

FAMILY FRIENDLY DALAM PENINGKATAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN INTEGRASI MODEL FAMILY CENTER NURSING DAN TRANCULTURAL NURSING

***(Family Friendly for Improvement of Using Exclusive Breast with Integration Family
Center Nursing Model and Transcultural Nursing Model at Jember District,
East Java Proviencie)***

Tantut Susanto^{*}, Lantin Sulistyorini^{}**

^{*}Staf Dosen Keperawatan Komunitas PSIK Universitas Jember

^{**}Staf Dosen Keperawatan Anak PSIK Universitas Jember

Email: susanto_unej@yahoo.com

ABSTRAK

Pendahuluan. Fenomena laktasi ibu menyusui dalam pemenuhan ASI eksklusif membutuhkan penanganan yang komprehensif di masyarakat berkaitan dengan populasi berisiko pada kelompok ibu-ibu menyusui di komunitas. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan ibu menyusui, keluarga, dan masyarakat dalam melakukan kegiatan family friendly melalui integrasi model family center nursing dan keperawatan lintas budaya untuk memenuhi keberlangsungan pemberian ASI eksklusif pada kelompok ibu menyusui yang sensitif dan peka budaya lokal di Kabupaten Jember. **Metode.** Penelitian ini menggunakan metode kuasi eksperimen dengan rancangan nonrandomized control group design dengan pretest dan posttest. Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi dan wilcoxon signed rank test yang dipergunakan untuk membandingkan perilaku menyusui ibu, kemandirian keluarga, kemampuan kader kesehatan, dan pengelolaan pelayanan ASI eksklusif yang sensitif dan peka budaya lokal pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. **Hasil.** Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang sangat signifikan antara perilaku menyusui ibu, kemandirian keluarga, dan pengelolaan pelayanan ASI eksklusif sebelum dan sesudah intervensi program (p value 0,000) dan ada perbedaan yang signifikan antara kemampuan kader kesehatan sebelum dan sesudah intervensi program (p value 0,001). **Diskusi.** ASI eksklusif akan dapat berlangsung secara berkelanjutan apabila mendapatkan dukungan penuh dari motivasi ibu menyusui sendiri, dukungan keluarga, kunjungan kader kesehatan, dan pihak puskesmas.

Kata kunci: ASI, family friendly, perilaku ibu, kemampuan kader

ABSTRACT

Introduction. The phenomenon of lactation in nursing mothers breastfed exclusively fulfillment requires comprehensive treatment in the community related to the population at risk in the group of breast feeding mothers in the community. The purpose of this study was to improve the ability of nursing mothers, families, and communities in family friendly activities through the integration of family center model of cross-cultural nursing and nursing to meet the sustainability of exclusive breastfeeding in the group of nursing mothers who were sensitive and sensitive to local culture in Jember. **Method.** This study used a quasi- experimental design with a nonrandomized control group design with pretest and posttest. The data were analyzed using frequency distributions and the Wilcoxon signed rank test were used to compare the behavior of lactating mothers, family independence, the ability of health workers, and management of exclusive breastfeeding services are culturally sensitive and locally sensitive to the treatment group and the control group. **Results.** The results showed no significant difference between the behavior of lactating mothers, family independence, and management services exclusive breastfeeding before san after the intervention program (p value 0.000) and no significant difference between the ability of health workers before and after the intervention (p value 0.001). **Discussion.** Exclusive breast feeding can run continuously if the full support of breastfeeding mothers own motivation, family support, health worker visits, and the clinic.

Keywords: Exclusive Breast Feeding, Family Friendly, Mother's Behavior, Cadre Capability.

PENDAHULUAN

Data Dinas Kesehatan Dati I Jawa Timur tahun 2002, lebih dari 10% bayi-balita di Jawa Timur mengalami gizi kurang. Cakupan kegiatan ASI eksklusif yang didapatkan bayi dari ibunya sampai 6 bulan pertama untuk

wilayah Kabupaten Jember masih kurang dari 40% lebih rendah dari target nasional yang ditetapkan yaitu 80%, belum lagi tingginya angka kematian bayi karena faktor infeksi yang semestinya dapat ditekan dengan pemberian ASI secara dini, sehingga perlu

adanya penanganan yang serius agar seorang ibu yang baru melahirkan memiliki waktu khusus untuk menyusui (Depkes, 2003; dalam Susanto, Ikhtiarini & Widayati, 2007). Di Kabupaten Jember, pemberian ASI eksklusif mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2000 bayi yang mendapat ASI eksklusif (75,5%), tahun 2001 menjadi (70,5%) dan tahun 2002 turun menjadi (61,3%). Menurunnya minat orang tua (ibu) di dalam memberikan ASI pada bayi berdampak pada status gizi bayi yang semakin kurang (Susanto & Rahmawati, 2008). Berbagai upaya telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan kabupaten Jember melalui pendidikan dan penyuluhan kesehatan di posyandu atau puskesmas tentang pentingnya ASI bagi bayi.

Penelitian Susanto, Ikhtiarini, dan Widayati (2007) tentang pengaruh *peer group discussion* atau pendidikan sekelompok dasa wisma memberikan hasil yang lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu-ibu kelompok dasa wisma dalam upaya optimalisasi penggunaan ASI eksklusif di Kabupaten Jember. Hasil penelitian juga menunjukkan sumber informasi ibu-ibu kelompok dasa wisma yang mendapatkan informasi tentang ASI eksklusif dari puskesmas yaitu sebanyak 85% dan 70% masing-masing pada kelompok *peer education* dan kontrol. Selain itu dari hasil penelitian ini terbukti bahwa sumber informasi yang didapat dari pendidik sebaya nampak nyata lebih efektif baik pada peningkatan pengetahuan maupun sikap terhadap masalah ASI eksklusif ini.

Fenomena laktasi ibu menyusui dalam pemenuhan ASI eksklusif membutuhkan penanganan yang komprehensif di masyarakat berkaitan dengan populasi berisiko pada kelompok ibu-ibu menyusui di komunitas. Perawat komunitas dapat mengembangkan dan merancang program dengan pendekatan integrasi model manajemen pelayanan kesehatan komunitas dan model asuhan keperawatan komunitas. Program pelayanan kesehatan komunitas melalui pengorganisasian dan pemberdayaan keluarga sebagai suatu unit sistem asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan integrasi model *family center nursing* (Friedman, Bowden & Jones, 2002)

dan keperawatan lintas budaya (Leininger, 2002). Permasalahan pemberian ASI eksklusif di Indonesia diakibatkan ketidaktahuan, ketidakmauan, dan ketidakmampuan beberapa ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif pada tatanan keluarga, masyarakat, dan instansi kerja. Norma adat dan nilai budaya leluhur yang masih dianut sebagian besar masyarakat Indonesia juga masih menjadi kendala dalam penyelenggaraan pentingnya ASI eksklusif berbasis keluarga (Nies & McEwen, 2002). Kondisi tersebut akan mengakibatkan permasalahan pada pemenuhan kebutuhan ASI eksklusif pada bayi, sehingga perlu perhatian dan penanganan khusus dari unit pelayanan kesehatan terutama perawat yang bekerja di dinas kesehatan dan puskesmas (perawat komunitas).

Program *family friendly* merupakan suatu program pengorganisasian dan pemberdayaan keluarga dalam menunjang perawatan ibu menyusui di keluarga. Program *family friendly* ini akan mengintegrasikan komponen *family center nursing* dan keperawatan lintas budaya. Pengintegrasian model tersebut diharapkan akan mampu meningkatkan kemandirian keluarga dalam pemberian perawatan ibu menyusui dalam menunjang kualitas hidup ibu menyusui di keluarga dan komunitas secara biologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual melalui pendekatan budaya keluarga dan komunitas dalam upaya optimalisasi penggunaan ASI eksklusif.

Sehubungan dengan hal tersebut, diperlukan beberapa solusi yang dapat meningkatkan motivasi ibu menyusui dan keluarga dalam keberlangsungan pemberian ASI secara eksklusif. Penggalangan pemberdayaan keluarga melalui *family friendly* dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif harus dilakukan mulai dari tingkat kader-kader kesehatan di posyandu sampai pada tempat-tempat pelayanan yang lebih tinggi. Hal ini bisa dilakukan dengan jalan pendidikan dan pelatihan bagi orang tua seperti kelas *parenting skill's*, konseling keluarga, terapi keperawatan keluarga, dan intervensi budaya dalam mempertahankan, mengakomodasi ataupun merekrutuksisasi budaya terkait dengan budaya menyusui

di keluarga dan masyarakat dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif. ASI eksklusif memiliki kandungan gizi yang lengkap, antibodi dan ikatan kasih sayang antara ibu dan anak. Kerugian serta efek negatif yang ditimbulkan bila PASI serta MP-ASI diberikan terlalu dini diantaranya mahal, risiko terserang penyakit infeksi seperti diare, ISPA, campak dan alergi (Whaley & Wong, 2002).

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, dapat dilihat terdapatnya kecenderungan cakupan penggunaan ASI eksklusif di Kabupaten Jember belum mencapai target yang ditetapkan. Pemenuhan kebutuhan gizi yang salah pada bayi 0-6 bulan merupakan masalah gizi yang sering terjadi (Dinkes Kabupaten Jember, 2006). Hal ini disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya pemberian PASI yang terlalu dini tanpa menghiraukan pentingnya pemberian ASI secara eksklusif dan memberikan makanan pendamping ASI sejak usia dini. Hal ini dikarenakan factor budaya di keluarga dan komunitas yang bersifat turun temurun dalam pengasuhan bayi selama laktasi ibu menyusui di keluarga (Leininger, 2002).

Masalah ini juga diakibatkan dari masih rendahnya tingkat pengetahuan dan kesibukan orang tua bayi terutama ibu dalam menopang ekonomi keluarga serta adanya mitos atau budaya bahwa pemberian ASI pada bayi akan cepat mengurangi kecantikan sang ibu (Bobak, 2002). Bila hal ini dibiarkan berlangsung, akan sangat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan bayi, terutama pertumbuhan dan perkembangan otak, yang pada akhirnya akan mempengaruhi kualitas hidupnya (Farer, 2000). Sehubungan dengan hal tersebut, diperlukan beberapa solusi yang dapat meningkatkan motivasi keluarga melalui pemberdayaan keluarga dalam keberlangsungan pemberian ASI secara eksklusif. Program *family friendly* dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif harus dilakukan mulai dari tingkat kader-kader kesehatan di posyandu sampai pada tempat-tempat pelayanan yang lebih tinggi. Tujuan penelitian ini adalah untuk Meningkatkan kemampuan ibu menyusui, keluarga, dan

masyarakat dalam melakukan kegiatan *family friendly* melalui integrasi model *family center nursing* dan keperawatan lintas budaya untuk memenuhi keberlangsungan pemberian ASI eksklusif pada kelompok ibu menyusui yang sensitive dan peka budaya local di Kabupaten Jember.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kuasi eksperimen dengan rancangan *nonrandomized control group design* dengan *pretest* dan *posttest*. Dalam penelitian ini diketahui cakupan program ASI eksklusif di Kabupaten Jember yang paling rendah terdapat di wilayah kerja Puskesmas Arjasa dan Puskesmas Jelbuk. Cakupan program ASI eksklusif di Puskesmas Jelbuk sebesar 37,5% dan Puskesmas Arjasa sebesar 21,5%, sehingga besar sampel berdasarkan perhitungan rumus sampel diatas di Puskesmas Jelbuk sebesar 90 responden dan di Puskesmas Arjasa sebesar 65 responden. Jadi total responden dalam penelitian ini adalah 155 ibu menyusui dan 30 kader kesehatan.

Besar proporsi sampel di masing wilayah kerja puskesmas tersebar di enam desa, yaitu Desa Jelbuk, desa Panduman, Desa Sucopangepok, Desa Sukowiryo, Desa Sucojember, dan Desa Sugerkidul. Besar sampel dimasing-masing desa di wilayah puskesmas Jelbuk sebesar 15 responden. Sedangkan untuk responden di wilayah kerja Puskesmas Arjasa responden tersebar di enam desa, yaitu Desa Kemuning Lor, Desa Kamal, Desa Darsono, Desa Biting, Desa Arjasa, dan Desa Candijati. Data dikumpulkan sebelum dan sesudah intervensi (*pretest* dan *post test*) dengan menggunakan wawancara struktur dengan kuesioner tertutup yang disusun secara terstruktur yang berisikan pertanyaan yang harus dijawab responden. Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi dan *wilcoxon sign rank test* yang dipergunakan untuk membandingkan perilaku menyusui ibu, kemandirian keluarga, kemampuan kader kesehatan, dan pengelolaan pelayanan ASI eksklusif yang sensitif dan peka budaya lokal pada kelompok perlakuan dan

kelompok kontrol. Keputusan pengujian hipotesis penelitian didasarkan pada taraf signifikan 0,05.

HASIL

Dari tabel 1 diatas terlihat bahwa mayoritas ibu-ibu memberikan ASI pada 24 jam pertama setelah bayi lahir sebesar 100%, dan frekuensi menyusui dalam 24 jam sebanyak kurang dari 5 kali sehari sebesar 52,9% serta lamanya tiap kali menyusui bayinya adalah kurang dari 10 menit sebesar 45,8%.

Dari tabel 2 dapat dilihat bahwa masyarakat dalam mengakses pelayanan

kehatan mayoritas adalah ke Bidan sebesar 71,6%, dan belum mendapatkan pendidikan tentang ASI sebesar 74,2%, dengan belum mendapatkan motivasi tentang penggunaan ASI eksklusif sebesar 71% dan mayoritas penjelasan yang diberikan cukup memadai sesuai dengan kebutuhan ibu-ibu sebesar 54,2%.

Data Ibu Menyusui

Responden penelitian ini berjumlah 155 orang yang terdiri dari 90 ibu-ibu kelompok dasa wisma Puskesmas Jelbuk dan 65 ibu-ibu kelompok dasa wisma Puskesmas Arjasa. Karakteristik pengetahuan, sikap,

Tabel 1 Karakteristik Penggunaan Air Susu Ibu

No.	Karakteristik	N	Persentase
1	Langsung setelah lahir	155	100
2	Frekuensi pemberian ASI dalam 24 jam		
	Kurang dari 5 kali	82	52,9
	5– 8 kali	69	44,5
	Lebih dari 8 kali	4	2,6
3	Lamanya tiap menyusui		
	Kurang dari 10 menit	71	45,8
	10 – 20 menit	43	27,7
	Lebih dari 20 menit	41	26,5

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 2 Akses Pelayanan Kesehatan

No.	Karakteristik	N	Persentase
1	Tempat memeriksakan kesehatan		
	Puskesmas	44	28,4
	Bidan	111	71,6
2	Pendidikan tentang ASI eksklusif		
	Pernah	40	25,8
	Tidak pernah	115	74,2
3	Motivasi tentang ASI Eksklusif		
	Pernah	45	29
	Tidak pernah	110	71
4	Pendapat tentang pelayanan laktasi		
	Kurang sekali	64	43,2
	Cukup memadai	84	54,2
	Sangat memuaskan	4	2,6

Sumber: Data Primer, 2013

Tabel 3 Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui tentang ASI Eksklusif Sebelum Intervensi Program *Family Friendly*

Variabel	N	Persentase
Pengetahuan		
Kurang	86	55,5
Cukup	50	32,3
Baik	19	12,3
Sikap		
Kurang	87	56,1
Cukup	53	34,2
Baik	15	9,7
Keterampilan		
Kurang	31	20
Cukup	98	63,2
Baik	26	16,8

Tabel 4 Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui tentang ASI Eksklusif Sesudah Intervensi Program *Family Friendly*

Variabel	N	Persentase
Pengetahuan		
Kurang	5	3,2
Cukup	14	9,0
Baik	136	87,7
Sikap		
Kurang	3	1,9
Cukup	7	4,5
Baik	145	93,5
Ketrampilan		
Kurang	18	11,6
Cukup	1	0,6
Baik	136	87,7

dan ketrampilan responden ibu menyusui tentang ASI eksklusif dapat terlihat pada tabel 3 dibawah ini.

Berdasarkan tabel 3 diatas terlihat bahwa mayoritas tingkat pengetahuan ibu menyusui tentang ASI eksklusif sebelum intervensi program pada tingkatan kurang sebesar 55.5% dengan sikap ibu menyusui terhadap ASI eksklusif pada tingkatan kurang sebesar 56,1%. Tingkat ketrampilan ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif pada tingkatan cukup sebesar 63,2%.

Berdasarkan tabel 4 diatas terlihat bahwa mayoritas tingkat pengetahuan ibu menyusui

Tabel 5 Tingkat Kemandirian Keluarga Ibu Menyusui dan Pelaksanaan Program Pemberian ASI Eksklusif Pre Intervensi

Variabel	N	Persentase
Kemandirian Keluarga		
Tingkat I	135	87,1
Tingkat II	20	12,9
Program <i>Family Friendly</i>		
Kurang	71	45,8
Cukup	49	31,6
Baik	35	22,6

Tabel 6 Tingkat Kemandirian Keluarga Ibu Menyusui dan Pelaksanaan Program Pemberian ASI Eksklusif Post Intervensi

Variabel	N	Persentase
Kemandirian keluarga		
Tingkat I	23	14,8
Tingkat II	75	48,4
Tingkat III	57	36,8
Program <i>Family Friendly</i>		
Kurang	15	9,7
Cukup	0	0
Baik	140	93,5

tentang ASI eksklusif sesudah intervensi program pada tingkatan baik sebesar 87,7% dengan sikap ibu menyusui terhadap ASI eksklusif pada tingkatan baik sebesar 93,5%. Tingkat ketrampilan ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif pada tingkatan baik sebesar 87,7%.

Berdasarkan tabel 5 diatas terlihat bahwa mayoritas tingkat kemandirian keluarga pada level I sebesar 87,1%. Evaluasi program pelaksanaan ASI eksklusif yang bersifat *family friendly* mayoritas pada tingkat kurang sebesar 45,8%.

Berdasarkan tabel 6 diatas terlihat bahwa mayoritas tingkat kemandirian keluarga pada level II sebesar 48,4%. Evaluasi program pelaksanaan ASI eksklusif yang bersifat *family friendly* mayoritas pada tingkat baik sebesar 93,5%.

Data Kader

Responden kader kesehatan dalam penelitian ini berjumlah 30 orang yang terdiri dari kader di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk 15 orang dan kader di wilayah kerja Puskesmas Arjasa sebesar 15 orang. Karakteristik responden kader dapat terlihat pada tabel 7 di bawah ini.

Berdasarkan tabel 7 di bawah terlihat bahwa mayoritas tingkat kemampuan kader kesehatan dalam mengampu program pemberian ASI eksklusif di posyandu sebesar 40% pada tingkatan cukup.

Tabel 7 Tingkat Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pemberian ASI Eksklusif Pre Intervensi

Variabel	N	Persentase
Kemampuan Kader Kesehatan		
Kurang	8	26,7
Cukup	12	40
Baik	10	33,3

Tabel 8 Tingkat Kemampuan Kader Kesehatan dalam Pemberian ASI Eksklusif Post Intervensi

Variabel	N	Persentase
Kemampuan Kader Kesehatan		
Cukup	8	25,8
Baik	22	71,0

Berdasarkan tabel 8 diatas terlihat bahwa mayoritas tingkat kemampuan kader kesehatan dalam mengampu program pemberian ASI eksklusif di posyandu sebesar 71% pada tingkatan baik.

Analisis Inferensial

Setelah dilakukan pengukuran pre intervensi, baik pada kelompok ibu menyusui dan kelompok kader, maka kemudian akan dilakukan kegiatan program *family friendly*. Program *family friendly* ini dilakukan dalam upaya mengubah pengetahuan, sikap, dan ketrampilan ibu dalam pemberian ASI eksklusif

Tabel 9 Analisis Perbedaan Pengetahuan, Sikap, dan Ketrampilan Ibu Menyusui Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan Program *Family Friendly*

Variabel	N	Mean	SD	Min	Max	Z	P Value
Pengetahuan							
Pre	155	1,57	0,703	1	3	-9,870	0,000
Post		2,85	0,341				
Sikap							
Pre	155	1,54	0,667	1	3	-10,423	0,000
Post		2,92	0,341				
Ketrampilan							
Pre	155	1,97	0,608	1	3	-9,189	0,000
Post		2,76	0,645				

Tabel 10 Analisis Perbedaan Program Layanan Ramah Keluarga dan Kemandirian Keluarga Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan Program *Family Friendly*

Variabel	N	Mean	SD	Min	Max	Z	P Value
Ramah Keluarga							
Pre	155	1,77	0,796	1	3	-9,052	0,000
Post		2,81	0,593				
Kemandirian Keluarga							
Pre	155	1,13	0,336	1	3	-10,104	0,000
Post		2,22	0,686				

Tabel 11 Analisis Perbedaan Kemampuan Kader Kesehatan Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan Program *Family Friendly*

Variabel	N	Mean	SD	Min	Max	Z	P Value
Kemampuan Kader							
Pre	30	2,07	0,785	1	3	-3,466	0,001
Post		2,73	0,450	2	3		

dan mengubah persepsi ibu tentang program yang lebih ramah pada keluarga dalam upaya meningkatkan kemandirian keluarga menuju level yang lebih tinggi. Setelah dilakukan implementasi program *family friendly* selama 2 bulan pada ibu-ibu menyusui yang terdiri dari 6 sesi kegiatan. Kegiatan sesi demi sesi dilakukan selama 1 minggu sekali. Adapun kegiatan sesi 1 tentang pengetahuan tentang ASI eksklusif, sesi 2 tentang bagaimana sikap ibu dalam aktivitas harian untuk mendukung ASI eksklusif, sesi 3 tentang nutrisi ibu menyusui, sesi 4 tentang perawatan payudara dan teknik menyusui, sesi 4 tentang aktivitas istirahat tidur dan manajemen stress, sesi 5 tentang penggunaan posyandu sebagai sarana kesehatan ibu dan bayi, sesi 6 tentang dukungan suami selama menyusui. Hasil analisis perbedaan pelaksanaan program ini dianalisis dengan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Ranks Test*. Adapun hasil analisis perbedaan baik pengetahuan, sikap, dan ketrampilan ibu menyusui sebelum dan setelah pelaksanaan program *family friendly* ini dapat dianalisis seperti pada tabel 9 berikut ini.

Berdasarkan analisis uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* pada tabel 9 diatas menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan ibu menyusui sebelum intervensi program adalah 1,57 dengan standar deviasi adalah 0,703. Sedangkan rata-rata pengetahuan ibu menyusui sesudah intervensi program adalah 2,85 dengan standar deviasi adalah 0,443. Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 9,870 dengan *p value* 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat pengetahuan ibu menyusui sebelum dan sesudah dilakukan program *family friendly*.

Rata-rata sikap ibu menyusui sebelum intervensi program adalah 1,54 dengan standar deviasi adalah 0,667. Sedangkan rata-rata sikap

ibu menyusui sesudah intervensi program adalah 2,92 dengan standar deviasi adalah 0,341. Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 10,423 dengan *p value* 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat sikap ibu menyusui sebelum dan sesudah dilakukan program *family friendly*.

Rata-rata ketrampilan ibu menyusui sebelum intervensi program adalah 1,97 dengan standar deviasi adalah 0,608. Sedangkan rata-rata ketrampilan ibu menyusui sesudah intervensi program adalah 2,76 dengan standar deviasi adalah 0,645.

Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 9,189 dengan *p value* 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat pengetahuan ibu menyusui sebelum dan sesudah dilakukan program *family friendly*.

Berdasarkan analisis uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* pada tabel 10 diatas menunjukkan bahwa rata-rata pelayanan yang bersifat *family friendly* atau ramah keluarga ibu menyusui sebelum intervensi program adalah 1,77 dengan standar deviasi adalah 0,796. Sedangkan rata-rata pelayanan yang bersifat *family friendly* atau ramah keluarga ibu menyusui sesudah intervensi program adalah 2,81 dengan standar deviasi adalah 0,593. Hasil analisis pelayanan yang bersifat *family friendly* atau ramah keluarga pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 9,052 dengan *p value* 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat pelayanan yang bersifat *family friendly* atau ramah keluarga ibu menyusui sebelum dan sesudah dilakukan program *family friendly*.

Rata-rata kemandirian keluarga ibu menyusui sebelum intervensi program adalah 1,13 dengan standar deviasi adalah 0,336. Sedangkan rata-rata kemandirian keluarga

ibu menyusui sesudah intervensi program adalah 2,22 dengan standar deviasi adalah 0,686. Hasil analisis kemandirian keluarga pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 10,104 dengan p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat kemandirian keluarga ibu menyusui sebelum dan sesudah dilakukan program *family friendly*.

Berdasarkan analisis uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* pada tabel 11 diatas menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan kader kesehatan sebelum intervensi program adalah 2,07 dengan standar deviasi adalah 0,785. Sedangkan rata-rata kemampuan kader kesehatan sesudah intervensi program adalah 2,73 dengan standar deviasi adalah 0,450. Hasil analisis kemampuan kader kesehatan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 3,466 dengan p value 0,001 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat kemampuan kader kesehatan sebelum dan sesudah dilakukan program *family friendly*.

PEMBAHASAN

Ibu Menyusui

Permasalahan pemberian ASI eksklusif di Indonesia diakibatkan ketidaktahuan, ketidakmauan, dan ketidakmampuan beberapa ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif pada tatanan keluarga, masyarakat, dan instansi kerja. Norma adat dan nilai budaya leluhur yang masih dianut sebagian besar masyarakat Indonesia juga masih menjadi kendala dalam penyelenggaraan pentingnya ASI eksklusif berbasis keluarga (Nies & McEwen, 2002). Kondisi tersebut akan mengakibatkan permasalahan pada pemenuhan kebutuhan ASI eksklusif pada bayi, sehingga perlu perhatian dan penanganan khusus dari unit pelayanan kesehatan terutama perawat yang bekerja di dinas kesehatan dan puskesmas (perawat komunitas).

Akhir-akhir ini ada kecenderungan dari sejumlah ibu-ibu untuk tidak menyusui bayi mereka dengan berbagai alasan, antara lain: karena khawatir akan mengurangi kecantikannya, karena sibuk bekerja, karena terpengaruh iklan penggunaan PASI dan lain-

lain. Padahal sudah jelas-jelas dicantumkan dalam Al-Qur'an oleh Alloh SWT yang berbunyi: Para ibu hendaknya menyusui anak anaknya selama 2 tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan (Qur'an Surat Al-Baqarah: 233). Adapun keuntungan pemberian ASI untuk ibunya antara lain: (1) Aspek kesehatan ibu, isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitoksin oleh kelenjar hipofisis. Oksitoksin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan; (2) Aspek keluarga berencana, menyusui secara murni (eksklusif) dapat menjarangkan kehamilan. Rata-rata jarak kelahiran ibu menyusui adalah 24 bulan, sedangkan ibu yang tidak menyusui jarak kelahirannya rata-rata 11 bulan.

Ibu yang sering hamil, disamping menjadi beban bagi ibu sendiri, juga merupakan risiko tersendiri bagi ibu yang menderita penyakit seperti anemia, jantung, tiroid serta risiko kesakitan dan kematian akibat persalinan; dan (3) Aspek psikologis, ibu yang menyusui merasa bangga dan bahagia, karena dia merasa dibutuhkan dan diperlukan oleh semua manusia (Roesli, 2000). Relaktasi dapat dimulai oleh ibu dengan melatih bayinya untuk melakukan stimulasi (rangsangan) pada puting susu ibu. Caranya dengan membiasakannya untuk menghisap puting ibu meskipun ASI yang keluar masih sangat sedikit.

Agar bayi tidak marah, siapkanlah sebelumnya susu, atau bila mungkin ASI perah untuk diberikan pada bayi. Ibu dapat melakukannya dengan menggunakan *supplemental nursing system* (ASI perah dimasukkan ke dalam suatu wadah lalu dialirkan melalui selang kecil yang ujungnya ditempelkan pada puting, cangkrik atau sendok bayi). Upayakanlah agar tidak ada gangguan selama ibu menyusuinya, sehingga konsentrasi ibu dan bayi tidak terpecah (Bobak, 1993b).

Ibu pada masa relaktasi pasca laktasi mungkin juga dihadapkan pada kondisi stress yang berat. Hal ini dikarenakan ASI yang ibu hasilkan biasanya masih sangat sedikit jumlahnya. Akibatnya, bayi mungkin akan terus menerus menyusu dari waktu ke waktu, sehingga akan melelahkan ibu yang menyusui.

Dukungan mental sangat dibutuhkan oleh ibu selama periode relaktasi, yang dapat diberikan oleh suami, dokter, konsultan laktasi, atau teman yang pernah melakukan upaya serupa dan telah meraih keberhasilan. Pemberdayaan kader kesehatan atau kelompok dasa wisma dapat digerakkan dalam pemberian dukungan mental pada ibu yang sedang menjalani periode relaktasi melalui kunjungan rumah yang dilakukan oleh kader peduli dari posyandu di lingkungan ibu tersebut tinggal (Dinkes Prop. Jatim, UNICEF, 2000).

Selama relaktasi ibu-ibu harus ditunjang dengan nutrisi dan makanan yang bergizi. Ibu-ibu dapat meningkatkan konsumsi protein dan cairan dalam menu makanan sehari-harinya. Hal ini sangat diperlukan untuk membantu mempercepat tubuh dalam memproduksi ASI. Ibu-ibu juga memerlukan kebutuhan istirahat dan tidur yang cukup untuk mengembalikan energinya selama periode relaktasi dan kelelahan akibat menyusui yang terlalu sering kepada bayinya (Farrer, 2001). Pemberian perawatan payudara atau senam payudara pada waktu pagi dan sore hari minimal serta teknik menyusui yang tepat dan benar dapat membantu meningkatkan atau memperlancar produksi ASI (Bobak, 1993a).

Umumnya relaktasi akan lebih mudah dilakukan apabila umur bayi masih sekitar 4 sampai dengan 6 minggu daripada bayi sudah berumur 3 bulan. Hal ini antara lain karena frekuensi menyusui bayi-bayi yang usianya lebih tua umumnya lebih jarang, dan produksi ASI sudah tidak mencukupi seluruh kebutuhan gizinya. Beberapa kendala yang ada dapat dihadapi oleh ibu dengan kemauan yang kuat untuk menyusui, karena relaktasi membutuhkan waktu dan menuntut kesabaran dari ibu yang menyusui untuk menjadi wanita yang sempurna karena bangga telah dapat menyusui bayinya (Ibrahim, 1996).

Kemampuan Kader Kesehatan

Permasalahan promosi kesehatan di komunitas membutuhkan pendekatan transcultural nursing model dalam memandang menyusui dan ASI eksklusif dalam konteks budaya masyarakat setempat sehingga penanganan masalah kesehatan reproduksi

remaja akan peka terhadap budaya masyarakat Indonesia (Giger & Davidhizar, 2001). Fenomena kehidupan ibu menyusui sebagai bagian dari keluarga dan komunitas yang dipengaruhi oleh tata nilai budaya kehidupan masyarakat di atas memerlukan pendekatan yang menyeluruh oleh perawat komunitas (Allander & Spradly, 2001). Pendekatan yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas adalah melalui model integrasi family center nursing dan keperawatan lintas budaya dalam melalui pemberdayaan keluarga sebagai unit pemberi perawatan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan permasalahan menyusui pada kelompok ibu menyusui di keluarga dan komunitas (Anderson & McFarlan, 2004).

Perubahan perilaku ibu menyusui dan keluarga dapat dilakukan melalui promosi kesehatan untuk meningkatkan kesehatan dan aktualisasi manusia terhadap potensi kesehatan agar terhindar dari sakit (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002). Promosi kesehatan mencakup gaya hidup sehat, menciptakan lingkungan sehat yang mendukung, meningkatkan peran serta masyarakat, reorientasi pelayanan kesehatan primer untuk fokus pada promosi kesehatan dan mencegah penyakit dan membuat kebijakan terkait kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan tidak hanya untuk individu, tetapi juga ditujukan pada keluarga dan masyarakat (WHO, 1986; dalam Pender, Murdaugh, & Parson, 2002). Promosi kesehatan pada ibu menyusui dan keluarga dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif dapat dilakukan melalui pemberian informasi tentang aspek tugas perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, dan stres koping keluarga melalui terapi keperawatan keluarga (Glading, 2002). Perawat komunitas memfokuskan diri pada identifikasi nilai, role model, pemecahan masalah pada ibu menyusui dan keluarga (Allander & Spradly, 2001).

Berbagai bentuk pendidikan kesehatan telah dilakukan selama ini khususnya berkaitan dengan penggalakan laktasi dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif telah banyak dilakukan secara tidak langsung antara lain melalui berbagai media baik elektronik maupun cetak, juga dilakukan secara langsung

baik melalui ceramah maupun metode diskusi. Namun dari pengalaman menunjukkan jumlah penggunaan ASI eksklusif di Kabupaten Jember cakupannya baru mencapai 40% dari 80% target yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (Dinkes Kabupaten Jember, 2006). Bertitik tolak kepada hal tersebut, pemberdayaan keluarga dengan program *family friendly* melalui integrasi model *family center nursing* dan keperawatan lintas budaya diharapkan akan lebih berhasil dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif. Pemberdayaan keluarga dapat dilakukan melalui proses kelompok dalam dasa wisma di komunitas (Snyder & Lindquist, 2002).

Program Implementasi *Family Friendly*

Fenomena laktasi ibu menyusui dalam pemenuhan ASI eksklusif membutuhkan penanganan yang komprehensif di masyarakat berkaitan dengan populasi berisiko pada kelompok ibu-ibu menyusui di komunitas. Perawat komunitas dapat mengembangkan dan merancang program *dengan pendekatan integrasi model manajemen pelayanan kesehatan komunitas dan model asuhan keperawatan komunitas. Program pelayanan kesehatan komunitas melalui pengorganisasian dan pemberdayaan keluarga sebagai suatu unit sistem asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan integrasi model family center nursing (Friedman, Bowden & Jones, 2002) dan keperawatan lintas budaya (Leininger, 2002).*

Program *family friendly* merupakan suatu program pengorganisasian dan pemberdayaan keluarga dalam menunjang perawatan ibu menyusui di keluarga. Program *family friendly* ini akan mengintegrasikan komponen *family center nursing* dan keperawatan lintas budaya. Pengintegrasian model tersebut diharapkan akan mampu meningkatkan kemandirian keluarga dalam pemberian perawatan ibu menyusui dalam menunjang kualitas hidup ibu menyusui di keluarga dan komunitas secara biologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual melalui pendekatan budaya keluarga dan komunitas dalam upaya optimalisasi penggunaan ASI eksklusif.

Sehubungan dengan hal tersebut, diperlukan beberapa solusi yang dapat meningkatkan motivasi ibu menyusui dan keluarga dalam keberlangsungan pemberian ASI secara eksklusif. Penggalangan pemberdayaan keluarga melalui *family friendly* dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif harus dilakukan mulai dari tingkat kader-kader kesehatan di posyandu sampai pada tempat-tempat pelayanan yang lebih tinggi. Hal ini bisa dilakukan dengan jalan pendidikan dan pelatihan bagi orang tua seperti kelas *parenting skill's*, konseling keluarga, terapi keperawatan keluarga, dan intervensi budaya dalam mempertahankan, mengakomodasi ataupun merekrutukisasi budaya terkait dengan budaya menyusui di keluarga dan masyarakat dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif. ASI eksklusif memiliki kandungan gizi yang lengkap, antibodi dan ikatan kasih sayang antara ibu dan anak. Kerugian serta efek negatif yang ditimbulkan bila PASI serta MP-ASI diberikan terlalu dini diantaranya mahal, risiko terserang penyakit infeksi seperti diare, ISPA, campak dan alergi (Whaley & Wong, 2002).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Program *family friendly* melalui integrasi model *family center nursing* mampu meningkatkan perilaku menyusui pada ibu, kemandirian keluarga, dan pengelolaan pelayanan ASI eksklusif oleh kader.

Saran

Perlu adanya penggalangan informasi yang baik terkait masa pemberian ASI eksklusif minimal 6 bulan, sehingga keberlangsungan pemberian ASI eksklusif dapat optimal di masyarakat melalui optimalisasi kelompok Dasa Wisma setempat. Perlu penggalakan peranan kader dalam pemberian pendidikan kesehatan di meja 4 posyandu dan kunjungan rumah bagi ibu-ibu menyusui sehingga akan memberikan dampak psikologis yang baik selama pendampingan menyusui diberikan.

Kader memerlukan pelatihan secara bertahap dan berkelanjutan terkait perkembangan terkini dalam pemberian layanan kesehatan pada masyarakat.

KEPUSTAKAAN

- Allender, J.A. & Spardley, B.W. (2001). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E., & McFarlane, J. (2004). *Community As Partner: Theory and Practice in Community*.
- Bobak LM & Jensen MD (2000) *Maternity & Gynecologic Care, The Nurse and The Family* 5th ed, St Luis: CV Mosby Company.
- Farrer, Helen, 2001, *Perawatan Maternitas Edisi II*, Jakarta: EGC.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family Nursing: Research Theory & Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Giger, Joyce Newman., Ruth Elaine Davidhizar. (2001). *Transkultural Nursing: Assessment and Intervention 2nd ed*. St Louis: Mosby A Times Mirror Company.
- Gladding, Samuel T. (2002). *Family Therapy: History, Theory, and Practise*. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall
- Ibrahim, S Christina, 1996, *Perawatan Kebidanan Jilid 2*, Jakarta: Bhatara.
- Leininger, M.M., McFarland, M.R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice 3rd edition*. The McGraw-Hill Companies.
- Nies, M.A., and McEwan, M. (2001). *Community health nursing: promoting the health of population*. (3rd Ed.), Philadelphia: Davis Company.
- Pender, N.J., Carolyn, L.M., Mary, A.P. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th edition. Stamford: Appleton & Lange.
- Roesli U, 2000, *Mengenal ASI Eksklusif*, Jakarta: Trubus Agriwidya, hlm 3-48
- Susanto, T., Ikhtiarini, E.D., Widayati, N. (2007). Pengaruh Peer Group Discussion terhadap Pengaturan dan Sikap Ibu-Ibu Kelompok Dasa Wisma dalam Optimalisasi Penggunaan ASI Eksklusif di Kabupaten Jember. Penelitian Dana DP2M Dikti 2007.
- Susanto, T., Rahmawati, I. (2008). Metode Relaktasi Pasca Laktasi Dalam Keberlangsungan ASI Eksklusif di Kabupaten Jember. Penerapan Iptekes Dana DP2M Dikti 2008.
- Snyder, Mariah., Ruth Lindquist. (2002). *Complementary/Alternative Therapies in Nursing (4th ed)*. New York: Springer Publishing company.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2000). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: FA. Davis.
- Whaley, L.F. & Wong, D.L. (2000). *Nursing care of Infants and children*. St. Louis Mosby Year Book.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2010.