, dengan adanya rumor-rumor meskipun persepsi positif namun kurang benar, juga dapat menimbulkan partisipasi yang negatif. Penelitian ini didukung Rogers (1974) bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, dalam diri seseorang ada proses berurutan yaitu *awareness, interest, evaluation trial* dan *adaptation* sehingga tidak mungkin seseorang memiliki persepsi kemudian berpartisipasi. Seseorang tidak langsung berpartisipasi dikarenakan memiliki anggapan dirinya tidak mampu atau kurang mendapatkan manfaat dalam keterlibatan atau belum terbentuknya kesadaran, kemauan dan kemampuan sehingga menimbulkan sikap yang tidak memiliki keterlibatan (Notoadmojo, 2007). Pendapat lain dari teori Teodorso (1969) bahwa keikutsertaan atau keterlibatan seseorang di dalam kelompok sosial atau mengambil kegiatan masyarakat di luar pekerjaan atau profesi. Berbeda dengan hasil penelitian dibuktikan secara empirik bahwa partisipasi ibu pada program ASI eksklusif memberikan dampak terhadap persepsi ibu pada program ASI eksklusif, hal ini didukung data empirik pada kunjungan kelompok pendukung ibu menyusui masih rendah (32,43%), secara empirik kegiatan KP-ibu belum dimanfaatkan oleh ibu dan keluarga dan masyarakat, termasuk masyarakat belum menyadari pentingnya ASI eksklusif, tingkat pengetahuan ASI eksklusif masih kurang dan partisipasi kelompok pendukung ibu masih dirasakan belum merata, budaya pemanfaatan dan pemahaman tentang kolostrom masih kurang dan belum semua ibu mengakses PP tentang pemberian ASI eksklusif, KP-ibu meningkat dari 33 menjadi 106 namun kegiatannya sangat terbatas. Banyak anggota KP-ibu yang tidak aktif, kurangnya pemahaman ibu dengan materi-materi yang terkait upaya menuju keberhasilan menyusui.

Hambatan internal yang ada pada ibu menyusui merupakan hambatan dari dalam termasuk masyarakat itu sendiri karena keengganan sebagian besar warga masyarakat terlibat langsung dalam program/kelompok pendukung ibu. Hal ini dimungkinkan sosial ekonomi, kultur, pengetahuan yang rendah, kurangnya sarana yang dimungkinkan. Faktor eksternal antara lain dengan adanya program ASI eksklusif dari pemerintah, adanya sistem pemerintah sendiri lebih menekankan perencanaan dari atas namun kurang memperhatikan kebutuhan masyarakat arus bawah. Akibatnya yang dilakukan kadang-kadang menjadi tidak realistis dan mengalami stagnasi pada program ASI eksklusif. Antara lain pada pembentukan KP-ibu awalnya terbentuk wadah yang cukup banyak namun selanjutnya kader yang aktif hanya sedikit (20%), ada kendala pada program ASI eksklusif yang dapat menimbulkan partisipasi masyarakat berkurang. Persepsi seseorang tidak mudah ditangkap secara lengkap, apalagi seseorang tidak memiliki keterbukaan, dengan pengalaman seseorang dapat mempengaruhi makna. Hasil persepsi terhadap kegiatan program ASI eksklusif di masyarakat antara lain berhubungan dengan manusia. Juga kesehatan ibu dan anak menjadi perhatian utama namun sebagai penghambat pelaksanaan program ASI eksklusif dimungkinkan masih rendahnya tingkat pemahaman masyarakat, nilai/norma sosial/subyektif (malu tidak memberikan ASI eksklusif) yang belum terbangun, perhatian terhadap program ASI eksklusif yang kurang, harapan masyarakat yang belum sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Apabila partisipasi masyarakat dirasakan kurang maksimal dimungkinkan adanya hambatan sosial kultur, program ASI eksklusif belum diterima secara penuh, belum dipahami konsep sepuluh LMKM, dan belum semuanya mendapatkan sosialisasi PP No 33/2012 tentang pemberian ASI eksklusif. Menurut Mardikanto (2010) bahwa

indikator seseorang dalam berpartisipasi, antara lain kehadiran individu dalam pertemuan, pemberian bantuan dalam sumbangan keuangan untuk kegiatan program, keikutsertaan dalam keanggotaan dalam kepanitiaan, dan keberadaan posisi kepemimpinan yang dilaksanakan.

j. Hubungan antara persepsi ibu pada program ASI eksklusif (X5) dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif (Y)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan negatif dan signifikan antara persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif (*standard solution* = -0.70). Berdasarkan *standard solution*, dapat dibandingkan hubungan dengan standar yang telah ditentukan (hubungan signifikan apabila nilai hubungan dua variabel lebih besar dari nilai *standard solution* yang telah ditetapkan, yaitu 0.5), nilai $-0.70 > 0.5$ juga nilai *t-value* $-2.53 > 1.96$ (5%) yang artinya ada hubungan yang signifikan antara persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif dengan hubungan yang negatif. Dimungkinkan persepsi tidak memberikan pengaruh yang signifikan karena kontribusi dari nilai/norma sosial/subyektif seseorang berbeda sehingga mempengaruhi terhadap sikap seseorang termasuk juga pada pengetahuan, harapan, dan perhatian seseorang pada tingkat yang berbeda bisa berpengaruh terhadap sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif. Hal ini dimungkinkan dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif memberikan dampak terhadap persepsi ibu pada program ASI eksklusif, artinya sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif dapat memberikan dampak terhadap persepsi ibu pada program ASI eksklusif.

Kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor perilaku dan faktor di luar perilaku, perilaku ditentukan oleh faktor predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai.

Selanjutnya, faktor pendukung dan faktor pendorong terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain. Hal ini memungkinkan sikap seseorang menimbulkan persepsi pada program ASI eksklusif.

Penelitian ini didukung Ajzein (1988) yang menyatakan bahwa perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari niat seseorang, dukungan sosial dari masyarakat sekitar ada atau tidaknya informasi kesehatan, otonomi pribadi yang bersangkutan dalam mengambil keputusan dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak. Nilai/norma sosial/subyektif berakar lebih dalam, nilai dianggap sebagai bagian kepribadian individu yang dapat mewarnai kepribadian kelompok. Nilai/norma sosial/subyektif bersifat lebih mendasar dan stabil sebagai bagian dari ciri kepribadian, sedangkan persepsi merupakan sikap yang lebih spesifik dan sangat situasional serta lebih mudah berubah. Teori perilaku mengatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan, juga dinyatakan bahwa kunci pokok perilaku adalah niat.

Penelitian ini didukung teori *theory planed behavior* (Ajzein, 1988) menyatakan bahwa keyakinan yang akhirnya akan menentukan niat adalah keyakinan mengenai tersedia tidaknya kesempatan dan sumber yang diperlukan. Keyakinan dapat berasal dari pengalaman dengan perilaku yang bersangkutan di masa lalu, dapat dipengaruhi oleh informasi, persepsi dan dapat dipengaruhi faktor-faktor lain yang mengurangi atau menambah kesan kesulitan untuk melakukan perilaku. Perilaku manusia tidak sederhana untuk dipahami dan diprediksikan. Perilaku sebagai suatu dasar pemahaman perilaku kelompok kaitan dengan sikap individu dalam kelompok, sikap individu sebagai anggota kelompok sangat penting. Persepsi mengenai sikap, proses terbentuknya

sikap individu dan sikap kelompok mengenai proses perubahan sikap sangat bermanfaat dalam penanganan masalah-masalah sosial. Penanganan dalam bentuk pemberian stimulus untuk memperoleh efek perilaku yang diinginkan. Tanpa memahami sikap individu, seseorang tidak akan dapat memasukkan idenya kepada orang lain dan tidak akan dapat mempengaruhi orang lain.

Pendapat lain dari teori Rogers (1999) menyatakan bahwa sebelum orang menirukan sikap baru dalam dirinya ada proses yaitu penyadaran dari persepsi terlebih dahulu, memulai tertarik dan melakukan evaluasi dengan mempertimbangkan keadaan baik buruknya hal yang baru (ASI eksklusif) kemudian mencoba dan selanjutnya mampu beradaptasi berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, persepsi, kesadaran dan sikap.

Penelitian ini didukung teori Fishbein (1975) bahwa pendekatan belajar sebagai suatu pesan yaitu proses yang paling dasar dalam pengubahan sikap manusia adalah atensi manusia, pemahaman, penerimaan dan retensi. Juga seseorang dalam mempersepsikan program ASI eksklusif dapat memberikan motivasi, kesiapan untuk melakukan tindakan (pemberian ASI eksklusif) yang dipengaruhi oleh persepsi ibu menyusui dan keadaan kerentanan terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, kultural dan budaya.

k. Hubungan antara partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (X6) dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif (Y)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan negatif dan tidak signifikan antara partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif (*standard solution*= -0.14). Berdasarkan *standard solution* tersebut dapat dibandingkan hubungan dengan standar yang telah ditentukan (hubungan signifikan apabila nilai

hubungan dua variabel lebih besar dari nilai *standar solution* yang telah ditetapkan yaitu 0.5) nilai $-0.14 < 0.5$ juga nilai *t-value* $-0.49 < 1.96$ (5%), yang artinya ada hubungan namun rendah antara partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif. Dalam hal ini menunjukkan bahwa sikap memberi dampak pada partisipasi karena hubungannya negatif yang seharusnya partisipasi ibu pada program ASI eksklusif memberi dampak pada sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.

Hasil empirik menunjukkan bahwa sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif memberi dampak terhadap partisipasi ibu pada program ASI eksklusif didukung data empirik ibu yang memberikan ASI eksklusif (32,34%) dan kunjungan kelompok pendukung ibu (32,43%). Hal ini menunjukkan sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif berdampak pada partisipasi ibu.

Didukung teori Green *et al.* (1980) perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Sikap dapat berubah apabila ada keseimbangan. *Social cognitive theory* menyatakan bahwa individu atau personal merupakan perilaku interpersonal dari tiga faktor utama kontribusi perubahan perilaku *self efficacy*, tujuan dan harapan. Orang harus percaya bahwa tindakan seseorang akan membuat perbedaan dan hasil akan bermanfaat, mereka memiliki kemampuan dan keterampilan yang diperlukan untuk bertindak, mereka mempunyai keyakinan berhasil dalam melakukan tindakan. Kesehatan sosial dan fisik lingkungan dapat menciptakan hambatan atau memfasilitasi perubahan yang terjadi pada diri seseorang.

Ibu menyusui berpartisipasi atau bertindak untuk memberikan ASI eksklusif, dan tidak semua ibu menyusui memiliki sikap mau memberikan ASI eksklusif. Hal ini dimungkinkan adanya pengaruh sosial budaya,

kondisi ekonomi, lingkungan fisik yang berdampak pada kesehatan ibu dan pekerjaan, yang dialami ibu. Seseorang akan memiliki sikap positif maupun negatif dalam (memberikan ASI eksklusif) belum tentu melakukan partisipasi dalam tindakan yang berpengaruh terhadap program ASI eksklusif. Penelitian ini didukung Azwar (2015) bahwa sikap merupakan keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) bagi seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya, dan juga dinyatakan sikap adalah sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial atau respon terhadap stimulus sosial yang telah terkondisikan. Seseorang hanya memiliki afeksi atau kognisi ataupun konasi sehingga tidak merupakan kesatuan antara afeksi, kognisi dan konasi yang akhirnya menimbulkan sikap yang tidak berhubungan langsung dengan partisipasi.

Faktor yang dapat mempengaruhi sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif antara lain pengetahuan, norma sosial, dukungan sosial dan pekerjaan, selain itu juga faktor kejiwaan ibu, faktor bayi, faktor lingkungan dan faktor kelainan payudara (Roesli, 2005) sehingga dimungkinkan partisipasi tidak mempengaruhi terhadap sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Indikator yang menguatkan sikap ibu antara lain penilaian diri terhadap kemampuan ibu menyusui, mengenal kesehatan ibu, kepercayaan diri, dukungan ibu dan bayi, optimalisasi menyusui, menyusui eksklusif dan pemberian makanan bayi. Sedangkan partisipasi itu sendiri didukung dari indikator-indikator sarana, bentuk/ide dan kontribusi. Partisipasi memiliki hubungan yang rendah dengan sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif, dimungkinkan adanya bentuk partisipasi ibu menyusui terjadi proses statis atau apatis, reaktif, proaktif

dan antisipatif selanjutnya akan menjadi adaptif terhadap pemberian ASI eksklusif.

3. Model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

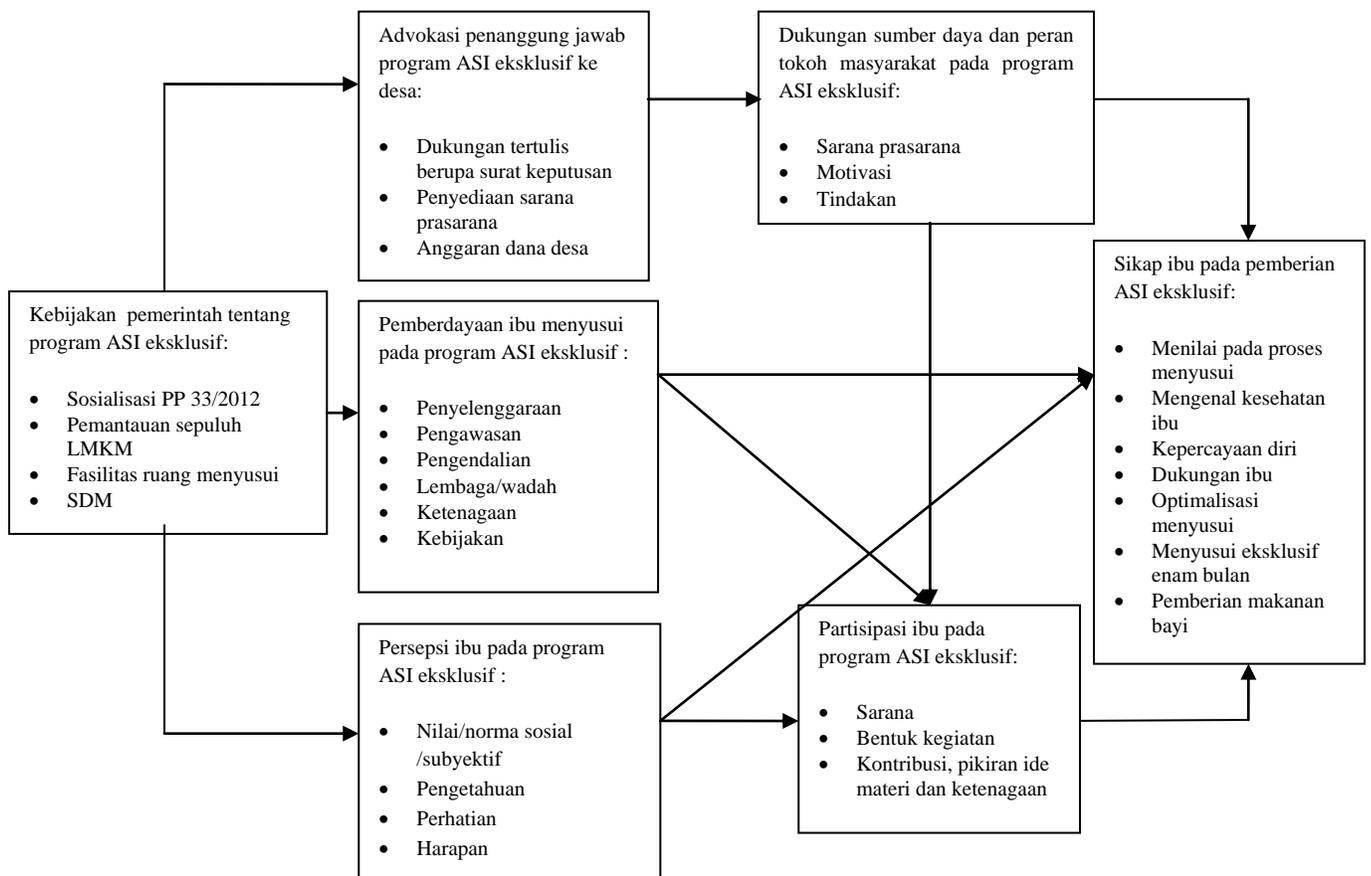
Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif memberi dampak pada tiga hal yaitu advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa, pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dan persepsi ibu menyusui. Namun kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif hanya memberikan dampak yang kecil pada persepsi ibu pada program ASI eksklusif (-1.44). Selanjutnya advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa memberikan dampak terhadap dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat memberikan dampak pada dua hal yaitu partisipasi ibu menyusui dan sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif, adapun untuk dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat memberikan dampak sangat kecil pada sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif (0.26). Selanjutnya pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif memberi dampak yang kecil pada dua hal yaitu pada partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (1.07) dan sikap ibu pada pemberian ASI eksklusif (0.29). Persepsi ibu pada program ASI eksklusif memberikan dampak pada dua hal yaitu partisipasi ibu menyusui dan sikap ibu memberikan ASI eksklusif, adapun untuk persepsi ibu pada program ASI eksklusif memberikan dampak yang kecil pada partisipasi ibu pada program ASI eksklusif (-1.87). Selanjutnya partisipasi ibu pada program ASI eksklusif memberikan dampak yang kecil kepada sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif (-0.49).

Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif memberikan dampak terhadap advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dan pemberdayaan ibu menyusui. Semakin besar kebijakan yang diberikan memberikan dampak semakin tinggi advokasi penanggung jawab,

pemberdayaan ibu menyusui dan persepsi ibu yang diterima oleh penanggung jawab program ASI eksklusif di desa dan masyarakat. Advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa memberikan dampak terhadap dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat, hal ini menunjukkan bahwa semakin besar advokasi penanggung jawab yang dilakukan berdampak semakin besar dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat. Dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat memberikan dampak terhadap partisipasi ibu pada program ASI eksklusif, hal ini menunjukkan bahwa semakin besar dukungan yang dilakukan maka akan berdampak pada semakin tinggi partisipasi yang dilakukan oleh ibu menyusui untuk program ASI eksklusif. Persepsi ibu menyusui memberikan dampak terhadap sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif. Model hasil analisis output LISREL dinyatakan fit yang artinya model dapat diterima.

Faktor penentu yang valid pada kebijakan pemerintah yaitu sosialisasi PP Nomor 33 Tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif, pemantauan sepuluh LMKM dan penyediaan fasilitas ruang menyusui, sedangkan SDM merupakan faktor penentu yang tidak valid. Pada advokasi penanggung jawab program ASI ke desa yang valid yaitu dukungan dana desa dan dukungan tertulis berupa surat keputusan, sedangkan fasilitas sarana prasarana merupakan faktor penentu yang tidak valid. Memberikan kontribusi yang valid pada dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat adalah tindakan, motivasi dan sarana prasarana untuk program ASI eksklusif. Kontribusi untuk pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif yang valid adalah pengawasan, pengendalian, ketenagaan, penyelenggaraan dan lembaga, sedangkan kebijakan merupakan faktor penentu yang tidak valid. Partisipasi ibu pada program ASI eksklusif yang valid yaitu kontribusi pikiran/ide/materi, sarana dan bentuk kegiatan untuk program ASI eksklusif. Persepsi ibu pada program ASI eksklusif memberikan kontribusi yang valid

yaitu nilai/norma sosial/subyektif, pengetahuan, perhatian dan harapan. Sedangkan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif memberikan kontribusi yang valid yaitu penilaian pada proses menyusui, mengenal kesehatan ibu sendiri, dukungan ibu dan bayi saat menyusui, optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi saat menyusui, menyusui eksklusif enam bulan pertama dan pemberian makanan bayi yang optimal, sedangkan kepercayaan diri merupakan faktor penentu yang tidak valid. Namun pada indikator-indikator yang tidak valid tetap memberikan kontribusi walaupun rendah. Selanjutnya dapat dilihat pada Gambar 4.11 sebagai berikut.



Gambar 4.11. Model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif

BAB V

KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat disimpulkan sebagai berikut.

1. Indikator penentu sikap, kebijakan pemerintah, advokasi penanggung jawab, dukungan sumber daya, pemberdayaan ibu menyusui, persepsi dan partisipasi pada program ASI eksklusif meliputi:
 - a. Menilai pada proses menyusui, mengenal kesehatan ibu, dukungan kepada ibu menyusui, optimalisasi menyusui, menyusui eksklusif enam bulan dan pemberian makanan bayi merupakan faktor penentu yang valid dan kepercayaan diri merupakan faktor penentu yang tidak valid pada variabel sikap ibu terhadap pemberian ASI eksklusif.
 - b. Sosialisasi PP Nomor 33 Tahun 2012, pemantauan sepuluh LMKM dan fasilitas ruang menyusui merupakan faktor penentu yang valid dan SDM merupakan faktor penentu yang tidak valid pada variabel kebijakan pemerintah tentang ASI eksklusif.
 - c. Dukungan tertulis berupa surat keputusan dan anggaran dana desa merupakan faktor penentu yang valid dan penyediaan sarana prasarana merupakan faktor penentu yang tidak valid pada variabel advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa.
 - d. Sarana prasarana, motivasi dan tindakan merupakan faktor penentu yang valid pada variabel dukungan terhadap program ASI eksklusif.
 - e. Penyelenggaraan, pengawasan, pengendalian, wadah/lembaga dan ketenagaan merupakan faktor penentu yang valid dan kebijakan merupakan faktor penentu yang tidak valid pada variabel pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.
 - f. Nilai/norma sosial subyektif, pengetahuan, perhatian dan harapan merupakan faktor penentu yang valid pada variabel persepsi ibu terhadap program ASI eksklusif.

- g. Bentuk kegiatan, sarana dan kontribusi materi ide/pikiran ketenagaan merupakan faktor penentu yang valid pada variabel partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.
2. Hubungan kebijakan pemerintah, advokasi penanggung jawab, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat, pemberdayaan ibu menyusui, persepsi ibu menyusui, partisipasi ibu menyusui dan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif sebagai berikut.
- a. Ada hubungan yang positif dan signifikan ($\gamma=1.02$ pada level 5%) kebijakan pemerintah dengan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa.
 - b. Ada hubungan yang positif dan signifikan ($\beta= 0.95$ pada level 5%) advokasi penanggung jawab dengan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif.
 - c. Ada hubungan yang positif dan tidak signifikan ($\beta= 0.07$ pada level 5%) dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.
 - d. Ada hubungan yang positif dan signifikan ($\beta= 0.75$ pada level 5%) dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.
 - e. Ada hubungan yang positif dan signifikan ($\gamma= 0.66$ pada level 5%) kebijakan pemerintah dengan pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.
 - f. Ada hubungan yang positif dan tidak signifikan ($\beta=0.03$ pada level 5%) pemberdayaan ibu menyusui dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.
 - g. Ada hubungan yang positif dan tidak signifikan ($\beta= 0.11$ pada level 5%) pemberdayaan ibu menyusui dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.
 - h. Ada hubungan yang negatif dan tidak signifikan ($\gamma= -0.16$ pada level 5%) kebijakan pemerintah dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif.

- i. Ada hubungan yang negatif dan tidak signifikan ($\beta = -0.17$ pada level 5%) persepsi ibu dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif.
 - j. Ada hubungan yang negatif dan signifikan ($\beta = -0.70$ pada level 5%) persepsi ibu dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.
 - k. Ada hubungan yang negatif dan tidak signifikan ($\beta = -0.14$ pada level 5%) partisipasi ibu dengan sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.
3. Model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif yang tepat adalah dilaksanakan dengan meningkatkan partisipasi ibu yang didukung pemberdayaan ibu menyusui dan peningkatan dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat melalui peningkatan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa dengan melaksanakan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif sehingga cakupan ASI eksklusif dapat meningkat. Selain itu dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat dapat mempengaruhi pada sikap ibu menyusui. Adanya kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat mempengaruhi pemberdayaan dan persepsi ibu menyusui, selanjutnya persepsi ibu menyusui dapat mempengaruhi sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dapat mempengaruhi persepsi ibu menyusui melalui respon positif atau negatif, selanjutnya respon positif negatif mempengaruhi sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif. Selain itu, persepsi ibu menyusui dapat mempengaruhi terhadap partisipasi ibu pada program ASI eksklusif, selanjutnya adanya partisipasi ibu menyusui dapat mempengaruhi sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif.

B. Implikasi Penelitian

Implikasi temuan penelitian disajikan berikut ini.

1. Implikasi teoritis

Penelitian ini akan menghasilkan model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Hasil penelitian ini disusun berdasarkan

respon ibu menyusui di Kabupaten Sleman DIY disusun berdasarkan kondisi di lapangan dengan memperhatikan teori-teori sebagai berikut.

- a. Teori pemberdayaan model perubahan dari bawah (Ife *et al.*, 2008) dan model pembangunan berbasis rakyat (Korten, 1993). Mardikanto (2010) memaparkan model penanggulangan penyakit berbasis keluarga sebagai upaya pemeliharaan kesehatan yang dilakukan secara swadaya dan memadai oleh keluarga.
- b. *Theory of planned behavior* (Ajzein, 1988) memberikan penjelasan bahwa model/teori untuk membangun keyakinan dari seseorang terhadap perubahan untuk memunculkan niat dalam membuat perubahan sikap menuju perilaku seseorang. Niat dipengaruhi persepsi terhadap perilaku seseorang, niat adalah kunci perilaku, niat didorong oleh sikap dari keyakinan yang dimiliki sebagai pengaruh pada perilaku.
- c. *Theory social kognitif* (Bandura, 1977) perilaku ditentukan oleh harapan tentang respon lingkungan (kepercayaan) dan insentif yaitu nilai dari suatu tujuan dapat berupa status kesehatan dan penampilan yang lebih baik.
- d. *Theory diffution of innovation* oleh Rogers (1999) berfokus pada tujuan, pemahaman, pengembangan, dan persuasi. Sebagai perubahan perilaku komunal dalam praktik-praktik sosial yang tersebar dari satu masyarakat ke masyarakat lain, dengan mempengaruhi proses melalui adopsi yaitu inovasi setelah melalui proses adanya pengetahuan, interest yaitu seseorang mulai tertarik pada stimulus, evaluasi merupakan suatu keadaan mempertimbangkan terhadap baik buruknya stimulus (pengambilan keputusan), implementasi setelah *trial* yaitu seseorang sudah mencoba perilaku baru dan konfirmasi yaitu orang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan bersikap (kemampuan melakukan *adaptation*).

- e. Green *et al.* (1991) kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*).

2. Implikasi praktis

- a. Mendorong ibu menyusui untuk mampu memberikan ASI eksklusif dan berperan aktif pada kelompok ibu menyusui dengan dukungan bidan desa, tokoh masyarakat di samping tenaga fasilitator/motivator dalam mensosialisasikan peraturan pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif didukung pula program pemerintah tentang PHBS, 1000 HPK yaitu seorang ibu menyusui hanya memberikan ASI saja selama enam bulan sejak kelahiran bayi.
- b. Pemerintah memberikan pelatihan kepada fasilitator/motivator tentang cara menyusui yang benar untuk mencapai keberhasilan ASI eksklusif. Sepuluh LMKM dijadikan acuan bagi fasilitator untuk menjadi pendamping ibu menyusui dan mampu melakukan pemantauan termasuk penyediaan ruang menyusui dan melakukan sosialisasi PP No 33 Tahun 2012 dalam rangka meningkatkan pengetahuan masyarakat agar memiliki persepsi yang positif. Pemerintah melakukan pengawasan, supervisi, bimbingan berkala, atau sewaktu-waktu untuk mengetahui kesulitan agar segera dapat diatasi. Supervisi nasional untuk melihat perubahan perilaku dalam memantau dan memberikan pembinaan PHBS (program ASI eksklusif) di tempat umum, tempat kerja dan tatanan fasilitas kesehatan.
- c. Bidan desa selaku penanggung jawab program ASI eksklusif dalam advokasi memberikan dukungan berupa surat keputusan dalam melaksanakan pemberdayaan untuk ibu menyusui, keluarga dan masyarakat melalui fasilitas kesehatan di puskesmas, rumah sakit dan komunitas untuk meningkatkan advokasi serta sumber daya dan peran tokoh masyarakat untuk melakukan pengawasan, pemantauan, melalui wadah/lembaga (KP-ibu). Selain itu keterlibatan pemangku

kepentingan diperlukan pada tingkat pemerintah dan tatanan dalam forum yang terintegrasi pada forum pengembangan desa (desa siaga). Advokasi juga dilakukan dalam melaksanakan pengorganisasian di masyarakat desa di wilayah kerja puskesmas dalam pengembangan desa dan kelurahan/desa siaga aktif. Advokasi dilaksanakan pula sebagai pembinaan PHBS dalam pengelolaan fasilitas kesehatan, harus memberikan dukungan kebijakan, pengaturan dan penyediaan sarana agar PHBS difasilitas kesehatan (kebutuhan sarana prasarana ibu menyusui) dapat dipraktikkan. Advokasi dilakukan juga oleh fasilitas kesehatan dalam upaya penyandang dana, sarana, sumber daya manusia, untuk membantu pembinaan PHBS (program ASI eksklusif) difasilitas kesehatannya.

- d. Kepada masyarakat dalam melaksanakan promosi kesehatan melalui program ASI eksklusif menyusun rencana pembinaan PHBS (program ASI eksklusif) di rumah tangga bersama forum desa atau kelurahan siaga.

3. Implikasi Metodologis

Pelaksanaan promosi kesehatan melalui pemberdayaan ibu menyusui sebagai upaya peningkatan cakupan ASI eksklusif perlu mengedepankan partisipasi, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat, dan advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif di desa, termasuk PKK pokja IV di kecamatan/kelurahan. Selain itu diperlukan adanya catatan/dokumen tentang riwayat menyusui yang berhasil memberikan ASI eksklusif serta permasalahan yang dihadapi ibu saat menyusui. Penelitian ini menggunakan metode survei dengan menggunakan angket/kuesioner. Secara metodologis ada hubungan positif dan signifikan, ada hubungan positif tidak signifikan, ada yang hubungan negatif dan signifikan, dan ada hubungan yang negatif dan tidak signifikan. Sampel yang diambil adalah ibu menyusui yang memiliki bayi lebih dari enam sampai dua belas bulandan tidak spesifik hanya pada ibu yang berhasil memberikan ASI eksklusif.

C. Saran

Berdasarkan kesimpulan dan implikasi hasil penelitian ada saran penting yang diajukan, sebagai berikut.

1. Kepada pemerintah Kabupaten Sleman dalam hal ini menjadi representasi dari Kementerian Kesehatan RI melalui kepala daerah, dan camat yang bertanggung jawab dalam program ASI eksklusif dalam melaksanakan kebijakan, untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif hendaknya memantau melalui pengawasan, supervisi, bimbingan berkala, survei untuk melihat perubahan perilaku serta pemantauan pada pembinaan PHBS (program ASI eksklusif) yaitu pada sepuluh LMKM di tempat umum, tempat kerja dan tatanan fasilitas kesehatan termasuk penyediaan sarana untuk fasilitas menyusui.
2. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman upaya peningkatan cakupan ASI eksklusif dapat dilakukan dengan strategi pemberdayaan pada ibu menyusui dengan menggunakan model promosi kesehatan pada pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif. Tahap berikutnya perlu dilakukan pelatihan untuk kader kesehatan. Saat ini yang telah ada yaitu pelatihan konseling menyusui bagi tenaga kesehatan dengan standar modul 40 jam dari standar WHO/UNICEF/KEMENKES dengan biaya yang cukup mahal, perorangnya empat juta rupiah. Hal ini perlu dipertimbangkan sebagai upaya pemahaman dan penambahan keterampilan yang terstandar dari WHO untuk diberikan kepada fasilitator/motivator (kader kesehatan), dengan memodifikasi panduan yang telah ada. Selain itu perlu menyusun kurikulum pendamping ibu menyusui melalui pelatihan kader fasilitator/motivator menyusui yang mendukung pemberdayaan ibu menyusui, sehingga kader kesehatan dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan tentang cara melakukan pendampingan dengan menggunakan kurikulum pendamping ibu menyusui untuk penilaian terhadap ibu, mengenal kesehatan ibu sendiri, membangun kepercayaan diri dalam menyusui, dukungan ibu dan bayi saat menyusui, optimalisasi menyusui untuk ibu dan bayi, menyusui

eksklusif enam bulan pertama, dan pemberian makanan bayi yang optimal. Menyusun instrumen dan indikator untuk menilai keberhasilan ibu menyusui eksklusif.

3. Kepada kelompok pendukung ASI diharapkan dapat meningkatkan keterampilan dan pengetahuannya tentang ASI eksklusif. Sikap kader dalam meningkatkan keterampilan pendampingan sebagai fasilitator/motivator hendaknya dapat merubah dan ikut berpartisipasi, memperbaiki sikap melalui penyadaran, meningkatkan kemauan dan kemampuan ibu dalam memberikan ASI eksklusif enam bulan sejak awal kelahiran.
4. Kepada pemerintah desa (kepemimpinan lokal) meningkatkan peran dalam memotivasi dan pembinaan pada ibu menyusui untuk menyadari, memiliki kemauan dan kemampuan memberikan ASI eksklusif. Juga meningkatkan motivasi pada masyarakat untuk melaksanakan partisipasi kelompok pendukung ibu dalam penyediaan sarana prasarana, dukungan dana dan kontribusi ide/pikiran/materi untuk ASI eksklusif.
5. Kepada pelaksana penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa/puskesmas dalam melaksanakan pemberdayaan kepada ibu menyusui/keluarga/masyarakat diupayakan melaksanakan advokasi dan memberikan pembinaan PHBS (program ASI eksklusif) serta dalam kegiatan pengelolaan fasilitas kesehatan harus memberikan dukungan kebijakan/pengaturan dan penyediaan sarana agar PHBS (program ASI eksklusif) di fasilitas kesehatan dapat dipraktikkan. Termasuk penyandang dana agar tersedia pembinaan PHBS (program ASI eksklusif) di fasilitas kesehatan. Petugas puskesmas/bidan penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa/fasilitator ASI dalam melakukan komunikasi dan pembinaan masyarakat melalui pertemuan kader, kegiatan posyandu, pertemuan dasa wisma, pertemuan PKK dengan memperhatikan potensi sumber daya dan budaya lokal. Menyusun materi praktis (buku saku membangun budaya malu tidak memberikan ASI eksklusif).

D. Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya bisa dilakukan dengan mengembangkan instrumen sendiri atau menggunakan instrumen yang peneliti gunakan. Selain itu, model yang fit dalam penelitian ini dapat diimplementasikan dengan menambah jumlah sampel. Peneliti selanjutnya juga kiranya dapat melakukan penelitian lanjutan untuk membuktikan hubungan yang tidak signifikan (hubungan yang rendah) pada hubungan kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif dengan persepsi ibu pada program ASI eksklusif, persepsi ibu pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif, pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif, dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu memberikan ASI eksklusif, pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif dan partisipasi ibu pada program ASI eksklusif dengan sikap ibu dalam memberikan ASI eksklusif. Selain itu juga bisa melakukan penelitian dengan memasukkan variabel perilaku pada pemberian ASI eksklusif. Dampak ASI yang diberikan enam bulan dibandingkan dengan pemberian ASI lebih dari enam bulan terhadap tumbuh kembang bayi.

E. Keterbatasan penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang tidak didukung penelitian kualitatif sehingga kurang dapat menjelaskan model pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif.

Daftar Publikasi Hasil Penelitian Disertasi

Mufdlilah, Ahmad Arman Subijanto, Muhammad Akhyar & Endang Sutisna. 2016. "Policies and empowerment of women attitude toward exclusive breastfeeding". *Proceeding on Current Issues of Non-Communicable Diseases* (UPHEC 2016), Public Health Department UAD, p.25-26.

Mufdlilah, Ahmad Arman Subijanto, Muhammad Akhyar & Endang Sutisna. 2016. "Advocacy support for resources and the role of community leader toward mother's attitude on exclusive breastfeeding program". *Belitung Nursing Jurnal*. Vol 2 (5): 84-92.

Mufdlilah, Ahmad Arman Subijanto, Muhammad Akhyar & Endang Sutisna. 2016. "Association of government policy and mother's perception to exclusive breastfeeding practice". *Belitung Nursing Jurnal*. Vol 2 (6): 115-122.

Daftar Artikel Ilmiah

Mufdlilah. “Cuti Hamil dan Pemberian ASI Eksklusif”, *Suara Merdeka*, 21 Mei 2014, hlm. 19.

Mufdlilah. “Advokasi Program ASI Eksklusif di Yogyakarta”, *Kedaulatan Rakyat*, 29 Februari 2016, hlm. 12.

Mufdlilah. “Mempererat Ikatan Kasih Sayang Ibu dengan IMD”, *Suara ‘Aisyiah*, Edisi 11 tahun ke-93, November 2016, hlm. 8-9.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzein, I. 1988. Attitudes, Personality, and behavior. Milton Keynes: Open University Press.
- Albrecht, T.L & Adelman, M.B. 1987. Communicating Social support: A theoretical perspective. In T.L. Albrecht & M. B Adelman (Eds.), *Communicating Social Support*. Newbury Park, CA: Sage.
- Allport, G. 1935. Attitude, In a Handbook Of Social Psychology, et.c.Murchison Warcester: Clark University Press.
- Antonie, R. 1992. *Rahasia Membangun kepercayaan diri* (Terjemahan). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Apostolaki, K; Katherine; Valentine; Christina & DeFranco, E. 2013. Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Mothers. Yunani: *Journal of Periadtrics*. Vol 163: 89-94.
- Asngari, P.S. 2003. *Pentingnya Memahami Falsafah Penyuluhan Pembangunan Dalam Rangka Pemberdayaan Masyarakat*, Dalam Membentuk Pola Perilaku Manusia Pembangunan. Diedit oleh ajat sudrajat dan Ida Yusnita. Bogor: IPB.
- Azwar, S. 2015. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Edisi 2, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bandura, A. 1977. *Self Efficacy Toword a Unifying Theory of Behavioral Change*, New York: Psychal. Rev 84.
- Berlo & David, K. 1960. *The Process of Communication: An Introduction to Theory and Practice*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Bishop, G.D. 1995. *Health Pshcyology : Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bohrnstedt, G.W & Knoke, D. 1988. *Statistics for Social Data Analysis*. Second Edition. USA: F.E. Peacock Publishers, Inc.
- Davenpart, T. 1998. *Working Knowledge How Organization Manage Work They Know*. Boston USA: Harvard Business Press.
- Davitson; Michele, M; Londen & Patricia. 2012 *Maternal Newborn Nursing Women's Health* New York.

- De Jager, E; Bappsci; Skouteris, H; Broadbent, J; Amir, L & Mellor, K. 2013, Psychosocial Correlates Of Exclusive Breastfeeding: A Systematic Review. Belanda: *Journal Midwifery* Vol 29 : 506-518.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Bantul 2013*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. 2015. *Profil Kesehatan Kabupaten Sleman 2015*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta 2014. *Profil Kesehatan Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta 2013*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Durkheim & Emili. 1966. *The Division of Labour in Society*. Diterjemahkan dari bahasa Prancis oleh George Simpson. New York: Free Press.
- Earle, S. 2002. Factors affecting the initiation of breastfeeding: implication for breastfeeding promotion. *Health Promotion International*, vol 17(3), 205-215.
- Edward. 1990. The Interplay Of Affect And Cognition In Attitude Formation Of And Change *Journal Personality And Social Psychology*. 59,202-216.
- Egata; Gudina; Berhane; Yemane; Worku & Alemayehu. 2013, Predictors of Non-Exclusive Breastfeeding at 6 Months Among Rural Mothers In East Ethiopia: a Community-Based Analytical Cross-Sectional Study. *International Breastfeeding Journal* Vol 8:8.
- Emilia, O. 2008. *Promosi Kesehatan Dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Cendekia.
- Fakih, M. 2008. *Runtuhnya Teori Pembangunan Dan Globalisasi*. Cetakan Pertama. Yogyakarta: INSIST Press.
- Ferdinand, A. 2002. *Structural Equation Modeling Dalam Penelitian Manajemen*, Semarang: Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro.
- Fishbein, M & Ajzen. 1975. *Beliefs, Attitudes, Intention and Behavior: an Introduction to Theory and Research*, Addison- Wesley: Massachusetts.
- Fleming, M.L & Parker, E. 1997. *Health Promotion: Principles and practice in the Australian Context*. 3rd Edition. Sydney: Ligare Book Printer.
- Fraenkel, J.R & Wallen, N.E. 1993. *How To Design And Evaluate Research in Education*. Second Edition. New York: McGraw-Hill Inc.

- Fraser & Cooper A. 2009. *Myles Text Book for Midwives*. Elsevier. United Kingdom.
- Friedmann, J. 1992. *Empowerment the politics of alternative development*. Cambridge: Blackwell.
- Gagen, J.S; Hollen, R; Walker, M; Cook D.M & Yang, W. 2014, Breastfeeding Laws and Breastfeeding Practices by Race and Ethnicity. Meksiko, Amerika: *Women's Health Issues Journal* Vol 24:11-19.
- Gatlib, J.N & Corver, C.S. 1980. Antisipation Of Future Interaction And The By Standard Effect. *Journal Of Experimental Social Psychology*. Vol 16 253-260.
- Gayathripriya, N. 2014. *Breastfeeding Empowerment Programme On Knowledge, Skill and Self Confidence Among Primigravidae*. Journal of Science. Porur Chennai, India : Vol 4 hal: 9-12.
- Ghazali & Fuad. 2015, *Struktural Equation Modeling Teori dan aplikasi dengan Prgramlisrel* Universitas Diponegoro Semarang.
- Goulet, D. 1977. *The Cruel Choice: A New Concept in the Theory of Development*. New York: Atheneum.
- Green, L.W & Kreuter, M.W. 1991, *Health Promotion Planning: an Education and Environment Approach*. Co: Palo Alto. Mayfield Publishing.
- Green, L.W; Kreuter, M; Deeds, S.G & Partridge, K.B. 1980, *Health Education Planing: a Diagnostic Approach*. Co: Palo Alto. Mayfield Publishing.
- Halimah, A. 2010. *Ibu Langsing bayi Sehat*, Yogyakarta: Tora Book.
- Handayani, Lina; Kosnin; Azlina; Kee, J & Yeo. 2011. Social Support, Knowledge, Attitude, And Self-Efficacy As Predictator Breastfeeding Practice. Malaysia: *Journal UTM*. Vol 1.
- . 2013. Contribution of Knowledge on Breastfeeding among Mothers Who Joined Mother Support Program. Malaysia: *International Journal of Public Health Science*. Vol 2.
- Hasanudin, TB. 2010. *Dasar-dasar penyuluhan pembangunan Surakarta pascasarjana UNS*.
- Heller, K; Swindle, Je.R.W & Dusenbuty, L. 1986. Component Social Support Proseses and Integration. New york: *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. Vol 54, No 4 hal 466-470.

- Hidayat, D. 2009. *Pengantar Psikologi Kesehatan. Ilmu Perilaku Manusia*. Jakarta: Taran Info Media.
- Hikmat, H. 2004. Strategi pemberdayaan masyarakat. Bandung: Humaniora pertama.
- Ife, J & Tesoriero, F. 2008. *Community Development: Community- Based Alternatives in on Age of Globalisation (Community Development: Alternatif Pengembangan Masyarakat Di Era Globalisasi)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Ingram & Jenny. 2013, A Mixed Methods Evaluation of Peer Support in Bristol, UK: Mothers, Midwives, and Peer Supporters, Views, and The Effects on Breastfeeding. *BMC Pregnancy and Childbirth Journal* 2013 13:192.
- Ip, S; Chung, M; Raman, G; Chew, P; Magula, N & DeVine, D. 2007. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Reports Agency for Health Care research and Quality*.(Evidence report No.53).Massachusetts: Tufts-New England Medical Center Evidence-Based Practice Center.
- Joreskog, Karl G & Sorbom, Dag. 1996. *Lisrel 8 User's Reference Guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia. 2008. Difa Publisir. Edisi Revisi.
- Kartasasmita, G. 1995. *Administrasi Pembangunan*. Jakarta: LP3S.
- Kay-Hatfield, J. 2011. *Exploring the Factors that Influence Adolescent Mother's Choice of Infant Feeding Method*. Paper presented at the Conference of Consultant for Community Nurses Association of Canada, Canada.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). 2013. *Buletin 1000 Hari Pertama Kehidupan*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS).
- Kementrian Kesehatan. 2005. Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- Kementrian Kesehatan. 2009. Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- _____. 2011a. *Panduan Promosi Kesehatan di Daerah Tertinggal*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- _____. 2011b. *Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.

- _____.2012. Pengembangan desa siaga Qoriah Toyyibah bidang kesehatan PHBS. Jakarta: Majelis kesehatan Pimpinan Pusat Aisyiyah kerja sama Departemen Kesehatan.
- _____. 2012a. *Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- _____. 2012b. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 Tentang “*Kewajiban Ibu Memberikan ASI pada Bayinya Secara Eksklusif*”.
- _____. 2012c. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- _____.2013a. *Riset Kesehatan Dasar Indonesia 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Indonesia.
- _____.2013b. *Pedoman Perencanaan Program Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- _____. 2013c. *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- _____.2014. *Profil Kesehatan Indonesia 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi. 2003. Undang-undang Ketenagakerjaan Nomor 13 Tahun 2003.
- Kerlinger, F.N. 1986. *Foundation of Behavioral Research. Third Edition. Asas-Asas Penelitian Behavior*. Cetakan kesebelas. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Krathwohl & David, R. 2002. *Theory Into Practice Journal Impact & Description*, Vol.41. No.4.
- Krianto, T. 2006. Pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Krisyuniyanto, Yustian & Ardian. 2013. *Dinas Kesehatan Pemerintahan Kabupaten Bantul Mercy Corps Kelompok Pendukung Ibu (KP-Ibu) Kabupaten Bantul*. Yogyakarta.
- Korten, D.C & Sjahrir. (Ed). 1993. *Pembangunan Berdimensi Kerakyatan*. Jakarta: Yayasan Obar Indonesia dan Pustaka Sinar Harapan.

- Ku, C.M & Chow, S.K.Y. 2010, Factors Influencing The Practice of Exclusive Breastfeeding Among Hong Kong Chinese Women: a Questionnaire Survey. *Journal of Clinical Nursing*, vol 19: 2434-2445.
- Kuan, L.W; Britto, M; Decolongon, J; Schoettker, P.J; Atherton & Kotagal, U.R. 1999. Health system factors contributing to breastfeeding success. England: *Pediatrics*, vol 104(3), 28-36.
- Lewis, G.H; Sheringham, J; Kalim, K & Crayford, T.J. 2008. *Mastering Public Health A postgraduate guide to examinations and revalidation*. Australia: Royal Society of Medicine Press Ltd. Elsevier.
- Lewycka, S; Mwansambo, C; Rosata, M; Kazembe, P; Phiri, T; Mganga, A; Chapota, H; Malamba, F; Kainja, E; Newell, M; Greco, G; Pukki, A; Worrall, J; Vergnano, S; Osrin, D & Costello, A. 2013, Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial. *Journal Lancet* Vol 381:21-35.
- Little, J.S & Fors, K.A. 2009. *The Teories of Human Communication* Edisi 9. Jakarta: Salemba.
- Mardikanto, T. 2009. *Sistem Penyuluhan Pertanian*. Cetakan Pertama. Surakarta: UNS Press.
- _____. 2010. *Model-Model Pemberdayaan Masyarakat*. Cetakan I. Surakarta: Kerjasama Fakultas Pertanian UNS dengan UPT Peneribitan dan Percetakan UNS (UNS Press).
- _____. 2012. *Metoda Penelitian Dan Evaluasi Pemberdayaan Masyarakat*. Surakarta: UNS Press.
- _____. 2013, *Model-model Pemberdayaan Masyarakat*. Surakarta: UNS Press.
- _____. 2014, *Pembangunan Berbasis Masyarakat*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Muksin, J. 2007. Walisongo. Semarang.
- Murti, B. 2010. *Desain dan Ukuran Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Edisi ke-2. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- _____. 2011. *Validitas dan Realibilitas Pengukuran*. Institute of Health Economic and Policy Studies (IHEPS). Surakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret.

- Myers, D.G. 2014. *Psikologi Sosial*. Jakarta: Salemba humanika.
- Naidoo, J & J, Wills. 1996. *Health Promotion: Foundation for Practice*. Third London: Printing Bailliere Tindall.
- Nguyen, T; Phoung, N; Hajebhot, N and Fronggilo, E. 2014. Gaps between Breasfeeding Awarness & Practices in Vietnamese Mother Result from Inadequate Support in Health Facilities and Social Norms., *J.Nut.Com* vol 114.198226.
- Notoatmodjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta: PT Rineka Cipta.
- _____. 2007. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Pariikh, N.I; Hwang, S.J; Ingelsson, E; Benjamin, E.J; Fox, C.S & Vasan, R.S. 2009. Breastfeeding In Infancy And Adult Cardiovascular Disease Risk Factors. *The American Journal of Medicine*, vol 122 (7), 656-663.
- Priyoto. 2014. *Teori Sikap & Perilaku Dalam Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pujiati, S. 2002. Lisrel. Program Analisis Data yang Menjanjikan. *Jurnal Kependidikan*, No: 01, Tahun XXXII.
- Purwanto. 1999. *Pengantar Perilaku Manusia*. Jakarta: EGC.
- Purwadarminta. 2005. *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. Jakarta : Balai Pustaka.
- Rehn, N.S; Ovretveit, J; Laamanen, R; Suominen, S; Sundell, J & Brommels, M. 2006 Determinants of health promotion action: comparative analysis of local voluntary associations in four municipalities in Finland. *Health Promotion International*, Vol. 21 No. 4.
- Riksani, R. 2012. *Keajaiban ASI*. Jakarta: Dunia Sehat.
- Roesli, U.2005. *Mengenal ASI Eksklusif*. Jakarta:Trubus Agriwidya.
- _____. 2008. *Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Rogers, R.W. 1983, Cognitive and Physiological Proses in Fear Appealsa and Atticude Change: a Revised Theory of Protektion Motivation, In Cacioppo J & Petty R (eds), *Social Psychophysiology*, New York: Guilford Press.
- Rogers, E.M. 1999. *Diffusion of Innovations*. Third Edition. The Free Press. London: Collier Macmillan Publishers.

- Rook, K.S. 1987. Social Support Versus Companionship Effects. On Life Stress, Loneliness And Evaluations By Others. New York: Journal Of Personality And Social Psychology, Vol 52 (6), 1132-1147.
- Santoso, S. 2001. *Mengolah Data statistik secara profesional*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- _____. 2011. *Structural Equation Modeling (SEM) Konsep dan Aplikasi dengan AMOS 18*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Sarafino, E.P. 1998. *Health Psychology*. New York: Biopsychology Interaction.
- Schlickau, J.M & Wilson, M.E. 2004. Breasfeeding as health promoting behavior for Hispanic Women. American: *Journal of advanced Nursing*, vol 52(2), 200- 210.
- Setegn, T; Belachew, T; Gerbaba, M; Deribe, K; Deribew, A & Biadgilign, S. 2012, Factors Associated With Exclusive Breastfeeding Practices Among Mothers in Goba District, South East Ethiopia: a Cross-Sectional Study. *International Breastfeeding Journal* vol 7:17.
- Sheath, J.N & Frazier, G.L. 1982, A Model of Strategy Mix Choice for Planned Social Change. American: *Journal of Marketing*, vol 46: 15-46.
- Simondon, K.B; Costes, R; Delaunay, V; Diallo, A & Simondon, F. 2010. Children height, health and appetie influence mothers weaning decision in rural Senegal. Afrika: *International Journal of Epidemiology* (30): 476-481. Vol 6.
- Sjostrom, K; Welander, S; Haines, H; Anderson, E & Hildingsson, I. 2013. Comparison of Breastfeeding in Rural Areas of Sweden and Australia a Kohort Study. Australia: *Journal Women and Birth* Vol 26 :229-234.
- Slamet, M. 2000. *Pemberdayaan Masyarakat dalam Yustina, I dan Sudradjat, A (eds). Membentuk Pola Perilaku Manusia Pembangunan*. Bogor: IPB Press,
- Smet, N. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT Grasindo.
- Soetomo. 1990. *Strategi-Strategi Pembangunan Masyarakat*. Cetakan I. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Subijanto, AA. 2007 Decreased Human Milk Immunity In Doble life mather's. *Folia Medica Indonesia*. Surakarta : UNS press Vol. 43.
- Sugihartono, dkk. 2007. *Psikologi Pendidikan*. Yogyakarta : UNY Press.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: CV Alfabeta.

- _____. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Sulaeman, E.S. 2012a. *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Teori dan Implementasi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- _____. 2012b. Model Pemberdayaan masyarakat bidang Kesehatan Studi Pada Program Desa Siaga Kabupaten Karanganyar Jawa Tengah, Disertasi Surakarta: UNS.
- Sunaryo. 2004. Psikologi Untuk Keperawatan. Jakarta:EGC.
- Sutopo, H.B. 1996. *Kritik Seni Holistic Model Pendekatan Penelitian Kualitatif*, Surakarta: UNS Perss.
- Tahir, N.M & Al-Sadat, N. 2013.Does Telephone Lactation Counselling Improve Breastfeeding Practices: A randomized Controlled Trial. Malaysia: *International Journal of Nursing Studies* Vol 50:16-25.
- Tan, K.L. 2011. Factor associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular malaysia: *International Breastfeeding Journal* vol 6:2, hal 1-7.
- Tarkka, M; Paunonen, M & Laippala, P. 1998. What contributes to breastfeeding success after childbirth in a maternity ward in Finland *Birth*, vol 25(3), 175-181.
- Taylor, S.E. 2003. *Health Pscychology Fifth Edition*. New York: McGraw Hill.
- Tjokrowinoto, M. 2004. *Pembangunan. Dilema dan Tantangan* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Thoha, M. 2003. *Kepemimpinan Dalam Manajemen*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.
- Tohotoa, J; Maycock, B; Hauck, Y.L; Howat, P; Burns, S & Binns, C.W. 2009. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia: *International Breastfeeding Journal*, vol 4, 15-23.
- UI Haq, M. 1985 *Human Development Report*. New York: Oxford University Press.
- United Nations Development Programme. 2004. American.
- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF]. 2011. *Breastfeeding Statistic by Area.Monitoring the Situation of Children and Women*. American.

- U.S. Department of Health and Human Services. 2011. *The Surgeon Generals Call to Action to Support Breastfeeding*. Washington, DC. U.S: Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon.
- Varkey,P; Kureshi, S & Lesnick, T. 2010. Empowerment of Women and Its association with the health of the community. California, Amerika: *Journal of women health*. Vol 1 (19): 71-77.vol 15.
- Varney, H. 1997. *Varney Midwifery Third Edition*. James and Bartlet. Boston: Publishers.
- Wass, A. 1997. *Promoting Health The Primary Health Care Approach*. Sydney: Harcourt Brace & Company.
- Wawan, A. 2011. *Teori dan Pengukuran Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Walgito, B. 2010. *PengantarPsikologiumum*. Yogyakarta: CV Andi Ofset.
- Waryana. 2013. *Model Pemberdayaan Pola Asuh Secara Simultan Untuk Menanggulangi masalah Gizi Buruk Pada balita Di Kabupaten Bantul*.Disertasi: Surakarta UNS.
- Weiss, J & Born. 1976. *Self Insight Eror In The Explanation Of Mood* Unpublished Monscript Havard University.
- Wiknjosastro, G.H. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan bina Pustaka.
- World Health Organization [WHO]. 2011. *Breastfeeding counseling: A training course*.UNICEF.
- _____. 2009. *Primary Health Care Now More Than Ever*. The World Health Report.
- _____. 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO.
- _____. 1998. *Health Education and Health Promotion Unit (HPR)*. 1998. Health Education and Health Promotion Unit (HEP). Health Promotion Glossary. Geneva: Printed in Switzerland.
- _____. 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO.

Lampiran

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

Waktu Penelitian Desember 2014-Desember 2016

Tahap penelitian	Desember 2014- Maret 2015	April – Juni 2015	Juli- September 2015	Oktober- Desember 2015	Januari- Maret 2016	April- Juni 2016	Juli- September 2016	Oktober- Desember 2016	Januari – Februari 2017
Persiapan Penelitian									
Pengumpulan Data									
Penulisan Proposal									
Ujian Kualifikasi									
Seminar Proposal									
Ujian Proposal									
Penilaian Kelayakan									
Uji Validitas & Realibilitas									
Pelaksanaan Penelitian									
Analisis Data									
Seminar Hasil									
Ujian Disertasi Tertutup									
Ujian Disertasi Terbuka									
Publikasi Hasil									
Promosi Doktor									

Lampiran 2**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Ibu-ibu yang saya hormati, saya Mufdlilah dari Program Pascasarjana Penyuluhan Pembangunan/ Pemberdayaan Masyarakat minat Promosi Kesehatan akan melakukan penelitian Model Pemberdayaan Masyarakat Pada Program ASI eksklusif. Saya memohon partisipasi ibu-ibu dalam mengisi kuisisioner untuk membantu penelitian saya.

Jika ibu bersedia berpartisipasi, silahkan isi form persetujuan menjadi responden dan jawab pernyataan yang diajukan sesuai perintah yang ada. Data yang dikumpulkan dalam kuisisioner ini dijamin kerahasiannya. Atas partisipasi ibu-ibu sekalian saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Mufdlilah

FORM KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PADA PENELITIAN**“MODEL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT****PADA PROGRAM ASI EKSKLUSIF “**

Setelah mendapatkan informasi yang jelas tentang tujuan dan manfaat dari penelitian ini, maka saya:

Nama :.....

Alamat :.....

.....

Menyatakan setuju dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian yang berjudul “Model Pemberdayaan ibu menyusui Pada Program ASI eksklusif” dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari siapapun.

Sleman, 2016

(.....)

Lampiran 3

PENELITIAN

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT PADA PROGRAM ASI EKSKLUSIF

No. Responden

Petunjuk Pengisian

Sesuai dengan yang Ibu alami, dan lakukan berilah penilaian secara jujur, objektif dan penuh tanggung jawab dengan kondisi Ibu yang sebenarnya terkait dengan program ASI eksklusif. Penilaian dilakukan terhadap aspek-aspek dalam tabel berikut dengan cara memberikan satu tanda centang (v) pada kolom respon (STS- TS- AS- S-SS).

- 1= sangat tidak setuju (STS) 4= setuju (S)
 2= tidak setuju (TS) 5= sangat setuju (SS)
 3= Agak setuju (AS)

No.	Pernyataan	Respon				
		STS	TS	AS	S	SS
1.	Penyediaan fasilitas kesehatan untuk menyusui menjadi kewajiban perusahaan dalam menyiapkan fasilitas ruang menyusui.	√				

No.	Pernyataan	Respon				
		STS	TS	AS	S	SS
1.	Penyediaan fasilitas kesehatan untuk menyusui menjadi kewajiban perusahaan dalam menyiapkan fasilitas ruang menyusui.					√

Pada contoh nomor 1. Ibu mencentang pada kolom STS ini berarti ibu sangat tidak setuju terhadap penyediaan fasilitas kesehatan untuk menyusui yang menjadi kewajiban perusahaan dalam menyiapkan fasilitas ruang menyusui.

Pada contoh nomor 2. Ibu mencentang pada kolom SS ini berarti ibu sangat setuju terhadap penyediaan fasilitas kesehatan untuk menyusui yang menjadi kewajiban perusahaan dalam menyiapkan fasilitas ruang menyusui

I. INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR VARIABEL KEBIJAKAN PEMERINTAH TERHADAP PROGRAM ASI EKSKLUSIF

No.	Pernyataan	Respon				
		STS	TS	AS	S	SS
1.	Saya mengikuti penyuluhan tentang ASI eksklusif setiap bulan di desa saya.					
2.	Saya mendapat informasi tentang ASI eksklusif yang dilakukan oleh tokoh masyarakat, (kader Yandu) yang ada di desa saya.					
3.	Saya jarang mendapatkan informasi tentang ASI eksklusif yang dilakukan secara gencar di desa saya.					
4.	Saya mengetahui petunjuk 10 langkah menuju keberhasilan menyusui yang ditempel di setiap dinding ruang bersalin di klinik di wilayah Sleman.					
5.	Saya mengikuti pelatihan untuk mencapai kesuksesan dalam memberikan ASI eksklusif untuk bayi saya.					
6.	Saya jarang mendapatkan penyuluhan tentang hubungan menyusui dengan penyakit HIV AIDS di desa saya.					
7.	Saya memperoleh petunjuk tentang cara mencapai keberhasilan menyusui, sejak periksa kehamilan.					
8.	Saya menjalani rawat gabung saat melahirkan di klinik wilayah Sleman.					
9.	Saya mendapatkan penyuluhan untuk memberikan makanan tambahan bagi bayi sebelum usia 6 bulan.					
10.	Saya memberikan dot/kempeng kepada bayi saya, ketika bayi saya akan					

	tidur.					
11.	Saya menjumpai ruang khusus tempat menyusui di tempat umum di wilayah Sleman.					
12.	Saya mengetahui peran pemerintah Kabupaten Sleman dalam menyiapkan tempat menyusui di fasilitas umum.					
13.	Saya mengikuti penyuluhan tentang manfaat keberadaan ruang menyusui di fasilitas umum.					
14.	Saya kadang- kadang mengikuti pengarahan tentang pentingnya pemberian ASI dari motivator kelompok pendukung ibu di desa saya.					

**II. INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR VARIABEL ADVOKASI
PENANGGUNG JAWAB PROGRAM ASI EKSKLUSIF DI DESA
(BIDAN DESA)**

No	Pernyataan	Respon				
		STS	TS	AS	S	SS
1.	Saya mengetahui surat edaran kebijakan tentang ASI eksklusif dari Tim Penggerak PKK desa.					
2.	Saya menghadiri penyuluhan untuk kelompok ibu menyusui yang dilaksanakan oleh Tim Penggerak PKK desa saya.					
3.	Saya kesulitan dalam menyiapkan pertemuan kelompok bagi ibu-ibu menyusui di desa saya.					
4.	Saya menjumpai tempat penyimpanan ASI untuk kebutuhan ibu menyusui yang dikelola oleh masyarakat.					
5.	Saya belum pernah mendapatkan bantuan makanan tambahan (PMT) dari pemerintah secara rutin.					
6.	Saya ikut melakukan pengawasan penggunaan anggaran desa untuk kegiatan peningkatan program ASI eksklusif di desa saya.					

**III. INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR VARIABEL DUKUNGAN SUMBER
DAYA DAN PERAN TOKOH MASYARAKAT DESA**

No	Pernyataan	Respon				
		STS	TS	AS	S	SS
1.	Saya mendapatkan bimbingan dari tokoh masyarakat terkait adanya keharusan memberikan ASI eksklusif untuk bayi saya.					
2.	Saya berpartisipasi dalam perencanaan pencapaian keberhasilan pemberian ASI eksklusif didukung oleh tokoh masyarakat.					
3.	Saya jarang memperoleh dukungan motivasi saat memberikan ASI eksklusif dari tokoh masyarakat.					
4.	Saya mendapatkan saran dari tokoh masyarakat untuk memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping sebelum bayi saya berusia 6 bulan.					
5.	Saya diberi nasihat oleh tokoh masyarakat untuk mengikuti petunjuk keberhasilan menyusui secara eksklusif selama 6 bulan.					
6.	Saya bersama tokoh masyarakat menyediakan sarana di Posyandu untuk memenuhi kebutuhan pemberian ASI eksklusif di desa saya.					
7.	Saya bersama tokoh masyarakat kurang mampu merawat tempat untuk menunjang kegiatan bagi kelompok ibu menyusui.					

**IV. INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR VARIABEL PEMBERDAYAAN
MASYARAKAT PADA PROGRAM ASI EKSKLUSIF**

No	Pernyataan	Respon				
		STS	TS	AS	S	SS
1.	Saya jarang memberikan dana untuk kegiatan kelompok ibu menyusui.					
2.	Saya jarang mengikuti pemantauan kegiatan ASI eksklusif yang					

	dilaksanakan di Posyandu oleh kelompok ibu menyusui.					
3.	Saya turut serta dalam membantu keberhasilan ibu menyusui secara eksklusif di desa saya melalui Posyandu.					
4.	Saya belum pernah ditemui pengurus kelompok ibu dalam melakukan pemantauan keberhasilan ASI eksklusif.					
5.	Saya mendapat informasi tentang keberhasilan program ASI eksklusif dari kelompok pendukung ASI.					
6.	Saya belum mengetahui adanya lembaga di masyarakat sebagai wadah kelompok pendukung ASI di desa saya.					
7.	Saya mengikuti pembinaan secara rutin tentang keberhasilan ASI eksklusif yang dilakukan oleh kelompok ibu.					
8.	Saya jarang turut serta dalam kegiatan kelompok ibu yang dilaksanakan oleh kelompok motivator ASI eksklusif.					
9.	Saya menjumpai motivator ASI eksklusif yang bekerja secara aktif di desa saya.					
10.	Saya mengetahui adanya peraturan pemerintah tentang ASI eksklusif.					

V. INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR VARIABEL PERSEPSI IBU TERHADAP PROGRAM ASI EKSKLUSIF

No	Pernyataan	Respon				
		STS	TS	AS	S	SS
1.	Menurut saya, adanya iklan susu formula menyebabkan saya termotivasi untuk memberikan susu formula kepada bayi sebelum bayi saya berusia 6 bulan.					
2.	Menurut saya, susu formula mengandung vitamin yang tidak terdapat pada ASI.					
3.	Menurut saya, memberi ASI merupakan hak bagi bayi.					

4.	Menurut saya ASI yang pertama kali keluar saat menyusui, yang berwarna kekuningan, harus diberikan kepada bayi					
5.	Menurut saya pemberian ASI eksklusif lebih banyak manfaatnya bagi ibu daripada bayi.					

VI. INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR VARIABEL PARTISIPASI IBU DALAM PROGRAM ASI EKSKLUSIF

No	Pernyataan	Respon				
		STS	TS	AS	S	SS
1.	Saya memperoleh dukungan sarana yang lengkap untuk kegiatan kelompok ibu dalam menunjang keberhasilan program ASI eksklusif.					
2.	Saya kurang berpartisipasi dalam mendukung kebutuhan sarana kelompok ibu untuk kegiatan penyuluhan ASI eksklusif.					
3.	Saya secara rutin memperoleh dukungan dana dari desa untuk kegiatan kelompok pendukung ASI (KP-ASI).					
4.	Saat saya menyusui, saya mendapatkan dukungan moril dari tokoh masyarakat untuk mencapai keberhasilan ASI eksklusif.					
5.	Program ASI eksklusif di desa saya didukung dana dari masyarakat.					
6.	Saya sering mengikuti kegiatan yang diadakan oleh kelompok ibu menyusui dengan tema materi yang selalu ada kebaruannya.					
7.	Saya kurang menyetujui apabila terlalu sering diadakan penyuluhan tentang materi ASI eksklusif.					

**VII. INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR VARIABEL SIKAP IBU
TERHADAP PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF**

No	Pernyataan	Respon				
		STS	TS	AS	S	SS
1.	Saya akan melakukan donor ASI, apabila ASI saya tidak mencukupi.					
2.	Saya akan melakukan pengaturan posisi saat menyusui untuk mendukung pemberian ASI eksklusif.					
3.	Saya menyusui akan lebih susah dari pada memberikan susu formula.					
4.	Saya akan mendapatkan kesulitan kelekatan bayi saya pada awal saya menyusui.					
5.	Walaupun saya dalam keadaan sakit, saya akan tetap menyusui.					
6.	Saya akan menghindari untuk menyusui ketika puting susu saya lecet.					
7.	Jika ASI saya belum keluar pada awal menyusui, saya akan meminta bantuan pijatan mammae/ massage untuk merangsang pengeluaran ASI.					
8.	Jika saya memiliki puting susu datar, saat menyusui saya akan menghindari untuk memberikan ASI.					
9.	Jika payudara saya bengkak saat menyusui, saya akan memberikan makanan pendamping ASI bagi bayi saya.					
10.	Jika puting susu saya lecet, saya akan menambah makanan padat kepada bayi saya.					
11.	Jika puting susu saya lecet pada awal menyusui, saya akan periksa ke tenaga kesehatan.					
12.	Jika bayi saya sakit saat menyusui, saya akan menunda pemberian ASI, meskipun bayi saya belum mencapai usia 6 bulan.					

IDENTITAS RESPONDEN

- Nama :
- Umur ibu : tahun
- Pendidikan Terakhir : SMP/SMA/D3/S1/S2/S3 (pilih salah satu dengan melingkari)
- Pekerjaan : PNS/Swasta/Guru/Ibu Rumah Tangga/Buruh Harian Lepas
Lainnya (pilih salah satu dengan melingkari)
- Usia balita : Anak ke.....
- Apakah suami ibu mendukung saat ibu memberikan ASI kepada bayi?
- Bila ibu pernah menyusui, apakah ibu telah memberikan ASI eksklusif?.....
- Sebelum bayi memasuki usia lebih dari 6 bulan Ibu memberikan apa saja pada bayi ?
-
- Apakah ibu mendapatkan pelayanan inisiasi menyusu dini ketika persalinan?.....
- Apakah hak untuk bayi tidak ditempatkan terpisah dari ibu setelah melahirkan?.....
- Apakah ibu mengalami kelainan/keluhan saat menyusui awal?.....
- Saat kelahiran apakah bayi dalam keadaan sehat?.....
- Saat kelahiran apakah ibu sehat?.....
- Saat menyusui apakah ibu merokok?.....
- Apakah ibu minum obat-obatan secara rutin saat menyusui?.....
- Apakah ibu mengunjungi klinik saat hamil?.....
- Apakah ibu mengikuti kelas ibu hamil?.....
- Apakah ibu mengikuti kelompok pendukung ASI di masyarakat?.....
- Apakah saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan, ibu mendapatkan informasi tentang ASI eksklusif?.....

Lampiran 4

REKAPITULASI HASIL EXPERT JUSTMENT (KONSULTASI KEPAKARAN)

No	NAMA PAKAR	HOME BASED/INSTITUSI	BIDANG KEAHLIAN
1.	Prof. dr. Mohammad Hakimi Sp.OG (K),PhD	UGM	Metodologi
2.	Prof.dr. Purnomo SuryantoroDTMH,PhDSc,SpAK,FRO,Dokter Anak	UGM	Praktisi Ilmu Kesehatan Anak
3.	Prof.Dr. Siti Chamamah.S	UGM	Sastra/Bahasa
4.	Prof. dr. Djauhar Ismail,MPH,PhD,Sp AK	UGM	Pediatrik Sosial
5.	Prof. Tjipto Suwandi	UNAIR	Kesehatan Masyarakat
6.	Prof. Ridwan M.Thaha	UNHAS	Kesehatan Masyarakat
7.	Prof. Drs. Soeparno	UAD	Linguistik
8.	Dr. Waryana	Politeknik Kesehatan Kemenkes DIY	Pemberdayaan Masyarakat
9.	Dr. Ir. Trina Astuti,MPS	Politeknik Kesehatan Kemenkes Jakarta	Gizi Masyarakat

Lampiran 5

REKAP HASIL PENILAIAN PAKAR

NO	VARIABEL	INDIKATOR dan BUTIR PERNYATAAN	HASIL
1.	Variabel 1	Indikator 1	
		Butir 1	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 4 V = 4 TV = 1 STV = -
		Butir 3	SV = 8 V = 1 TV = - STV = -
		Indikator 2	
		Butir 1	SV = 7 V = 2 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Butir 3	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Butir 4	SV = 5 V = 4 TV = - STV = -
		Butir 5	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Butir 6	SV = 5 V = 4 TV = - STV = -

NO	VARIABEL	INDIKATOR dan BUTIR PERNYATAAN	HASIL
		Butir 7	SV = 5 V = 3 TV = 1 STV = -
		Indikator 3	
		Butir 1	SV = 8 V = 1 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 7 V = 2 TV = - STV = -
		Butir 3	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Indikator 4	
		Butir 1	SV = 7 V = 2 TV = - STV = -
2.	Variabel 2	Indikator 1	
		Butir 1	SV = 5 V = 4 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 7 V = 2 TV = - STV = -
		Indikator 2	
		Butir 1	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 5 V = 4 TV = - STV = -

NO	VARIABEL	INDIKATOR dan BUTIR PERNYATAAN	HASIL
		Indikator 3	
		Butir 1	SV = 5 V = 4 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
3.	Variabel 3	Indikator 1	
		Butir 1	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 7 V = 2 TV = - STV = -
		Indikator 2	
		Butir 1	SV = 5 V = 4 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 6 V = 2 TV = 1 STV = -
		Butir 3	SV = 5 V = 4 TV = - STV = -
		Indikator 3	
		Butir 1	SV = 7 V = 2 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -

NO	VARIABEL	INDIKATOR dan BUTIR PERNYATAAN	HASIL
4.	Variabel 4	Indikator 1	
		Butir 1	SV = 6 V = 2 TV = 1 STV = -
		Indikator 2	
		Butir 1	SV = 7 V = 2 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 8 V = 1 TV = - STV = -
		Indikator 3	
		Butir 1	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 8 V = 1 TV = - STV = -
		Indikator 4	
		Butir 1	SV = 7 V = 2 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Indikator 5	
		Butir 1	SV = 7 V = 2 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -

NO	VARIABEL	INDIKATOR dan BUTIR PERNYATAAN	HASIL
		Indikator 6	
		Butir 1	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
5.	Variabel 5	Indikator 1	
		Butir 1	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Indikator 2	
		Butir 1	SV = 1 V = 5 TV = 2 STV = 1
		Butir 2	SV = 5 V = 4 TV = - STV = -
		Indikator 3	
		Butir 1	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Indikator 4	
		Butir 1	SV = 4 V = 5 TV = - STV = -
6.	Variabel 6	Indikator 1	
		Butir 1	SV = 4 V = 5 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 4 V = 3 TV = 2 STV = -

NO	VARIABEL	INDIKATOR dan BUTIR PERNYATAAN	HASIL
		Indikator 2	
		Butir 1	SV = 4 V = 5 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 4 V = 3 TV = 2 STV = -
		Butir 3	SV = 4 V = 4 TV = 1 STV = -
		Indikator 3	
		Butir 1	SV = 8 V = 1 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 6 V = 2 TV = 1 STV = -
7.	Variabel 7	Indikator 1	
		Butir 1	SV = 3 V = 6 TV = - STV = -
		Indikator2	
		Butir 1	SV = 6 V = 2 TV = 1 STV = -
		Butir 2	SV = 7 V = 2 TV = - STV = -
		Butir 3	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -

NO	VARIABEL	INDIKATOR dan BUTIR PERNYATAAN	HASIL
		Indikator 3	
		Butir 1	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Indikator 4	
		Butir 1	SV = 5 V = 3 TV = 1 STV = -
		Butir 2	SV = 6 V = 3 TV = - STV = -
		Indikator 5	
		Butir 1	SV = 4 V = 5 TV = - STV = -
		Indikator 6	
		Butir 1	SV = 4 V = 3 TV = 2 STV = -
		Indikator 7	
		Butir 1	SV = 4 V = 5 TV = - STV = -
		Butir 2	SV = 4 V = 4 TV = 1 STV = -

**RANGKUMAN PUTARAN 1 DAN 2 VALIDASI INSTRUMEN
OLEH PAKAR**

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan butir	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
1.	<p>Indikator 1</p> <p><i>Sosialisasi PP No. 33 tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif.</i></p> <p>1. Saya mengikuti penyuluhan tentang ASI eksklusif setiap bulan di desa saya.</p>			33,3 3%	66,6 6%				100 %
	2. Saya mendapatkan informasi cara menyusui secara jelas dari bidan.	11,11 %		44,4 4%	44,4 4%				100 %
	3. Saya mendapatkan informasi yang gencar dilakukan di masyarakat desa saya terkait dengan ASI eksklusif.			11,1 1%	88,8 8%				100 %
	<p>Indikator 2</p> <p><i>Pemantauan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM) di fasilitas pelayanan kesehatan</i></p>			22,2 2%	77,7 7%				

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	1. Saya menjumpai petunjuk 10 langkah menuju keberhasilan menyusui yang di tempel di setiap dinding ruang bersalin di RS/Puskesmas kabupaten Sleman.								100 %
	2. Saya mengikuti pelatihan untuk mendapatkan kesuksesan memberikan ASI eksklusif untuk bayi saya.			33,3 3%	66,6 6%				100 %
	3. Saya belum pernah mendapatkan penyuluhan di desa saya kabupaten Sleman terkait dengan ibu menyusui dengan			33,3 3%	66,6 6%				100 %

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	4. penyakit HIV/AIDS.								
	5. Saya memperoleh petunjuk tentang cara menuju keberhasilan menyusui, setelah melahirkan.			44,4 4%	55,5 5%				100 %
	6. Saya menjalani rawat gabung saat melahirkan di RS/klinik di wilayah Sleman.			33,3 3%	66,6 6%			11,1 1%	88,8 8%
	7. Saya mendapatkan penyuluhan untuk memberikan makanan tambahan bagi bayi sebelum usia 6 bulan			44,4 4%	55,5 5%			11,1 1%	88,8 8%
	8. Saya memberikan dot/kempeng kepada bayi saya, ketika bayi saya	11,11 %		33,3 3%	55,5 5%			22,2 2%	77,7 7%

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	9. akan tidur.								
	<p>Indikator 3 <i>Fasilitasi tempat umum untuk menyusui.</i></p> <p>1. Saya menjumpai tempat menyusui di fasilitas umum di Kabupaten Sleman.</p>			11,1 1%	88,8 8%			11,1 1%	88,8 8%
	2. Saya menemukan peran pemerintah Kabupaten Sleman dalam menyiapkan tempat menyusui di fasilitas umum.			22,2 2%	77,7 7%				100 %
	3. Saya mengikuti penyuluhan tentang manfaat keberadaan ruang menyusui di fasilitas umum.			33,3 3%	66,6 6%				100 %
	<p>Indikator 4 <i>Penyediaan SDM motivator dan konselor.</i></p> <p>1. Saya mengikuti pengarahan tentang pentingnya pemberian ASI dari</p>			22,2 2%	77,7 7%			11,1 1%	88,8 8%

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	motivator kelompok pendukung ibu di desa saya.								
2.	<p>Indikator 1</p> <p><i>Dukungan dari lurah secara tertulis berwujud surat keputusan.</i></p> <p>1. Saya menerima surat edaran dari PKK kelurahan terkait dukungan dari kelurahan dalam upaya mensukseskan program ASI eksklusif.</p>			44,4 4%	55,5 5%			22,2 2%	77,7 7%
	2. Saya menghadiri penyuluhan untuk kelompok ibu menyusui yang dilaksanakan oleh kelurahan di desa saya.			22,2 2%	77,7 7%				100 %
	<p>Indikator 2</p> <p><i>Dukungan penyediaan sarana prasarana bagi ibu menyusui.</i></p> <p>1. Saya menemui</p>			33,3 3%	66,6 6%				100 %

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	tempat untuk pertemuan bagi ibu-ibu kelompok menyusui di desa saya.								
	2. Saya menjumpai tempat penyimpanan ASI untuk kebutuhan ibu menyusui yang di kelola oleh masyarakat.			44,4 4%	55,5 5%			11,1 1%	88,8 8%
	Indikator 3 <i>Dukungan bantuan anggaran dana desa untuk ibu menyusui.</i> 1. Saya belum pernah mendapatkan bantuan rutin dari pemerintah untuk peningkatan gizi makanan bagi saya.			44,4 4%	55,5 5%			11,1 1%	88,8 8%
	2. Saya ikut melakukan pengawasan penggunaan			33,3 3%	66,6 6%				100 %

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	anggaran desa untuk kegiatan ibu menyusui di desa saya.								
3.	<p>Indikator 1 <i>Dukungan bimbingan termasuk sarana prasarana untuk pelaksanaan program ASI eksklusif.</i></p> <p>1. Saya mendapatkan bimbingan dari tokoh masyarakat terkait dengan keharusan memberikan ASI eksklusif untuk bayi.</p>			33,3 3%	66,6 6%			11,1 1%	88,8 8%
	2. Saya terlibat dalam perencanaan pencapaian keberhasilan pemberian ASI eksklusif yang di			22,2 2%	77,7 7%				100 %

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	Dukung oleh tokoh masyarakat.								
	Indikator 2 <i>Dukungan dengan pemberikan motivasi berupa dorongan terkait keberhasilan ASI eksklusif.</i> 1. Saya memperoleh dukungan saat memberikan ASI eksklusif dari tokoh masyarakat.			44,4 4%	55,5 5%			11,1 1%	88,8 8%
	2. Saya mendapatkan saran dari tokoh masyarakat untuk memberikan ASI saja tanpa makanan pendamping sebelum bayi saya berusia 6 bulan.	11,11 %		22,2 2%	66,6 6%				100 %
	3. Saya di berikan nasihat oleh tokoh masyarakat untuk mengikuti petunjuk			44,4 4%	55,5 5%				100 %

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	keberhasilan menyusui sesuai peraturan yang berlaku.								
	Indikator 3 <i>Tindakan untuk kegiatan melakukan bimbingan oleh tokoh masyarakat untuk pemberian ASI eksklusif.</i> 1. Saya bersama tokoh masyarakat menyediaan sarana di Posyandu untuk memenuhi kebutuhan ibu menyusui di desa saya.			22,2 2%	77,7 7%				100 %
	2. Saya bersama tokoh masyarakat merawat tempat untuk menunjang kegiatan bagi kelompok ibu menyusui.			33,3 3%	66,6 6%				100 %
4.	Indikator 1 <i>Identifikasi kebutuhan</i>	11,11 %		22,2 2%	66,6 6%				

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	<p>Indikator 3</p> <p><i>Pengendalian /evaluasi terhadap penilaian jalannya kegiatan kelompok ASI eksklusif di masyarakat.</i></p> <p>1. Saya belum pernah ditemui dari kelompok ibu dalam melakukan pemantauan terhadap keberhasilan menyusui saya.</p>			33,3 3%	66,6 6%				100 %
	<p>1. Saya mendapatkan informasi dari kelompok pendukung ASI terkait dengan keberhasilan saya menyusui.</p>			11,1 1%	88,8 8%			11,1 1%	88,8 8%
	<p>Indikator 4</p> <p><i>Kelembagaan sebagai bentuk wadah adanya kelompok pendukung ibu</i></p>			22,2 2%	77,7 7%				

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	<p>yang berada di masyarakat sebagai lembaga yang dicatat resmi.</p> <p>1. Saya belum menjumpai keberadaan lembaga di masyarakat sebagai wadah kelompok pendukung ASI di desa saya.</p>								100 %
	<p>2. Saya mengikuti pembinaan secara rutin tentang keberhasilan menyusui eksklusif yang dilakukan oleh kelompok ibu.</p>			33,3 3%	66,6 6%				100 %
	<p>Indikator 5 Ketenagaan sebagai tenaga suka rela yang bekerja di lembaga di masyarakat sebagai bagian kepengurusan yaitu motivator, konselor</p>			22,2 2%	77,7 7%				

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	<p><i>ASI₂</i></p> <p>1. Saya jarang terlibat untuk kegiatan kelompok ibu yang dilaksanakan oleh kelompok motivator ASI.</p>								100 %
	<p>2. Saya menjumpai seorang motivator ASI eksklusif yang bekerja secara aktif di desa saya.</p>			33,3 3%	66,6 6%				100 %
	<p>Indikator 6</p> <p><i>Kebijakan yang telah di sosialisasikan dan di pahami kepada masyarakat sesuai PP No. 32 tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif.</i></p> <p>1. Saya mendapatkan pemahaman dari penjelasan</p>			33,3 3%	66,6 6%			11,1 1%	88,8

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	peraturan pemerintah terkait ASI eksklusif di desa saya.								8%
5.	<p>Indikator 1</p> <p><i>Nilai yang dianut pada program ASI eksklusif.</i></p> <p>1. Menurut saya iklan susu formula menyebabkan saya memberikan susu formula ke bayi sebelum bayi saya usia 6 bulan.</p>			33,3 3%	66,6 6%			11,1 1%	88,8 8%
	<p>Indikator 2</p> <p><i>Niat sebagai tekad dalam hati ibu menyusui sebagai kewajiban dan keharusan untuk melakukan suatu tindakan terhadap program ASI eksklusif.</i></p> <p>1. Menurut saya kandungan susu formula ada vitaminnya, yang tidak terdapat pada ASI.</p>	22,22 %	11,1 1%	55,5 5%	11,1 1%			11,1 1%	88,8 8%
	2. Menurut saya menyusui			44,4 4%	55,5 5%				100 %

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	kebebasan bagi ibu untuk menentukan dalam pemberiannya.								
	<p>Indikator 3</p> <p><i>Perhatian sebagai suatu kegiatan sadar untuk penunjukan informasi terkait dengan program ASI eksklusif.</i></p> <p>1. Menurut saya ASI yang pertama kali keluar saat menyusui yang berwarna kekuningan harus diberikan ke bayi</p>			33,3 3%	66,6 6%			11,1 1%	88,8 8%
	<p>Indikator 4</p> <p><i>Harapan ungkapan sesuatu yang diinginkan terhadap manfaat yang di peroleh dari program ASI eksklusif.</i></p> <p>1. Menurut saya dengan pemberian ASI eksklusif cenderung lebih banyak manfaatnya oleh kebutuhan ibu daripada kebutuhan bayi.</p>			55,5 5%	44,4 4%			22,2 2%	77,7 7%
6.	Indikator 1			55,5	44,4				

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	<p><i>Penyediaan dukungan sarana prasarana untuk menunjang program ASI eksklusif.</i></p> <p>1. Saya memperoleh dukungan sarana yang lengkap untuk kegiatan kelompok ibu dalam menunjang keberhasilan ASI eksklusif.</p>			5%	4%				100%
	<p>2. Saya kurang melibatkan diri untuk mendukung kebutuhan sarana kelompok ibu dalam kegiatan penyuluhan ASI eksklusif.</p>	22,22%		33,33%	44,44%			11,11%	88,88%
	<p>Indikator 2</p> <p><i>Bentuk dukungan dana sosial untuk kegiatan program ASI eksklusif.</i></p> <p>1. Saya rutin memperoleh dukungan dana dari desa untuk kegiatan</p>			55,55%	44,44%			11,11%	88,88%

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	kelompok ibu.								
	2. Saya mendapatkan dukungan dana saat menyusui yang di berikan secara rutin di masyarakat desa saya.	22,22 5		33,3 3%	44,4 4%				100 %
	3. Saya selalu memperoleh dukungan untuk kegiatan penyuluhan ASI eksklusif dari dana sosial di masyarakat.	11,11 %		44,4 4%	44,4 4%				100 %
	Indikator 3 <i>Kontribusi piikiran ide, bahan materi serta ketenagaan sebagai upaya usulan untuk program ASI eksklusif.</i> 1. Saya sering mengikuti penyuluhan yang diadakan oleh kelompok ibu menyusui dengan tema materi yang selalu ada kebaruannya.	11,11 %		22,2 2%	66,6 6%				100 %

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	2. Saya kurang menyetujui apabila terlalu sering diadakan penyuluhan yang terkait dengan materi tentang ASI eksklusif.			66,6 6%	33,3 3%				100 %
7.	Indikator 1 <i>Menilai kegiatan menyusui bagi ibu</i> 1. Saya meyakini bila ASI kurang mencukupi, maka saya akan melakukan donor ASI (mencari ASI ke orang lain).	11,11 %		22,2 2%	66,6 6%				100 %
	Indikator 2 <i>Mengenal kesehatan ibu sendiri</i> 1. Saya melakukan pengaturan posisi saat menyusui untuk mendukung keberhasilan menyusui saya.			22,2 2%	77,7 7%			11,1 1%	88,8 8%
	2. Saya yakin susu formula lebih mudah cara			33,3 3%	66,6 6%			11,1 1%	88,8 8%

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	pemberiannya ke bayi di banding saya menyusui.								
	3. Saya kurang memperhatikan kelekatan bayi saya pada awal saya menyusui.			33,3 3%	66,6 6%				100 %
	Indikator 3 <i>Kepercayaan diri dalam menyusui</i> 1.Saya ketika menyusui dalam keadaan sakit, maka saya akan tetap minum obat dan menyusui.			33,3 3%	66,6 6%				100 %
	2.Saya selalu menghindari untuk menyusui ketika puting susu saya lecet.	11,11 %		33,3 3%	55,5 5%				100 %
	Indikator 4 <i>Dukungan untuk ibu dan bayi saat menyusui</i> 1. Jika ASI saya belum keluar pada awal			33,3 3%	66,6 6%				100 %

No va ria bel	Indikator dan Pernyataan	Putaran 1				Putaran 2			
		TV	KV	V	SV	TV	KV	V	SV
	<p>Indikator 7</p> <p><i>Optimalisasi untuk ibu dan bayi saat menyusui</i></p> <p>1. Jika puting saya saya lecet pada awal menyusui, maka saya akan periksa ke tenaga kesehatan.</p> <p>2. Jika saya sakit saat menyusui, maka saya akan menghentikan pemberian ASI meskipun Bayi saya usia sebelum 6 bulan</p>			55,5 5%	44,4 4%			11,1 1%	88,8 8%
		11,11 %		44,4 4%	44,4 4%			11,1 1%	88,8 8%

Lampiran 6**KUNCI JAWABAN****(SETELAH UJI VALIDITAS DARI KUESIONER 135 MENJADI 61)****I. Respon ibu terhadap Kebijakan terhadap Program ASI eksklusif**

1. 5
2. 5
3. 1
4. 5
5. 5
6. 1
7. 5
8. 5
9. 1
10. 1
11. 5
12. 5
13. 5
14. 1

II. Respon Ibu terhadap Advokasi Penanggungjawab Pada Program ASI eksklusif di Desa (Bidan Desa)

1. 5
2. 5
3. 1
4. 1
5. 1
6. 5

III. Respon Ibu terhadap Dukungan Sumber Daya dan Peran Tokoh Masyarakat Desa

1. 5
2. 5
3. 1
4. 5
5. 5
6. 5
7. 1

IV. Respon Ibu terhadap Pemberdayaan Masyarakat pada Program ASI eksklusif

1. 1
2. 1
3. 5
4. 1
5. 5
6. 1
7. 5
8. 1
9. 5
10. 5

V. Persepsi Ibu terhadap Program ASI eksklusif

1. 1
2. 1
3. 5
4. 5
5. 1

VI. Partisipasi Ibu dalam Program ASI eksklusif

1. 5
2. 1
3. 5
4. 5
5. 5
6. 1
7. 1

VIII. Sikap Ibu terhadap Pemberian ASI eksklusif

1. 5
2. 5
3. 1
4. 1
5. 5
6. 1
7. 5
8. 1
9. 1
10. 1
11. 5
12. 1

Lampiran 7

DATE: 6/ 7/2016

TIME: 9:35

L I S R E L 8.80

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
 Scientific Software International, Inc.
 7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100
 Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2006

Use of this program is subject to the terms specified in the
 Universal Copyright Convention.

Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file F:\ibu dilla 7-6-2016\COBA1.SPJ:

TI

SYSTEM FILE from file 'F:\ibu dilla 7-6-2016\COBA1.dsf'

Sample Size = 185

Latent Variables X2 X3 X4 X5 X6 Y X1

Relationships

X2.1 = 1.58*X2

X2.2 = X2

X2.3 = X2

X3.1 = 1.50*X3

X3.2 = X3

X3.3 = X3

X4.1 = 0.50*X4

X4.2 = X4

X4.3 = X4

X4.4 = X4

X4.5 = X4

X4.6 = X4

X5.1 = 0.60*X5

X5.2 = X5

X5.3 = X5

X5.4 = X5

X6.1 = 1.00*X6

X6.2 = X6

X6.3 = X6

Y1.1 = 0.49*Y

Y1.2 = Y

Y1.3 = Y

Y1.4 = Y

```

Y1.5 = Y
Y1.6 = Y
Y1.7 = Y
X1.1 = X1
X1.2 = X1
X1.3 = X1
X1.4 = X1
X3 = X2
X6 = X3 X4 X5
Y = X3 X4 X5 X6
X2 = X1
X4 = X1
X5 = X1
Set the Variance of X1 to 1.00
Set the Error Covariance of X2.2 and X2.1 Free
Set the Error Covariance of X4.4 and X3.1 Free
Set the Error Covariance of X4.4 and X4.2 Free
Set the Error Covariance of X4.5 and X2.2 Free
Set the Error Covariance of X4.6 and X3.2 Free
Set the Error Covariance of X5.1 and X2.2 Free
Set the Error Covariance of X6.3 and X4.5 Free
Set the Error Covariance of X6.3 and X6.1 Free
Set the Error Covariance of Y1.3 and X5.2 Free
Set the Error Covariance of Y1.6 and X5.2 Free
Set the Error Covariance of X1.2 and X1.1 Free
Path Diagram
Print Residuals
End of Problem

```

Sample Size = 185

TI

Covariance Matrix

	X2.1	X2.2	X2.3	X3.1	X3.2	
X3.3	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
X2.1	4.23					
X2.2	-0.73	3.59				
X2.3	0.73	-0.45	2.58			
X3.1	2.18	0.41	0.92	4.00		
X3.2	1.91	0.00	1.15	2.18	6.42	
X3.3	0.94	-0.41	0.45	0.64	1.16	
2.06						
X4.1	0.48	0.08	0.08	0.42	0.53	
0.37						
X4.2	1.58	0.01	0.24	1.44	1.54	
0.84						
X4.3	1.20	-0.51	0.36	0.85	1.29	
0.65						
X4.4	1.11	-0.41	0.44	0.56	1.18	
0.87						

	X4.5	0.57	-0.51	-0.29	0.32	0.14	
0.08	X4.6	0.45	-0.07	0.11	0.40	0.96	
0.24	X5.1	-0.17	1.00	0.03	0.41	0.35	-
0.16	X5.2	-0.58	0.43	-0.58	-0.36	-0.19	-
0.13	X5.3	-0.34	0.13	-0.33	0.04	0.05	-
0.01	X5.4	-0.32	0.59	-0.14	-0.10	0.13	
0.23	X6.1	1.37	0.12	0.45	1.21	1.46	
0.46	X6.2	2.14	-0.59	1.15	2.73	1.90	
0.60	X6.3	-1.57	0.87	-1.07	-1.91	-0.72	-
0.26	Y1.1	0.09	-0.84	0.40	0.19	0.52	
0.03	Y1.2	-0.58	1.38	-0.42	0.57	-0.55	-
0.01	Y1.3	0.09	-0.11	0.27	-0.47	-0.12	
0.05	Y1.4	-0.18	0.05	-0.33	0.03	0.33	
0.26	Y1.5	-0.52	0.61	-0.29	-0.29	-0.08	-
0.30	Y1.6	-0.86	0.90	-0.41	-0.29	0.60	
0.22	Y1.7	0.12	0.03	0.11	0.16	0.99	
0.06	X1.1	2.14	0.79	0.21	1.85	1.44	
0.08	X1.2	3.18	0.27	1.31	2.94	3.94	
1.82	X1.3	2.08	-0.18	0.66	1.28	1.54	
0.50	X1.4	0.39	-0.14	0.03	0.16	-0.06	
0.13							

Covariance Matrix

	X4.1	X4.2	X4.3	X4.4	X4.5	
X4.6	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
X4.1	1.37					
X4.2	0.82	2.75				
X4.3	0.50	1.58	2.70			
X4.4	0.50	1.27	1.76	3.27		
X4.5	0.26	0.55	0.71	0.82	2.62	
X4.6	0.16	0.31	0.02	0.13	0.19	
1.41						

0.19	X5.1	0.16	0.20	0.06	-0.31	0.09	-
0.02	X5.2	-0.06	0.19	-0.23	-0.29	0.11	-
0.06	X5.3	0.01	0.04	0.02	-0.20	0.07	
0.07	X5.4	0.20	-0.02	-0.19	-0.31	-0.41	
0.16	X6.1	0.30	1.11	1.06	1.20	0.54	
0.43	X6.2	0.33	1.34	1.34	1.86	0.73	
0.17	X6.3	-0.14	-0.66	-0.60	-0.47	0.40	-
0.17	Y1.1	-0.32	0.08	0.36	0.14	-0.05	
0.11	Y1.2	-0.42	-0.48	-0.11	-0.64	0.13	-
0.16	Y1.3	-0.27	-0.09	0.34	0.04	0.03	-
0.00	Y1.4	0.04	0.29	0.39	0.45	0.26	
0.21	Y1.5	0.02	-0.23	-0.27	-0.43	-0.10	-
0.12	Y1.6	0.29	0.14	0.26	-0.06	0.39	
0.24	Y1.7	0.05	-0.06	-0.16	-0.04	-0.06	
0.24	X1.1	0.40	0.93	0.48	0.24	0.38	
0.50	X1.2	1.22	2.47	1.38	2.33	1.58	
0.58	X1.3	0.57	1.12	0.74	0.97	0.32	
0.06	X1.4	-0.04	0.06	0.07	-0.05	0.00	

Covariance Matrix

	X5.1	X5.2	X5.3	X5.4	X6.1	
X6.2	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
X5.1	1.76					
X5.2	0.59	2.74				
X5.3	0.15	0.67	1.29			
X5.4	0.33	0.45	0.04	1.81		
X6.1	0.42	-0.11	-0.09	-0.14	2.43	
X6.2	-0.36	-0.71	-0.10	-0.51	1.96	
7.71						
X6.3	0.31	0.84	0.42	0.27	-0.62	-
2.27						
Y1.1	-0.41	-0.29	-0.08	-0.44	0.12	
0.90						

0.16	Y1.2	1.25	1.64	0.44	0.82	0.14	-
0.29	Y1.3	0.19	-0.41	0.06	-0.02	0.10	-
0.42	Y1.4	0.25	0.53	0.20	-0.08	0.52	-
0.36	Y1.5	0.37	0.32	0.20	0.19	0.11	-
0.64	Y1.6	0.70	0.87	0.64	0.86	0.39	-
0.32	Y1.7	0.15	0.29	0.13	0.27	0.11	-
1.43	X1.1	0.81	-0.22	0.05	-0.34	1.29	-
3.27	X1.2	1.28	0.60	0.38	0.12	2.98	-
0.89	X1.3	0.11	-0.15	-0.01	-0.01	1.17	-
0.14	X1.4	0.04	-0.11	0.02	-0.30	0.14	-

Covariance Matrix

		X6.3	Y1.1	Y1.2	Y1.3	Y1.4	
Y1.5		-----	-----	-----	-----	-----	-----
--							
	X6.3	3.93					
	Y1.1	-0.66	1.99				
	Y1.2	0.80	-0.78	7.36			
	Y1.3	0.24	0.02	0.04	2.39		
	Y1.4	0.22	-0.17	1.14	0.12	2.66	
	Y1.5	0.78	-0.42	1.25	0.30	0.32	
1.84	Y1.6	1.36	-0.85	2.25	0.41	1.48	
1.66	Y1.7	0.26	-0.25	0.68	-0.06	0.34	
0.41	X1.1	-0.54	0.01	0.21	-0.02	-0.26	
0.22	X1.2	-0.81	-0.43	0.70	0.15	0.53	
0.35	X1.3	-1.09	0.06	-0.27	0.12	-0.13	-
0.17	X1.4	-0.37	0.20	0.00	0.30	0.10	-
0.05							

Covariance Matrix

		Y1.6	Y1.7	X1.1	X1.2	X1.3	
X1.4		-----	-----	-----	-----	-----	-----
--							
	Y1.6	5.65					

Y1.7	0.72	2.44			
X1.1	-0.50	0.22	7.12		
X1.2	1.59	0.45	4.83	16.76	
X1.3	0.00	0.27	1.58	3.23	4.70
X1.4	-0.03	-0.19	0.26	0.51	0.63

1.52

TI

Number of Iterations = 43

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

Measurement Equations

$$X2.1 = 1.58 * X2, \text{ Errorvar.} = 1.90, R^2 = 0.55$$

(0.26)
7.20

$$X2.2 = -0.19 * X2, \text{ Errorvar.} = 3.53, R^2 = 0.0095$$

(0.15) (0.37)
-1.30 9.68

$$X2.3 = 0.58 * X2, \text{ Errorvar.} = 2.26, R^2 = 0.12$$

(0.13) (0.24)
4.37 9.35

$$X3.1 = 1.50 * X3, \text{ Errorvar.} = 1.83, R^2 = 0.54$$

(0.26)
7.07

$$X3.2 = 1.39 * X3, \text{ Errorvar.} = 4.43, R^2 = 0.29$$

(0.21) (0.50)
6.77 8.82

$$X3.3 = 0.59 * X3, \text{ Errorvar.} = 1.73, R^2 = 0.16$$

(0.12) (0.19)
4.98 9.25

$$X4.1 = 0.50 * X4, \text{ Errorvar.} = 1.14, R^2 = 0.17$$

(0.12)
9.41

$$X4.2 = 1.47 * X4, \text{ Errorvar.} = 0.72, R^2 = 0.74$$

(0.28) (0.20)
5.35 3.56

$$X4.3 = 1.20 * X4, \text{ Errorvar.} = 1.35, R^2 = 0.50$$

(0.22) (0.17)
5.44 7.80

$$\begin{array}{l}
 X4.4 = 1.40 \cdot X4, \text{ Errorvar.} = 1.37, R_y = 0.57 \\
 \quad (0.27) \qquad \qquad (0.25) \\
 \quad 5.11 \qquad \qquad 5.39 \\
 \\
 X4.5 = 0.43 \cdot X4, \text{ Errorvar.} = 2.46, R_y = 0.067 \\
 \quad (0.14) \qquad \qquad (0.26) \\
 \quad 3.09 \qquad \qquad 9.58 \\
 \\
 X4.6 = 0.16 \cdot X4, \text{ Errorvar.} = 1.37, R_y = 0.018 \\
 \quad (0.095) \qquad \qquad (0.14) \\
 \quad 1.73 \qquad \qquad 9.58 \\
 \\
 X5.1 = 0.60 \cdot X5, \text{ Errorvar.} = 1.53, R_y = 0.098 \\
 \qquad \qquad \qquad (0.17) \\
 \qquad \qquad \qquad 9.20 \\
 \\
 X5.2 = 1.76 \cdot X5, \text{ Errorvar.} = 1.32, R_y = 0.52 \\
 \quad (0.51) \qquad \qquad (0.32) \\
 \quad 3.46 \qquad \qquad 4.17 \\
 \\
 X5.3 = 0.75 \cdot X5, \text{ Errorvar.} = 1.04, R_y = 0.20 \\
 \quad (0.23) \qquad \qquad (0.12) \\
 \quad 3.31 \qquad \qquad 8.58 \\
 \\
 X5.4 = 0.64 \cdot X5, \text{ Errorvar.} = 1.62, R_y = 0.10 \\
 \quad (0.23) \qquad \qquad (0.18) \\
 \quad 2.83 \qquad \qquad 9.16 \\
 \\
 X6.1 = 1.00 \cdot X6, \text{ Errorvar.} = 1.22, R_y = 0.50 \\
 \qquad \qquad \qquad (0.19) \\
 \qquad \qquad \qquad 6.49 \\
 \\
 X6.2 = 1.69 \cdot X6, \text{ Errorvar.} = 4.24, R_y = 0.45 \\
 \quad (0.23) \qquad \qquad (0.54) \\
 \quad 7.38 \qquad \qquad 7.89 \\
 \\
 X6.3 = -1.07 \cdot X6, \text{ Errorvar.} = 2.55, R_y = 0.35 \\
 \quad (0.18) \qquad \qquad (0.33) \\
 \quad -5.99 \qquad \qquad 7.75 \\
 \\
 Y1.1 = 0.49 \cdot Y, \text{ Errorvar.} = 1.80, R_y = 0.096 \\
 \qquad \qquad \qquad (0.19) \\
 \qquad \qquad \qquad 9.34 \\
 \\
 Y1.2 = -1.60 \cdot Y, \text{ Errorvar.} = 5.32, R_y = 0.28 \\
 \quad (0.46) \qquad \qquad (0.62) \\
 \quad -3.50 \qquad \qquad 8.58 \\
 \\
 Y1.3 = -0.20 \cdot Y, \text{ Errorvar.} = 2.35, R_y = 0.014 \\
 \quad (0.15) \qquad \qquad (0.25) \\
 \quad -1.34 \qquad \qquad 9.55 \\
 \\
 Y1.4 = -0.79 \cdot Y, \text{ Errorvar.} = 2.16, R_y = 0.19 \\
 \quad (0.24) \qquad \qquad (0.24)
 \end{array}$$

	-3.28		9.02
Y1.5 =	- 0.87*Y,	Errorvar.=	1.23 , R \hat{Y} = 0.33
	(0.24)		(0.15)
	-3.59		8.21
Y1.6 =	- 2.13*Y,	Errorvar.=	1.97 , R \hat{Y} = 0.65
	(0.57)		(0.48)
	-3.70		4.11
Y1.7 =	- 0.45*Y,	Errorvar.=	2.28 , R \hat{Y} = 0.067
	(0.18)		(0.24)
	-2.52		9.43
X1.1 =	1.11*X1,	Errorvar.=	5.88 , R \hat{Y} = 0.17
	(0.21)		(0.64)
	5.40		9.18
X1.2 =	2.34*X1,	Errorvar.=	11.27, R \hat{Y} = 0.33
	(0.30)		(1.32)
	7.68		8.52
X1.3 =	1.14*X1,	Errorvar.=	3.39 , R \hat{Y} = 0.28
	(0.16)		(0.38)
	7.03		8.82
X1.4 =	0.17*X1,	Errorvar.=	1.49 , R \hat{Y} = 0.019
	(0.097)		(0.16)
	1.76		9.56
Error Covariance for X2.2 and X2.1 =	-0.41		
	(0.20)		
	-2.06		
Error Covariance for X4.4 and X3.1 =	-0.61		
	(0.17)		
	-3.63		
Error Covariance for X4.4 and X4.2 =	-0.66		
	(0.17)		
	-3.84		
Error Covariance for X4.5 and X2.2 =	-0.63		
	(0.20)		
	-3.19		
Error Covariance for X4.6 and X3.2 =	0.64		
	(0.19)		
	3.29		
Error Covariance for X5.1 and X2.2 =	0.85		
	(0.18)		

4.73

Error Covariance for X6.3 and X4.5 = 0.74
 (0.20)
 3.72

Error Covariance for X6.3 and X6.1 = 0.61
 (0.18)
 3.46

Error Covariance for Y1.3 and X5.2 = -0.56
 (0.17)
 -3.26

Error Covariance for Y1.6 and X5.2 = -0.61
 (0.23)
 -2.68

Error Covariance for X1.2 and X1.1 = 2.22
 (0.69)
 3.24

Structural Equations

X2 = 0.98*X1, Errorvar.= -0.040, R_y = 1.04
 (0.10) (0.10)
 9.77 -0.38

W_A_R_N_I_N_G : Error variance is negative.

X3 = 0.96*X2, Errorvar.= 0.087 , R_y = 0.91
 (0.12) (0.087)
 8.34 1.00

X4 = 0.64*X1, Errorvar.= 0.53 , R_y = 0.44
 (0.14) (0.19)
 4.73 2.75

X5 = - 0.11*X1, Errorvar.= 0.45 , R_y = 0.024
 (0.073) (0.23)
 -1.44 1.97

X6 = 0.85*X3 + 0.13*X4 - 0.27*X5, Errorvar.= 0.31 , R_y = 0.75
 (0.15) (0.12) (0.14) (0.13)
 5.53 1.07 -1.87 2.43

Y = 0.068*X3 + 0.032*X4 - 0.92*X5 - 0.12*X6, Errorvar.= 0.44 , R_y
 = 0.46
 (0.26) (0.11) (0.36) (0.24) (0.25)
 0.26 0.29 -2.53 -0.49 1.76

Reduced Form Equations

X2 = 0.98*X1, Errorvar.= -0.040, R_y = 1.04
 (0.10)
 9.77

X3 = 0.95*X1, Errorvar.= 0.050, R_y = 0.95
 (0.10)
 9.19

X4 = 0.64*X1, Errorvar.= 0.53, R_y = 0.44
 (0.14)
 4.73

X5 = - 0.11*X1, Errorvar.= 0.45, R_y = 0.024
 (0.073)
 -1.44

X6 = 0.91*X1, Errorvar.= 0.39, R_y = 0.68
 (0.12)
 7.78

Y = 0.076*X1, Errorvar.= 0.80, R_y = 0.0072
 (0.085)
 0.89

Correlation Matrix of Independent Variables

X1
1.00

Covariance Matrix of Latent Variables

	X2	X3	X4	X5	X6
Y					
X2	0.93				
X3	0.90	0.95			
X4	0.63	0.61	0.94		
X5	-0.10	-0.10	-0.07	0.46	
X6	0.87	0.91	0.65	-0.22	1.22
Y	0.08	0.07	0.06	-0.41	0.14
X1	0.98	0.95	0.64	-0.11	0.91

Covariance Matrix of Latent Variables

X1
1.00

W_A_R_N_I_N_G: Matrix above is not positive definite

Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 383
 Minimum Fit Function Chi-Square = 712.36 (P = 0.0)
 Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 704.89 (P = 0.0)

Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 321.89
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (251.23 ; 400.37)

Minimum Fit Function Value = 3.87
 Population Discrepancy Function Value (F0) = 1.75
 90 Percent Confidence Interval for F0 = (1.37 ; 2.18)
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.068
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.060 ; 0.075)
 P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.00019

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 4.72
 90 Percent Confidence Interval for ECVI = (4.34 ; 5.15)
 ECVI for Saturated Model = 5.05
 ECVI for Independence Model = 16.20

Chi-Square for Independence Model with 435 Degrees of Freedom = 2921.09

Independence AIC = 2981.09
 Model AIC = 868.89
 Saturated AIC = 930.00
 Independence CAIC = 3107.70
 Model CAIC = 1214.96
 Saturated CAIC = 2892.47

Normed Fit Index (NFI) = 0.76
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.85
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.67
 Comparative Fit Index (CFI) = 0.87
 Incremental Fit Index (IFI) = 0.87
 Relative Fit Index (RFI) = 0.72

Critical N (CN) = 117.31

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.33
 Standardized RMR = 0.088
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.80
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.75
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.66

430

444

Lampiran 8

DATE: 03/22/2016

TIME: 21:47

P R E L I S 2.80

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.

7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100

Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2006

Use of this program is subject to the terms specified in the

Universal Copyright Convention.

Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file F:\New folder (7)\hasil analisis lengkap\data kiriman kedua\SEM\ok.PR2:

```
!PRELIS SYNTAX: Can be edited
SY='F:\New folder (7)\hasil analisis lengkap\data kiriman
kedua\SEM\ok.PSF'
OU MA=CM SM= AC= PA XT
```

Total Sample Size = 185

Univariate Summary Statistics for Continuous Variables

Variable	Mean	St. Dev.	T-Value	Skewness	Kurtosis	Minimum	Freq.
X1.1	10.524	2.668	53.645	-0.579	0.037	3.000	3
15.000	7						
X1.2	24.822	4.093	82.476	-0.295	0.654	10.000	1
35.000	1						
X1.3	7.022	2.167	44.076	-0.521	-0.449	2.000	7
10.000	28						
X1.4	6.119	1.232	67.541	0.881	2.288	3.000	1
10.000	5						
X2.1	6.622	2.056	43.813	-0.683	-0.552	2.000	9
10.000	8						
X2.2	6.054	1.896	43.430	-0.151	-0.346	2.000	10
10.000	7						
X2.3	5.514	1.605	46.713	-0.065	0.261	2.000	9
10.000	2						

X3.1	7.238	1.999	49.238	-0.844	-0.154	2.000	3
10.000	19						
X3.2	10.335	2.534	55.481	-0.549	0.409	3.000	4
15.000	6						
X3.3	6.330	1.435	59.996	0.129	1.747	2.000	3
10.000	7						
X4.1	3.211	1.172	37.260	-0.193	-1.155	1.000	10
6.000	1						
X4.2	6.605	1.659	54.167	-0.097	-0.172	2.000	2
10.000	7						
X4.3	6.595	1.643	54.599	-0.013	-0.226	2.000	1
10.000	7						
X4.4	6.157	1.809	46.279	0.542	1.454	2.000	4
14.000	1						
X4.5	6.459	1.618	54.287	-0.043	0.456	2.000	4
10.000	8						
X4.6	3.751	1.185	43.043	-1.129	0.365	1.000	16
5.000	46						
X5.1	3.665	1.325	37.610	-0.736	-0.769	1.000	16
5.000	60						
X5.2	7.319	1.655	60.138	0.228	-0.943	3.000	1
10.000	26						
X5.3	4.492	1.138	53.693	-0.315	7.831	1.000	8
10.000	2						
X5.4	2.751	1.344	27.836	0.124	-1.402	1.000	41
5.000	16						
X6.1	6.238	1.560	54.402	-0.211	0.470	2.000	5
10.000	3						
X6.2	9.422	2.777	46.144	-0.258	-0.727	3.000	5
15.000	3						
X6.3	6.389	1.984	43.810	-0.193	-0.394	1.000	1
10.000	13						
Y1.1	3.076	1.412	29.624	0.696	1.586	1.000	21
9.000	2						
Y1.2	10.378	2.712	52.047	-0.159	-0.897	4.000	3
15.000	9						
Y1.3	2.757	1.546	24.246	0.717	-0.038	1.000	44
8.000	2						
Y1.4	6.795	1.632	56.621	-0.021	0.359	1.000	1
10.000	13						
Y1.5	3.524	1.356	35.361	-0.356	-0.516	1.000	17
8.000	1						
Y1.6	7.130	2.376	40.812	-0.355	-1.142	2.000	4
10.000	44						
Y1.7	6.616	1.563	57.560	0.071	0.205	2.000	2
10.000	7						

Test of Univariate Normality for Continuous Variables

Variable	Skewness		Kurtosis		Skewness and Kurtosis	
	Z-Score	P-Value	Z-Score	P-Value	Chi-Square	P-Value
X1.1	-3.103	0.002	0.258	0.796	9.697	0.008

X1.2	-1.653	0.098	1.645	0.100	5.440	0.066
X1.3	-2.821	0.005	-1.498	0.134	10.201	0.006
X1.4	4.427	0.000	3.644	0.000	32.875	0.000
X2.1	-3.583	0.000	-2.012	0.044	16.887	0.000
X2.2	-0.858	0.391	-1.044	0.297	1.825	0.401
X2.3	-0.368	0.713	0.835	0.403	0.834	0.659
X3.1	-4.275	0.000	-0.330	0.741	18.388	0.000
X3.2	-2.958	0.003	1.166	0.244	10.108	0.006
X3.3	0.736	0.462	3.134	0.002	10.367	0.006
X4.1	-1.094	0.274	-8.078	0.000	66.454	0.000
X4.2	-0.552	0.581	-0.390	0.697	0.457	0.796
X4.3	-0.076	0.940	-0.580	0.562	0.342	0.843
X4.4	2.927	0.003	2.810	0.005	16.464	0.000
X4.5	-0.246	0.806	1.265	0.206	1.661	0.436
X4.6	-5.356	0.000	1.073	0.283	29.843	0.000
X5.1	-3.821	0.000	-3.388	0.001	26.082	0.000
X5.2	1.291	0.197	-4.963	0.000	26.301	0.000
X5.3	-1.765	0.078	6.153	0.000	40.974	0.000
X5.4	0.707	0.480	-18.849	0.000	355.792	0.000
X6.1	-1.195	0.232	1.293	0.196	3.101	0.212
X6.2	-1.452	0.147	-3.083	0.002	11.614	0.003
X6.3	-1.094	0.274	-1.250	0.211	2.760	0.252
Y1.1	3.641	0.000	2.961	0.003	22.028	0.000
Y1.2	-0.902	0.367	-4.492	0.000	20.991	0.000
Y1.3	3.737	0.000	0.041	0.967	13.964	0.001
Y1.4	-0.118	0.906	1.059	0.290	1.135	0.567
Y1.5	-1.982	0.047	-1.822	0.068	7.250	0.027
Y1.6	-1.975	0.048	-7.827	0.000	65.158	0.000
Y1.7	0.404	0.686	0.702	0.483	0.656	0.720

Relative Multivariate Kurtosis = 1.157

Test of Multivariate Normality for Continuous Variables

Kurtosis P-Value	Skewness			Kurtosis			Skewness and Chi-Square
	Value	Z-Score	P-Value	Value	Z-Score	P-Value	
0.000	260.340	26.012	0.000	1110.765	12.908	0.000	843.254

Histograms for Continuous Variables

X1.1

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	Class Limit
5	2.7	3.000	3.600
3	1.6	4.200	4.800
8	4.3	5.400	6.000
9	4.9	6.600	7.200
26	14.1	7.800	8.400

39	21.1	9.000	
18	9.7	10.200	
35	18.9	11.400	
16	8.6	12.600	
26	14.1	13.800	

X1.2

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
1	0.5	10.000	
1	0.5	12.500	
5	2.7	15.000	
11	5.9	17.500	
30	16.2	20.000	
43	23.2	22.500	
47	25.4	25.000	
26	14.1	27.500	
16	8.6	30.000	
5	2.7	32.500	

X1.3

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
7	3.8	2.000	
7	3.8	2.800	
14	7.6	3.600	
14	7.6	4.400	
0	0.0	5.200	
29	15.7	6.000	
20	10.8	6.800	
50	27.0	7.600	
16	8.6	8.400	
28	15.1	9.200	

X1.4

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
1	0.5	3.000	
18	9.7	3.700	
12	6.5	4.400	
0	0.0	5.100	
117	63.2	5.800	
18	9.7	6.500	
0	0.0	7.200	
7	3.8	7.900	
7	3.8	8.600	
5	2.7	9.300	

X2.1

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
9	4.9	2.000	
5	2.7	2.800	
29	15.7	3.600	

62	33.5	3.400	
22	11.9	4.200	
0	0.0	5.000	
0	0.0	5.800	
0	0.0	6.600	
0	0.0	7.400	
2	1.1	8.200	

Y1.2

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
5	2.7	4.000	
7	3.8	5.100	
15	8.1	6.200	
39	21.1	7.300	
2	1.1	8.400	
23	12.4	9.500	
17	9.2	10.600	
34	18.4	11.700	
15	8.1	12.800	
28	15.1	13.900	

Y1.3

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
44	23.8	1.000	
62	33.5	1.700	
13	7.0	2.400	
0	0.0	3.100	
35	18.9	3.800	
28	15.1	4.500	
0	0.0	5.200	
0	0.0	5.900	
1	0.5	6.600	
2	1.1	7.300	

Y1.4

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
1	0.5	1.000	
0	0.0	1.900	
4	2.2	2.800	
6	3.2	3.700	
15	8.1	4.600	
72	38.9	5.500	
24	13.0	6.400	
35	18.9	7.300	
15	8.1	8.200	
13	7.0	9.100	

Y1.5

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
17	9.2	1.000	

38	20.5	1.700	██
12	6.5	2.400	████████
0	0.0	3.100	
70	37.8	3.800	██
██			
47	25.4	4.500	██
0	0.0	5.200	
0	0.0	5.900	
0	0.0	6.600	
1	0.5	7.300	

Y1.6

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
4	2.2	2.000	███
4	2.2	2.800	███
37	20.0	3.600	██
5	2.7	4.400	█████
24	13.0	5.200	████████████████████████████████████
0	0.0	6.000	
10	5.4	6.800	██████████
41	22.2	7.600	████████████████████████████████████
██			
16	8.6	8.400	██████████████████
44	23.8	9.200	████████████████████████████████████
██			

Y1.7

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
2	1.1	2.000	
3	1.6	2.800	█
6	3.2	3.600	██
20	10.8	4.400	██████████
79	42.7	5.200	████████████████████████████████████
██			
0	0.0	6.000	
19	10.3	6.800	██████████
31	16.8	7.600	██████████████████
18	9.7	8.400	██████████
7	3.8	9.200	███

Covariance Matrix

	X1.1	X1.2	X1.3	X1.4	X2.1	
X2.2	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
X1.1	7.120					
X1.2	4.828	16.756				
X1.3	1.581	3.232	4.695			
X1.4	0.258	0.505	0.633	1.518		
X2.1	2.140	3.182	2.084	0.388	4.226	

3.595	X2.2	0.787	0.271	-0.175	-0.142	-0.729	
0.446	X2.3	0.213	1.309	0.663	0.031	0.733	-
0.406	X3.1	1.853	2.939	1.277	0.162	2.177	
0.004	X3.2	1.437	3.941	1.536	-0.056	1.910	
0.409	X3.3	0.082	1.820	0.504	0.129	0.941	-
0.075	X4.1	0.400	1.223	0.566	-0.042	0.477	
0.011	X4.2	0.925	2.467	1.123	0.058	1.578	
0.505	X4.3	0.480	1.378	0.743	0.070	1.204	-
0.411	X4.4	0.243	2.332	0.975	-0.051	1.109	-
0.514	X4.5	0.383	1.582	0.316	-0.001	0.566	-
0.068	X4.6	0.240	0.499	0.581	0.062	0.449	-
1.002	X5.1	0.813	1.277	0.111	0.040	-0.171	
0.434	X5.2	-0.217	0.601	-0.148	-0.114	-0.580	
0.131	X5.3	0.050	0.382	-0.005	0.017	-0.340	
0.590	X5.4	-0.342	0.118	-0.011	-0.302	-0.323	
0.123	X6.1	1.293	2.983	1.169	0.140	1.373	
0.588	X6.2	1.430	3.271	0.893	0.140	2.139	-
0.870	X6.3	-0.537	-0.805	-1.090	-0.367	-1.575	
0.841	Y1.1	0.009	-0.432	0.064	0.197	0.089	-
1.376	Y1.2	0.214	0.704	-0.275	0.004	-0.579	
0.112	Y1.3	-0.024	0.152	0.125	0.295	0.092	-
0.055	Y1.4	-0.261	0.528	-0.126	0.095	-0.176	
0.613	Y1.5	0.218	0.355	-0.174	-0.046	-0.523	
0.895	Y1.6	-0.498	1.594	0.003	-0.032	-0.864	
0.032	Y1.7	0.219	0.447	0.275	-0.188	0.120	

Covariance Matrix

	X2.3	X3.1	X3.2	X3.3	X4.1	
X4.2	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
X2.3	2.577					
X3.1	0.915	3.997				
X3.2	1.153	2.175	6.420			
X3.3	0.455	0.639	1.161	2.059		
X4.1	0.076	0.422	0.532	0.370	1.374	
X4.2	0.236	1.442	1.535	0.837	0.823	
2.751						
X4.3	0.356	0.852	1.289	0.651	0.504	
1.584						
X4.4	0.435	0.560	1.175	0.867	0.505	
1.269						
X4.5	-0.292	0.325	0.139	0.076	0.256	
0.546						
X4.6	0.112	0.396	0.964	0.240	0.156	
0.314						
X5.1	0.032	0.412	0.352	-0.161	0.158	
0.204						
X5.2	-0.578	-0.364	-0.189	-0.127	-0.057	
0.186						
X5.3	-0.330	0.040	0.052	-0.005	0.010	
0.043						
X5.4	-0.138	-0.104	0.133	0.235	0.199	-
0.017						
X6.1	0.453	1.215	1.458	0.465	0.303	
1.105						
X6.2	1.146	2.731	1.896	0.599	0.329	
1.341						
X6.3	-1.071	-1.914	-0.724	-0.259	-0.137	-
0.661						
Y1.1	0.396	0.194	0.523	0.029	-0.320	
0.079						
Y1.2	-0.418	0.573	-0.551	-0.006	-0.417	-
0.480						
Y1.3	0.267	-0.469	-0.125	0.053	-0.275	-
0.086						
Y1.4	-0.329	0.033	0.330	0.258	0.044	
0.294						
Y1.5	-0.292	-0.294	-0.084	-0.299	0.025	-
0.227						
Y1.6	-0.415	-0.286	0.603	0.223	0.293	
0.138						
Y1.7	0.106	0.157	0.988	0.057	0.049	-
0.060						

Covariance Matrix

	X4.3	X4.4	X4.5	X4.6	X5.1	
X5.2	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						

	X4.3	2.699					
	X4.4	1.765	3.274				
	X4.5	0.714	0.819	2.619			
	X4.6	0.018	0.126	0.186	1.405		
	X5.1	0.059	-0.311	0.090	-0.192	1.757	
	X5.2	-0.229	-0.295	0.108	-0.018	0.591	
2.740							
	X5.3	0.021	-0.197	0.066	0.058	0.155	
0.668							
	X5.4	-0.194	-0.314	-0.407	0.068	0.329	
0.449							
	X6.1	1.064	1.202	0.542	0.157	0.423	-
0.109							
	X6.2	1.340	1.857	0.729	0.426	-0.363	-
0.711							
	X6.3	-0.597	-0.474	0.402	-0.174	0.305	
0.837							
	Y1.1	0.362	0.140	-0.051	0.171	-0.409	-
0.291							
	Y1.2	-0.112	-0.636	0.130	-0.106	1.252	
1.640							
	Y1.3	0.341	0.038	0.031	-0.159	0.190	-
0.406							
	Y1.4	0.395	0.451	0.258	0.003	0.251	
0.528							
	Y1.5	-0.270	-0.430	-0.095	-0.206	0.372	
0.321							
	Y1.6	0.265	-0.058	0.391	0.119	0.696	
0.871							
	Y1.7	-0.162	-0.037	-0.062	0.241	0.148	
0.286							

Covariance Matrix

	X5.3	X5.4	X6.1	X6.2	X6.3		
Y1.1							
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
	X5.3	1.295					
	X5.4	0.041	1.807				
	X6.1	-0.090	-0.142	2.432			
	X6.2	-0.100	-0.514	1.964	7.713		
	X6.3	0.416	0.266	-0.620	-2.274	3.935	
	Y1.1	-0.081	-0.443	0.118	0.897	-0.660	
1.994							
	Y1.2	0.438	0.823	0.138	-0.160	0.798	-
0.779							
	Y1.3	0.061	-0.023	0.102	-0.288	0.236	
0.019							
	Y1.4	0.205	-0.079	0.517	0.419	0.222	-
0.175							
	Y1.5	0.203	0.191	0.108	-0.358	0.779	-
0.420							

Y1.6	0.642	0.859	0.387	-0.637	1.362	-
0.852						
Y1.7	0.130	0.268	0.114	-0.316	0.264	-
0.248						

Covariance Matrix

	Y1.2	Y1.3	Y1.4	Y1.5	Y1.6	
Y1.7	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
Y1.2	7.356					
Y1.3	0.044	2.392				
Y1.4	1.143	0.124	2.664			
Y1.5	1.252	0.297	0.320	1.838		
Y1.6	2.255	0.407	1.483	1.660	5.646	
Y1.7	0.684	-0.056	0.345	0.409	0.719	
2.444						

Means

	X1.1	X1.2	X1.3	X1.4	X2.1	
X2.2	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
	10.524	24.822	7.022	6.119	6.622	
6.054						

Means

	X2.3	X3.1	X3.2	X3.3	X4.1	
X4.2	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
	5.514	7.238	10.335	6.330	3.211	
6.605						

Means

	X4.3	X4.4	X4.5	X4.6	X5.1	
X5.2	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
	6.595	6.157	6.459	3.751	3.665	
7.319						

Means

	X5.3	X5.4	X6.1	X6.2	X6.3	
Y1.1	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
	4.492	2.751	6.238	9.422	6.389	
3.076						

Means						
	Y1.2	Y1.3	Y1.4	Y1.5	Y1.6	
Y1.7	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
6.616	10.378	2.757	6.795	3.524	7.130	
Standard Deviations						
	X1.1	X1.2	X1.3	X1.4	X2.1	
X2.2	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
1.896	2.668	4.093	2.167	1.232	2.056	
Standard Deviations						
	X2.3	X3.1	X3.2	X3.3	X4.1	
X4.2	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
1.659	1.605	1.999	2.534	1.435	1.172	
Standard Deviations						
	X4.3	X4.4	X4.5	X4.6	X5.1	
X5.2	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
1.655	1.643	1.809	1.618	1.185	1.325	
Standard Deviations						
	X5.3	X5.4	X6.1	X6.2	X6.3	
Y1.1	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
1.412	1.138	1.344	1.560	2.777	1.984	
Standard Deviations						
	Y1.2	Y1.3	Y1.4	Y1.5	Y1.6	
Y1.7	-----	-----	-----	-----	-----	-----
--						
1.563	2.712	1.546	1.632	1.356	2.376	

Asymptotic Covariance Matrix of Variances and Covariances

	S(30,28)	S(30,29)	S(30,30)
	-----	-----	-----
S(30,28)	0.02673		
S(30,29)	0.02008	0.06970	
S(30,30)	0.00213	-0.00298	0.06924

The Problem used 945936 Bytes (= 0.1% of available workspace)

DATE: 06/08/2016
TIME: 14:16

P R E L I S 2.80

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.
Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2006
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.
Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file F:\ibudilla 8-6-2016\coba2.PR2:

!PRELIS SYNTAX: Can be edited
SY='F:\ibu dilla 8-6-2016\coba2.PSF'
OU MA=KM XT

Total Sample Size = 185

Univariate Summary Statistics for Continuous Variables

Variable	Mean	St. Dev.	T-Value	Skewness	Kurtosis	Minimum	Maximum Freq.
X1	48.486	7.222	91.310	-0.348	0.906	24.000	1
X2	18.189	3.084	80.213	-0.372	0.761	6.000	1
X3	23.903	4.519	71.936	-0.524	0.268	11.000	2
X4	32.778	5.770	77.268	0.354	0.506	20.000	4
X5	18.227	3.474	71.366	0.055	-0.571	9.000	1
X6	22.049	3.496	85.788	-0.122	0.697	11.000	2
Y1	40.276	6.449	84.942	-0.115	-0.413	24.000	1

Test of Univariate Normality for Continuous Variables

Variable	Skewness		Kurtosis		Skewness and Kurtosis	
	Z-Score	P-Value	Z-Score	P-Value	Chi-Square	P-Value

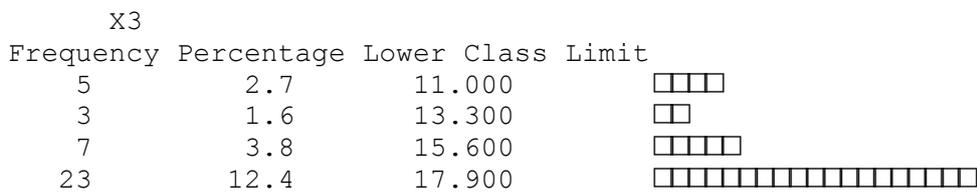
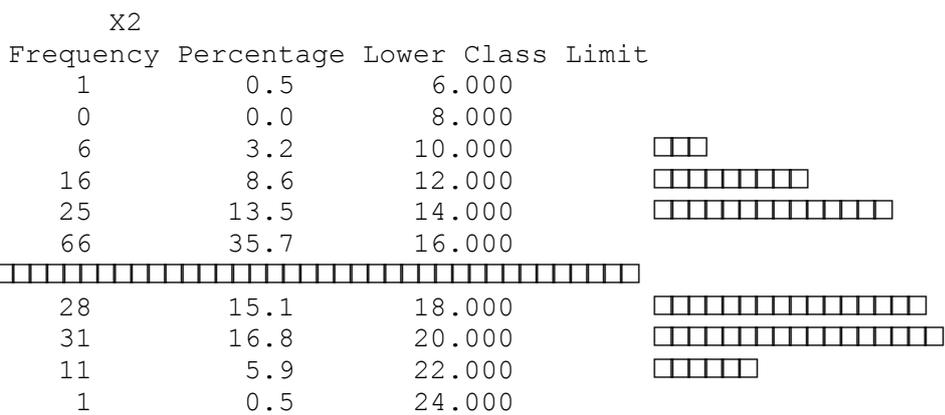
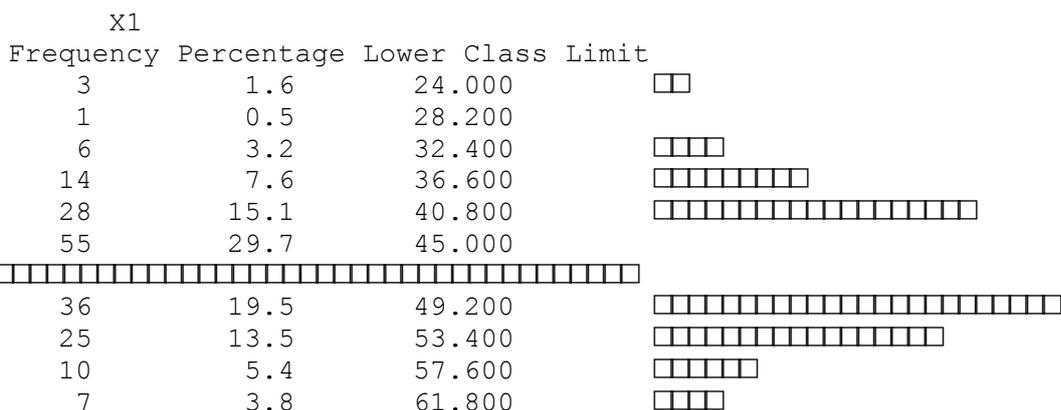
X1	-1.938	0.053	2.066	0.039	8.025	0.018
X2	-2.064	0.039	1.831	0.067	7.614	0.022
X3	-2.837	0.005	0.853	0.394	8.776	0.012
X4	1.970	0.049	1.366	0.172	5.747	0.057
X5	0.312	0.755	-2.118	0.034	4.585	0.101
X6	-0.695	0.487	1.721	0.085	3.445	0.179
Y1	-0.654	0.513	-1.335	0.182	2.209	0.331

Relative Multivariate Kurtosis = 1.139

Test of Multivariate Normality for Continuous Variables

Kurtosis P-Value	Skewness			Kurtosis			Skewness and Kurtosis Chi-Square P-Value
	Value	Z-Score	P-Value	Value	Z-Score	P-Value	
0.000	5.666	5.426	0.000	71.765	4.320	0.000	48.097

Histograms for Continuous Variables



39	21.1	36.800	
33	17.8	40.000	
36	19.5	43.200	
12	6.5	46.400	
11	5.9	49.600	
4	2.2	52.800	

Correlation Matrix

	X1	X2	X3	X4	X5
X6					
X1	1.000				
X2	0.483	1.000			
X3	0.479	0.542	1.000		
X4	0.397	0.275	0.486	1.000	
X5	0.090	-0.025	0.017	-0.048	1.000
X6	0.337	0.266	0.346	0.434	0.018
Y1	0.074	-0.026	0.065	0.000	0.386

Correlation Matrix

	Y1
Y1	1.000

Means

	X1	X2	X3	X4	X5
X6					
X1	48.486				
X2	18.189	18.189			
X3	23.903	23.903	23.903		
X4	32.778	32.778	32.778	32.778	
X5	18.227	18.227	18.227	18.227	18.227

Means

	Y1
Y1	40.276

Standard Deviations

	X1	X2	X3	X4	X5
X6					
X1	7.222				
X2	3.084	3.084			
X3	4.519	4.519	4.519		
X4	5.770	5.770	5.770	5.770	
X5	3.474	3.474	3.474	3.474	3.474

Standard Deviations

Y1

6.449

The Problem used 8992 Bytes (= 0.0% of available
workspace)
413

409

427

Uji klasik/ Uji kolineritas

```

REGRESSION
  /MISSING LISTWISE
  /STATISTICS COLLIN TOL
  /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
  /NOORIGIN
  /DEPENDENT Y1
  /METHOD=ENTER X1 X2 X3 X4 X5 X6.

```

Regression

Notes	
Output Created	06-APR-2016 16:14:03
Comments	
Input	Active Dataset DataSet1 Filter <none> Weight <none> Split File <none> N of Rows in Working Data File 185
Missing Value Handling	Definition of Missing User-defined missing values are treated as missing. Cases Used Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.
Syntax	REGRESSION /MISSING LISTWISE /STATISTICS COLLIN TOL /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT Y1 /METHOD=ENTER X1 X2 X3 X4 X5 X6.
Resources	Processor Time 00:00:00.03 Elapsed Time 00:00:00.02 Memory Required 3076 bytes Additional Memory Required for Residual Plots 0 bytes

[DataSet1]

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X6, X5, X2, X4, X1, X3 ^b		Enter

a. Dependent Variable: Y1

b. All requested variables entered.

Coefficients^a

Model	Collinearity Statistics		
	Tolerance	VIF	
1	X1	.646	1.549
	X2	.634	1.577
	X3	.558	1.791
	X4	.657	1.521
	X5	.977	1.024
	X6	.767	1.304

a. Dependent Variable: Y1

Collinearity Diagnostics^a

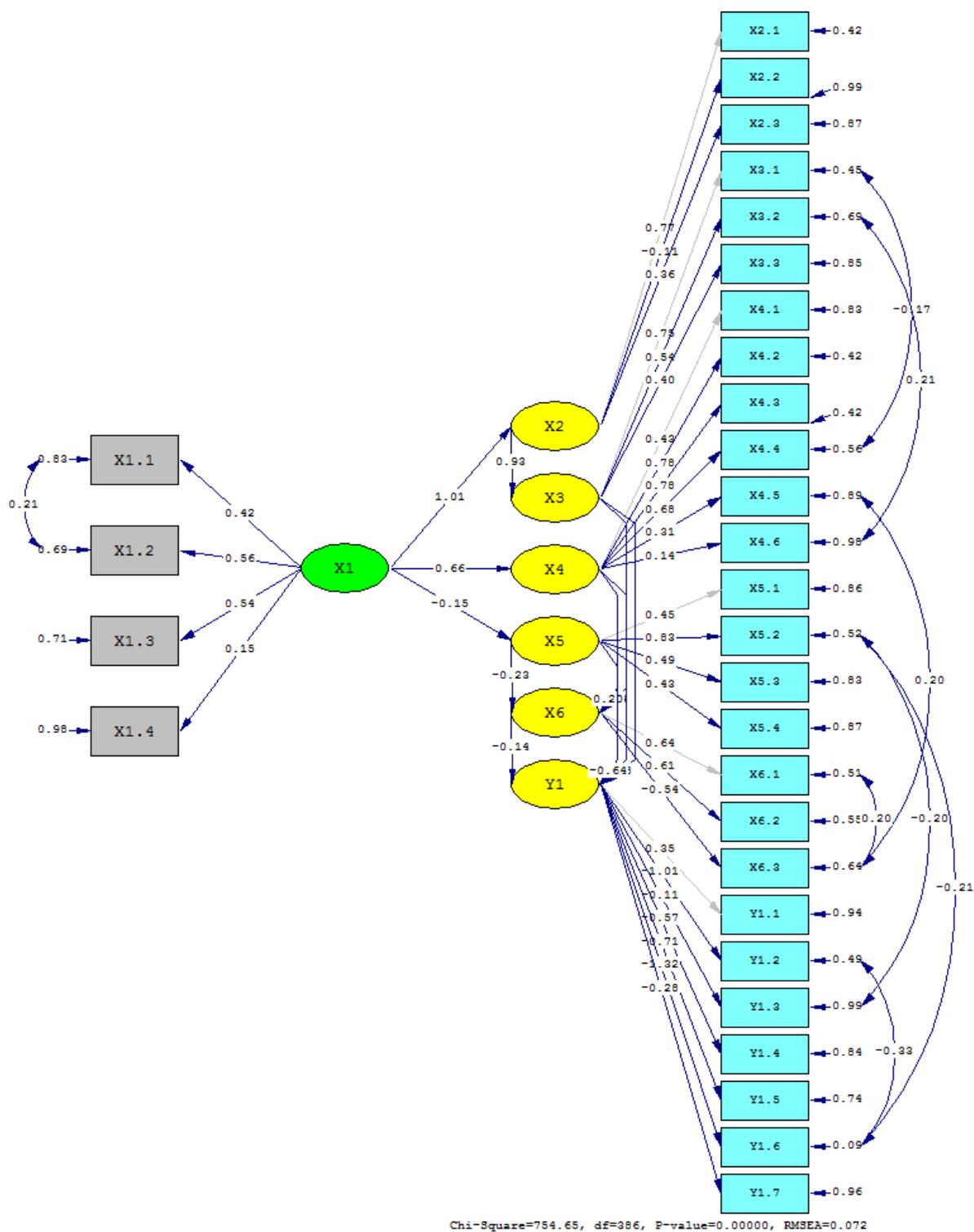
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	X1	X2	X3
1	1	6.884	1.000	.00	.00	.00	.00
	2	.043	12.680	.01	.00	.02	.05
	3	.024	17.083	.00	.01	.25	.08
1	4	.017	20.012	.02	.02	.12	.34
	5	.013	22.599	.01	.25	.01	.38
	6	.011	24.924	.02	.69	.42	.07
	7	.008	29.493	.93	.03	.17	.07

Collinearity Diagnostics^a

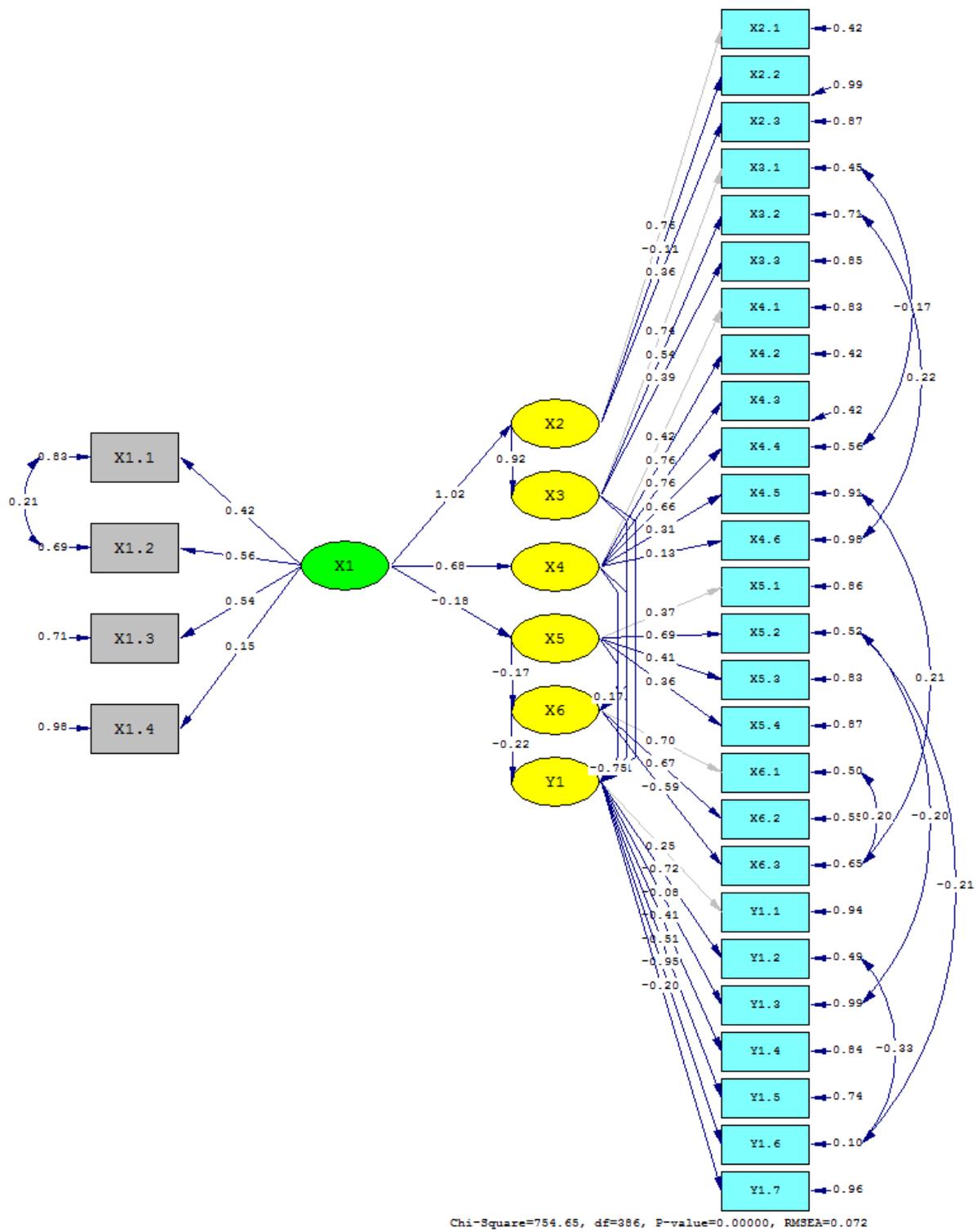
Model	Dimension	Variance Proportions		
		X4	X5	X6
	1	.00	.00	.00
	2	.03	.58	.00
	3	.24	.01	.19
	4	.22	.11	.29
	5	.24	.02	.40
	6	.19	.01	.02
	7	.08	.28	.10

a. Dependent Variable: Y1

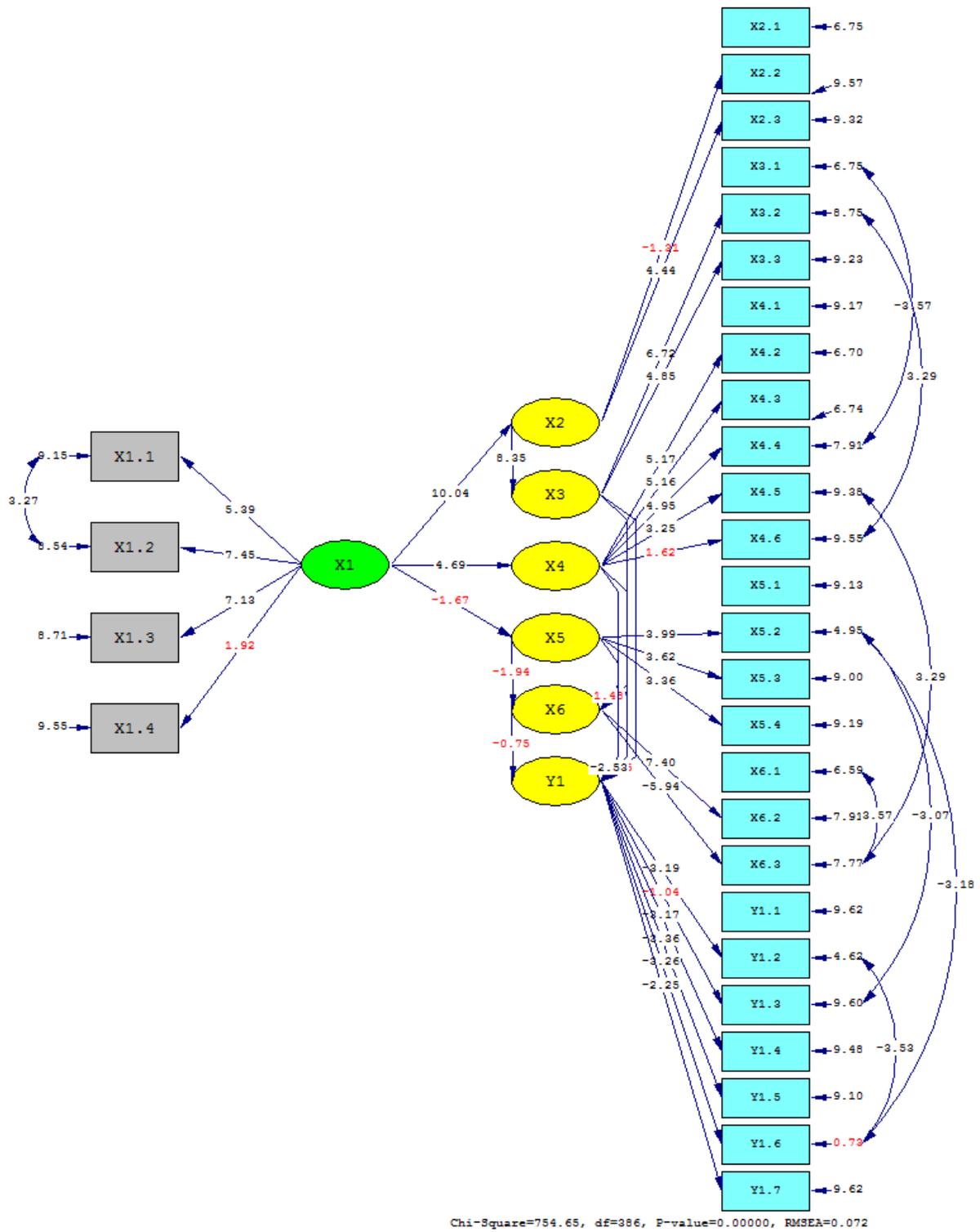
ESTIMATE



STANDARD SOLUTION



T VALUE



Lampiran 9

RANCANGAN IMPLEMENTASI MODEL PEMBERDAYAAN IBU MENYUSUI PADA PROGRAM ASI EKSKLUSIF

Dasar Pemikiran	Konseptual	Capaian Kegiatan	Kegiatan	Penanggung jawab	Hasil yang diharapkan	Outcome
1. UU dasar Negara RI tahun 1945 pasal 5 ayat 2 2. UU No 36 tahun 2009 tentang kesehatan, penerapan peraturan pemerintah tentang pemberian ASI eksklusif pasal 129 3. PP 33/tahun 2012 tentang pemberian	1. Kebijakan pemerintah pada program ASI eksklusif	1. Pemantauan 10LMKM 2. Instruksi Bupati berupa surat edaran	1. Memberikan pengetahuan dan pemahaman pada perempuan/buruh/pekerja perempuan tentang pentingnya ASI eksklusif bagi asupan gizi bayi untuk menunjang tumbuh kembang bayi serta bermanfaat untuk kesehatan ibu. 2. Memantau pelaksanaan 10 LMKM dengan kebijakan tertulis tentang pemberian ASI eksklusif dan di sosialisasikan kepada semua staf pelayanan kesehatan 3. Melatih staf tentang	Pemerintah daerah/ bupati dinas kesehatan	Pemberian ASI eksklusif kepada bayi optimal	Kesejahteraan masyarakat melalui kesehatan bayi didukung pada pemberian gizi dengan memberikan ASI eksklusif, sebagai kesiapan sumber daya yang handal untuk masa depan bangsa melalui terbentuknya insan yang sehat, kuat dan berkualitas.

<p>ASI eksklusif</p> <p>4. Target ASI eksklusif 80%, saat ini baru mencapai 38%</p>			<p>kebijakan program ASI eksklusif</p>			
	<p>2. Advokasi penanggung jawab program ASI eksklusif ke desa</p>	<p>1. Dukungan tertulis berupa surat keputusan tentang pemberian ASI eksklusif meliputi sanksi (teguran lisan, tertulis dan pencabutan izin)</p> <p>2. Menginformasikan kepada ibu menyusui untuk memberikan ASI eksklusif .</p> <p>3. Mensosialisasikan terkait dengan IMD dan rawat gabung</p>	<p>Mendukung peraturan kepada bidan yang melaksanakan tugas pemerintah di bidang pengawasan obat dan makanan, peraturan perusahaan</p>	<p>Bidan sebagai penanggung jawab ASI eksklusif ke desa</p>	<p>Tercapainya target ASI eksklusif</p>	

	Dukungan sumber daya dan peran tokoh masyarakat	Adanya sarana untuk meningkatkan peran dukungan pengurus/pengelola tempat kerja dan penyelenggaraan sarana umum untuk keberhasilan program ASI eksklusif	Meningkatkan dukungan di sarana umum, tempat kerja, perusahaan, perkantoran dalam penyediaan ruang menyusui/ perah ASI	Pemerintah bersama penanggung jawab program ASI eksklusif setempat di kabupaten/dinas kesehatan mengikutkan peran swasta	Meningkatkan dukungan peran tokoh masyarakat untuk tercapainya program ASI eksklusif	
	Pemberdayaan ibu menyusui pada program ASI eksklusif	Pengawasan terhadap produsen atau distributor susu formula	Meningkatkan pemahaman SDM di bidang kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan terkait program ASI eksklusif	Pemerintah bersama instansi (rumah sakit, pelayanan kesehatan, bidan PJ program ASI eksklusif)	Meningkatkan pemberdayaan ibu menyusui melalui partisipasi pada program ASI eksklusif	
	Partisipasi ibu pada program ASI eksklusif	Penyediaan sarana untuk mendorong pembentukan kelompok pendukung ibu	Meningkatkan partisipasi melalui KP-ibu	Masyarakat, ibu menyusui, keluarga dan pemerintah	Adanya partisipasi ibu dan masyarakat melalui bina suasana kemitraan untuk program ASI eksklusif	

	Sikap ibu dalam pemberian ASI eksklusif	Ibu menyusui enam bulan dengan memberikan ASI saja tanpa makanan tambahan dilanjutkan menyusui dua tahun dan menambah makanan pendamping ASI setelah bayi usia enam bulan melalui informasi, edukasi dengan menggunakan pedoman yang benar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan pemahaman melalui sosialisasi menggunakan pedoman yang benar melalui sepuluh LMKM 2. Meningkatkan kesadaran, pemahaman ibu dalam memberikan ASI eksklusif dan ASI adalah hak bayi 3. Berkomitmen memberikan ASI eksklusif kecuali ada indikasi medis 	Masyarakat, keluarga dan ibu menyusui	Ibu memberikan ASI eksklusif enam bulan sebagai jaminan hak bayi mendapatkan ASI eksklusif sejak lahir sampai enam bulan pertama kehidupan untuk meningkatkan tumbuh kembang bayi	
--	---	--	--	---------------------------------------	---	--

http://www.kep-say.go.id	Komite Etik Penelitian SAY Judul: 3.2 Penggunaan Formulir Penilaian Protokol	Berlaku mulai: 1 September 2015 Hal 29 dari 34
---	--	--

Lampiran 6
 FL/06-008/00.0
 Hal 1 dari 6

**Surat Persetujuan Etik (Ethical Approval)
 Untuk Penelitian Kesehatan yang Menggunakan Manusia sebagai Subyek
 Penelitian**

**PERSETUJUAN ETIK (ETHICAL APPROVAL)
 Nomor : 02/KEP-SAY/II/2016**

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komite Etik Penelitian Stikes 'Aisyiah Yogyakarta, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul:

"MODEL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT PADA PROGRAM ASI EKSKLUSIF"

Yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana/ Peneliti Utama:

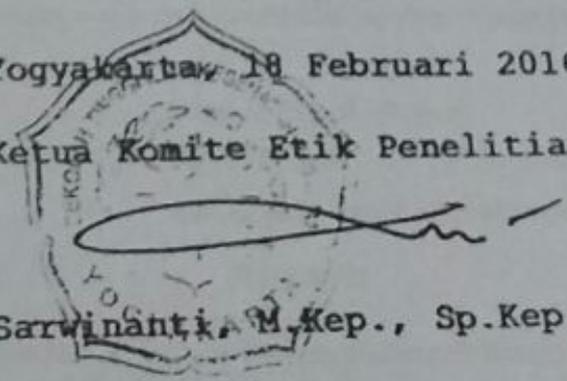
MUFDLILAH

Dapat disetujui pelaksanaannya. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol.

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEP SAY Jika ada perubahan protokol dan / atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Yogyakarta, 18 Februari 2016

Ketua Komite Etik Penelitian SAY



Sarwanti, M. Kep., Sp. Kep. Mat



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH

Jalan Parasmaja Nomor 1 Berau, Tirdadi, Sleman, Yogyakarta 55611
 Telepon (0274) 898800, Faksimile (0274) 898800
 Website: www.bappeda.slemankab.go.id, E-mail: bappeda@slemankab.go.id

SURAT IZIN

Nomor : 070 / Bappeda / 3978 / 2015

**TENTANG
 PENELITIAN**

KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH

Dasar : Peraturan Bupati Sleman Nomor : 45 Tahun 2013 Tentang Izin Penelitian, Izin Kuliah Kerja Nyata,
 Dan Izin Praktik Kerja Lapangan.
 Menunjuk : Surat dari Kepala Kantor Kesatuan Bangsa Kab. Sleman
 Nomor : 070/Kesbang/3887/2015
 Hal : Rekomendasi Penelitian

Tanggal : 23 Nopember 2015

MENGIZINKAN :

Kepada :
 Nama : MUFDLILAH, S.Pd., SSIT., M.Sc
 No. Mhs/NIM/NIP/NIK : 641308002
 Program/Tingkat : S3
 Instansi/Perguruan Tinggi : Universitas Negeri Surakarta
 Alamat instansi/Perguruan Tinggi : Jl. Soetami Surakarta
 Alamat Rumah : Nitikan Sorosutan Umbulharjo Yogyakarta
 No. Telp / HP : 08122720493
 Untuk : Mengadakan Penelitian / Pra Survey / Uji Validitas / PKL dengan judul
**MODEL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT PADA PROGRAM ASI
 EKSKLUSIF**
 Lokasi : Dinas Kesehatan Kab. Sleman
 Waktu : Selama 3 Bulan mulai tanggal 23 Nopember 2015 s/d 22 Februari 2016

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Wajib melaporkan diri kepada Pejabat Pemerintah setempat (Camat/ Kepala Desa) atau Kepala Instansi untuk mendapat petunjuk seperlunya.
2. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan setempat yang berlaku.
3. Izin tidak disalahgunakan untuk kepentingan-kepentingan di luar yang direkomendasikan.
4. Wajib menyampaikan laporan hasil penelitian berupa 1 (satu) CD format PDF kepada Bupati diserahkan melalui Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah.
5. Izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan di atas.

Demikian izin ini dikeluarkan untuk digunakan sebagaimana mestinya, diharapkan pejabat pemerintah/non pemerintah setempat memberikan bantuan seperlunya.

Setelah selesai pelaksanaan penelitian Saudara wajib menyampaikan laporan kepada kami 1 (satu) bulan setelah berakhirnya penelitian.

Dikeluarkan di Sleman

Pada Tanggal : 23 Nopember 2015

a.n. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah

Tembusan :

1. Bupati Sleman (sebagai laporan)
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Sleman
3. Kabid. Sosial & Pemerintahan Bappeda Kab. Sleman
4. Camat se-Kab. Sleman
5. Kepala UPT Puskesmas se-Kab. Sleman
6. Kepala Desa se-Kab. Sleman
7. Dukuh se-Kabupaten Sleman
8. Pengelola Posyandu se-Kabupaten Sleman
9. Rektor UNS
10. Yang Bersangkutan

Sekretaris

u.b.

Kepala Bidang Statistik, Penelitian, dan Pere



ERNY MARYATUN, S.IP, MT

Revisi, IV/a

NIP 19720411 199603 2 003