

**DETERMINAN PEMBERIAN MAKANAN PRELAKTAL PADA BAYI BARU LAHIR DI  
KELURAHAN KEBON KELAPA DAN CIWARINGIN, KOTA BOGOR  
(DETERMINANTS OF PRELACTEAL FEEDING AMONG NEWBORN BABIES IN KEBON  
KELAPA AND CIWARINGIN VILLAGES, BOGOR)**

Bunga Ch Rosha<sup>1</sup>, dan Nur Handayani Utami<sup>1</sup>

Submitted=08-01-2013

Revised=11-03-2013

Accepted=29-05-2013

**ABSTRACT**

Breast milk is the appropriate for babies for the first six months after birth. Although it has been known that exclusive breastfeeding has many benefits and encouraged by the government, but the proportion of exclusive breastfeeding is still low, including Bogor. One of the the reason for the failure in exclusive breastfeeding is the prelacteal feeding practice among newborn babies. This analysis was conducted to provide information on the determinants of prelacteal feeding practice in Kebon Kelapa and Ciwaringin Village in Bogor, in 2012. The data for this analysis was came from the child growth and development cohort study conducted in Kebon Kelapa and Ciwaringin, Bogor in 2012. Participants of the study were 91 mothers with her newborn babies. The data were analysed with descriptive analysis, bivariate analysis with chi square, and multivariate analysis using logistic regression. The results showed that mode of delivery, rooming-in care and time of breastfeeding after delivery were significantly associated with prelacteal feeding practice ( $p < 0,05$ ). The major determinant factor of prelacteal feeding practice was non rooming-in care (OR: 5.86; 95% CI: 1.17, 29.35) after controlling the time of breastfeeding after delivery. Postpartum mothers that not cared in the same room with the baby had risk 5.86 times for give the baby prelacteal food compared with postpartum mothers that cared in the same room with their baby. Mothers who breastfeed their baby more than 1 hour after delivery had risk of 4.87 times for give the baby prelacteal food compared with mothers who breastfeed less than 1 hour after delivery. Therefore, it is necessary to improve the implementation of Baby Friendly Hospitals program in maternal and child health services, especially the implementation of rooming-in care for mother and child, so that the mother can breastfeed immediately after birth so that the baby does not need to be given food or prelacteal liquids. The government should provide strict sanctions for hospitals that have not held a rooming-in care for mother and child.

**Keywords:** breastfeeding, prelacteal feeding, early breastfeeding, rooming-in

**ABSTRAK**

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang paling baik diberikan kepada anak pada awal kehidupannya sampai berumur 6 bulan, tetapi prevalensi pemberian ASI eksklusif di Indonesia masih rendah, termasuk di Kota Bogor. Salah satu penyebab kegagalan praktik ASI eksklusif adalah pemberian makanan prelaktal pada anak. Analisis ini dilakukan untuk memberikan informasi mengenai determinan pemberian makanan prelaktal pada bayi di Kelurahan Kebon Kelapa dan Kelurahan Ciwaringin, Kota Bogor. Analisis ini menggunakan data penelitian Kohor Tumbuh Kembang Anak di Kelurahan Kebon Kelapa dan Ciwaringin, Kota Bogor, tahun 2012. Responden dalam analisis ini adalah 91 ibu yang memiliki bayi baru melahirkan. Analisis data dilakukan secara deskriptif, bivariat dengan uji *chi-square*, dan multivariat dengan uji regresi logistik. Hasil analisis menunjukkan bahwa cara persalinan, ruang rawat ibu-anak tidak gabung, dan waktu menyusui pasca-persalinan berhubungan bermakna dengan pemberian makanan prelaktal ( $p < 0,05$ ). Determinan utama pemberian makanan prelaktal adalah ruang rawat ibu-anak tidak gabung (OR: 5,86; 95% CI: 1,17, 29,35) setelah dikontrol faktor waktu awal menyusui (OR: 4,87; 95% CI: 1,89, 12,57). Ibu yang pasca-persalinan tidak dirawat gabung dengan anak berisiko 5,86 kali untuk anaknya diberikan makanan prelaktal dibandingkan dengan ibu yang pasca-persalinan dirawat gabung bersama anak. Ibu yang waktu menyusui pertama lebih dari 1 jam pasca-persalinan berisiko 4,87 kali untuk anaknya diberikan makanan prelaktal dibandingkan dengan ibu yang waktu menyusui pertama kurang dari 1 jam pasca-persalinan. Oleh karena itu perlu meningkatkan pelaksanaan program Rumah Sakit Sayang Bayi pada tempat pelayanan kesehatan ibu dan anak, terutama pada pelaksanaan ruang rawat gabung ibu-anak sehingga ibu dapat menyusui bayinya sesegera mungkin setelah persalinan sehingga bayi tidak perlu diberikan makanan atau cairan prelaktal. Pemerintah hendaknya memberikan sanksi yang tegas kepada rumah sakit yang belum menyelenggarakan ruang rawat gabung ibu-anak. [**Penel Gizi Makan 2013, 36(1):54-61**]

**Kata kunci:** ASI, makanan prelaktal, inisiasi menyusui dini, ruang rawat gabung ibu-anak

---

<sup>1</sup> Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes, Kemenkes R.I. Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta  
e-mail: bunga\_puslit3@yahoo.com

## PENDAHULUAN

**A**ir Susu Ibu (ASI) adalah makanan yang paling baik diberikan kepada anak pada awal kehidupannya.<sup>1</sup> ASI memiliki keseimbangan zat-zat gizi yang tepat dalam bentuk mudah dicerna dan bioavailable, serta meningkatkan sistem kekebalan dan menurunkan risiko ISPA pada bayi.<sup>2</sup> Dearden *et al*<sup>3</sup> dalam meta-analisis terhadap 20 penelitian mengenai menyusui dan perkembangan kognitif memperlihatkan pemberian ASI berhubungan signifikan dengan skor perkembangan kognitif yang lebih tinggi dibandingkan dengan pemberian makanan selain ASI. Bagi ibu pemberian ASI dapat mengurangi risiko terkena kanker payudara dan ovarium, serta mempercepat rahim kembali ke ukuran semula.<sup>2</sup>

Mengingat begitu pentingnya ASI bagi bayi, maka pemerintah menetapkan agar bayi disusui secara eksklusif sejak lahir hingga umur 6 bulan yang tertuang dalam keputusan Menteri Kesehatan RI No 450/Menkes/SK/IV/2004. Bhutta *et al* dan Dadhich and Agarwal menyatakan bahwa Inisiasi Menyusui Dini (IMD), ASI Eksklusif selama 6 bulan, dan umur pengenalan makanan pendamping ASI merupakan intervensi utama dalam mencapai tujuan MDGs poin 1 dan 4 dalam menanggulangi mortalitas dan malnutrisi pada anak.<sup>4,5</sup>

Sebagian besar bayi di Indonesia mendapat ASI, tetapi banyak pula yang tidak mendapat ASI eksklusif. Sebagian besar ibu mulai memberikan ASI pada satu sampai lima hari pasca-melahirkan karena ASI belum keluar.<sup>6</sup> Kondisi ini memberikan peluang ibu memberikan makanan prelaktal (sebelum ASI keluar). Berdasarkan data Susenas tahun 2004-2008 cakupan pemberian ASI eksklusif di Indonesia berfluktuasi dan cenderung mengalami penurunan. Cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan turun dari 62,2 persen (2007) menjadi 56,2 persen (2008), sedangkan pada bayi sampai 6 bulan turun dari 28,6 persen (2007) menjadi 24,3 persen (2008).<sup>7</sup> Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997-2007 memperlihatkan terjadinya penurunan prevalensi ASI eksklusif dari 40,2 persen pada tahun 1997 menjadi 39,5 persen dan 32 persen pada tahun 2003 dan 2007.<sup>8</sup> Hasil Riskesdas tahun 2010 menunjukkan, prevalensi nasional bayi yang menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan hanya 15,3 persen.<sup>9</sup> Sementara menurut analisis lanjut data Riskesdas 2010 yang dilakukan

Nurhandayani menunjukkan, di Jawa Barat persentase anak usia 0-5 bulan yang menyusui eksklusif sebesar 31,2 persen. Walaupun persentase sudah di atas rata-rata nasional, angka ini masih jauh di bawah target pemerintah, yaitu sebesar 80 persen.<sup>10</sup>

Banyak penelitian yang menunjukkan penyebab kegagalan praktik ASI eksklusif, antara lain: budaya memberikan makanan prelaktal, memberikan tambahan susu formula karena ASI tidak keluar, menghentikan pemberian ASI karena bayi atau ibu sakit, ibu harus bekerja, serta ibu ingin mencoba susu formula. Sejalan dengan hal itu Fikawati dan Syafiq dalam studi kualitatifnya melaporkan faktor predisposisi kegagalan ASI eksklusif adalah karena faktor pengetahuan dan pengalaman ibu yang kurang dan faktor pemungkin penting yang menyebabkan terjadinya kegagalan adalah karena ibu tidak difasilitasi melakukan IMD.<sup>11</sup>

Seperti disebutkan di atas, pemberian makanan prelaktal adalah salah satu faktor yang menyebabkan kegagalan pemberian ASI eksklusif. Pemberian makanan prelaktal ialah pemberian makanan atau minuman kepada bayi sebelum ASI keluar. Tujuan analisis ini adalah untuk memberikan informasi mengenai determinan pemberian makanan prelaktal (makanan selain ASI) pada bayi di Kelurahan Kebon Kelapa dan Kelurahan Ciwaringin, Kota Bogor.

## METODE

Data untuk tulisan ini diambil dari penelitian Kohor Tumbuh Kembang Anak di Kelurahan Kebon Kelapa dan Kelurahan Ciwaringin, Kota Bogor yang dimulai sejak awal tahun 2012. Sampel penelitian ini adalah ibu hamil yang diikuti dalam kohor tumbuh kembang anak dan sudah melahirkan. Pada awalnya terdapat 93 sampel ibu yang telah melahirkan, namun *drop out* dua orang karena bayi yang dilahirkan meninggal, sehingga data yang dianalisis adalah 91 bayi. Data yang diambil adalah data yang dikumpulkan dari bulan Januari-Desember tahun 2012. Sebagai informasi, sampai dengan analisis ini dilakukan, penelitian Kohor Tumbuh Kembang Anak masih berlangsung dengan penambahan jumlah sampel dan pengamatan pertumbuhan dan perkembangan anak.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Variabel yang digunakan dalam analisis ini dikelompokkan menjadi variabel

*dependent* dan *independent*. Variabel *dependent* adalah status pemberian makanan prelaktal pada bayi yang dikategorikan menjadi tidak diberikan prelaktal dan diberikan prelaktal. Definisi makanan prelaktal adalah bayi diberi makanan lain sebelum ASI keluar. Variabel *independent* adalah faktor ibu (usia, pendidikan, dan pekerjaan ibu), faktor anak (jenis kelamin), faktor riwayat persalinan (usia kehamilan saat persalinan, cara persalinan, dan berat lahir bayi) dan faktor eksternal (tempat bersalin, ruang rawat gabung, IMD, penolong persalinan membantu IMD, dan waktu awal menyusui).

Usia ibu dibedakan menjadi usia 20-35 tahun dan usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun.<sup>12</sup> Pendidikan dikelompokkan menjadi SLTA atau lebih dan kurang dari SLTA, sedangkan status bekerja ibu dikelompokkan menjadi tidak bekerja dan bekerja. Jenis kelamin anak dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan. Usia kehamilan saat persalinan dikategorikan menjadi usia matur ( $\geq 38$  minggu) dan usia prematur ( $< 38$  minggu).<sup>13</sup> Cara persalinan ibu dikelompokkan menjadi persalinan normal dan persalinan sesar. Berat lahir anak dikategorikan menjadi normal ( $> 2500$  gram) dan BBLR ( $\leq 2500$  gram).<sup>14</sup> Tempat bersalin dibedakan menjadi tempat pelayanan kesehatan dan bukan tempat pelayanan kesehatan. Status ruang rawat dibagi menjadi ruang rawat ibu-anak gabung dan ruang rawat ibu-anak tidak gabung. Praktik IMD dikategorikan menjadi melakukan IMD dan tidak melakukan IMD, sedangkan penolong persalinan membantu IMD dikelompokkan menjadi petugas membantu IMD dan petugas tidak membantu IMD. Waktu menyusui pasca-persalinan dikategorikan menjadi menyusui 1 jam atau kurang dan lebih dari 1 jam.

Data dianalisis melalui 3 tahap, yaitu: pertama, analisis univariat untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel baik variabel *dependent*

maupun variabel *independent*. Kedua, analisis bivariat dengan uji *chi-X* dengan membuat tabel silang 2x2 antara masing-masing variabel *dependent* dan *independent* untuk melihat adanya hubungan bermakna. Ketiga analisis multivariat dengan menggunakan regresi logistik ganda untuk mengetahui faktor yang paling berhubungan dengan pemberian makanan prelaktal. Variabel yang diikuti pada analisis ini adalah variabel pada analisis bivariat yang memiliki nilai  $p < 0,25$ .

## HASIL

Ibu berada pada usia dengan rentang 14-41 tahun dengan nilai  $\text{mean} \pm \text{SD}$  sebesar  $27,1 \pm 6,13$  tahun. Sebagian besar ibu berusia 20-35 tahun (79,1%), berpendidikan SLTA atau lebih (62,6%), dan berstatus tidak bekerja (79,1%).

Ibu yang memiliki anak laki-laki dan perempuan proporsinya hampir sama masing-masing sebesar 51,6 persen dan 48,4 persen.

Usia kehamilan ibu ketika persalinan berada pada rentang 32-42 minggu. Sebagian besar responden memiliki usia kehamilan matur, yaitu  $\geq 38$  minggu (70,3%), ibu melahirkan anak dengan proses normal (84,6%), dan anak yang dilahirkan memiliki berat lahir normal  $> 2500$  gram (97,8%).

Sebagian besar ibu yaitu sebesar 89 persen melahirkan di tempat pelayanan kesehatan (rumah sakit, klinik bersalin, puskesmas) dan mendapatkan ruang rawat gabung bersama anak setelah persalinan sebesar 82,4 persen. Kurang dari setengah jumlah responden melakukan IMD (42,9%), penolong persalinan membantu proses IMD (36,3%), waktu awal menyusui  $\leq 1$  jam setelah persalinan (38,5%), ibu memberikan makanan prelaktal selama ASI belum keluar (44%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 1.

**Tabel 1**  
**Karakteristik Ibu, Anak, Riwayat Persalinan dan Faktor Eksternal Responden di Kelurahan Kebon Kelapa dan Ciwaringin di Kecamatan Bogor Tengah**

Variabel	n	%
<b>Ibu</b>		
Usia Ibu : 20 - 35 tahun	72	79,1
<20 dan >35 tahun	19	20,9
Pendidikan : ≥ SLTA	57	62,6
<SLTA	34	37,4
Status bekerja : Tidak bekerja	72	79,1
Bekerja	19	20,9
<b>Anak</b>		
Jenis Kelamin : Laki-laki	47	51,6
Perempuan	44	48,4
<b>Riwayat Persalinan</b>		
Usia kehamilan saat bersalin:		
: Matur ≥ 37 minggu	77	84,6
: Prematur < 37 minggu	14	15,4
Cara Persalinan : Normal	77	84,6
Sesar	14	15,4
Berat Lahir : Normal (>2500 gram)	89	97,8
BBLR (<2500 gram)	2	2,2
<b>Faktor Eksternal</b>		
Tempat bersalin:		
Tempat pelayanan kesehatan	81	89,0
Bukan tempat pelayanan kesehatan	10	11,0
Ruang rawat ibu-anak:		
Gabung	75	82,4
Tidak gabung	16	17,6
Praktik IMD:		
Melakukan IMD	39	42,9
Tidak melakukan IMD	52	57,1
Penolong persalinan membantu IMD:		
Membantu IMD	33	36,3
Tidak membantu IMD	58	63,7
Waktu awal menyusui:		
≤ 1 jam pasca persalinan	35	38,5
> 1 jam pasca persalinan	56	61,5
Pemberian makanan prelaktal:		
Tidak diberikan	40	44,0
Diberikan	51	56,0

#### **Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Makanan Prelaktal**

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan pemberian makanan prelaktal ( $p < 0,05$ ) adalah cara persalinan, ruang rawat ibu-anak, dan waktu menyusui setelah persalinan. Ibu yang melahirkan secara sesar lebih banyak yang memberikan makanan prelaktal dibandingkan dengan ibu

yang melahirkan secara normal ( $p < 0,05$ ). Ibu yang dirawat terpisah dengan bayinya lebih banyak yang diberi makanan prelaktal dibanding ibu yang dirawat gabung dengan bayinya ( $p < 0,05$ ); dan ibu yang memberi ASI > 1 jam setelah melahirkan lebih banyak yang memberi makanan prelaktal dibanding ibu yang memberi ASI ≤ 1 jam setelah melahirkan ( $p < 0,05$ ). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 2.

**Tabel 2**  
**Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Makanan Prelaktal di Kelurahan Kebon Kelapa dan Ciwaringin, Kecamatan Bogor Tengah**

Variabel	Tidak Prelaktal		Prelaktal		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Usia Ibu							0,33
20-35 tahun	34	47,2	38	52,8	72	100	
<20 dan >35 tahun	6	31,6	13	68,4	19	100	
Pendidikan							0,52
≥ SLTA	27	47,4	30	52,6	57	100	
<SLTA	13	38,2	21	61,8	34	100	
Status bekerja ibu							0,93
Tidak bekerja	31	43,1	41	56,9	72	100	
Bekerja	9	47,4	10	52,6	19	100	
Jenis Kelamin							0,18
Laki-laki	17	36,2	30	63,8	47	100	
Perempuan	23	52,3	21	47,7	44	100	
Usia kehamilan							1,00
Mature	34	44,2	43	55,8	77	100	
Prematur	6	42,9	8	57,1	14	100	
Cara Persalinan							0,006*
Normal	39	50,6	38	49,4	77	100	
Sesar	1	7,1	13	92,9	14	100	
Berat Lahir							1,00
Normal	39	43,8	50	56,2	89	100	
BBLR	1	50,0	1	50,0	2	100	
Tempat bersalin							0,74
Yankes	35	43,2	46	56,8	81	100	
Bukan yankes	5	50,0	5	50,0	10	100	
Ruang rawat							0,01*
Gabung	38	50,7	37	49,3	75	100	
Tidak gabung	2	12,5	14	87,5	16	100	
Praktik IMD							0,06
IMD	22	56,4	17	43,6	39	100	
Tidak IMD	18	34,6	34	65,4	52	100	
Penolong membantu IMD							0,18
Membantu IMD	18	54,5	15	45,5	33	100	
Tidak membantu IMD	22	37,9	36	62,1	58	100	
Waktu menyusui pertama							0,000*
≤ 1 jam pasca-persalinan	24	68,6	11	31,4	35	100	
>1 jam pasca-persalinan	16	28,6	40	71,4	56	100	

\*signifikan p<0,05

**Faktor yang Paling Berpengaruh pada Pemberian Makanan Prelaktal**

Analisis pada Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa faktor yang mempunyai nilai p<0,25 adalah jenis kelamin bayi, cara persalinan, ruang rawat, praktik IMD, penolong persalinan membantu IMD dan waktu menyusui pertama. Selanjutnya hasil

analisis logistik ganda menunjukkan bahwa ruang rawat ibu-anak tidak gabung merupakan faktor yang paling berhubungan dengan praktik pemberian makanan prelaktal (OR: 5,86; 95% CI: 1,17, 29,35) setelah dikontrol faktor waktu awal menyusui (OR: 4,87; 95% CI: 1,89, 12,57) (Tabel 3).

**Tabel 3**  
**Faktor yang Paling Berpengaruh pada Praktik Pemberian Makanan Preleakteal pada Bayi di Kelurahan Kebon Kelapa dan Ciwaringin, Kecamatan Bogor Tengah**

Variabel	B	SE	OR (Exp B)	95% C.I. for Exp (B)		Sig
				Lower	Upper	
Ruang rawat ibu-anak Gabung	1,77	0,82	5,86	1,17	29,35	0,032
Tidak gabung						
Waktu menyusui pertama ≤ 1 jam pasca-persalinan	1,58	0,48	4,87	1,89	12,57	0,001
> 1 jam pasca-persalinan						
<b>Constanta</b>	<b>-0,95</b>	<b>0,38</b>				<b>0,013</b>

## BAHASAN

Hasil analisis pada Tabel 2 penelitian ini menunjukkan bahwa cara persalinan berhubungan bermakna dengan pemberian makanan prelaktal pada bayi yang baru dilahirkan ( $p < 0,05$ ). Ibu yang melahirkan dengan tindakan bedah seperti *seksio cesaria* tidak dapat segera menyusui karena keadaan ibu masih lemah dan belum sadar akibat pembiusan. Menurut Welford obat bius yang dipakai dalam proses persalinan untuk mengurangi rasa sakit pada ibu juga dapat membuat bayi menjadi mengantuk dan tidak responsif.<sup>15</sup> Oleh karena itu diperlukan ketanggapan petugas kesehatan yang menanganinya untuk segera memberikan bayi kepada ibu untuk disusui segera mungkin setelah ibu siuman.

Ibu yang melahirkan dengan cara *seksio cesaria* ini membutuhkan waktu yang relatif lebih lama untuk dapat menyusui anaknya. Kondisi ini dapat berpeluang terjadinya pemberian makanan prelaktal pada bayi selama ibu masih dalam proses pemulihan dari persalinan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nisan et al dalam Riordan dan Auerbach menunjukkan bahwa ibu yang melahirkan secara sesar baru mulai menyusui rata-rata 6 jam setelah kelahiran, sedangkan ibu yang melahirkan secara spontan atau normal mulai menyusui 75 menit setelah kelahiran.<sup>16</sup> Sejalan dengan penelitian ini, hasil penelitian di Chennai, India yang dilakukan oleh Phai, M et al menunjukkan bahwa bayi yang dilahirkan secara sesar cenderung terlambat diberi ASI sehingga lebih sering diberikan makanan prelaktal dibandingkan dengan bayi yang dilahirkan secara normal.<sup>17</sup> Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Mathur et al terhadap seratus ibu yang melahirkan secara sesar menunjukkan bayi yang diberikan

makanan prelaktal dengan menggunakan sendok lebih banyak yang pada akhirnya mendapat ASI secara penuh (86,8%) dibandingkan dengan bayi yang diberikan makanan prelaktal menggunakan botol (33,3%).<sup>18</sup>

Dalam *A Joint WHO/ UNICEF Statement* tahun 1989 telah dicanangkan program *The Baby-Friendly Initiative* yang di dalamnya terdapat 10 langkah keberhasilan menyusui yang dapat dilakukan di pusat pelayanan kesehatan ibu dan anak di seluruh negara di dunia.<sup>16</sup> Di Indonesia program ini dikenal dengan program rumah sakit sayang bayi. Salah satu langkah keberhasilan menyusui yaitu melaksanakan rawat gabung di tempat pelayanan kesehatan ibu anak.

Rawat gabung (*rooming-in*) mempengaruhi ibu dalam memberikan ASI kepada anaknya. Penelitian yang dilakukan oleh Yamauchi dan Yamanouchi menunjukkan bahwa frekuensi menyusui signifikan lebih tinggi pada bayi yang *rooming-in* dengan ibunya dibandingkan dengan bayi yang *non rooming-in* dengan ibunya. Selain itu bayi yang *rooming-in* berpeluang lebih rendah untuk mendapatkan makanan selain susu ibu (makanan prelaktal) dibandingkan dengan bayi yang *non rooming-in*.<sup>19</sup>

Sejalan dengan penelitian di atas, pada analisis ini menunjukkan ibu yang pasca-persalinan tidak dirawat gabung dengan anak berisiko 5,86 kali untuk anaknya diberikan makanan prelaktal dibandingkan dengan ibu yang pasca-persalinan dirawat gabung bersama anak.

Anak yang baru lahir harus diberikan ASI sesegera mungkin setelah dilahirkan. Manfaat dari pemberian ASI segera setelah dilahirkan adalah mencegah kematian pada bayi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang

dilakukan Edmond *et al* di Ghana menunjukkan bahwa bayi yang baru lahir berisiko 2,5 kali meninggal ketika menyusui dimulai setelah 24 jam dibandingkan dengan menyusui yang dimulai dalam satu jam pertama setelah lahir.<sup>20</sup> Penelitian Mullany *et al* di Nepal menunjukkan bayi baru lahir 1,4 kali lebih mungkin untuk meninggal jika pemberian ASI dimulai setelah 24 jam pertama.<sup>21</sup>

Memberikan ASI sesegera mungkin selain dapat mencegah kematian pada bayi juga merupakan langkah awal yang menentukan keberhasilan menyusui pada anak. Hasil penelitian Fikawati dan Syafiq menunjukkan bahwa ibu yang memberikan *immediate breastfeeding* berpeluang 2 sampai 8 kali lebih untuk memberikan ASI secara eksklusif sampai 4 bulan dibandingkan dengan ibu yang tidak *immediate breastfeeding*. Dalam penelitian ini juga disebutkan bahwa kegagalan pelaksanaan ASI eksklusif telah dimulai sejak 3 hari pertama kelahiran, yaitu pada saat makanan dan minuman prelaktal diberikan.<sup>11</sup>

Sejalan dengan penelitaian di atas, pada penelitian ini menunjukkan ibu yang waktu menyusui pertama lebih dari 1 jam pasca-persalinan berisiko 4,87 kali untuk anaknya diberikan makanan prelaktal dibandingkan dengan ibu yang waktu menyusui pertama kurang dari 1 jam pasca-persalinan (OR: 4,87; 95% CI: 1,89, 12,57).

## KESIMPULAN

Dari hasil analisis dapat disimpulkan bahwa sebesar 44 persen bayi diberikan makanan prelaktal di Kelurahan Kebon Kelapa dan Ciwaringin, Kota Bogor Tengah. Ibu yang tidak dirawat gabung dengan bayinya berisiko memberi makanan prelaktal 5,86 kali dibanding ibu yang dirawat gabung dengan bayinya, dan ibu yang menyusui lebih dari 1 jam pasca-persalinan berisiko memberikan makanan prelaktal 4,87 kali dibanding ibu yang menyusui kurang dari 1 jam pasca-melahirkan.

## SARAN

Meningkatkan pelaksanaan program Rumah Sakit Sayang Bayi pada tempat pelayanan kesehatan ibu dan anak terutama pada pelaksanaan ruang rawat gabung ibu-anak sehingga ibu dapat menyusui bayinya sesegera mungkin setelah persalinan sehingga bayi tidak perlu diberikan makanan atau cairan prelaktal. Oleh karena itu

pemerintah hendaknya memberikan sanksi yang tegas kepada rumah sakit yang belum menyelenggarakan ruang rawat gabung ibu-anak.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada DR. Anies Irawati, MKes selaku ketua penelitian "Kohor Tumbuh Kembang Anak tahun 2012, atas izin untuk menggunakan data sehubungan dengan penulisan artikel ini dan terima kasih atas masukan yang telah diberikan dalam penulisan artikel ini.

## RUJUKAN

1. World Health Organization. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: World Health Organization, 2003.
2. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Promoting and Supporting Breastfeeding. *J Am Diet Assoc* 2009; 109: 1926-42.
3. Dearden KA *et al*. *Work outside the home is the primary barrier to exclusive breastfeeding in rural Vietnam: insight from mothers who exclusively breastfeed and worked*. In: <http://docserver.ingentaconnect.com/eliver/connect/nsinf/03795721/v23n4x2/s14.pdf?expires=1361765387&id=73039140&titleid=41000042&acname=Guest+User&checksum=C7BE4E25B5D58F82511145AD24DC9840>. 2002. (diunduh 12 Februari 2013)
4. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, *et al*. *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*. In: [www.who.int/nutrition/topics/lancetseries\\_undernutrition3.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/lancetseries_undernutrition3.pdf). 2008. (diunduh 12 Februari 2013)
5. Dadhich JP, Agarwal RK. *Mainstreaming early and exclusive breastfeeding for improving child survival*. In: <http://indianpediatrics.net/jan2009/jan-11-17.htm>. 2009. (diunduh 12 Februari 2013)
6. World Health Organization. *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Result of a WHO Systematic Review*. In: [www.who.int/int-pr-2001/en/note2001-](http://www.who.int/int-pr-2001/en/note2001-)

- 07.htm. 2001 (diunduh 12 Februari 2013)
7. Minarto. *Rencana aksi pembinaan gizi masyarakat tahun 2010-2014*. In: [www.gizikia.depkes.go.id](http://www.gizikia.depkes.go.id), (diunduh 14 Februari 2013)
  8. Fikawati S, Syafiq A. Kajian implementasi dan kebijakan air susu ibu eksklusif dan inisiasi menyusu dini di Indonesia. *Makara Kesehatan*. 2010;14(1):17-24.
  9. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010*. Jakarta: Badan Litbangkes Kemenkes, 2010.
  10. Utami N, dkk. Analisa sistem kesehatan mengenai praktek inisiasi menyusu dini dan ASI eksklusif di Propinsi Jawa Barat. *Laporan Penelitian*. Jakarta: Badan Litbangkes Kemenkes, 2012.
  11. Fikawati S dan Syafiq A. Praktik pemberian ASI eksklusif, penyebab-penyebab keberhasilan dan kegagalannya. *Jurnal Kesmas Nasional* 2009; 4(3):120-31.
  12. Nurhadi. Faktor risiko ibu dan layanan antenatal terhadap kejadian bayi berat lahir rendah (Studi kasus di RSUD Kraton Pekalongan). *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro, 2006.
  13. Li Ruowei, Jewell S, and Strawn LG. *Maternal obesity and breast-feeding practices*. In: <http://ajcn.nutrition.org/content/77/4/931.full>. 2003. (diunduh: 12 Februari 2013).
  14. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision*. Geneva: World Health Organization, 1992.
  15. Welford. *Menyusui Bayi Anda*. Jakarta: Dian Rakyat, 2001.
  16. Riordan J, K Auerbach. *Breastfeeding and Human Lactation, 2<sup>nd</sup> ed*. Boston: Jones and Bartlett Publ, 1998.
  17. Pai M, Sundaram P, Radhakrishnan KK, Thomas K, Muliylil JP. *A high rate of caesarean sections in an affluent section of Chennai: is it cause for concern?* In: [www.nmji.in/archives/volume-12/issue-4/original-articles-2.pdf](http://www.nmji.in/archives/volume-12/issue-4/original-articles-2.pdf). 1999. (diunduh 30 Juli 2013)
  18. Mathur GP, et al. *Breastfeeding in babies delivered by cesarean section*. In: <http://europepmc.org/abstract/MED/8039852/reload=0;sessionid=c0EGXli0oXrDwZXFNUwb.0>. 1993. (diunduh 19 Februari 2013)
  19. Yamauchi Y, Yamanouchi I. *The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast feeding variabel*. In: [Onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.16512227.1990.tb.11377.x/abstrak](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.16512227.1990.tb.11377.x/abstrak). 1990. (diunduh 19 Februari 2013)
  20. Edmond KM, et al. *Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality*. In: [www.pediatricsdigest.mobi/content/117/3/e380.full.pdf+html](http://www.pediatricsdigest.mobi/content/117/3/e380.full.pdf+html). 2006. (diunduh 12 Februari 2013).
  21. Mullany LC. et al. *Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal*. In: <http://jn.nutrition.org/content/138/3/599.full>. Maret 2008. (diunduh 14 Februari 2013).