

## RESEARCH STUDY

Indonesian Version

OPEN ACCESS

# Mendorong Persalinan di Pelayanan Kesehatan untuk Meningkatkan Pemberian ASI Eksklusif: Bukti dari Masyarakat Madura, Indonesia

## Encouraging Healthcare Childbirth to Increase Exclusive Breastfeeding: Evidence from Madurese, Indonesia

Mohamad Yoto<sup>1\*</sup>, Agung Dwi Laksono<sup>2</sup>, Shrimarti Rukmini Devy<sup>3</sup>, Novia Luthviatin<sup>4</sup>, Iken Nafikadini<sup>4</sup>, Nurhasmadiar Nandini<sup>5</sup>, Nur Hafizah Widyaningtyas<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Doctoral Program, Faculty of Public Health, Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia

<sup>2</sup>National Research and Innovation Agency Republic of Indonesia, Jakarta, Indonesia

<sup>3</sup>Faculty of Public Health, Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia

<sup>4</sup>Faculty of Public Health, Universitas Jember, Jember, Indonesia

<sup>5</sup>Faculty of Public Health, Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia

<sup>6</sup>Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia

### INFO ARTIKEL

Received: 20-02-2024

Accepted: 16-01-2025

Published online: 14-03-2025

### \*Koresponden:

Mohamad Yoto

[mohamad.yoto-](mailto:mohamad.yoto-2023@fkm.unair.ac.id)

[2023@fkm.unair.ac.id](mailto:mohamad.yoto-2023@fkm.unair.ac.id)



10.20473/amnt.v9i1.2025.45-54

### Tersedia secara online:

[https://e-](https://e-journal.unair.ac.id/AMNT)

[journal.unair.ac.id/AMNT](https://e-journal.unair.ac.id/AMNT)

### Kata Kunci:

ASI eksklusif, Tempat Bersalin,

Masyarakat Madura, Gizi

Kesehatan Masyarakat,

Kesehatan Masyarakat

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif sangat penting untuk memulai kehidupan pada fase paling awal. ASI saja sudah memberikan asupan gizi yang cukup bagi bayi sejak lahir hingga enam bulan. Capaian cakupan ASI eksklusif di Madura tahun 2022 hanya 37,9%, jauh dari target yang ditetapkan oleh World Health Organization (WHO) sebesar 50% pada tahun 2025.

**Tujuan:** Studi ini mengkaji peran tempat bersalin terhadap ASI eksklusif di Pulau Madura di Indonesia.

**Metode:** Penelitian *cross-sectional* dilakukan pada 990 anak Madura. Peneliti menganalisis 11 variabel kontrol, termasuk tempat tinggal, kabupaten, usia ibu, status perkawinan, pekerjaan, kekayaan, pendidikan, antenatal care, inisiasi menyusui dini (IMD), usia anak, dan jenis kelamin, serta aktivitas ASI eksklusif sebagai variabel hasil serta persalinan sebagai variabel paparan. Penulis melakukan uji regresi logistik biner sebagai langkah terakhir.

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan Pulau Madura memiliki proporsi ASI eksklusif sebesar 37,9%. Sementara itu, 90,1% kelahiran terjadi di fasilitas kesehatan. Berdasarkan tempat bersalin, ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan mempunyai kemungkinan 1,939 kali lebih tinggi untuk mencapai ASI eksklusif dibandingkan ibu yang melahirkan di luar fasilitas pelayanan kesehatan (AOR 1,939; 95%CI 1,854-2,037). Selain itu, penelitian ini juga menemukan sebelas variabel kontrol yang berkaitan dengan ASI eksklusif pada masyarakat Madura.

**Kesimpulan:** Tempat bersalin berkaitan dengan ASI eksklusif pada masyarakat Madura. Persalinan di fasilitas kesehatan hampir dua kali lipat dibandingkan persalinan di non faskes untuk mencapai ASI eksklusif. Studi merekomendasikan untuk hanya melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. Di sisi lain, perlu meningkatkan intensitas untuk kontak dengan layanan kesehatan pada masa kehamilan dan persalinan.

### PENDAHULUAN

Pemberian ASI eksklusif merupakan salah satu kebutuhan yang sangat penting bagi tumbuh kembang anak. WHO menganjurkan agar ASI eksklusif diberikan kepada anak selama enam bulan, namun pada praktiknya, kurang dari separuh bayi yang mendapatkan ASI eksklusif selama jangka waktu tersebut<sup>1</sup>. Masih banyak ibu yang belum memberikan ASI eksklusif selama enam bulan, padahal banyak manfaat yang diperoleh tidak hanya bagi bayi tetapi juga bagi ibu sendiri. Kandungan zat gizi yang penting dalam ASI berpengaruh

terhadap tumbuh kembang anak, mencegah risiko penyakit dan infeksi, serta meningkatkan kemampuan psikomotorik anak<sup>2,3</sup>.

Selama dekade sebelumnya, telah terjadi peningkatan 10% poin dalam tingkat pemberian ASI eksklusif secara global selama enam bulan pertama kehidupan. Pada tahun 2023, tingkatnya mencapai 48%, mendekati target yang ditetapkan oleh WHO untuk mencapai 50% pada tahun 2025. Sementara itu, hanya 37% bayi di bawah usia enam bulan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah yang hanya diberi

ASI<sup>4</sup>. Kendala budaya dan sistem kesehatan menghambat pemberian ASI eksklusif di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Bersamaan dengan itu, pengetahuan dan keterampilan konseling praktis kesehatan perlu ditingkatkan. Lebih jauh, sangat penting untuk menerapkan langkah-langkah penting untuk mendukung undang-undang dan peraturan tentang promosi dan penjualan pengganti ASI, serta memberikan cuti hamil yang dikompensasi dan jeda untuk menyusui kepada perempuan pekerja di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah<sup>5</sup>.

Penelitian di Somalia menunjukkan bahwa prevalensi pemberian ASI eksklusif lebih rendah dibandingkan dengan praktik pemberian ASI lainnya pada bayi dan anak kecil<sup>6</sup>. Kondisi ini mirip dengan kondisi di Indonesia. Pemberian ASI eksklusif di Indonesia sudah banyak disosialisasikan kepada ibu-ibu saat Posyandu, namun belum sepenuhnya dilakukan. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa angka pemberian ASI eksklusif di Indonesia masih relatif rendah yaitu 37,3%<sup>7</sup>. Proporsi pemberian ASI eksklusif di Jawa Timur tahun 2017 sebesar 74,3%, dengan capaian terendah terdapat di Kabupaten Bangkalan dan Sampang di Pulau Madura<sup>8</sup>. Angka pemberian ASI eksklusif di Madura masih belum mencapai target, dimana target nasional sebesar 80%. Kabupaten Sampang memiliki persentase pemberian ASI eksklusif sebesar 46,8%, dan Kabupaten Sreseh sebesar 42,4%<sup>9</sup>. Lebih lanjut, hasil Survei Kesehatan Indonesia terbaru tahun 2023 menginformasikan bahwa pemberian ASI eksklusif di Indonesia secara nasional berada pada kisaran 44,8%<sup>10</sup>.

Berbagai faktor ditemukan dapat memengaruhi pemberian ASI eksklusif. Faktor sosial seperti jenis tempat tinggal, pendidikan ibu, tingkat ekonomi, pekerjaan ibu, dan pemanfaatan layanan kesehatan merupakan faktor yang memengaruhi pemberian ASI eksklusif<sup>11-13</sup>. Budaya juga merupakan salah satu faktor yang paling berpengaruh<sup>14</sup>. Dukungan dari lingkungan sekitar juga sangat mempengaruhi perilaku pemberian ASI eksklusif pada anak. Salah satu dukungan yang paling penting adalah dukungan dari tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan<sup>15,16</sup>. Studi di Ghana menunjukkan bahwa petugas kesehatan di fasilitas kesehatan memainkan peran penting sebagai fasilitator penting dalam meningkatkan perilaku menyusui<sup>17</sup>.

Keseriusan upaya Pemerintah Indonesia dalam meningkatkan cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tercermin dalam Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Sebelum Hamil, Masa Hamil, Masa Persalinan, dan Masa Nifas, serta Pelayanan Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual<sup>18</sup>. Peraturan ini penting untuk mengatur standar, kriteria, dan mekanisme pelayanan kesehatan reproduksi di berbagai fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia, dengan fokus pada layanan maternitas. Dengan adanya peraturan ini, pemerintah ingin memastikan bahwa pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan memenuhi standar yang tinggi, aman, dan mematuhi protokol medis yang berlaku. Selain itu, peraturan ini juga mencakup aspek penting lainnya, seperti pelayanan kesehatan sebelum hamil, selama hamil, dan setelah melahirkan,

serta harmonisasi layanan kontrasepsi dan kesehatan seksual.

Selain itu, Pemerintah Indonesia juga mengeluarkan kebijakan strategis berupa Instruksi Presiden Nomor 5 Tahun 2022 tentang Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan bagi Ibu Hamil, Ibu Bersalin, Ibu Nifas, dan Bayi Baru Lahir melalui Program Jaminan Persalinan<sup>18</sup>. Kebijakan ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan yang optimal bagi ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir pada kelompok masyarakat miskin yang tidak tercakup oleh jaminan kesehatan lainnya. Program Jampersal (Jaminan Persalinan) merupakan salah satu solusi yang ditawarkan untuk meningkatkan kesejahteraan kelompok masyarakat rentan dengan memberikan akses layanan persalinan yang bermutu tanpa terbebani biaya kesehatan yang tinggi. Selain memberikan bantuan dana, program ini sangat mendorong ibu hamil untuk melahirkan di institusi medis dengan standar layanan yang tinggi. Selain itu, skema ini telah dimodifikasi untuk mencerminkan keunggulan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)<sup>19,20</sup>.

Pulau Madura merupakan salah satu daerah di Provinsi Jawa Timur, dengan luas wilayah sekitar 5.379 km<sup>2</sup> dan jumlah penduduk lebih dari 4 juta jiwa. Pulau ini terkenal dengan budaya, adat istiadat, dan keseniannya yang khas, seperti karavan sapi, keris, batik, dan musik *saronen*<sup>21-23</sup>. Namun di balik kekayaan budayanya, pulau ini juga menghadapi berbagai masalah dan tantangan di bidang kesehatan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa beberapa faktor yang menyebabkan kesenjangan kesehatan di Pulau Madura adalah kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan di Madura masih belum optimal karena rendahnya sumber daya, kurangnya koordinasi antara berbagai pemangku kepentingan dalam layanan kesehatan, dan kondisi sosial ekonomi masyarakat sehari-hari<sup>23,24</sup>. Selain itu, faktor lain yang menyebabkan tingginya permasalahan kesehatan di Pulau Madura yaitu kurangnya pendidikan dan kesadaran akan kesehatan serta budaya yang kurang mendukung kesehatan<sup>25,26</sup>. Misalnya, masyarakat yang menganggap ASI saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi yang baru lahir. Sebagian masyarakat di Madura masih menganggap bayi harus diberi makanan tambahan, seperti air kelapa, madu, atau gula kelapa, untuk memperkuat daya tahan tubuh dan menambah energi<sup>27</sup>. Banyak daerah di Pulau Madura yang masih sulit dijangkau dengan transportasi umum, terutama di daerah pedesaan dan pulau-pulau kecil<sup>28</sup>. Orang yang menderita penyakit ini merasa kesulitan untuk mendapatkan perawatan medis yang tepat, terutama dalam hal layanan medis yang diperlukan dan asuransi kesehatan<sup>29</sup>. Berdasarkan narasi, penelitian ini mengkaji peran tempat kelahiran pada pemberian ASI eksklusif di Pulau Madura, Indonesia. Fokus utama penelitian ini adalah bagaimana tempat kelahiran ibu di Pulau Madura memengaruhi pemberian ASI eksklusif, yang merupakan sudut pandang yang belum dieksplorasi secara menyeluruh.

## METODE

### Desain Studi dan Sumber Data

Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022 menyediakan data untuk analisis sekunder dalam studi ini. Kementerian Kesehatan melakukan SSGI dengan representasi di tingkat nasional. Informasi dikumpulkan menggunakan dua jenis kuesioner: Kuesioner Rumah Tangga dan Kuesioner Individu. Semua anak di bawah usia dua tahun (0–23 bulan) yang tinggal di Pulau Madura, Provinsi Jawa Timur, Indonesia, dimasukkan dalam populasi penelitian. Kriteria inklusi adalah anak-anak berusia 0-23 bulan yang tinggal di Pulau Madura dengan status tempat lahir yang diketahui. Anak-anak adalah unit analisis dalam penelitian ini, dan ibu adalah responden. Survei menggunakan pendekatan pengambilan sampel acak kluster multi-tahap untuk menghasilkan sampel tertimbang dari 990 anak muda Madura.

#### Lokasi

Peneliti melakukan penelitian di Pulau Madura. Pulau ini merupakan bagian dari Provinsi Jawa Timur, Indonesia. Pulau Madura meliputi empat kabupaten: Bangkalan, Sampang, Pamekasan, dan Sumenep.

#### Variabel Outcome

Penelitian ini menggunakan kebiasaan pemberian ASI eksklusif pada ibu dengan anak di bawah usia dua tahun. Penulis mengkategorikan pemberian ASI eksklusif sebagai Ya = 1 atau Tidak = 0. "Ya = 1" diberikan kepada ibu yang melaporkan bahwa hingga anak berusia enam bulan, mereka hanya memberikan ASI saja, sedangkan "Tidak = 0" diberikan kepada ibu yang melaporkan bahwa mereka tidak memberikan makanan apa pun kepada anak mereka selain ASI<sup>30</sup>.

#### Variabel Paparan

Penulis menggunakan tempat bersalin sebagai variabel paparan. Penelitian ini membagi fasilitas tempat lahir menjadi non-kesehatan dan kesehatan. Fasilitas kesehatan terdiri dari rumah sakit dan Puskesmas; di luar itu, dikategorikan sebagai non-kesehatan.

#### Variabel Kontrol

Kabupaten, jenis perumahan, pendidikan ibu, usia, status pekerjaan, status perkawinan, status keuangan, perawatan antenatal (ANC), inisiasi menyusui dini (IMD), usia anak, dan jenis kelamin anak merupakan 11 variabel kontrol yang dianalisis dalam penelitian. Terdapat dua kategori perumahan: pedesaan dan perkotaan. Kategori untuk usia ibu adalah 20, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, dan >44<sup>31</sup>. Status perkawinan adalah kawin dan janda. Peneliti membagi pendidikan ibu menjadi lima tingkat: tidak sekolah, SD, SLTP, SLTA, dan perguruan tinggi. Status bekerja ibu mencakup ibu yang bekerja dan yang tidak bekerja.

Studi ini menggunakan kuintil kekayaan harta benda rumah tangga untuk menghitung tingkat kekayaan atau sosioekonomi. Kuantitas dan variasi barang-barang di rumah keluarga menentukan peringkat barang-barang tersebut dalam survei. Jajak pendapat tersebut juga menyertakan informasi tentang ciri-ciri penghuni dan

berbagai barang, termasuk sepeda, mobil, dan televisi, untuk mengukur kekayaan. Bahan konstruksi lantai utama, sumber air minum, dan fasilitas toilet semuanya dipertimbangkan selama inspeksi. SSGI menggunakan analisis komponen utama untuk memperoleh skor. Kuintil kekayaan nasional, dibagi menjadi lima kelompok yang sama dan mencakup 20% dari populasi, dihitung menggunakan skor rumah tangga setiap anggota dalam kelompok tersebut. Lima kategori digunakan dalam jajak pendapat untuk mengklasifikasikan kekayaan: termiskin, miskin, menengah, kaya, dan terkaya<sup>32</sup>.

Penulis mengklasifikasikan perawatan antenatal sebagai Ya atau Tidak dalam penelitian ini. IMD adalah untuk menjamin bayi mendapatkan kolostrum; ibu mulai menyusui dalam jam pertama setelah bayi lahir<sup>33</sup>. Penulis membuat EIBF dengan jawaban Ya dan Tidak. Anak tersebut berusia antara 0 dan 11 dan 12 dan 23 bulan. Anak tersebut memiliki jenis kelamin laki-laki dan perempuan.

#### Analisis Data

Penelitian ini melakukan analisis *Chi-Square* pada tahap pertama untuk memilih variabel untuk analisis berikutnya. Pada tahap kedua, uji kolinearitas menunjukkan ada atau tidaknya hubungan yang berarti antar variabel independen. Tahap terakhir melibatkan penerapan uji regresi logistik biner (prosedur enter). Penulis menggunakan nilai p-value < 0,05 dan interval kepercayaan (CI) 95% untuk menilai signifikansi statistik. Perhitungan statistik untuk analisis dilakukan dengan menggunakan IBM SPSS Statistics 26.

#### Persetujuan Etik dan Kesenangan Partisipasi

Survei Status Gizi Nasional Indonesia 2022 menyediakan data untuk penelitian ini. Komisi Etik Nasional telah menyetujui penelitian ini. Kementerian Kesehatan Indonesia mengumpulkan informasi untuk jajak pendapat dengan persetujuan tertulis. Peserta mengisi formulir persetujuan tertulis untuk menyoroti sifat sukarela dan pribadi dari proses pengumpulan data. Melalui internet, Kementerian Kesehatan Indonesia menyediakan informasi berikut kepada para akademisi: <https://layanandata.kemkes.go.id/>. Penulis telah diberi mandat untuk menggunakan data untuk penelitian ini.

#### HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis, Pulau Madura memiliki proporsi ASI eksklusif sebesar 37,9%. Sementara itu, 90,1% kelahiran terjadi di fasilitas kesehatan. Tabel 1 menyajikan statistik deskriptif ASI eksklusif pada masyarakat Madura, Indonesia. Ibu-ibu Madura yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan memiliki rasio ASI eksklusif lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang melakukan persalinan di fasilitas non-kesehatan. Berdasarkan kabupaten, Kabupaten Pamekasan memiliki proporsi ASI eksklusif tertinggi. Selain itu, berdasarkan tipe tempat tinggal, ibu-ibu di daerah pedesaan memiliki rasio ASI eksklusif yang lebih tinggi.

**Tabel 1.** Analisis bivariat pemberian ASI eksklusif dan karakteristik ibu dan anak di Pulau Madura, Indonesia

Karakteristik Individu	ASI eksklusif		p-value
	Tidak (n=607)	Ya (n=383)	
Tempat Bersalin			
Non-Kesehatan	76 (75,0%)	21 (25,0%)	<0,001**
Kesehatan	531 (60,7%)	362 (39,3%)	
Kabupaten			
Bangkalan	233 (86,7%)	37 (13,3%)	<0,001**
Sampang	136 (55,2%)	105 (44,8%)	
Pamekasan	91 (38,3%)	151 (61,7%)	
Sumenep	147 (60,7%)	90 (39,3%)	
Tipe Tempat Tinggal			
Perkotaan	286 (64,3%)	190 (35,7%)	
Pedesaan	321 (61,3%)	193 (38,7%)	
Umur Ibu(dalam tahun)			
≤19	16 (77,9%)	6 (22,1%)	<0,001**
20-24	98 (61,2%)	58 (38,8%)	
25-29	187 (60,2%)	122 (39,8%)	
30-34	151 (61,9%)	92 (38,1%)	
35-39	89 (64,2%)	60 (35,8%)	
40-44	40 (56,1%)	35 (43,9%)	
≥45	26 (75,1%)	10 (24,9%)	
Status Perkawinan Ibu			
Kawin	602 (62,2%)	381 (37,8%)	<0,001**
Janda	5 (52,2%)	2 (47,8%)	
Pendidikan Ibu			
Tidak Sekolah	48 (73,0%)	21 (27,0%)	<0,001**
SD	310 (64,0%)	175 (36,0%)	
SLTP	104 (59,5%)	70 (40,5%)	
SLTA	88 (55,9%)	77 (44,1%)	
Perguruan Tinggi	57 (58,8%)	40 (41,2%)	
Status Bekerja Ibu			
Tidak Bekerja	382 (61,2%)	245 (38,8%)	<0,001**
Bekerja	225 (63,8%)	138 (36,2%)	
Status Sosioekonomi			
Paling Miskin	165 (63,5%)	105 (36,5%)	<0,001**
Miskin	189 (60,8%)	120 (39,2%)	
Menengah	128 (66,3%)	73 (33,7%)	
Kaya	75 (55,5%)	55 (44,5%)	
Paling Kaya	50 (61,2%)	30 (38,8%)	
Perawatan Antenatal			
Tidak	64 (76,6%)	19 (23,4%)	<0,001**
Iya	543 (60,7%)	364 (39,3%)	
Inisiasi Menyusu Dini			
Tidak	195 (79,4%)	48 (20,6%)	<0,001**
Iya	412 (56,2%)	335 (43,8%)	
Umur Anak (dalam bulan)			
0-11	380 (74,8%)	125 (25,2%)	<0,001**
12-23	227 (49,9%)	258 (50,1%)	
Jenis Kelamin Anak			
Laki-laki	312 (62,6%)	189 (37,4%)	0,002*
Perempuan	295 (61,7%)	194 (38,3%)	

Keterangan: Uji *Chi-square*, signifikan jika p-value<0,05; \*p-value<0,010; \*\*p-value<0,001

Berdasarkan usia ibu, Tabel 1 menunjukkan bahwa ibu berusia 40-44 tahun memiliki proporsi ASI eksklusif tertinggi. Ibu yang bercerai/janda memiliki rasio ASI eksklusif lebih tinggi daripada ibu yang menikah. Sementara itu, ibu dengan pendidikan SMA memiliki proporsi ASI eksklusif tertinggi berdasarkan pendidikan ibu. Di sisi lain, ibu yang tidak bekerja memiliki rasio ASI eksklusif lebih tinggi daripada ibu yang bekerja.

Selanjutnya, berdasarkan status kekayaan, ibu dengan status lebih sejahtera memiliki proporsi ASI eksklusif tertinggi.

Tabel 1 menyajikan bahwa ibu dengan ANC memiliki rasio ASI eksklusif lebih tinggi daripada yang tidak. Mengenai ASI eksklusif, ibu dengan ASI eksklusif memiliki lebih dari dua kali lipat proporsi ASI eksklusif daripada yang tidak. Sementara itu, berdasarkan usia

anak, 12-23 bulan memiliki rasio ASI eksklusif dua kali lipat daripada 0-11. Selain itu, berdasarkan jenis kelamin anak, anak perempuan memiliki rasio ASI eksklusif sedikit lebih tinggi daripada anak laki-laki.

Selanjutnya, studi menerapkan uji kolinearitas. Nilai faktor inflasi varians (VIF) untuk setiap variabel lebih baik dari 10,00, dan nilai toleransi untuk setiap variabel, secara rata-rata, lebih signifikan dari 0,10. Penelitian ini menyimpulkan bahwa tidak ada tanda-tanda hubungan yang kuat antara dua atau lebih variabel independen dalam model regresi setelah menggunakan uji kolinearitas untuk menganalisis data, dan tidak ditemukan bukti kolinearitas antara variabel independen.

Tabel 2 menampilkan temuan regresi logistik biner ASI eksklusif. Hasil tersebut menginformasikan bahwa tempat kelahiran berhubungan dengan ASI eksklusif di kalangan masyarakat Madura. Berdasarkan tempat kelahiran, ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan memiliki kemungkinan 1,939 kali lebih besar untuk mendapatkan ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang melahirkan di fasilitas non-kesehatan (AOR 1,939; 95% CI 1,854-2,037). Kemungkinan ASI eksklusif dan IMD berhubungan dengan tempat kelahiran, yang dapat dikategorikan sebagai rumah dan fasilitas kesehatan. Tempat kelahiran yang berhubungan dengan ASI eksklusif dan IMD dapat disebabkan oleh kesempatan bagi ibu untuk menerima konseling dan bantuan dari tenaga kesehatan serta komitmen dan dukungan mereka

terhadap praktik menyusui<sup>34</sup>. Penelitian lain pada ibu di daerah pertanian juga menyatakan bahwa tempat bersalin berhubungan dengan praktik pemberian ASI eksklusif karena kebijakan terkait pemberian ASI eksklusif di tempat bersalin terbukti mendukung praktik pemberian ASI eksklusif pada ibu secara signifikan. Tempat bersalin yang memiliki kebijakan dan prosedur operasi standar tentang pemberian ASI eksklusif dapat meningkatkan kemungkinan pemberian ASI eksklusif dan IMD pada ibu<sup>35</sup>.

Selain itu, ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan lebih mungkin melakukan ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang melahirkan di fasilitas non-kesehatan. Ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan memiliki pengetahuan yang mendukung untuk melakukan ASI eksklusif. Selain itu, ibu didorong untuk melakukan ASI eksklusif melalui IMD yang dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan. Hasilnya, ibu dengan IMD memiliki kemungkinan 2,16 kali lebih besar untuk melakukan ASI eksklusif<sup>36</sup>. Di Haiti, 41,22% ibu yang menjalani IMD juga memberikan ASI eksklusif, yang berarti ada korelasi antara IMD dan ASI eksklusif<sup>37</sup>. Lebih lanjut, penelitian di Bondowoso, Indonesia, juga menunjukkan hasil serupa. Sebanyak 33% ibu berpartisipasi dalam praktik ASI eksklusif. Angka ini lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang tidak berpartisipasi, yaitu sebesar 26,1%<sup>38</sup>.

**Tabel 2.** Regresi logistik biner ASI eksklusif di Pulau Madura, Indonesia

Prediktor	ASI eksklusif			
	p-value	Adjusted Odds Ratio	95% Confidence Interval	
			Batas Bawah	Batas Atas
Tempat Bersalin: Non-Kesehatan (ref.)	-	-	-	-
Tempat Bersalin: Kesehatan	<0,001**	1,939	1,854	2,027
Kabupaten: Bangkalan (ref.)	-	-	-	-
Kabupaten: Sampang	<0,001**	5,293	5,090	5,504
Kabupaten: Pamekasan	<0,001**	10,507	10,076	10,956
Kabupaten: Sumenep	<0,001**	4,227	4,060	4,402
Tempat Tinggal: Perkotaan (ref.)	-	-	-	-
Tempat Tinggal: Pedesaan	<0,001**	1,141	1,111	1,172
Umur Ibu: ≤19 (ref.)	-	-	-	-
Umur Ibu: 20-24	<0,001**	2,238	2,038	2,458
Umur Ibu: 25-29	<0,001**	2,333	2,130	2,555
Umur Ibu: 30-34	<0,001**	2,166	1,976	2,374
Umur Ibu: 35-39	<0,001**	1,966	1,789	2,160
Umur Ibu: 40-44	<0,001**	2,760	2,499	3,048
Umur Ibu: ≥45	0,006*	1,167	1,044	1,303
Perkawinan Ibu: Kawin	<0,001**	0,664	0,590	0,746
Perkawinan Ibu: Janda (ref.)	-	-	-	-
Pendidikan Ibu: Tidak Sekolah (ref.)	-	-	-	-
Pendidikan Ibu: SD	<0,001**	1,525	1,445	1,608
Pendidikan Ibu: SLTP	<0,001**	1,844	1,740	1,955
Pendidikan Ibu: SLTA	<0,001**	2,141	2,019	2,271
Pendidikan Ibu: Perguruan Tinggi	<0,001**	1,900	1,779	2,029
Status Bekerja Ibu: Tidak Bekerja	<0,001**	1,116	1,088	1,144

Prediktor	ASI eksklusif			
	p-value	Adjusted Odds Ratio	95% Confidence Interval	
			Batas Bawah	Batas Atas
Status Bekerja Ibu: Bekerja (ref.)	-	-	-	-
Sosioekonomi: Paling Miskin (ref.)	-	-	-	-
Sosioekonomi: Miskin	<0,001**	1,123	1,089	1,158
Sosioekonomi: Menengah	<0,001**	0,885	0,854	0,917
Sosioekonomi: Kaya	<0,001**	1,395	1,339	1,454
Sosioekonomi: Paling Kaya	<0,001**	1,102	1,048	1,159
Perawatan Antenatal: Tidak (ref.)	-	-	-	-
Perawatan Antenatal: Iya	<0,001**	2,119	2,020	2,224
Inisiasi Menyusu Dini: Tidak (ref.)	-	-	-	-
Inisiasi Menyusu Dini: Iya	<0,001**	3,002	2,909	3,099
Umur anak: 0-11 bulan (ref.)	-	-	-	-
Umur Anak: 12-23 bulan	<0,001**	2,976	2,902	3,052
Jenis Kelamin Anak: Laki-laki (ref.)	-	-	-	-
Jenis Kelamin Anak: Perempuan	0,002*	1,039	1,014	1,064

Keterangan: Uji Regresi Logistik Biner, signifikan jika p-value<0,05; \*p-value<0,010; \*\*p-value<0,001

Selain itu, ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan juga memiliki kesempatan untuk melakukan *Skin to Skin Contact* (SSC). Kontak ini memungkinkan terjadinya bonding antara ibu dan bayi, yang dapat meningkatkan kenyamanan ibu, kehangatan bayi, perlekatan payudara, dan ikatan emosional. Sekitar 72% ibu yang melakukan SSC cenderung melakukan ASI eksklusif<sup>39</sup>. SSC dilakukan selama sekitar 10 menit, yang dapat meningkatkan praktik ASI eksklusif<sup>40</sup>. Selain itu, program SSC selama 60 menit dapat meningkatkan efektivitas menyusui ibu segera setelah melahirkan<sup>41</sup>. Karena IMD dan SSC diberikan saat ibu melahirkan di fasilitas kesehatan, ibu menjalani IMD lebih baik dibandingkan di fasilitas kesehatan lainnya.

Selain itu, penelitian ini menemukan bahwa setiap variabel kontrol berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif pada masyarakat Madura. Terkait tempat, Tabel 2 menunjukkan bahwa semua kabupaten lebih mungkin memberikan ASI eksklusif dibandingkan Kabupaten Bangkalan, dan ibu di daerah pedesaan 1,141 kali lebih mungkin memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu di daerah perkotaan (AOR 1,141; 95% CI 1,111-1,172). Penelitian di Ethiopia juga membuktikan bahwa ibu yang tinggal di wilayah metropolitan lebih kecil kemungkinannya untuk memberikan ASI eksklusif. Situasi ini dapat dikaitkan dengan status pekerjaan ibu. Ibu di daerah perkotaan mungkin memiliki lebih banyak perempuan yang bekerja di sektor formal, yang dapat menghambat mereka untuk memberikan ASI eksklusif<sup>42</sup>.

Lebih lanjut, hasil penelitian juga menemukan lima karakteristik ibu yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif pada masyarakat Madura, yaitu usia, perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan status kekayaan. Penelitian serupa juga menunjukkan bahwa aspek sosiodemografi memengaruhi praktik pemberian ASI eksklusif pada ibu. Usia berkaitan dengan cara seseorang berpikir, bertindak, atau membuat keputusan. Ibu remaja dikaitkan dengan ketidakberdayaan dalam mengambil keputusan, terkadang status gizi kurang, dan pengetahuan yang kurang tentang cara mengasuh

anak<sup>43</sup>. Sebaliknya, ibu dewasa lebih termotivasi untuk menyusui dan membuat keputusan yang tepat. Ini berarti bahwa usia memengaruhi cara ibu menyusui.

Lebih jauh lagi, status perkawinan melibatkan hubungan ayah-ibu yang dapat meningkatkan keberhasilan ibu dalam menyusui. Ayah atau pasangan memiliki status yang lebih tinggi yang dapat menyebabkan stres pada ibu. Hirarki suami yang tinggi dalam perkawinan menciptakan kurangnya dukungan bagi ibu<sup>44</sup>. Di sisi lain, kehadiran ayah dapat memberikan dukungan emosional kepada ibu dan memungkinkan ibu untuk mendiskusikan hal-hal tertentu tentang merawat bayi, termasuk pemberian ASI eksklusif<sup>45</sup>. Selain itu, ibu juga memerlukan pengetahuan yang memadai untuk melakukan pemberian ASI eksklusif. Pendidikan tinggi memiliki peran penting dalam meningkatkan pemahaman masyarakat. Pendidikan tinggi juga meningkatkan kesadaran diri masyarakat karena pendidikan memudahkan mereka memperoleh keterampilan dan pengetahuan tentang kesehatan secara umum<sup>46</sup>. Di Indonesia, informasi dasar tentang menyusui diberikan di sekolah. Jadi, tingkat pendidikan dapat berkorelasi dengan praktik pemberian ASI eksklusif. Aspek sosiodemografi lain yang dapat memengaruhi pemberian ASI eksklusif adalah status pekerjaan dan kekayaan. Aspek-aspek ini terkait dengan kemampuan ibu untuk hidup sehat<sup>47</sup>. Ibu perlu mengonsumsi makanan bergizi tinggi, melakukan perawatan antenatal, dan menyiapkan kebutuhan bayi baru lahir selain memenuhi kebutuhan rumah tangga. Dukungan finansial diperlukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dengan memiliki pekerjaan dan stabilitas ekonomi, ibu dapat memberikan ASI secara efektif. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa status kekayaan rumah tangga berkorelasi signifikan dengan praktik pemberian ASI eksklusif<sup>43,48</sup>. Dapat disimpulkan, status sosiodemografi seperti usia, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan status kekayaan diperlukan untuk mendukung ibu dalam mempraktikkan ASI eksklusif.

Tabel 2 menunjukkan bahwa, menurut ANC, ibu yang melakukan ANC memiliki kemungkinan 2,119 kali lebih besar untuk melakukan ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan ANC (AOR 2,119; 95% CI 2,020-2,224). Sebuah penelitian di Ethiopia menunjukkan bahwa sekitar 54,5% ibu yang melakukan ANC setidaknya sekali melakukan ASI eksklusif selama kurang lebih enam bulan<sup>43</sup>. ANC berkorelasi secara signifikan dengan praktik ASI eksklusif karena ibu dapat berpartisipasi dalam konseling laktasi selama kunjungan<sup>49</sup>. Konseling terstandarisasi WHO yang berisi tentang pentingnya pemberian ASI, peningkatan ASI, perawatan payudara, dan teknik menyusui, sehingga praktik pemberian ASI menjadi lebih baik. Konseling diberikan pada semester ketiga, hari persalinan, dan masa nifas<sup>50</sup>. Di Indonesia, konseling laktasi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik ibu dalam menyusui. Oleh karena itu, konseling sebaiknya dilakukan sebulan sekali selama lima bulan untuk mencapai hasil tersebut<sup>51</sup>. Lebih lanjut, Peraturan Menteri Kesehatan RI menyebutkan bahwa standar ANC meliputi konseling laktasi<sup>52</sup>. Jadi, kunjungan ANC memungkinkan ibu memperoleh informasi tentang menyusui, yang berdampak positif pada pengetahuan mereka tentang praktik menyusui.

Sementara itu, ibu yang melakukan IMD memiliki kemungkinan 3,002 kali lebih besar untuk melakukan ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan IMD (AOR 3,002; 95% CI 2,909-3,099). Sementara itu, ibu yang melakukan IMD memiliki kemungkinan lebih besar untuk melakukan ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan IMD. IMD berhubungan positif dengan ASI eksklusif dan merupakan penentu signifikan ASI eksklusif dalam enam bulan pertama<sup>53</sup>. Penelitian pada ibu-ibu di daerah pertanian menyebutkan bahwa 100% ibu yang melakukan ASI eksklusif juga berhasil menyusui langsung selama 6 bulan. ASI eksklusif merangsang produksi ASI dan mencegah bayi mendapatkan susu formula selama beberapa hari setelah lahir<sup>35</sup>. Oleh karena itu, untuk mendukung pemberian ASI eksklusif, penting untuk mempromosikan praktik pemberian ASI eksklusif.

Selain itu, penelitian ini menemukan dua karakteristik anak yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif pada masyarakat Madura. Kedua karakteristik tersebut adalah usia dan jenis kelamin. Anak usia 12-23 bulan memiliki rasio pemberian ASI eksklusif dua kali lipat dibandingkan anak usia 0-11 tahun. Penelitian di Indonesia juga membuktikan bahwa anak usia 6-17 bulan memiliki peluang yang lebih rendah untuk mendapatkan ASI eksklusif dibandingkan anak usia 18-23 tahun<sup>54</sup>.

Selain itu, berdasarkan jenis kelamin anak, anak perempuan memiliki rasio ASI eksklusif yang sedikit lebih tinggi daripada anak laki-laki. Penelitian di Vietnam juga menunjukkan bahwa proporsi ASI eksklusif di kalangan anak perempuan agak lebih tinggi daripada di kalangan anak laki-laki. Namun, untuk ASI eksklusif, anak laki-laki menunjukkan proporsi yang lebih tinggi daripada anak perempuan<sup>55</sup>. Walaupun penelitian lain menunjukkan hal yang sebaliknya, sebagian besar anak perempuan cenderung tidak memberikan ASI eksklusif karena ibu mereka mungkin memberikan lebih banyak perhatian

kepada anak laki-laki dibandingkan anak perempuan karena memiliki anak laki-laki membuat mereka merasa lebih bangga terhadap keluarga<sup>56</sup>.

#### **Kekuatan dan Limitasi**

Diperlukan pemrosesan data yang besar untuk mendapatkan hasil penelitian di level Pulau Madura. Sebagai sumber data untuk penelitian ini, peneliti menggunakan SSGI 2022; karena alasan itu studi ini hanya menganalisis variabel yang termasuk dalam survei. Kesimpulan penelitian tidak memperhitungkan beberapa faktor lain yang telah dikaitkan dengan ASI eksklusif dalam penelitian sebelumnya, termasuk urutan kelahiran, jumlah total anak yang lahir, nilai anak, pengalaman demam anak, dan pengalaman diare anak<sup>30,57-60</sup>.

#### **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian, disimpulkan bahwa tempat bersalin berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif pada masyarakat Madura. Anak yang dilahirkan di fasilitas kesehatan hampir dua kali lipat lebih tinggi dibandingkan dilahirkan di fasilitas non-kesehatan untuk mendapatkan ASI eksklusif. Hasil penelitian ini semakin menegaskan pentingnya mendorong persalinan hanya di fasilitas kesehatan. Di sisi lain, informasi tentang hubungan yang kuat antara ANC dan pemberian ASI eksklusif dengan IMD menunjukkan bahwa kontak dengan layanan kesehatan selama kehamilan dan persalinan dapat meningkatkan cakupan pemberian ASI eksklusif pada masyarakat Madura.

#### **ACKNOWLEDGEMENT**

Data Survei Status Gizi Indonesia Tahun 2022 disediakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih.

#### **KONFLIK KEPENTINGAN DAN SUMBER PENDANAAN**

Seluruh penulis tidak memiliki konflik kepentingan dalam artikel ini. Penulis tidak menerima pendanaan untuk penelitian ini.

#### **KONTRIBUSI PENULIS**

MY: konseptualisasi, investigasi, metodologi, supervisi, penulisan–tinjauan dan penyuntingan; ADL: konseptualisasi, investigasi, metodologi, supervisi, penulisan–tinjauan dan penyuntingan; SRD: metodologi, penulisan–draft asli; NL: metodologi, penulisan–draft asli; IN: metodologi; analisis formal, penulisan–draft asli; NN: analisis formal, sumber daya; NHW: penulisan–draft asli, penulisan–tinjauan dan penyuntingan.

#### **REFERENSI**

1. WHO. Breastsfeeding. <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding> (2024).
2. Couto, G., Dias, V. & Oliveira, I. Benefits of exclusive breastfeeding: An integrative review. *Nurs. Pract. Today* **7**, 245–254 (2020). DOI 10.18502/npt.v7i4.4034.
3. Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Ibad, M. & Kusriani, I. The effects of mother 's education on achieving exclusive breastfeeding in Indonesia. 1–

- 6 (2021). DOI 10.1186/s12889-020-10018-7.
4. Unicef & World Health Organization. *Global Breastfeeding Scorecard 2023*. [https://www.unicef.org/media/150586/file#:~:text=Figure 1.,Trends in the global prevalence of exclusive,0-5 months of age.&text=Globally rates of exclusive breastfeeding,target of 50%25 by 2025. \(2023\).](https://www.unicef.org/media/150586/file#:~:text=Figure 1.,Trends in the global prevalence of exclusive,0-5 months of age.&text=Globally rates of exclusive breastfeeding,target of 50%25 by 2025. (2023).)
  5. Kavle, J., LaCroix, E., Dau, H. & Engmann, C. Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low- and middle-income countries: a systematic review and programmatic implications. *Public Health Nutr.* **20**, 1–15 (2017). DOI 10.1017/S1368980017002531.
  6. Jama, A. *et al.* Exclusive breastfeeding for the first six months of life and its associated factors among children age 6-24 months in Burao district, Somaliland. *Int. Breastfeed. J.* **15**, 1–8 (2020). DOI 10.1186/s13006-020-0252-7.
  7. Saputri, N. S. *et al.* Progress towards reducing sociodemographic disparities in breastfeeding outcomes in Indonesia: a trend analysis from 2002 to 2017. *BMC Public Health* **20**, 1–15 (2020). DOI 10.1186/s12889-020-09194-3.
  8. Yoto, M., Megatsari, H., Ridwanah, A. A. & Laksono, A. D. Factors Related to Exclusive Breastfeeding in East Java - Indonesia. *Indian J. Forensic Med. Toxicol.* **16**, 800–806 (2022). DOI 10.37506/ijfmt.v16i1.17595.
  9. Yunitasari, E., Andriani, R. W. & Wahyuni, S. D. Exclusive Breastfeeding Based on The Health Promotion Model in Madura Island. *Int. J. Pharm. Res.* **12**, 2212 (2020). DOI 10.31838/ijpr/2020.12.02.298.
  10. Indonesian Ministry of Health. *Indonesian Health Survey in Numbers (Survei Kesehatan Indonesia dalam Angka)*. (2024).
  11. Abegunde, D. *et al.* Socioeconomic inequality in exclusive breastfeeding behavior and ideation factors for social behavioral change in three north-western Nigerian states: a cross-sectional study. *Int. J. Equity Health* **20**, 1–14 (2021). DOI 10.1186/s12939-021-01504-4.
  12. Kusriani, I., Ipa, M., Laksono, A. D., Fuada, N. & Supadmi, S. The Determinant of Exclusive Breastfeeding among Female Worker in Indonesia. *Syst. Rev. Pharm.* **11**, 1102–1106 (2020). DOI 10.31838/srp.2020.11.157.
  13. Wulandari, R. D. & Laksono, A. D. Does the Place of Residence Affect the Achievement of Exclusive Breastfeeding? A Study in Eastern Indonesia. *Syst. Rev. Pharm.* **11**, 872–876 (2020). DOI 10.31838/srp.2020.9.126.
  14. Fu, C. Y. *et al.* Exclusive breastfeeding rate and related factors among mothers within maternal health WeChat groups in Jiaying, Zhejiang province, China: a cross-sectional survey. *Int. Breastfeed. J.* **17**, 4–11 (2022). DOI 10.1186/s13006-022-00521-5.
  15. Rujumba, J. *et al.* 'If I have money, I cannot allow my baby to breastfeed only ...' barriers and facilitators to scale-up of peer counselling for exclusive breastfeeding in Uganda. *Int. Breastfeed. J.* **15**, 43 (2020). DOI 10.1186/s13006-020-00287-8.
  16. Perdani, F. P., Laksono, A. D. & Chalidyanto, D. The Undernutrition Prevalence of Under-Two-Years Infant in Indonesia: Do breastfeeding Practices Ecologically Matter? *Indian J. Forensic Med. Toxicol.* **15**, 1113–1119 (2021). DOI 10.37506/ijfmt.v15i4.16855.
  17. Agyekum, M. W., Codjoe, S. N. A., Dake, F. A. A. & Abu, M. Enablers and inhibitors of exclusive breastfeeding: perspectives from mothers and health workers in Accra, Ghana. *Int. Breastfeed. J.* **17**, 1–15 (2022). DOI 10.1186/s13006-022-00462-z.
  18. The Ministry of Health of The Republic of Indonesia. *Regulation of the Minister of Health Number 21 of 2021 concerning Health Services for Pre-Pregnancy, Pregnancy, Childbirth, and Postpartum Period, Implementation of Contraceptive Services, and Sexual Health Services*. 1–40 (2021).
  19. Laksono, A. D., Nantabah, Z. K., Wulandari, R. D., Khoiri, A. & Tahangnacca, M. Barriers to Expanding the National Health Insurance Membership in Indonesia: Who Should the Target? *J. Prim. Care Community Heal.* **13**, 1–7 (2022). DOI 10.1177/2150131922111112.
  20. Putri, N. K., Laksono, A. D. & Rohmah, N. Predictors of national health insurance membership among the poor with different education levels in Indonesia. *BMC Public Health* **23**, Article number 373 (2023). DOI 10.1186/s12889-023-15292-9.
  21. Izzah, L., Sulistiyono, S. T. & Rochwulaningsih, Y. Commodifying culture in a frontier area: The utilization of madurese culture for developing tourism in the eastern tip of Java Island, Indonesia. *J. Mar. Isl. Cult.* **10**, 118–137 (2021). DOI 10.21463/JMIC.2021.10.1.07.
  22. Laksono, A. D., Wulandari, R. D. & Kusriani, I. Regional Disparities of Stunted Toddler in Madura Island, Indonesia. *J. Crit. Rev.* **7**, 6115–6121 (2020). DOI 10.31838/jcr.07.19.708.
  23. Laksono, A. D. & Wulandari, R. D. Determinant of the Puskesmas Utilization in Madura Island. *Indian J. Public Heal. Res. Dev.* **10**, 576–581 (2019). DOI 10.5958/0976-5506.2019.03802.6.
  24. Andayani, Q., Koesbardiaty, T. & Purnomo, W. Implementation Program of child Under 5 Years' Growth and Development Problems in Bangkalan, Madura. *Indian J. Public Heal. Res. Dev.* **10**, 1257 (2019). DOI 10.5958/0976-5506.2019.02617.2.
  25. Yunitasari, E., Umayro, A. H. & Pratiwi, I. N. Community Empowerment in the Madura Tribe with Exclusive Breastfeeding in the Working Area of Community Health Center Sreseh Sampang Madura. *Indian J. Public Heal. Res. Dev.* **10**, 2600 (2019). DOI 10.5958/0976-5506.2019.02260.5.
  26. Wiliyanarti, P. F., Wulandari, Y. & Nasrullah, D. Behavior in fulfilling nutritional needs for Indonesian children with stunting: Related culture, family support, and mother's knowledge.



- J. Public Health Res.* **11**, (2022). DOI 10.1177/22799036221139938.
27. Oktarina, O. & Wardhani, Y. F. Nutritional Fulfillment Behavior of Breastfeeding Mothers in Several Ethnicities in Indonesia (Perilaku Pemenuhan Gizi pada Ibu Menyusui di Beberapa Etnik di Indonesia). *Bul. Penelit. Sist. Kesehat.* **22**, 236–244 (2020). DOI 10.22435/hsr.v22i4.1550.
  28. Nurif, M. & Hermanto, H. The Development Study of Madura Area (An Area Marketing Approach). *IPTEK J. Proc. Ser.* **0**, 16 (2019). DOI 10.12962/j23546026.y2019i6.6320.
  29. Ridwanah, A. A., Nugraheni, E. & Laksono, A. D. The Role of Education Level in the Utilization of Community Health Centers on Madura Island, East Java, Indonesia. *J. Keperawatan Indones. Timur* **2**, 8–17 (2022). DOI 10.32695/JKIT.V2i1.278.
  30. Terefe, B. & Shitu, K. Exploring the determinants of exclusive breastfeeding among infants under six months in the Gambia using gambian demographic and health survey data of 2019- 20. *BMC Pregnancy Childbirth* **23**, 220 (2023). DOI 10.1186/s12884-023-05544-2.
  31. Syahri, I. M. *et al.* Exclusive breastfeeding among Indonesian working mothers: does early initiation of breastfeeding matter? *BMC Public Health* **24**, 1225 (2024). DOI 10.1186/s12889-024-18619-2.
  32. Wulandari, R. D., Laksono, A. D., Prasetyo, Y. B. & Nandini, N. Socioeconomic Disparities in Hospital Utilization Among Female Workers in Indonesia: A Cross-Sectional Study. *J. Prim. Care Community Health* **13**, 1–7 (2022). DOI 10.1177/21501319211072679.
  33. UNICEF & WHO. Capture the Moment—Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding> (2018).
  34. Admasu, J., Egata, G., Bassore, D. G. & Feleke, F. W. Effect of maternal nutrition education on early initiation and exclusive breast-feeding practices in south Ethiopia: a cluster randomised control trial. *J. Nutr. Sci.* **11**, e37 (2022). DOI 10.1017/jns.2022.36.
  35. Pusporini, A. D., Pangestuti, D. R. & Rahfiludin, M. Z. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik ASI Eksklusif di Daerah Pertanian Kabupaten Semarang (Studi pada Ibu yang Memiliki Bayi Usia 0–6 Bulan). *Media Kesehat. Masy. Indones.* **20**, (2021). DOI 10.14710/mkmi.20.2.83-90.
  36. Iffah Zahrotin Nisa, T., Benya Adriani, R. & Murti, B. Effect of Early Initiation of Breastfeeding on Exclusive Breastfeeding and Stunting: A Meta-Analysis. *J. Matern. Child Heal.* **7**, 685–698 (2022). DOI 10.26911/thejmch.2022.07.06.07.
  37. Walsh, S. M., Cordes, L., McCreary, L. & Norr, K. F. Effects of Early Initiation of Breastfeeding on Exclusive Breastfeeding Practices of Mothers in Rural Haiti. *J. Pediatr. Heal. Care* **33**, 561–567 (2019). DOI 10.1016/j.pedhc.2019.02.010.
  38. Susilowati, S. & Wicaksi, D. Effect of Early Initiation on Exclusive Breastfeeding in Blindungan Village Blindungan District Bondowoso. *D’Nursing Heal. J.* **2**, 23–27 (2021). DOI 10.36835/dnursing.v2i1.137.
  39. Sharma, A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: A randomized controlled trial. *Afr. Health Sci.* **16**, 790 (2016). DOI 10.4314/ahs.v16i3.20.
  40. Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C. & Medley, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2016**, (2016). DOI 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
  41. Huang, J.-Z. *et al.* Evaluation of the Effects of Skin-to-Skin Contact on Newborn Sucking, and Breastfeeding Abilities: A Quasi-Experimental Study Design. *Nutrients* **14**, 1846 (2022). DOI 10.3390/nu14091846.
  42. Ahmed, K. Y., Page, A., Arora, A. & Ogbo, F. A. Trends and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in Ethiopia from 2000 to 2016. *Int. Breastfeed. J.* **14**, 40 (2019). DOI 10.1186/s13006-019-0234-9.
  43. Tariku, A. *et al.* Mothers’ education and ANC visit improved exclusive breastfeeding in Dabat Health and Demographic Surveillance System Site, northwest Ethiopia. *PLoS One* **12**, e0179056 (2017). DOI 10.1371/journal.pone.0179056.
  44. Agrawal, J., Chakole, S. & Sachdev, C. The Role of Fathers in Promoting Exclusive Breastfeeding. *Cureus* **14**, (2022). DOI 10.7759/cureus.30363.
  45. Budiati, T., Setyowati, S., Adjie, S. & Gunawijaya, J. Fathers’ Role in Sustainability of Exclusive Breastfeeding Practice in Post-Cesarean-Section Mothers. *J. Public Health Res.* **11**, jphr.2021.2744 (2022). DOI 10.4081/jphr.2021.2744.
  46. Raghupathi, V. & Raghupathi, W. The influence of education on health: An empirical assessment of OECD countries for the period 1995-2015. *Arch. Public Heal.* **78**, 1–18 (2020). DOI 10.1186/s13690-020-00402-5.
  47. Supadmi, S. *et al.* Factor related to stunting of children under two years with working mothers in Indonesia. *Clin. Epidemiol. Glob. Heal.* **26**, 101538 (2024). DOI 10.1016/j.cegh.2024.101538.
  48. Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Susianti, N., Samsudin, M. & Musoddaq, M. A. Stunting Among Wealthy Indonesian Families: A Cross-Sectional Study of Children Under the Age of Two. *J. Popul. Soc. Stud.* **32**, 384–398 (2024). DOI 10.25133/JPSSv322024.023.
  49. Nurhayati, E. & Fikawati, S. Counseling of exclusive breastfeeding during antenatal care (ANC) and perceptions of insufficient milk supply. *J. Gizi dan Diet. Indones. (Indonesian J. Nutr. Diet.* **7**, 65 (2019). DOI 10.21927/ijnd.2019.7(2).65-73.
  50. Thomas, S., Mohanty, N. & Dasila, P. K. Effect of Antenatal Lactation Counselling on Knowledge and Breastfeeding Practices among Mothers. *Int. J. Heal. Sci. Res.* **8**, (2018).
  51. Suryani, D. *et al.* The Effect Of Counseling On Knowledge, Attitudes, And Practices Of Mothers

- breastfeeding In The Work Area Of Sawah Lebar Community Health Center, Bengkulu 2017. in *Proceedings of the 1st International Conference on Inter-professional Health Collaboration (ICIHC 2018)* (Atlantis Press, 2019). doi:10.2991/icihc-18.2019.43. DOI 10.2991/icihc-18.2019.43.
52. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual*. (Kemenkes RI, 2021).
53. Zhou, Q. & Feng, X. L. Breastfeeding practices in Northeast China in 2008 and 2018: cross-sectional surveys to explore determinants over a decade. *Int. Breastfeed. J.* **18**, 25 (2023). DOI 10.1186/s13006-023-00562-4.
54. Sebayang, S. K. *et al.* Determinants of age-appropriate breastfeeding, dietary diversity, and consumption of animal source foods among Indonesian children. *Matern. Child Nutr.* **16**, 19 (2020). DOI 10.1111/mcn.12889.
55. My, D. T. T. *et al.* Associated factors of breastfeeding practices among mothers in rural Vietnam: A community-based study. *J. Pediatr. Nurs.* **67**, e85–e91 (2022). DOI 10.1016/j.pedn.2022.09.005.
56. Tello, B. *et al.* Breastfeeding, feeding practices and stunting in indigenous Ecuadorians under 2 years of age. *Int. Breastfeed. J.* **17**, 19 (2022). DOI 10.1186/s13006-022-00461-0.
57. Kusriani, I., Ipa, M. & Laksono, A. D. “Is It true that the child is king?”: Qualitative Study of Factors Related to Nutritional Status of Children in West Lombok, Indonesia. *Indian J. Public Heal. Res. Dev.* **10**, 1729–1733 (2019). DOI 10.37506/v10/i12/2019/ijphrd/192113.
58. Pratita, I. & Laksono, A. D. ‘If this child eats, whatever she/he is asked ...’: Exploration of Value of Children and Parenting Patterns in Javanese in the Besowo village, Kediri, East Java. *Amerta Nutr.* **4**, 147 (2020). DOI 10.20473/amnt.v4i2.2020.147-154.
59. Laksono, A. D. & Wulandari, R. D. The Food Taboo of the Muyu Tribe in Papua (Pantangan Makanan pada Suku Muyu di Papua). *Amerta Nutr.* **5**, 251 (2021). DOI 10.20473/amnt.v5i3.2021.251-259.
60. Laksono, A. D. & Wulandari, R. D. ‘Children are Assets’: Meta Synthesis of Child Values in the Lani and Acehnese (“Anak adalah Aset”: Meta Sintesis Nilai Anak pada Suku Lani dan Suku Aceh). *J. Kesehat. Reproduksi* **10**, 11–20 (2019). DOI 10.22435/kespro.v10i1.933.11-20.