Laporan Penelitian Kolaboratif Dosen dengan Dosen Luar Negeri

PERLINDUNGAN PRIMA BAGI BAYI DI INDONESIA
(Telaah Atas Kebijakan Pemerintah dalam Peningkatan Persentase Air Susu Ibu Eksklusif Melalui Integrasi Modal Sosial)

Peneliti:
Dr. Moh. Fauzi, M.Ag
(UIN Walisongo Semarang)

Mitra Peneliti:
Dr. Nornazira binti Suhairom
(Universiti Teknologi Malaysia)

DIBIAYAI DENGAN DANA DIPA LP2M
UIN WALISONGO
SEMARANG 2017

KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI WALISONGO SEMARANG
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN
KEPADA MASYARAKAT
Jalan Walisongo No. 3-5 Telp.7601292 Semarang 50185
email:lp2m@walisongo.ac.id

SURAT KETERANGAN
Nomor : B-941/Un.10.0/L.1/TL.03/10/2017

Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LP2M) UIN Walisongo Semarang, dengan ini menerangkan bahwa penelitian yang dibiayai oleh Anggaran DIPA-BOPTN Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Tahun 2017 dengan judul:

PERLINDUNGAN PRIMA BAGI BAYI DI INDONESIA (TELAAH ATAS KEBIJAKAN PEMERINTAH DALAM PENINGKATAN PERSENTASE ASI EKSKLUSIF MELALUI INTEGRASI MODAL SOSIAL)

adalah benar-benar merupakan hasil penelitian kolaboratif dosen dan dosen luar negeri yang dilaksanakan oleh :

1. Nama Ketua : Dr. Moh. Fauzi, M Ag
   NIP : 19720517 199803 1003
   Pangkat/Jabatan : Pembina Utama Muda (IV/c) / Lektor Kepala
   Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
2. Nama Anggota : Dr. Nornazira binti Suhairom
   Universitas : Universiti Teknologi Malaysia (UTM)

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 31 Oktober 2017
Ketua,

SHOLIHAN

Faculty of Education
Universiti Teknologi Malaysia
81310 Johor Bahru
Johor, Malaysia

Tel: +(6)07-5534280/34169/34026 Fax: +(6)07-5560542/5577351/5534884 educ.utm.my

OUR REF. :
YOUR REF. :

SURAT KETERANGAN TERLIBAT RESEARCH

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Dr. Nornazira binti Suhairom
Pekerjaan : Senior Lecturer of Education Faculty, Universiti Teknologi Malaysia (UTM), Johor Malaysia

Dengan ini menerangkan bahwa saya benar-benar terlibat Diskusi pada tanggal 20 Oktober sampai 21 Oktober 2017, dalam Penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Dr. Moh. Fauzi, M.Ag
Pekerjaan : Lecturer of State Islamic University, Walisongo, Semarang Indonesia

Judul Penelitian :

Perlindungan Prima Bagi bayi di Indonesia (Telaah Atas Kebijakan Pemerintah dalam Peningkatan Persentase AS1 Eksklusif melalui Integrasi Modal Sosial)

Mitra Researcher,

Dr. Nornazira binti Suhairom

20/9/2017

Dr. Nornazira Binti Suhairom
Pensyarah Kanan/ Penasihat Akademik
Jabatan Pendidikan Teknikal & Kejuruteraan
Fakulti Pendidikan
Universiti Teknologi Malaysia
81310 UTM Skudai, Johor.

Faculty of Education
Universiti Teknologi Malaysia
81310 Johor Bahru
Johor, Malaysia

Tel: +(6)07-5534280/34169/34026 Fax: +(6)07-5560542/5577351/5534884 educ.utm.my

OUR REF.:
YOUR REF.:

SURAT KETERANGAN PIMPINAN MITRA RESEARCH

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Dr. YUSRI BIN KAMIN
Pekerjaan : Head of Department of Technical and Engineering Education,
Faculty of Education, Universiti Teknologi Malaysia (UTM), Johor Malaysia

Dengan ini menerangkan bahwa nama:

Nama : Dr. Nornazira binti Hj. Suhairom
Pekerjaan : Senior Lecturer of Education Faculty, Universiti Teknologi
Malaysia (UTM), Johor Malaysia

benar-benar terlibat diskusi pada tanggal 20 Oktober sampai 21 Oktober 2017, dalam Penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Dr. Moh. Fauzi, M.Ag
Pekerjaan : Lecturer of State Islamic University, Walisongo, Semarang Indonesia
Judul Penelitian : Perlindungan Prima Bagi bayi di Indonesia (Telaah atas Kebijakan Pemerintah dalam Peningkatan Persentase ASI Eksklusif melalui Integrasi Modal Sosial)

DR. YUSRI BIN KAMIN

Head of Department of Technical and Engineering Education
Faculty of Education
Universiti Teknologi Malaysia (UTM)

ABSTRAK

Pemerintah Indonesia telah menetapkan kebijakan nasional untuk memberikan perlindungan prima kepada bayi melalui pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif melalui berbagai peraturan hukum. Namun persentase ASI eksklusif di Indonesia masih rendah. Pada level daerah keberhasilan atau kegagalan peningkatan persentase ASI eksklusif tergantung langkah implementasi Pemerintah Daerah terkait pemanfaatan modal sosial secara integratif. Sample daerahnya Provinsi Jawa Tengah dan Provinsi Kalimantan Barat.

Sumber data penelitian berupa dokumentasi dan hasil wawancara mendalam dengan para responden yang dianalisis dengan metode deskriptif analisis (*descriptive analysis*) dan analisis reflektif (*reflective analysis*). Setelah itu dianalisis dengan *content analysis* (analisis isi), yakni dengan menginventarisir data, mengsimplifikasikan, kemudian menggeneralisasikannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan Pemerintah Republik Indonesia terkait peningkatan persentase ASI eksklusif sudah melibatkan modal sosial secara integratif.

Untuk implementasi di daerah, kasus di Provinsi Jawa Tengah berhasil meningkatkan persentase ASI eksklusif karena melakukan dua pendekatan secara bersamaan; legal-struktural dengan cara

menjadikan ASI Eksklusif sebagai isu strategis dan indikator sasaran pembangunan di bidang Kesehatan dengan memasukkannya ke dalam dokumen Perencanaan (RPJMD, Renstra, dan Renja) serta dengan melakukan pembuatan peraturan hukum terkait ASI eksklusif (Perda, Pergub, Perbup/Perwal). Di samping itu, Pemerintah Provinsi Jawa Tengah juga menggunakan pendekatan pelibatan modal sosial secara nyata melalui pelibatan tokoh agama dan tokoh masyarakat untuk mendukung program ASI eksklusif.
Sedangkan untuk kasus Provinsi Kalimantan Barat tidak berhasil meningkatkan persentase ASI eksklusif karena Kebijakan Pemerintah Pusat tidak ditindaklanjuti dengan peraturan hukum dan juga tidak memanfaatkan modal sosial secara integratif dalam kampanye peningkatan persentase ASI eksklusif secara maksimal.

Keyword: Kebijakan, Persentase, ASI Eksklusif,
Modal Sosial

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....i
Surat Keterangan..... iii
Surat Pernyataan Mitra Peneliti v
Surat Keterangan Pimpinan Mitra vii
Abstrak.....ix
Daftar Isi xi

BAB I
PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah.....10
C. Tujuan Penelitian 10
D. Kerangka Konseptual.....11
E. Telaah Pustaka 17
F. Metode Penelitian 21
G. Sistimatika Penulisan Laporan.....27

BAB II
KEBIJAKAN, AIR SUSU IBU EKSKLUSIF DAN MODAL SOSIAL DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN.....29
A. Kebijakan Pembangunan Kesehatan di Indonesia 29
B. Kondisi Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif di Indonesia.....29
C. Modal Sosial dalam Pembangunan Kesehatan.....39

BAB III
TELAAH ATAS KEBIJAKAN PEMERINTAH DALAM PENINGKATAN PERSENTASE AIR SUSU IBU EKSKLUSIF MELALUI INTEGRASI MODAL SOSIAL 41
A. Kebijakan Pemerintah dalam Peningkatan Persentase ASI Eksklusif Melalui Integrasi Modal Sosial 41
B. Implementasi Kebijakan Pemerintah dalam Peningkatan Persentase ASI Eksklusif Melalui Integrasi Modal Sosial Pada Level Pemerintah Daerah 77

B.1. Implementasi Kebijakan Pemerintah di Provinsi Jawa Tengah 80
B.2. Implementasi Kebijakan Pemerintah di Provinsi Kalimantan Barat 119

BAB IV
PENUTUP.....129
A. Kesimpulan 129
B. Rekomendasi.....130
C. Kata Penutup 131

DAFTAR PUSTAKA 133

BAB I

PENDAHULUAN

A. *Latar Belakang Masalah*

Indonesia merupakan negara yang telah memberikan perlindungan prima kepada bayi mulai sejak masih berada dalam kandungan sampai lahir di dunia. Perlindungan diberikan mulai dengan memberi perhatian secara khusus tentang pentingnya pemberian Air Susu Ibu (selanjutnya ditulis ASI) eksklusif sampai perlindungan agar bayi dapat melangsungkan hidup dan tumbuh kembangnya. Di dalam UUD 1945, Pasal 28B, ayat (2) disebutkan: "Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi". Demikian juga di dalam Konvensi Hak Anak (KHA) Pasal 24, ayat (2), huruf [e], disebutkan: "Negara peserta akan mengusahakan pelaksanaan sepenuhnya dari hak ini dan khususnya akan mengambil langkah-langkah yang tepat untuk: (e) Untuk memastikan bahwa semua golongan masyarakat anak-anak, diberi informasi, bisa memperoleh pendidikan dan mendapat dukungan dalam penggunaan pengetahuan dasar tentang kesehatan dan gizi anak, manfaat-manfaat dari pemberian air susu ibu, kesehatan dan penyehatan lingkungan dan pencegahan kecelakaan.

Perlindungan yang mengharuskan pemberian ASI eksklusif bagi bayi selama 6 (enam) bulan tersebut dituangkan dalam berbagai bentuk Peraturan Perundang-undangan organik sebagai penjabaran dari UUD 1945 . Di antaranya UU Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Azasi Manusia, yang di dalam Penjelasan Pasal 49, ayat (2) disebutkan: "Perlindungan khusus terhadap kesehatan reproduksi merujuk pada layanan kesehatan yang berkaitan dengan fungsi reproduksi wanita, seperti menstruasi, kehamilan, kelahiran anak dan memberikan kesempatan untuk menyusui anak-anak mereka". Perlindungan bayi melalui pemberian ASI eksklusif secara tegas diberikan dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Di dalam Pasal 128, ayat (1) diebutkan: "Setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis. Di dalam Penjelasannya disebutkan: "Arti dari "setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif" adalah memberikan seorang anak hanya ASI untuk jangka waktu minimum 6 (enam) bulan, dengan kemungkinan untuk melanjutkan hingga usia 2 (dua) tahun bersama-sama dengan makanan pendamping. Apa yang disebut dengan "indikasi medis" adalah ketika seorang professional dalam bidang kesehatan mengindikasikan bahwa seorang ibu sedang berada dalam keadaan yang tidak cukup sehat untuk memberikan air susu ibu.

Di samping dukungan regulasi, agama Islam -yang dianut mayoritas penduduk Indonesia- juga sangat mendukung pemberian ASI eksklusif bagi bayi sampai usia 2 (dua) tahun bagi ibu yang akan menyempurnakan pemberian ASI-nya.[1] Dalam QS. 2:233 yang memerintahkan para ibu untuk menyusui bayinya digunakan gaya kalimat berita. Hal ini menunjukkan adanya penekanan pentingnya perintah pemberian ASI tersebut (*lil mubalaghah*).[2] Meskipun terkait hukum menyusui bayi bagi seorang ibu, ulama empat Mazhab berbeda pendapat, namun mereka sepakat pentingnya pemberian ASI bagi bayi.[3]

---

[1]Penekanan pentingnya pemberian ASI dalam Islam dikarenakan ASI-lah makanan terbaik bagi bayi. Pandangan ini ternyata sejalan dengan temuan medis yang menyatakan ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi dibanding susu lain, seperti susu formula atau susu buatan lainnya. Di samping itu, pemberian ASI pada seorang bayi akan menumbuhkan sifat kasih sayang antara ibu dan bayinya. Sedangkan manfaat bagi si ibu akan dapat memperbaiki sel-sel organ reproduksinya serta dapat menjarangkan kehamilan bagi si ibu. Lihat, 'Ali Ahmad al-Jurjawi, *Hikmah al-Tasyri' wa Falsafath*, Juz II (Singapura-Jeddah: Al-Haramayn, t.th.), hlm. 110-111.

[2] Muhammad 'Ali al-Shabuni, *Rawa'iul Bayan Tafsir Ayat al-Ahkam Min al-Qur'an*, Juz I (Beirut: Dar al-Fikr, t.th.), hlm. 350.

[3] Mazhab Maliki berpendapat bahwa menyusui itu *wajib* bagi seorang ibu yang masih dalam ikatan pernikahan dalam posisinya sebagai istri, atau ketika si

Hal ini sejalan dengan perspektif medis, bahwa bayi yang mendapatkan ASI dari ibunya lebih banyak mendapatkan manfaat dibandingkan bayi yang menyusu botol (susu formula). Karena ASI mengandung berbagai rasa yang berasal dari berbagai jenis asupan yang dimakan si Ibu. Sementara susu formula hanya mengandung satu macam rasa saja.[4]

Faktor pendukung lainnya adalah keberadaan *Non Government Organization* (NGO) yang peduli dengan isu pemberian ASI eksklusif, seperti AIMI (Asosiasi Ibu Menyusui

---

bayi tidak mau menyusu selain puting ibunya. Sedangkan istri yang sudah ditalak *bai'n,* maka kewajiban menyusui anak bayi berpindah kepada suami, kecuali jika mantan istri (ibu si bayi) dengan sukarela mau menyusui bayinya, maka dialah yang lebih berhak dengan mendapatkan upah sewajarnya (*ujratul misli*) dari mantan suaminya. Sedangkan mayoritas ulama', menetapkan *nadb* (anjuran). Namun jika si bayi hanya mau menyusu putting ibunya, atau bapaknya tidak mampu membayar upah perempuan lain yang menyusui bayinya, atau bapaknya mampu membayar namun tidak ada perempuan lain yang mau menyusui bayi tersebut, maka hukum menyusuinya menjadi *wajib*. Al-Shabuni, *Rawa'iul Bayan*, hlm. 353.

[4] Carolyn S. Schroeder dan Betty N. Gordon, *Assasment and Treatment of Chilhood Problems* (New York & London: The Guilford Press, t.th.), hlm. 83.

Indonesia),[5] yang salah satu visinya untuk meningkatkan persentase ibu menyusui secara eksklusif. Salah satu program AIMI adalah melakukan kegiatan pelatihan kelas laktasi untuk memberikan edukasi kepada para ibu menyusui. Para pemberi materi adalah mereka yang sudah mendapat sertifikat sebagai Konsultan laktasi (*lactation specialist*). Sedangkan para alumni kelas laktasi yang sudah lulus mendapatkan sertifikat sebagai Konselor laktasi. Para alumni kelas laktasi ini merupakan *peer group* yang menularkan pengetahuan dan pengalamannya kepada para ibu-ibu menyusui lainnya dengan melakukan kunjungan rumah (*home visit*). Namun mereka masih berjalan sendiri-sendiri tanpa membangun jejaring yang kuat dengan seluruh modal sosial yang ada.[6] Dukungan dari lingkungan rumah, tempat kerja, dan seluruh

[5]AIMI merupakan organisasi nirlaba yang berbasis kelompok sesama ibu menyusui dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, informasi tentang ASI dan prosentase ibu menyusui di Indonesia. Asosiasi ini memiliki 14 (empat belas) cabang di seluruh Indonesia. www.aimi-asi.org.

[6] Modal sosial adalah hubungan dan ikatan di antara orang yang hidup dan bekerja dalam suatu komunitas yang memiliki kesamaan cara pandang sehingga dapat mendorong komunitas masyarakat berfungsi secara efektif. John Field, *Modal Sosial* (terjemahan Nurhadi) (Bantul: Kreasi Wacana, 2016), Cet. IV, hlm. 1.

masyarakat lingkungan ibu-ibu yang sedang menyusui dengan *peer group* belum dirajut dalam jaringan modal sosial secara integratif untuk mendukung pemberian ASI eksklusif.

Secara normatif, AIMI telah memiliki landasan untuk membangun jejaring antar modal sosial yang ada. Karena dalam visi nomor 5 dan 6 mengamanatkan untuk melibatkan Pemerintah, perusahaan-perusahaan, dan pihak ketiga serta masyarakat luas agar memberikan dukungan dalam menyukseskan program pemberian ASI eksklusif tersebut.[7]

Uraian di atas menunjukkan bahwa Pemerintah, ajaran Islam -yang dianut mayoritas penduduk Indonesia-, dan AIMI semuanya mendukung pemberian ASI eksklusif, namun upaya tersebut belum dilakukan dengan membangun jejaring antar modal sosial secara integratif dengan *leading sector*nya Pemerintah. Hal tersebut merupakan kewajiban Pemerintah untuk menetapkan Kebijakannya terkait ASI eksklusif. Hal ini ditegaskan dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 129, ayat (1): "Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu secara eksklusif".[8] Demikian juga Pasal 128, ayat (2) disebutkan:

---

[7] www.aimi-asi.org.

[8] http://www.hukumonline.com.

"Selama pemberian air susu ibu, pihak keluarga, Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus". Hal senada ditegaskan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, Pasal 2 yang berisi tujuan, huruf c disebutkan: "meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah terhadap pemberian ASI eksklusif".

Meskipun sudah banyak faktor pendukung, namun persentase pemberian ASI eksklusif di Indonesia masih tergolong rendah. Menurut data Profil Kesehatan Indonesia selama 5 (lima) tahun terakhir dapat diuraikan sebagai berikut. Pada Tahun 2011, persentase pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan sebesar 61,5%.[9] Pada tahun 2012, persentase tersebut menurun drastis menjadi 48,6%.[10] Pesentase tersebut meningkat sedikit menjadi 54,3% pada Tahun 2013.[11] Pada Tahun

[9] Pusat Data dan Informasi, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012), hlm. 160.

[10] Pusat Data dan Informasi, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013), hlm. 152.

[11] Sekretariat Jenderal, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014), hlm. 95.

2014, persentase pemberian ASI eksklusif berganti menurun sedikit menjadi 52,3%.[12] Sedangkan pada Tahun 2015, persentase meningkat menjadi 55,7%.[13] Adapun pada tahun-tahun berikutnya, ditemukan data pada Tahun 2016, persentase untuk tingkat nasional sebesar 54,6%.[14]

Besaran persentase ASI eksklusif tersebut belum ada yang mencapai target yang telah ditetapkan Pemerintah melalui Kementerian Perencanaan PembangunanNasional/BAPPENAS dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi. Target pada Tahun 2011 ditetapkan sebesar 65% tercapai 61,5%. Tahun 2012 ditetapkan target sebesar 67% hanya tercapai 48,6%. Sedangkan target Tahun 2013 sebesar 70% hanya tercapat 54,3%. Bahkan pada Tahun 2014 ditetapkan target sebesar 75% hanya tercapat 52,3%. Pada Tahun 2015 Pemerintah memasang target terlalu

---

[12] Sekretariat Jenderal, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015), hlm. 114.

[13] Sekretariat Jenderal, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016), hlm. 145.

[14]Pusat Data dan Informasi, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017), tanpa halaman.

tinggi, yakni 80% dan hanya tercapai 55,7%.[15] Adapun jika dilihat di dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan RI Tahun 2010-2014, sama sekali tidak dicantumkan target persentase ASI eksklusif. Sedangkan di dalam Renstra Tahun 2015-2019, dicantumkan target ASI eksklusif dengan menggunakan indikator bayi umur 6 bulan (bukan 0-6 bulan). Di dalam Renstra Tahun 2015-2019, disebutkan bahwa target capaian ASI eksklusif bagi bayi umur 6 bulan sebesar 39% dan pada Tahun 2016 sebesar 42%.[16]

Rendahnya capaian persentase ASI eksklusif dari target yang ditetapkan tersebut, disebabkan gencarnya promosi dan iklan susu formula, sehingga pemberian ASI berubah menjadi pilihan alternatif kedua bagi masyarakat modern saat ini.[17] Di samping itu, juga disebabkan

---

[15]Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS, *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi* (Jakarta: BAPPENAS, 2011), hlm. 47.

[16]Lihat, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 021/MENKES/SK/1/2011 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014.

[17]http://www.depkes.go.id/article/view/201404250001/dirjen-bina-gizi-kesehatan-ibu-dan-anak-resmikan-rumah-menyusui.html. Lihat juga, https://www.unicef.org/Indonesia/ide/media_25473.htm.

belum terbangunnya modal sosial secara integratif dalam pemberian ASI eksklusif. Faktor-faktor itulah yang menjadi penyebab masih rendahnya persentase pemberian ASI eksklusif di Indonesia.

Berdasarkan kondisi di atas, penelitian ini perlu dilakukan dengan judul PERLINDUNGAN PRIMA BAGI BAYI DI INDONESIA (Telaah Atas Kebijakan Pemerintah dalam Peningkatan Persentase Air Susu Ibu Eksklusif Melalui Integrasi Modal Sosial).

B. Rumusan Masalah

Penelitian ini akan menjawab sebuah masalah, yaitu:

1. Bagaimanakah bentuk integrasi modal sosial dalam kebijakan Pemerintah terkait peningkatan persentase ASI eksklusif di Indonesia?
2. Bagaimanakah implementasi kebijakan Pemerintah terkait peningkatan persentase ASI eksklusif melalui integrasi modal sosial pada level Pemerintah Daerah?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui bentuk integrasi modal
2. sosial dalam kebijakan Pemerintah terkait peningkatan persentase ASI eksklusif di Indonesia.

3. Untuk mengetahui bentuk implementasi kebijakan Pemerintah terkait peningkatan persentase ASI eksklusif melalui integrasi modal sosial pada level Pemerintah Daerah.

D. *Kerangka Konseptual*

Untuk menghindari kesalahpahaman konsep yang terdapat di dalam judul penelitian, berikut diuraikan beberapa konsep yang memerlukan penjelasan lebih lanjut. Konsep yang perlu diberikan penjelasan adalah Kebijakan dan Modal Sosial.

Kata "Kebijakan" yang di dalam Bahasa Inggris disebut *policy* didefinisikan dengan "*plan of action, statement of aims and ideals, especially one made by goverment*"[18] (rencana dari sebuah tindakan, pernyataan tujuan dan cita-cita khususnya yang dibuat oleh Pemerintah). Kebijakan ini seringkali diidentikkan dengan Kebijakan Publik (*Public Policy*) yang diartikan dengan "*whatever governments choose to do or not to do*" (apa pun yang dipilih Pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan). Definisi ini meniscayakan cirri bahwa Kebijakan itu dibuat oleh badan Pemerintah dan berisi pilihan yang harus dilakukan atau tidak dilakukan oleh

[18] AS Hornby, *Oxford Advanced Leaners Dictionary of Current English* (Oxford: Oxford University Press, 1987), hlm. 646.

Pemerintah. Lingkup Kebijakan Publik tersebut mencakup berbagai bidang pembangunan, seperti bidang pendidikan, pertanian, kesehatan, transportasi, dan lain-lainnya. Sedangkan dilihat dari prosesnya, Kebijakan Publik meliputi kegiatan penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan penilaian kebijakan.[19] Jika dilihat jenisnya, ada kebijakan substantif, kebijakan kelembagaan, dan kebijakan menurut kurun waktu tertentu.[20] Apabila dihubungkan dengan penelitian ini, maka Kebijakan yang dimaksudkan adalah pada aspek implementasi dan penilaian kebijakan yang bersifat substantif, dalam bidang kesehatan yang terkait peningkatan persentase ASI eksklusif di Indonesia.

Sedangkan kata "Modal Sosial" terdiri dari 2 (dua) kata "modal" dan "sosial". Kata "modal" asalnya bisa bermakna barang yang dipergunakan sebagai dasar atau bekal untuk bekerja (berjuang dsb); barang yang digunakan sebagai dasar atau bekal untuk bekerja (berjuang, dsb).[21] Dalam

---

[19]AG. Subarsono, *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2015), Cet. VII, hlm. 2,8-9.

[20] Subarsono, *Analisis Kebijakan Publik*, hlm. 19.

[21] Tim Penyusun Kamus Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Cet. II, (Jakarta: Balai Pustaka, 1994), hlm.

Bahasa Inggris, "modal" diartikan dengan "*capital*" yang diartikan "*wealth/money/property that may be used for the production of more wealth*"[22] (kekayaan/uang/harta benda yang dapat digunakan untuk memperbanyak kekayaan). Sedangkan kata "sosial" diartikan dengan berhubungan dengan masyarakat; suka memperhatikan kepentingan umum (suka menolong, menderma, dsb).[23] Dalam Kamus Bahasa Inggris, kata "sosial" yang ditulis denngan "sosial" diartikan dengan "*of people living in communities; of relation between persons and communitues*"[24] (sekelompok orang yang tinggal bersama di suatu masyarakat; hubungan antara orang-orang dengan masyarakatnya).

Sementara itu, di dalam relasi sosial, modal sosial (*sosial capital*) dimaksudkan sebagai adanya jembatan, ikatan, dan hubungan antar Sumber Daya yang dapat mendukung pencapaian suatu program. Jika orang berhubungan melalui

---

661. Lihat juga, Heppy EJ Rita, *Kamus Ilmiah Populer* (Yogyakarta: Oustaka Pelajar, 2012), hlm. 202.

[22] A.S. Hornby, *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English* (Oxford: Oxford University Press), hlm. 125.

[23] Tim Penyusun Kamus Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa, *Kamus Besar*, hlm. 958. Lihat juga, Heppy, *Kamus Ilmiah Populer*, hlm. 303.

[24] A.S. Hornby, *Oxford Advanced*, hlm. 818.

serangkaian jaringan dan mereka cenderung memiliki kesamaan nilai dengan anggota lain dalam jaringan tersebut, sejauh jejaring tersebut menjadi sumber daya, dia dapat disebut sebagai modal sosial.[25] Michael Woolcock dan Deepa Narayan mendefinisikan Modal Sosial dengan "*sosial capital refers to the norms and networks that enable people to act collectively*"[26] (Modal Sosial itu merujuk pada norma-norma dan jaringan yang memungkinkan orang bertindak secara kolektif).

Pemberian ASI eksklusif merupakan salah satu bidang kesehatan. Berkaitan dengan perlunya integrasi modal sosial dalam pemberian ASI eksklusif, ada tesis yang menyatakan bahwa masyarakat dengan jaringan sosial yang kuat memiliki angka kematian setengah atau sepertiga dari masyarakat yang ikatan sosialnya lemah. Artinya, modal sosial yang lebih tinggi bisa membuka akses secara lebih baik pada perawatan kesehatan.

---

[25] John Field, *Modal Sosial* (terjemahan Nurhadi dari *Sosial Capital*) (Bantul: Kreasi Wacana, 2016), Cet. IV, hlm. 1.

[26] Michael Woolcock dan Deepa Narayan, "Sosial Capital: Implications for Development Theory, Research, and Policy Revisited", dalam Anthony J. Bebbington (*et.all.*), *The Search for Empowerment Sosial Capital as Idea and Practice at the World Bank* (Bloomfield: Kumarian Press, 2006), hlm. 32-33.

Tesis tersebut menunjukkan adanya hubungan antara modal sosial dengan kesehatan. Adanya hubungan ini, menurut Putnam -sebagaimana dikutip John Field-, ada 4 (empat) alasan. *Pertama*, jaringan sosial dapat memberikan bantuan material nyata yang pada gilirannya akan mengurangi stress. *Kedua*, mereka dapat menegakkan norma hidup sehat. *Ketiga*, mereka dapat melakukan lobi secara lebih efektif untuk mendapatkan layanan medis yang dapat membantu menstimulasi sistem kekebalan tubuh.[27] Berdasarkan fakta ini, John Field menegaskan adanya hubungan positif secara luas antara modal sosial dengan kesehatan.[28] Modal sosial akan berfungsi sebagai sumber daya ketika masing-masing individu tidak hanya membentuk ikatan dengan orang lain, namun juga menginternalisasikan nilai-nilai bersama kelompok.[29]

Dalam perkembangannya, modal sosial digunakan para pembuat kebijakan untuk mencapai tujuan pembuatan kebijakan dalam pembangunan ekonomi, perbaikan kesehatan, perkembangan teknologi dan inovasi bisnis, pengurangan kemiskinan, inklusi sosial dan

[27] Field, *Modal Sosial*, hlm. 94.

[28] Field, *Modal Sosial*, hlm. 97.

[29] Field, *Modal Sosial*, hlm. 143.

pengurangan kejahatan.[30] Di sinilah perlunya kebijakan diarahkan pada pembangunan modal sosial sebagai kebaikan publik daripada kebaikan kelompok yang terfokus pada penciptaan modal sosial yang menjembatani sehingga mengatasi pemisahan secara sosial, etnis, dan religius.[31] Modal sosial banyak digunakan dalam kebijakan pembangunan dengan pendekatan berbasis pada kemitraan. Melibatkan komunitas secara aktif dalam pengambilan keputusan dan implementasi program adalah cara untuk mendorong perubahan berkelanjutan dalam bidang kesehatan sekaligus sebagai cara untuk mengatasi ketimpangan dalam bidang kesehatan.[32]

Uraian kerangka konseptual di atas menunjukkan pentingnya membangun modal sosial secara integratif untuk mendukung peningkatan persentase ASI eksklusif di Indonesia yang merupakan salah satu permasalahan dalam bidang kesehatan.

Di dalam penelitian ini, kata modal sosial dimaksudkan sebagai hubungan dan ikatan di antara orang yang hidup dan bekerja dalam suatu komunitas yang memiliki kesamaan cara pandang

[30] Field, *Modal Sosial*, hlm. 18.

[31] Field, *Modal Sosial*, hlm. 212.

[32] Field, *Modal Sosial*, hlm. 215-216.

sehingga dapat mendorong komunitas masyarakat berfungsi secara efektif.[33]

E. *Telaah Pustaka*

Tidak ada suatu hasil kajian ilmiah atau penelitian apa pun yang terlepas dari karya sebelumnya. Termasuk rencana penelitian ini merupakan kelanjutan dari penelitian atau kajian sebelumnya. Namun sejauh penelusuran terhadap telaah pustaka yang ada, fokus kajian penelitian ini berbeda dengan kajian atau penelitian yang sudah ada. Berikut ini diuraikan penelitian-penelitian yang temanya terkait atau mirip/sama dengan penelitian ini, namun berbeda fokus kajiannya.

1. Penelitian kelompok yang dilakukan oleh Farohatus Sholichah, dkk yang berjudul "Kegagalan Ibu Nikah Dini dalam Memberikan ASI Eksklusif di Kabupaten Semarang".[34] Fokus penelitian ini pada kegagalan para ibu muda yang melakukan pernikahan dini dalam memberikan ASI eksklusif. Sedangkan penelitian ini fokusnya menelaah kebijakan Pemerintah dalam

[33] Field, *Modal Sosial*, hlm. 1.

[34] Farohatus Sholichah dkk, *Kegagalan Ibu Nikah Dini dalam Memberikan ASI Eksklusif di Kabupaten Semarang,* Penelitian Kelompok, 2016.

peningkatan persentase pemberian ASI eksklusif di Indonesia melalui integrasi modal sosial.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Rini Henderawati, dkk yang dimuat dalam Jurnal Managemen Kesehatan Indonesia, Vol. 2, Nomor 1, April 2014, dengan judul "Analisis Implementasi Kebijakan Pemberian ASI Eksklusif bagi Ibu Bekerja di Kalimantan Selatan". Dari aspek lokasi, penelitian ini hanya terbatas di Kalimantan Selatan dengan fokus pada ibu bekerja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan yang sudah dibuat tidak diimplementasikan oleh instansi terkait di lapangan dengan alasan tidak adanya dukungan alokasi dana, tenaga, dan sarana khusus untuk mengimplemetasikan kebijakan. Sedangkan penelitian ini fokus menelaah kebijakan Pemerintah dalam peningkatan persentase pemberian ASI eksklusif di Indonesia melalui integrasi modal sosial.

3. Penelitian Helda yang ditulis menjadi sebuah artikel dengan judul "Kebijakan Peningkatan Pemberian ASI Eksklusif" yang dimuat di Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, Vol. 3, Nomor 5 April 2009. Penelitian ini dilakukan dengan menganalisis kebijakan pada kurun waktu tahun 2000-2007. Hasilnya, kebijakan yang ada belum mampu meningkatkan pemberian ASI eksklusif di Indonesia karena adanya promosi susu formula, faktor sosial-

budaya, dan wanita bekerja tidak mendukung pemberian ASI eksklusif. Di samping berbeda dari aspek kurun waktunya, penelitian ini juga menspesifikkan pada aspek peran integrasi modal sosial dalam mendukung kebijakan Pemerintah untuk peningkatan persentase ASI eksklusif.

4. Penelitian Sandra Likawati dan Ahmad Syafiq yang ditulis menjadi artikel dengan judul "Kajian dan Implementasi Kebijakan Air Susu Ibu Eksklusif dan Inisiasi menyusu Dini di Indonesia" yang dimuat di Jurnal Makara Kesehatan, Vol. 14, No. 1, Juni, 2010. Penelitian dilakukan berdasarkan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 1997-2007. Kebijakan yang diteliti adalah peraturan yang lahir antara tahun 1997-2004. Hasil kajiannya menunjukkan bahwa kebijakan pemberian ASI eksklusif di Indonesia belum lengkap dan komprehensif. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) belum secara eksplisit masuk dalam kebijakan. Rekomendasi yang diberikan adalah hendaknya kebijakan disertai *reward* dan *punishment* serta monitoring evaluasi dalam implementasi kebijakan. Dilihat dari dua hal tersebut, penelitian Sandra dan Syafiq tersebut berbeda dengan penelitian ini. Di samping secara khusus, penelitian ini menfokuskan pada aspek peran integrasi modal sosial dalam mendukung kebijakan Pemerintah untuk peningkatan persentase ASI eksklusif.

5. Artikel Yekti Widodo dengan judul “Cakupan Pemberian ASI Eksklusif: Akurasi dan Interpretasi Data Survei dan Laporan Program” yang dimuat di Jurnal Gizi Indon, 2011, 34 (2). Artikel ini menitikberatkan analisisnya pada berbagai macam perbedaan definisi dan metode pengumpulan data tentang cakupan pemberian ASI Eksklusif di Indonesia yang berdampak pada perbedaan hasilnya karena adanya perbedaan interpretasi. Kajian artikel tersebut jelas berbeda dengan penelitian ini baik dari aspek fokus kajian maupun dampak hasil kajiannya.

6. Artikel Nurhira Abdul Kadir yang dimuat di Jurnal *Al-Hikmah,* Vol. XV, Nomor 1/2014 dengan judul “Menelusuri Akar Masalah Rendahnya Persentase Pemberian ASI Eksklusif di Indonesia”. Hasil kajian menunjukkan bahwa rendahnya persentase pemberian ASI eksklusif disebabkan oleh 2 (dua) faktor; internal dan eksternal. Faktor internal misalnya fisik si Ibu yang kecil, psykhisnya yang terganggu, pekerjaan dan pendidikan si Ibu dan kegagalan Inisiasi Menyusu Dini. Sedangkan faktor eksternal meliputi kondisi keluarga, wilayah geografis, ketahanan pangan dan peran media. Artikel ini berbeda dengan penelitian ini yang fokusnya pada aspek peran integrasi modal sosial dalam mendukung kebijakan Pemerintah untuk peningkatan persentase ASI eksklusif.

7. Tulisan Putri Ratih Damayati (2015) dengan judul "Masalah dan Strategi Peningkatan Cakupan ASI Eksklusif di Indonesia". Hasil kajiaanya menyimpulkan bahwa masih rendahnya cakupan tersebut dikarenakan tingginya pemberian makanan prelakteal, ibu bekerja dan pemberian susu formula bayi. Sedangkan strategi yang dilakukan Pemerintah adalah melalui program konselor ASI, penyediaan ruang laktasi dan penegakan peraturan pemasaran susu formula. Tulisan ini jelas berbeda fokus kajiannya dengan penelitian ini.

Uraian telaah pustaka di atas menujukkan bahwa fokus penelitian ini berbeda dengan penelitian/buku/artikel terkait tema yang sudah disebutkan di atas. Oleh karena itu, penelitian ini penting untuk dilakukan.

F. *Metode Penelitian*

1. Jenis dan Sumber Data Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Data digali dari dokumen Peraturan Perundang-Undangan dan dari responden di lapangan, kemudian diolah dengan menggunakan *verstehen*, yakni pemahaman dengan menggunakan pola pikir yang divergen, kreatif dan inovatif sehingga ditemukan makna yang lebih jauh, dan bukan sekedar signifikansi. Dengan *verstehen* ditemukan makna tersurat dan

tersirat serta menghubungkan keduanya dengan sesuatu yang ada di luarnya, sehingga diperoleh makna yang lebih dalam dan lebih luas.[35]

Sedangkan sumber data penelitian ini adalah subyek darimana data-data dapat diperoleh, baik dalam bentuk dokumentasi, yang berupa Peraturan Perundang-undangan, profil kesehatan, Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), tulisan di buku, laporan penelitian, jurnal, majalah dan sebagainya yang terkait dengan tema penelitian, maupun berupa hasil wawancara mendalam dengan para responden.[36]

2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan metode Dokumentasi yang bersumber pada Peraturan Perundang-Undangan dan sumber tertulis lain yang terkait dengan tema penelitian. Pengumpulan data tersebut diikuti dengan langkah menuliskan, mengklasifikasi, mereduksi dan menyajikan data. Penggalian data lainnya dilakukan dengan metode wawancara mendalam, sehingga ditemukan pola pemahaman yang sama

---

[35] Noeng Muhadjir, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, edisi III (Yogyakarta: Rake Sarasin, 1998), hlm. 80.

[36]Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek* (Jakarta: Rineka Cipta, 1996), Cet. X, hlm. 114.

untuk validitas. Teknik samplingnya berupa *purposive sampling* dan *maximum variation sampling*. Teknik *purposive sampling* digunakan untuk mendapatkan informasi yang tepat dari responden sesuai dengan tujuan dari penelitian. Sedangkan *maximum variation sampling* berguna untuk memilih informan yang memberikan keragaman maksimum untuk merekam keragaman sumber data.[37] Keragaman sumber data tersebut diperoleh dari unsur Pemerintah yakni Kementerian Kesehatan dan dinas terkait dan unsur masyarakat yang direpresentasikan oleh AIMI. Sedangkan penentuan wilayah yang digunakan sebagai samplelnya, penelitian ini mendasarkan atas wilayah yang pernah dijadikan *piloting* dampingan untuk ASI eksklusif, namun persentasenya masih rendah dan wilayah yang tidak pernah dijadikan *piloting* namun berhasil meningkatkan persentase ASI eksklusif di atas persentase nasional. Untuk sampel wilayah yang pernah menjadi *piloting* adalah Provinsi Kalimantan Barat.[38] Sedangkan wilayah yang

[37]Lihat Muhadjir, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, hlm. 45-46.

[38] Di Indonesia, ada 5 (lima) wilayah Provinsi yang menjadi *piloting* dampingan USAID Kinerja (tahun 2012-2016) terkait peningkatan persentase ASI eksklusif. Kelima Provinsi tersebut adalah Provinsi Papua, Provinsi Aceh, Provinsi Sulawesi Selatan, Provinsi KalimantaN Barat, dan Provinsi Jawa Timur.

tidak menjadi *piloting*, sampelnya Provinsi Jawa Tengah.

Dengan metode tersebut, data-data hasil wawancara mendalam akan dikonfirmasikan antar responden agar hasilnya dapat mendekati validitas yang relevan dengan tujuan dan signifikansi penelitian. Di samping itu validitas data yang masih memiliki kekurangan dapat disempurnakan oleh responden lain, sehingga diharapkan informasi yang ingin diperoleh dapat dilengkapi melalui sumber lain yang direkomendasikan oleh responden sebelumnya.

3. Analisis Data

Karena data yang dikumpulkan berupa pengetahuan para pelaksana Kebijakan di bidang kesehatan dan pegiat sosial melalui wadah AIMI sebagai representasi masyarakat, maka metode analisis data yang digunakan adalah metode deskriptif analisis (*descriptive analysis*) dan analisis reflektif (*reflective analysis*). Analisis deskriptif merupakan salah satu metode analisis yang bertujuan untuk menemukan gambaran dari hal-hal yang diteliti. Sedangkan analisis reflektif mencoba mengungkap situasi yang dikaji, relasi-relasi sosial yang berperan, dan pengaruh-pengaruh yang bisa ditimbulkan dari hubungan tersebut. Proses analisis ini dilakukan terus menerus dengan cermat.[39] Sedangkan untuk

[39] Arikunto, *Prosedur Penelitian*, hlm. 245.

menganalisisnya digunakan *content analysis* (analisis isi), yakni dengan menginventarisir data, mengsimplifikasikan,kemudianmenggeneralisasikannya.[40]

Penelitian ini termasuk kategori penelitian kebijakan yang diawali dengan pemahaman yang menyeluruh terhadap masalah sosial (dalam penelitian ini masalah rendahnya persentase ASI eksklusif) yang kemudian dilanjutkan dengan langkah penelitian untuk mencari alternatif pemecahan masalah yang diakhiri dengan penyampaian rekomendasi kepada pembuat kebijakan. Penelitian kebijakan merupakan bagian integral dari program-program sosial yang merupakan usaha untuk mengkaji masalah-masalah sosial yang fundamental dalam kaitannya untuk mengkreasi *pragmatic course of action* dalam rangka memperbaiki atau membenahi masalah tersebut. Hasil akhir penelitian kebijakan adalah tersusunnya

[40] Lihat lebih lanjut, Muhadjir, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, hlm. 49-51. Untuk penjelasan lebih lengkap tentang *content analysis*, lihat lebih lanjut Peter K. Manning and Betsy Cullum Swan, "Narrative, Content, and Semiotic Analysis", dalam Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln (*ed.*), *Handbook of Qualitative Research* (New Delhi: Sage Publications, t.th.), hlm. 463-466.

rekomendasi pragmatis bagi pengambilan atau pembuatan kebijakan. [41]

Dalam penelitian Kebijakan, ada banyak metode yang relevan.[42] Dalam penelitian ini, digunakan metode Penelitian Kualitatif melalui wawancara mendalam. Aplikasi metode Kualitatif dalam Penelitian Kebijakan dilakukan dengan menempuh langkah-langkah sebagai berkut:

a. Merumuskan masalah sebagai fokus studi penelitian Kebijakan;
b. Mengumpulkan data lapangan;
c. Menganalisis Data;
d. Merumuskan hasil studi; dan
e. Menyusun rekomendasi untuk pembuat

[41] Sudarwan Danim, *Pengantar Studi Penelitian Kebijakan* (Jakarta: Bumi Aksara, 2000), Cet. II, hlm. 23, 29-30. Lihat dan bandingkan dengan Noeng Muhadjir, *Metodologi Penelitian Kebijakan dan Evaluation Research* (Yogyakarta:Rake Sarasin, 2004).

[42]Sudarwan Denim menyebutkan ada 11 (sebelas) macam metode yang relevan dengan Penelitian Kebijakan; (1) Sintesis Terfokus; (2) Analisis Data Sekunder; (3) Eksperimen Lapangan; (4) Metode Kualitatif; (5) Metode Survei; (6) Penelitian Kasus; (7) Analisis Biaya-Keuntungan; (8) Analisis Keefektifan Biaya; (9) Analisis Kombinasi; (10) Penelitian Tindakan; dan (11) Grounded Research. Lihat, Sudarwan, *Pengantar Studi Penelitian Kebijakan*, hlm. 175-176.

kebijakan.[43]

Dalam penelitian ini, Penelitian Kebijakan dimaksudkan pada aspek implementasi dan penilaian kebijakan yang bersifat substantif, dalam bidang kesehatan yang terkait peningkatan persentase ASI eksklusif di Indonesia.

G. Sistimatika Penulisan Laporan

Berdasarkan uraian dalam metode dan desain penelitian di atas, penelitian ini dilaporkan dengan sistimatika sebagai berikut:

Bab pertama berjudul Pendahuluan. Bab ini terdiri dari Latar Belakang Masalah, Rumusan Masalah, Tujuan Penelitian, Kerangka Konseptual, Telaah Pustaka, Metode Penelitian, dan Sistimatika Penulisan Laporan.

Sedangkan bab kedua berjudul kebijakan, air susu ibu eksklusif dan modal sosial dalam pembangunan kesehatan. Bab ini terdiri dari tiga suba bab. Sub bab kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia, sub bab pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif di Indonesia, dan sub bab modal sosial dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Bab ketiga berjudul telaah atas kebijakan Pemerintah Indonesia dalam peningkatan

[43] Sudarwan, *Pengantar Studi Penelitian Kebijakan*, hlm. 186-187.

persentase Air Susu Ibu (ASI) eksklusif melalui integrasi modal sosial. Bab ini terdiri dari dua sub bab; sub bab kebijakan Pemerintah dalam peningkatan persentase ASI eksklusif melalui integrasi modal sosial, dan sub bab implementasi kebijakan Pemerintah dalam peningkatan persentase ASI eksklusif melalui integrasi modal sosial pada level Pemerintah Daerah

Bab keempat penutup, yang terdiri dari kesimpulan, rekomendasi, dan kata penutup.

Pada bagian akhir dilengkapi dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

KEBIJAKAN, AIR SUSU IBU EKSKLUSIF DAN MODAL SOSIAL DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN

A. *Kebijakan Pembangunan Kesehatan di Indonesia*

Kebijakan Pemerintah Republik Indonesia dalam bidang kesehatan, yang di dalamnya mencakup kebijakan terkait Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, *grand design*-nya dibuat oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), khusus yang terkait pangan dan gizi. Di dalam Rencana Aksi Nasional Tahun 2011-2015, BAPPENAS telah menetapkan kebijakan untuk bayi dan anak standar emas makanan bayi, yaitu: 1) inisiasi menyusu dini; 2) memberikan ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan; 3) pemberian makanan pendamping ASI yang berasal dari makanan keluarga, diberikan tepat waktu mulai bayi berusia 6 bulan; dan 4) ASI terus diberikan sampai anak berusia 2 tahun.[1]

[1]Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi* (Jakarta: Bappenas, 2011), hlm. 16.

BAPPENAS juga telah menetapkan pemberian ASI eksklusif sebagai salah satu indikator prilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).[2] Menurut BAPPENAS, masalah kekurangan gizi pada anak balita merupakan dampak dari rendahnya pemberian ASI eksklusif sampai 6 bulan dan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tidak tepat (terlalu dini atau terlambat), jumlahnya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan bayi pada setiap tahapan usia dan tidak bergizi seimbang untuk memenuhi asupan kalori, protein dan gizi mikro.[3]

Cakupan pemberian ASI eksklusif dipengaruhi beberapa hal. Di antaranya, karena masih terbatasnya tenaga konselor laktasi untuk memberikan informasi yang benar kepada keluarga, serta belum maksimalnya kegiatan edukasi, sosialisasi, advokasi, dan promosi terkait pemberian ASI maupun MP-ASI.[4]

Di dalam Rencana Aksi tersebut, BAPPENAS mematok target cakupan pemberian ASI eksklusif bayi 0-6 bulan sebesar 60% (tahun

---

[2] BAPPENAS, *Rencana Aksi Nasional*, hlm. 28-29.

[3] BAPPENAS, *Rencana Aksi Nasional*, hlm. 29.

[4] BAPPENAS, *Rencana Aksi Nasional*, hlm. 30.

2011), 67% (tahun 2012), 70% (tahun 2013), 75% (2014), dan 80% (tahun 2015).[5]

Sedangkan secara tehnis, kebijakan bidang kesehatan terkait ASI eksklusif dilakukan oleh Kementerian Kesehatan sebagai penanggung jawab utama dan didukung oleh kementerian lain yang terkait, seperti Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Kebijakan umum Pemerintah dituangkan di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) yang ditindaklanjuti Kementerian Kesehatan di dalam Rencana Strategis (Renstra)-nya.

Di dalam Renstra Kemenkes RI Tahun 2010-2014 hasil revisi menyebutkan salah satu strateginya adalah dengan meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerjasama nasional dan global. Strategi tersebut dilakukan dengan salah satu fokusnya meningkatkan upaya promosi kesehatan kepada masyarakat dalam Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) terutama pada pemberian ASI eksklusif, perilaku tidak merokok dan sanitasi.[6]

---

[5] BAPPENAS, *Rencana Aksi Nasional*, hlm. 47.

[6] Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 021/MENKES/SK/1/2011 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014,* hlm. 27-28.

Meskipun pemberian ASI eksklusif menjadi fokus peningkatan upaya promosi kesehatan, namun pemberian ASI eksklusif tidak menjadi indikator Program Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak dalam Renstra Kemenkes 2010-2014.[7] Demikian juga di dalam Renstra tidak menyebutkan target persentase ASI eksklusif per tahunnya. Padahal dana yang dianggarkan untuk Program Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak selama 5 (lima) tahun; mulai tahun 2010 sampai tahun 2014 sebanyak Rp 16.072.3 Milyar.[8]

Sedangkan di dalam Renstra kemenkes RI Tahun 2015-2019 menyebutkan Program Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak yang di antaranya dilakukan melalui kegiatan pembinaan perbaikan gizi masyarakat dengan salah satu indikator pencapaian sasaran persentase bayi kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif, dengan target pada akhir tahun Renstra sebesar 50%.[9] Adapun target ASI eksklusif per

---

[7] Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 021/MENKES/SK/1/2011 tentang Rencana Strategis,* bagian lampiran-8.

[8] Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 021/MENKES/SK/1/2011 tentang Rencana Strategis*, lampiran-22.

[9] Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor:*

tahun disebutkan, 39% (tahun 2015), 42% (tahun 2016), 44% (tahun 2017), 47% (tahun 2018), dan 50% (tahun 2019).[10]

B. Kondisi Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif di Indonesia

Gambaran umum pemberian ASI eksklusif di Indonesia dalam masa 5 (lima) tahun terakhir masih tergolong sangat rendah. Berawal dari hasil survey tahun-tahun sebelumnya yang dilaporkan di dalam Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012, disebutkan bahwa persentase ASI eksklusif menurun terus setelah dua bulan pertama. Lebih dari 7 di antara 10 anak umur 4-5 bulan telah menerima makanan tambahan.[11] Sedangkan ketika dilihat dari pemberian ASI eksklusif 0-6 bulan, mulai tahun 2006-2010 keenderungannya lebih banyak

---

HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, hlm.75-76.

[10] Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, hlm. 114.

[11] BKKBN, BPS, dan Kemenkes, *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012* (Jakarta: USAID, 2013), hlm. 161.

menurun. Pada tahun 2006 sebesar 64,1%, turun menjadi 62,2% tahun 2007, semakin turun menjadi 56,2% pada tahun 2008. Pada tahun 2009 naik menjadi 61,3% dan kembali naik sedikit menjadi 61,5% pada tahun 2010.[12]

Sedangkan gambaran persentase ASI eksklusif pada 5 (lima) tahun terakhir dapat diuraikan sebagai berikut. Persentase ASI eksklusif tahun 2011 tidak ditemukan datanya. Di dalam Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011, data yang dicantumkan masih persentase Tahun 2010, yakni 61,5%. Apabila dilihat dari target yang ditetapkan oleh BAPPENAS 60%, maka target tersebut telah tercapai pada tahun 2011. Cakupan persentase tersebut dipengaruhi banyak permasalahan. Di antaranya:

a. Pemasaran susu formula masih gencar dilakukan untuk bayi 0-6 bulan yang tidak ada masalah medis;

b. Masih banyaknya perusahaan yang mempekerjakan perempuan tidak member kesempatan bagi ibu yang memiliki bayi 0-6 bulan untuk melaksanakan pemberian ASI secara eksklusif. Hal ini ditandai belum disediakannya ruang laktasi dan perangkat pendukungnya;

[12] Pusat Data dan Informasi, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012), hlm. 160.

c. Masih banyaknya tenaga kesehatan di tingkat layanan yang belum peduli atau belum berpihak pada pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif, yaitu masih mendorong untuk member susu formula pada bayi 0-6 bulan;

d. Pemasaran susu formula masih banyak ditujukan pada bayi yang tidak punya masalah kesehatan;

e. Masih sangat terbatasnya tenaga konselor ASI;

f. Belum maksimalnya kegiatan edukasi, sosialisasi, advokasi, dan kampanye terkait pemberian ASI, dan belum semua Rumah Sakit melaksanakan 10 Langkah Menuju Kebehasilan Menyusui (LMKM).

Untuk memecahkan permasalahan tersebut, upaya yang dilakukan adalah:

a. Penyelesaian Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Pemberian ASI eksklusif;
b. Melakukan pelatihan konseling menyusui dan konseling MP-ASI;
c. Melaksanakan 10 LMKM;
d. Sosialisasi dan kampanye AS eksklusif;
e. KIE melalui media cetak dan elektronik;
f. Mengembangkan strategi peningkatan pemberian ASI eksklusif;
g. Menciptakan lingkungan yang kondusif terhadap perilaku menyusui melalui

peraturan perundang-undangan dan kebijakan atau Peraturan Pemerintah;

h. Penguatan sarana pelayanan kesehatan dalam menerapkan 10 LMKM;
i. Peningkatan komitmen dan kapasitas *stakeholder* dalam meningkatkan, melindungi dan mendukung pemberian ASI;
j. Pemberdayaan ibu, keluarga, keluarga, dan masyarakat dalam praktek pemberian ASI;
k. Menjamin terlaksananya strategi pemberia ASI;
l. Pengembangan peraturan perundang-undangan dan kebijakan atau Peraturan Pemerintah;
m. Pelaksanaan revitalisasi Rumah Sakit dan sarana pelayanan sayang bayi;
n. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan;
o. Pemberdayaan ibu, bapak, dan keluarga serta masyarakat;
p. Perlindungan pekerja perempuan;
q. Bekerjasama dengan lintas sektor terkait dalam pengawasan pemasaran susu formula dan produk makanan bayi sesuai standar produk makanan (*codex alimentarius*);
r. Advokasi dan promosi peningkatan pemberian ASI.[13]

[13] Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011* (Jakarta: Kemenkes RI, 2012), hlm. 161-162.

Sedangkan persentase ASI eksklusif Tahun 2012 sebesar 48,6%. Apabila dilihat dari target yang ditetapkan oleh BAPPENAS sebesar 67%, cakupan persentase tersebut masih jauh dari harapan. Kemenkes menyebutkan faktor yang mempengaruhi dan strategi untuk menyelesaikannya sama persis dengan yang dibuat pada tahun 2011.[14]

Adapun persentase ASI eksklusif Tahun 2013 sebesar 54,3% sedikit meningkat dibandingkan tahun 2012 sebesar 48,6%. Capaian persentase tersebut masih sangat jauh dari target yang ditetapkan BAPPENAS sebesar 70%. Analisis faktor yang mempengaruhi dan strategi penyelesaian masalah masih menggunakan model *copy-paste* dari tahun-tahun sebelumnya. Hanya pada aspek faktor yang mempengaruhi, pada tahun 2013 dihilangkan faktor pemasaran susu formula masih banyak ditujukan pada bayi yang tidak punya masalah kesehatan.[15]

Pada tahun 2014, capaian ASI eksklusif justru mengalami penurunan menjadi 52,3%.

---

[14] Lihat, Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012* (Jakarta: Kemenkes RI, 2013), hlm. 152-154.

[15] Lihat, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013* (Jakarta: Kemenkes RI, 2014), hlm.

Capaian ini juga masih jauh dari target yang ditetapkan BAPPENAS sebesar 75%.[16]

Pada tahun 2015, capaian ASI eksklusif meningkat menjadi 55,7%. Capaian ini melebihi dari target yang ditetapkan di dalam Renstra Kemenkes yang hanya 39%. Pada tahun ini, dari 33 Provinsi yang melaporkan, ada 29 Provinsi (88%) berhasil mencapai target Renstra tahun 2015.[17]

Pada tahun 2016 tabulasi datanya sebenarnya belum sempurna. Karena Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017 masih sedang berlangsung. Namun ditemukan data tabel bahwa persentase ASI eksklusif tahun 2016 sebesar 54,6%. Capaian ini melebihi target yang ditetapkan di dalam Renstra, yakni sebesar 42%.[18]

---

[16] Lihat, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014* (Jakarta: Kemenkes RI, 2015), hlm. 114.

[17] Lihat, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015* (Jakarta: Kemenkes RI, 2016), hlm. 145.

[18]Pusat Data dan Informasi, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016* (Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017), tanpa halaman.

C. Modal Sosial dalam Pembangunan Kesehatan

Sebagimana uraian pada Bab I, ada Tesis yang menunjukkan adanya hubungan antara modal sosial dengan kesehatan. Adanya hubungan ini, menurut Putnam -sebagaimana dikutip John Field-, ada 4 (empat) alasan. *Pertama*, jaringan sosial dapat memberikan bantuan material nyata yang pada gilirannya akan mengurangi stress. *Kedua*, mereka dapat menegakkan norma hidup sehat. *Ketiga*, mereka dapat melakukan lobi secara lebih efektif untuk mendapatkan layanan medis yang dapat membantu menstimulasi sistem kekebalan tubuh.[19]

Kesehatan tidak hanya soal mengakses layanan, namun juga soal gaya hidup yang mendorong kebugaran dan membantu menghindari risiko obesitas. Jika orang akan mengubah prilaku mereka dan mengadopsi gaya hidup yang lebih sehat, mereka lebih cenderung melakukannya jika mempelajari pola-pola baru dari orang-orang yang mereka percayai dan percaya bahwa perubahan bisa saja benar-benar menciptakan perbedaan. Sebuah studi tentang kesehatan anak ditemukan bahwa modal sosial masyarakat berasosiasi dengan pemahaman mereka tentang harga diri, kemampuan diri, dan keyakinan mereka terhadap kapasitas mereka

[19] John Field, *Modal Sosial* (terjemahan Nurhadi dari *Sosial Capital*) (Bantul: Kreasi Wacana, 2016), Cet. IV, hlm. 94.

untuk melakukan tindakan sepanang hidupnya, maka efek kesehatan cenderung bersifat positif.[20]

Berdasarkan fakta-fakta tersebut, John Field menegaskan adanya hubungan positif secara luas antara modal sosial dengan kesehatan.[21] Modal sosial akan berfungsi sebagai sumber daya ketika masing-masing individu tidak hanya membentuk ikatan dengan orang lain, namun juga menginternalisasikan nilai-nilai bersama kelompok.[22]

[20] Field, *Modal Sosial*, hlm. 95.

[21] Field, *Modal Sosial*, hlm. 97.

[22] Field, *Modal Sosial*, hlm. 143.

BAB III

TELAAH ATAS KEBIJAKAN PEMERINTAH DALAM PENINGKATAN PERSENTASE AIR SUSU IBU (ASI) EKSKLUSIF MELALUI INTEGRASI MODAL SOSIAL

A. Kebijakan Pemerintah dalam Peningkatan Persentase ASI Eksklusif Melalui Integrasi Modal Sosial

Kebijakan Pemerintah dalam peningkatan persentase ASI eksklusif pada level Pusat telah dilakukan dengan membuat regulasi, mulai dari Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, sampai Peraturan Menteri terkait, bahkan Peraturan lintas Kementerian. Induk Kebijakan ASI eksklusif secara eksplisit diwadahi dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Setelah mengeluarkan UU No. 36 Tahun 2009 tersebut, Pemerintah kemudian mengeluarkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.[1] Setelah kedua Peraturan tersebut, Pemerintah melalui Menteri

[1]Lahirnya Peraturan Pemerintah tersebut sudah terlambat dari waktu yang seharusnya. Menurut amanat Pasal 202 UU No. 36 Tahun 2009, PP sudah harus disahkan paling lambat 1 (satu) tahun sejak UU disahkan. UU disahkan pada tanggal 13 Oktober 2009, sedangkan PP baru disahkan pada tanggal 1 Maret 2012.

Kesehatan mengeluarkan berbagai Peraturan yang menindaklanjuti UU dan PP terkait ASI eksklusif.

Di dalam UU Nomor 36 Tahun 2009, permasalahan yang terkait pemberian ASI eksklusif diawali dengan kewajiban ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya. Hal ini diatur di dalam Pasal 128, ayat (1) yang menyebutkan: "Setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis. Di dalam Penjelasannya disebutkan: "Arti dari "setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif" adalah memberikan seorang anak hanya ASI untuk jangka waktu minimum 6 (enam) bulan, dengan kemungkinan untuk melanjutkan hingga usia 2 (dua) tahun bersama-sama dengan makanan pendamping. Apa yang disebut dengan "indikasi medis" adalah ketika seorang professional dalam bidang kesehatan mengindikasikan bahwa seorang ibu sedang berada dalam keadaan yang tidak cukup sehat untuk memberikan air susu ibu. Keharusan pemberian ASI eksklusif juga ditegaskan di dalam PP Nomor 33 tahun 2012. Hal ini disebutkan di dalam Pasal 6 sampai dengan Pasal 8 sebagai berikut:

Pasal 6

Setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI Eksklusif kepada Bayi yang dilahirkannya.

Pasal 7

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 tidak berlaku dalam hal terdapat:
a. indikasi medis:
b. ibu tidak ada; atau
c. ibu terpisah dari Bayi.

Pasal 8

(1) Penentuan indikasi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf a dilakukan oleh dokter.
(2) Dokter dalam menentukan indikasi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional.
(3) Dalam hal di daerah tertentu tidak terdapat dokter, penentuan ada atau tidaknya indikasi medis dapat dilakukan oleh bidan atau perawat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal yang menjadi landasan bahwa Pemerintah berkewajiban menetapkan Kebijakan ASI eksklusif diatur di dalam Pasal 129, ayat (1) UU No. 36 Tahun 2009 yang menyebutkan: "Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu secara eksklusif" sedangkan ayat (2) menyebutkan: "Ketentuan lebih lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah". Berdasarkan amanat Pasal 129, ayat (2) itulah

Pemerintah kemudian mengeluarkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Di dalam PP ini, kewajiban Pemerintah untuk menetapkan Kebijakan terkait ASI eksklusif diatur di dalam Bab II, Bagian Kesatu, tentang Tanggung Jawab Pemerintah sebagai berikut:

Pasal 3

Tanggung jawab Pemerintah dalam program pemberian ASI Eksklusif meliputi:

a. menetapkan kebijakan nasional terkait program pemberian ASI Eksklusif;
b. melaksanakan advokasi dan sosialisasi program pemberian ASI Eksklusif;
c. memberikan pelatihan mengenai program pemberian ASI Eksklusif dan penyediaan tenaga konselor menyusui di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan tempat sarana umum lainnya;
d. mengintegrasikan materi mengenai ASI Eksklusif pada kurikulum pendidikan formal dan nonformal bagi Tenaga Kesehatan;
e. membina, mengawasi, serta mengevaluasi pelaksanaan dan pencapaian program pemberian ASI Eksklusif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, satuan pendidikan kesehatan, Tempat Kerja, tempat sarana umum, dan kegiatan di masyarakat;
f. mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkaitan dengan ASI Eksklusif;

g. mengembangkan kerja sama mengenai program ASI Eksklusif dengan pihak lain di dalam dan/atau luar negeri; dan
h. menyediakan ketersediaan akses terhadap informasi dan edukasi atas penyelenggaraan program pemberian ASI eksklusif.

Kebijakan Pemerintah dalam peningkatan persentase ASI eksklusif dirumuskan dengan melibatkan modal sosial (komponen masyarakat) yang harus mendukung dan terlibat selain ibu bayi itu sendiri. Hal ini ditegaskan di dalam Pasal 128, ayat (2) UU No. 36 Tahun 2009 yang menyebutkan: "Selama pemberian air susu ibu, pihak keluarga, Pemerintah, Pemerintah Daerah, *dan masyarakat* harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus". Selanjutnya di dalam ayat (3) disebutkan: "Penyediaan fasilitas khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diadakan di tempat kerja dan tempat sarana umum".

Keterlibatan modal sosial juga dapat dilihat dalam rumusan tujuan pemberian ASI eksklusif. Hal ini diatur di dalam Pasal 2, huruf C, PP Nomor 33 Tahun 2012 yang menyebutkan: "meningkatkan peran dan dukungan keluarga, *masyarakat*, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah terhadap pemberian ASI eksklusif". Sedangkan pelibatan modal sosial secara eksplisit disebutkan dalam satu bab, yaitu Bab VI, dengan judul DUKUNGAN MASYARAKAT, Pasal 37 yang menyebutkan:

(1) *Masyarakat harus mendukung keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif baik secara perorangan, kelompok, maupun organisasi*.
(2) Dukungan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
    a. pemberian sumbangan pemikiran terkait denganpenentuan kebijakan dan/atau pelaksanaan program pemberian ASI Eksklusif;
    b. penyebarluasan informasi kepada masyarakat luas terkait dengan pemberian ASI Eksklusif;
    c. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program pemberian ASI Eksklusif; dan/atau
    d. penyediaan waktu dan tempat bagi ibu dalam pemberian ASI Eksklusif.
(3) Dukungan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemberian ASI Eksklusif hingga usia 6 bulan merupakan bentuk Pelayanan Kesehatan Bayi. Disebutkan di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, Pasal 20 dan Pasal 21 sebagai berikut:

Pasal 20

(1) Komunikasi informasi dan edukasi mengenai Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir sebagimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf c meliputi :
    a. perawatan Bayi Baru Lahir;
    b. *ASI Eksklusif ;*
    c. tanda bahaya pada Bayi Baru Lahir;
    d. pelayanan kesehatan pada Bayi Baru Lahir; dan
    e. skrining Bayi Baru Lahir.
(2) Komunikasi informasi dan edukasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dan Kader dengan menggunakan Buku KIA atau media kesehatan lainnya.

Pasal 21

(1) Pelayanan kesehatan Bayi, Anak Balita dan Prasekolah ditujukan untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidup Bayi, Anak Balita dan Prasekolah.
(2) Pelayanan Kesehatan Bayi, Anak Balita dan Prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan melalui :
    a. *pemberian ASI Eksklusif hingga usia 6 bulan;*
    b. pemberian ASI hingga 2 (dua) tahun;
    c. pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI) mulai usia 6 (enam) bulan;

d. pemberian imunisasi dasar lengkap bagi Bayi;
e. pemberian imunisasi lanjutan DPT/HB/Hib pada anak usia 18 bulan dan imunisasi campak pada anak usia 24 bulan;
f. pemberian Vitamin A;
g. upaya pola mengasuh Anak;
h. pemantauan pertumbuhan;
i. pemantauan perkembangan;
j. pemantauan gangguan tumbuh kembang;
k. MTBS; dan
l. merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

(3) Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan pada usia 6 (enam) bulan sampai 24 (dua puluh empat) bulan.

Dalam upaya pelayanan Kesehatan Anak, Kebijakan Pemerintah juga melibatkan modal sosial dengan menekankan peran penting masyarakat. Hal ini disebutkan di dalam Permenkes Nomor 25 Tahun 2014, BAB IV PEMBERDAYAAN MASYARAKAT, Pasal 44.

(1) *Dalam Upaya Kesehatan Anak diperlukan peran aktif masyarakat* baik secara perseorangan maupun terorganisasi termasuk orang tua/keluarga.

(2) Peran aktif masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan melalui:
a. pemanfaatan buku KIA;
b. kelas ibu;
c. kader posyandu;
d. fasilitator untuk Anak dengan Disabilitas;
e. Kader kesehatan Remaja;
f. dokter kecil;
g. forum komunikasi kesehatan;
h. rehabilitasi medis berbasis masyarakat;
i. komite sekolah; dan
j. konselor sebaya;

(3) Peran aktif masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diintegrasikan kedalam kegiatan desa siaga.

(4) Peran aktif masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikembangkan dalam bentuk lain sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat.

Demikian juga, pelibatan modal sosial dilakukan dalam pembinaan dan pengawasannya. Hal ini disebutkan di dalam Pasal 54:

(1) Pemerintah, pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Upaya Kesehatan Anak, *serta dapat mengikutsertakan organisasi profesi*.

(2) Pemerintah daerah provinsi melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pemerintah kabupaten/kota di wilayahnya melalui koordinasi, advokasi, monitoring dan evaluasi.

Kebijakan Pemerintah dalam peningkatan persentase ASI eksklusif dibarengi dengan pemberian sanksi bagi para pihak yang menghalangi pemberian ASI eksklusif. Di dalam Pasal 200 UU No. 36 Tahun 2009 disebutkan: "Setiap orang yang dengan senngaja menghalangi program pemberian air susu ibu eksklusif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 ayat (2) dipidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah)".[2]

Dalam penjatuhan sanksi bagi bagi setiap pelanggar pemberian ASI eksklusif, Kebijakan Pemerintah juga telah melibatkan modal sosial. Hal ini diatur di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Bagi Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan Kesehatan, Pengurus Organisasi Profesi Di Bidang Kesehatan, Serta Produsen Dan Distributor Susu Formula Bayi Dan/Atau Produk Bayi Lainnya Yang Dapat Menghambat Keberhasilan Program

[2] http://www.hukumonline.com.

Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Disebutkan di dalam BAB III, dengan judul PERAN SERTA MASYARAKAT, Pasal 27: "*Organisasi profesi bidang kesehatan harus memberikan advokasi, motivasi, dan inovasi untuk keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif melalui pendidikan, pelayanan, dan penelitian*".

Kebijakan Pemerintah terkait ASI eksklusif dengan pelibatan modal sosial juga diwujudkan dengan mengharuskan adanya dukungan fasilitas dari penyelenggara kerja dan tempat sarana umum. Hal ini diatur di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu. Di dalam Permenkes tersebut, di antaranya diatur hal-hal sebagai berikut:

Pasal 3

(1) Pengurus Tempat Kerja dan Penyelenggara Tempat Sarana Umum harus mendukung program ASI Eksklusif.
(2) Dukungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
    a. penyediaan fasilitas khusus untuk menyusui dan/atau memerah ASI;
    b. pemberian kesempatan kepada ibu yang bekerja untuk memberikan ASI Eksklusif kepada bayi atau memerah

ASI selama waktu kerja di Tempat Kerja;

c. pembuatan peraturan internal yang mendukung keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif;
d. penyediaan Tenaga Terlatih Pemberian ASI.

Pasal 4

Selain dukungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2), Penyelenggara Tempat Sarana Umum berupa Fasilitas Pelayanan Kesehatan, harus membuat kebijakan yang berpedoman pada 10 (sepuluh) langkah menuju keberhasilan menyusui.

Pasal 5

Penyelenggaraan dukungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf a dan huruf d dilaksanakan sesuai dengan kondisi kemampuan perusahaan, serta dilaksanakan dengan peraturan perusahaan antara pengusaha dan pekerja/buruh, atau melalui perjanjian kerja bersama antara serikat pekerja/serikat buruh dengan pengusaha.

Pasal 6

(1) Setiap Pengurus Tempat Kerja dan Penyelenggara Tempat Sarana Umum harus memberikan kesempatan bagi ibu yang bekerja di dalam ruangan dan/atau di luar

ruangan untuk menyusui dan/atau memerah ASI pada waktu kerja di tempat kerja.

(2) Pemberian kesempatan bagi ibu yang bekerja di dalam dan di luar ruangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa penyediaan ruang ASI sesuai standar.

Pasal 7

Dalam menyediakan Ruang ASI, Pengurus Tempat Kerja dan Penyelenggara Tempat Sarana Umum harus memperhatikan unsur-unsur:

a. perencanaan;
b. sarana dan prasarana;
c. ketenagaan; dan
d. pendanaan.

Pelibatan modal sosial terlihat dalam hal pembinaan dan pengawasan dalam penyelenggaraan fasilitas ruang ASI. Hal ini secara eksplisit disebutkan di dalam Pasal 17, ayat (2) sebagai berikut:

Pasal 17

(1) Menteri, menteri terkait, kepala lembaga pemerintah non kementerian, gubernur dan bupati/walikota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan penyediaan ruang ASI sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.

(2) *Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melibatkan unsur tripartit dan organisasi profesi terkait.*

(3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk meningkatkan peran dan dukungan pengurus tempat kerja dan penyelenggara sarana umum untuk keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif.
(4) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
    a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis peningkatan pemberian ASI Eksklusif; dan
    b. monitoring dan evaluasi.

Sebelum adanya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2013 yang mengatur tentang pemberian fasilitas pemberian ASI dan ruang ASI di tempat kerja dan sarana umum, sebenarnya sudah ada Peraturan Bersama 3 (tiga) Menteri yang dituangkan dalam Peraturan Bersama Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan, Menteri Tenaga Kerja Dan Transmigrasi, dan Menteri Kesehatan Nomor : 48/Men.Pp/Xii/2008; Nomor : Per.27/Men/Xii/2008; Nomor : 1177/Menkes/Pb/Xii/2008 Tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu Selama Waktu Kerja Di Tempat Kerja. Tujuan pengaturan ASI eksklusif dalam Peraturan Bersama ini disebutkan di dalam

Pasal 2:

Tujuan Peraturan Bersama ini adalah :

a. memberi kesempatan kepada pekerja/buruh perempuan untuk memberikan atau memerah ASI selama waktu kerja dan menyimpan ASI perah untuk diberikan kepada anaknya;
b. memenuhi hak pekerja/buruh perempuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anaknya;
c. memenuhi hak anak untuk mendapatkan ASI guna meningkatkan gizi dan kekebalan anak;
d. meningkatkan kualitas sumber daya manusia sejak dini.

Sedangkan tugas dan tanggung jawab masing-masing Menteri terkait ASI eksklusif disebutkan di dalam Pasal 3:

(1) Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan bertugas dan bertanggung jawab :
    a. memberikan pengetahuan dan pemahaman pada pekerja/buruh perempuan tentang pentingnya ASI bagi tumbuh kembang anak serta kesehatan pekerja/buruh perempuan;
    b. memberikan pemahaman dan kesadaran pengusaha/pengurus di tempat kerja tentang pemberian kesempatan kepada pekerja/buruh perempuan untuk memerah ASI selama waktu kerja di tempat kerja;
(2) Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi bertugas dan bertanggung jawab :
    a. mendorong pengusaha/pengurus, serikat pekerja/serikat buruh agar mengatur tata cara pelaksanaan pemberian ASI dalam Peraturan Perusahaan atau Perjanjian Kerja

Bersama dengan mengacu pada ketentuan Peraturan Perundang-undangan Ketenagakerjaan;

b. mengkoordinasikan pemasyarakatan pemberian ASI di tempat kerja.

(3) Menteri Kesehatan bertugas dan bertanggung jawab :

a. melakukan pelatihan dan menyediakan petugas terlatih pemberian ASI;

b. menyediakan, menyebarluaskan bahan-bahan komunikasi, informasi dan edukasi tentang peningkatan pemberian ASI.

Bahkan jauh sebelum lahirnya Peraturan Bersama 3 Menteri tersebut, sudah ada Kebijakan Pemerintah bagi pekerja perempuan untuk menyusui bayinya. Hanya saja belum secara eksplisit sampai mengharuskan pemberian ASI Eksklusif. Di dalam UU Nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, Pasal 83 disebutkan: "Pekerja/buruh perempuan yang anaknya masih menyusu harus diberi kesempatan sepatutnya untuk menyusui anaknya jika hal itu harus dilakukan selama waktu kerja".

Kebijakan Pemerintah dalam peningkatan persentase ASI eksklusif juga dilakukan dengan model menanggulangi tantangannya. Jika pemberian ASI eksklusif selalu berbenturan dan menghadapi tantangan dengan Susu Formula, maka Pemerintah membuat Kebijakan dengan mengatur produksi, peredaran, dan konsumsi Susu Formula. Hal ini diatur Pemerintah melalui

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 tahun 2013 tentang Susu Formula dan Produk Bayi Lainnya. Di dalam Permenkes tersebut diatur tentang Tujuan, kewajiban Pemerintah dan larangan serta sanksi bagi pelanggar terkait Susu Formula dan Produk Bayi Lainnya sebagaimana uraian pasal-pasal berikut ini.

Pasal 2:
Pengaturan Susu Formula Bayi dan Produk Bayi Lainnya bertujuan agar :

a. setiap orang memiliki akses terhadap informasi pemenuhan gizi bagi bayi yang tidak mendapat ASI Eksklusif;
b. setiap orang memiliki akses yang benar dan sesuai standar yang direkomendasikan dalam penggunaan Susu Formula Bayi dan Produk Bayi Lainnya;
c. setiap orang memiliki akses komunikasi, informasi dan edukasi mengenai penggunaan Susu Formula Bayi dan Produk Bayi Lainnya secara aktual dan objektif yang dilakukan oleh tenaga kesehatan; dan
d. adanya kerja sama antara ibu, pihak keluarga, tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengampanyekan pentingnya pemberian ASI Eksklusif.

Pasal 6

(1) Setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI Eksklusif kepada Bayi yang dilahirkannya, kecuali dalam keadaan :

a. adanya indikasi medis;
b. ibu tidak ada; atau
c. ibu terpisah dari bayi.

(2) Dalam keadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ibu, Keluarga, tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya dapat memberikan Susu Formula Bayi.

Pasal 7

(1) Pemberian Susu Formula Bayi berdasarkan Indikasi Medis dilakukan dalam hal :
   a. Bayi yang hanya dapat menerima susu dengan formula khusus;
   b. Bayi yang membutuhkan makanan lain selain ASI dengan jangka waktu terbatas;
   c. kondisi medis ibu yang tidak dapat memberikan ASI Eksklusif karena harus mendapatkan pengobatan sesuai dengan standar pelayanan medis;
   d. kondisi medis ibu dengan HbsAg (+), dalam hal Bayi belum diberikan vaksinasi hepatitis yang pasif dan aktif dalam 12 (dua belas) jam; dan
   e. keadaan lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

(2) Penentuan adanya Indikasi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan oleh dokter.

(3) Dalam hal di daerah tertentu tidak terdapat dokter, penentuan adanya Indikasi Medis dapat dilakukan oleh bidan atau perawat

sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Pemberian Susu Formula dan Produk Bayi Lainnya atas IndikasiMedis yang dilakukan oleh bidan dan perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diutamakan untuk penyelamatan nyawa.

Pasal 8

(1) Indikasi Medis pada Bayi yang hanya dapat menerima susu dengan formula khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf a, merupakan kelainan metabolisme bawaan *(inborn errors metabolism)*.

(2) Kelainan metabolisme bawaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
   a. Bayi dengan galaktosemia klasik memerlukan formula khusus bebas galaktosa;
   b. Bayi dengan penyakit kemih beraroma sirup maple *(maple syrup urine disease)*, memerlukan formula khusus bebas *leusin*, *isoleusin*, dan *valin;*
   c. Bayi dengan *fenilketonuria*, memerlukan formula khusus bebas *fenilalanin*; dan/atau
   d. kelainan metabolisme lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

(3) Bayi dengan *fenilketonuria* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c masih dapat diberikan ASI dengan perhitungan dan

pengawasan dokter spesialis anak yang kompeten.

Pasal 30

(1) Setiap produsen dan/atau distributor Susu Formula Bayi dan fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak melaksanakan ketentuan yang diatur dalam Peraturan Menteri ini dikenakan sanksi administratif oleh pejabat yang berwenang berupa:
    a. teguran lisan; dan/atau
    b. teguran tertulis;
(2) Setiap tenaga kesehatan yang tidak melaksanakan ketentuan yang diatur dalam Peraturan Menteri ini dikenakan sanksi administrative oleh pejabat berwenang berupa:
    a. teguran lisan;
    b. teguran tertulis; dan/atau
    c. pencabutan izin.
(3) Ketentuan mengenai tata cara pengenaan sanksi administrative sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan peraturan tersendiri.

Pengetatatan peredaran dan konsumsi Susu Formula secara tepat, juga dilakukan Pemerintah dengan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2014 tentang Standar Mutu Gizi, Pelabelan dan Periklanan Susu Formula Pertumbuhan dan Formula Pertumbuhan Anak Usia 1-3 Tahun.

Untuk menjatuhkan sanksi bagi para pelanggar terkait Susu Formula dan produk Bayi Lainnya yang disalahgunakan, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Bagi Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan Kesehatan, Pengurus Organisasi Profesi Di Bidang Kesehatan, Serta Produsen Dan Distributor Susu Formula Bayi Dan/Atau Produk Bayi Lainnya Yang Dapat Menghambat Keberhasilan Program Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Di dalam Pemenkes ini juga menekankan pentingnya peran serta masyarakat sebagai bentuk pelibatan modal sosial dalam keberhasilan peningkatan persentase ASI eksklusif. Hal ini diatur di dalam Pasal 27 "*Organisasi profesi bidang kesehatan harus memberikan advokasi, motivasi, dan inovasi untuk keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif melalui pendidikan, pelayanan, dan penelitian*".

Pemerintah juga menetapkan Kebijakan dengan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program

Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Di dalam Permenkes tersebut segala hal yang terkait ASI eksklusif dijadikan salah satu sarana kegiatan yang terkait dengan upaya peningkatan kesehatan. Misalnya terkait upaya Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dilakukan dengan mengikuti siklus hidup manusia, pada saat Bayi dan Ibu Menyusui dengan melakukan kegiatan:

(1) Mengupayakan jaminan mutu kunjungan neonatal lengkap.
(2) Menyelenggarakan konseling Air Susu Ibu (ASI) eksklusif.
(3) Menyelenggarakan pelayanan KB pasca persalinan.
(4) Menyelenggarakan kegiatan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP ASI).

Demikian juga upaya Penurunan Prevalensi Balita Pendek *(Stunting)* dilakukan kegiatan sebagai berikut:

a) Ibu Hamil dan Bersalin:
   (1) Intervensi pada 1000 hari pertama kehidupan anak.
   (2) Mengupayakan jaminan mutu *ante natal care* (ANC) terpadu.
   (3) Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan.

(4) Menyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan mikronutrien (TKPM).
(5) Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular).
(6) Pemberantasan kecacingan.
(7) Meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam Buku KIA.
(8) Menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI eksklusif.
(9) Penyuluhan dan pelayanan KB.

Demikian juga dalam penerapan prilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang dapat dipraktikan dalam segala bidang, yaitu:

1. Bidang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit serta Penyehatan Lingkungan harus mempraktikkan perilaku mencuci tangan dengan sabun, menggunakan air bersih, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk, tidak merokok di dalam ruangan, dan lain-lain.
2. Bidang Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana harus mempraktikkan perilaku meminta pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan, menimbang balita dan memantau perkembangannya secara berkala, memberikan imunisasi dasar lengkap kepada bayi, menjadi aseptor keluarga berencana, dan lain-lain.
3. Bidang Gizi dan Farmasi harus mempraktikkan perilaku makan dengan gizi

seimbang, minum TTD selama hamil, memberi bayi ASIeksklusif, dan lain-lain.

Bahkan pemberian ASI eksklusif dijadikan sebagai salah satu dari 12 (dua belas) indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga dalam rangka pelaksanaaan Program Indonesia Sehat. Kedua belas indikator utama tersebut adalah sebagai berikut:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
4. *Bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif*
5. Balita mendapatkan pematauan pertumbuhan
6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

Selanjutnya, berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga, sedangkan keadaan

masing masingindikator mencerminkan kondisi PHBS dari keluarga yang bersangkutan.

Pelaksanaan pendekatan keluarga ini memiliki tiga hal yang harus diadakan atau dikembangkan, yaitu:

1. Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga.
2. Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga.
3. Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra Puskesmas.

Instrumen yang diperlukan di tingkat keluarga adalah sebagai berikut:

1. Profil Kesehatan Keluarga (selanjutnya disebut Prokesga), berupa *family folder*, yang merupakan sarana untuk merekam (menyimpan) data keluarga dan data individu anggota keluarga. Data keluarga meliputi komponen rumah sehat (akses/ketersediaan air bersih dan akses/penggunaan jamban sehat). Data individu anggota keluarga mencantumkan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lain-lain) serta kondisi individu yang bersangkutan, seperti mengidap penyakit (hipertensi, tuberkulosis, dan gangguan jiwa) dan perilakunya (merokok, ikut KB, memantau pertumbuhan dan perkembanganbalita, *pemberian ASI eksklusif*, dan lain-lain).
2. Paket Informasi Keluarga (selanjutnya disebut Pinkesga), berupa flyer, leaflet, buku

saku, atau bentuk lainnya, yang diberikan kepada keluarga sesuai masalah kesehatan yang dihadapinya, misalnya: Flyer tentang Kehamilan dan Persalinan untuk keluarga yang ibunya sedang hamil, *Flyer* tentang Pertumbuhan Balita untuk keluarga yang mempunyai balita, *Flyer* tentang Hipertensi untuk mereka yang menderita hipertensi, dan lain-lain.

Forum komunikasi yang digunakan untuk kontak dengan keluarga dapat berupa forum-forum berikut:

1. Kunjungan rumah ke keluarga-keluarga diwilayah kerja Puskesmas.
2. Diskusi kelompok terarah (DKT) atau biasa dikenal dengan *focus group discussion (FGD)* melalui Dasawisma dari PKK.
3. Kesempatan konseling di UKBM-UKBM (Posyandu, Posbindu, Pos UKK, dan lain-lain).
4. Forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis taklim, rembug desa, selapanan, dan lain-lain.

Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra dapat diupayakan dengan menggunakan tenaga-tenaga berikut:

1. Kader-kader kesehatan, seperti kader Posyandu, Posbindu,
   Poskestren, PKK, dan lain-lain.
2. Pengurus organisasi kemasyarakatan setempat, seperti pengurus PKK, pengurus

Karang Taruna, pengelola pengajian, dan lain-lain.

Uraian di atas menunjukkan keharusan melibatkan modal sosial dalam upaya mewujudkan keluarga yang sehat khususnya, dan Indonesia Sehat secara umum.

Kebijakan Pemerintah dalam peningkatan persentase ASI eksklusif yang telah dituangkan di dalam berbagai peraturan perundang-undangan di atas, kemudian akan dilihat dalam berbagai dokumen Perencanaan (RPJPN, RPJMN, RENSTRA, RENJA). Apakah dalam dokumen-dokumen tersebut persentase ASI eksklusif dijadikan sebagai Sasaran Strategis Pembangunan atau indikator *out come* Program atau *out put* Kegiatan, ataukah tidak.

Dokumen Perencanaan paling makro adalah RPJPN 2005-2025 yang dikuatkan dengan UU Nomor 17 Tahun 2007 tentang RPJPN Tahun 2005-2025. Di dalam RPJPN 2005-2025, Kondisi umum dalam aspek Pembangunan Sumber Daya Manusia, khususnya yang terkait aspek Kesehatan, digambarkan sebagai berikut:

1. Pembangunan sumber daya manusia (SDM) pada dasarnya merupakan pembangunan manusia sebagai subyek (*human capital)*, obyek (*human resources)*, dan penikmat pembangunan, yang mencakup seluruh siklus hidup manusia sejak dalam kandungan sampai dengan akhir hidupnya.

Manusia, untuk selanjutnya disebut sebagai penduduk, dan sesuai dengan kepentingannya dibedakan atas jenis kelamin (laki-laki dan perempuan), kelompok umur (anak, remaja, pemuda, usia produktif, usia reproduktif, dan usia lanjut), serta kelompok miskin dan rentan. Dimensi pembangunan SDM dapat dilihat dari tiga aspek utama, yaitu kualitas, kuantitas, dan mobilitas penduduk. Kualitas penduduk tercermin dari tingkat kesejahteraan penduduk yaitu *tingkat kesehatan dan gizi*, pendidikan, produktivitas, dan akhlak mulia, menuju kepada pencapaian kesejahteraan sosial yang baik. Kuantitas penduduk dikaitkan dengan jumlah dan laju pertumbuhannya. Sedangkan mobilitas penduduk merupakan refleksi dari perpindahan dan persebaran penduduk, yang merespon pembangunan ekonomi wilayah.

2. Selama tiga dekade terakhir, telah terjadi penurunan laju pertumbuhan penduduk, yang terutama disebabkan oleh penurunan tingkat kelahiran.

   Penurunan laju pertumbuhan penduduk ini juga diikuti dengan peningkatan kualitas SDM, yang antara lain terlihat dari meningkatnya derajat kesehatan dan gizi, serta tingkat pendidikan. Dalam bidang kesehatan, *usia harapan hidup meningkat, dari 41,0 tahun pada tahun 1960 menjadi 66,2 tahun pada tahun 2000; dan angka kematian bayi menurun dari 159 menjadi 48 per 1.000 kelahiran hidup*. Dalam bidang pendidikan,

partisipasi pendidikan penduduk meningkat, yang antara lain ditunjukkan oleh meningkatnya angka partisipasi kasar (APK) pada semua jenjang pendidikan. Pada tahun 2002, APK SD/MI telah mencapai 105,99 persen, APK SMP/MTs mencapai 79,81 persen, dan APK SLTA mencapai 48 persen (Susenas 2002). Selain itu, angka melek aksara penduduk usia 15 tahun ke atas juga mengalami peningkatan menjadi 89,51 persen pada tahun 2002.

3. Namun demikian, masalah SDM yang masih dihadapi di masa mendatang tidak terlepas dari jumlah penduduk yang besar dan terus meningkat. Jumlah penduduk Indonesia menempati urutan keempat di dunia, setelah China, India, dan Amerika Serikat. Menurut Sensus Penduduk (SP) 1971, jumlah penduduk Indonesia adalah 119,2 juta jiwa, dan pada tahun 2000 (SP 2000), telah meningkat hampir 2 kali lipatnya menjadi 206,3 juta jiwa. Jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN, kualitas SDM Indonesia masih jauh tertinggal. Hal ini terlihat antara lain dari rendahnya peringkat Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index (HDI),*yang mencakup angka harapan hidup, angka melek huruf, angka partisipasi murid sekolah, dan pengeluaran per kapita. Berdasarkan *Human Development Report* 2003, peringkat HDI Indonesia menempati urutan Ke112 dari 175 negara. Sedangkan jika

dipilah menurut jenis kelamin, dengan menggunakan nilai Indeks Pembangunan Gender (IPG) atau *Gender-related Development Index (GDI),* Indonesia menempati urutan ke-91 dari 144 negara.

4. Dalam pembangunan kesehatan, beberapa tantangan yang akan dihadapi antara lain adalah *rendahnya kualitas kesehatan penduduk*, yang terlihat dengan masih tingginya angka Kematian bayi, balita, dan ibu melahirkan, *serta tingginya proporsi balita yang mengalami gizi kurang*; kesenjangan kualitas kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu antar wilayah, gender, dan kelompok pendapatan; belum memadainya jumlah, penyebaran, komposisi, dan mutu tenaga kesehatan; dan terbatasnya sumber pembiayaan kesehatan, serta belum optimalnya alokasi pembiayaan kesehatan.

Melihat uraian kondisi umum dalam RPJPN di atas, isu ASI Eksklusif secara implisit dapat diterjemahkan dari beberapa kata/kalimat: *tingkat kesehatan dan gizi*, *rendahnya kualitas kesehatan penduduk, serta tingginya proporsi balita yang mengalami gizi kurang*.

Sedangkan terkait arah arah Pembangunan, pada point kedua, yaitu Mewujudkan Bangsa yang Berdaya Saing yang salah satunya melalui Membangun Sumber Daya Manusia yang

Berkualitas, disebutkan pada angka 3 dan 4 sebagai berikut:

3. Pembangunan pendidikan dan kesehatan merupakan investasi dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia sehingga penting perannya dalam meningkatkan pertumbuhan ekonomi dan menurunkan tingkat kemiskinan dan pengangguran. Pembangunan pendidikan diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia untuk mendukung terwujudnya masyarakat yang berharkat, bermartabat, berakhlak mulia, dan menghargai keberagaman sehingga mampu bersaing dalam era global dengan tetap berlandaskan pada norma kehidupan masyarakat Indonesia dan tanpa diskriminasi. Komitmen pemerintah terhadap pendidikan harus tercermin pada kualitas sumber daya manusia, peningkatan kualitas ilmu pengetahuan dan teknologi (iptek), serta politik anggaran dan terintegrasinya seluruh pendidikan kedinasan ke dalam perguruan tinggi. Pelayanan pendidikan yang mencakup semua jalur, jenis, dan jenjang pendidikan. Oleh karena itu, perlu disediakan pendidikan dasar yang bermutu dan terjangkau disertai dengan pembebasan biaya pendidikan. Penyediaan pelayanan pendidikan disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan sosial ekonomi Indonesia pada masa depan termasuk untuk mendorong pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan melalui pendalaman penguasaan

teknologi. Pembangunan pendidikan diarahkan pula untuk menumbuhkan kebanggaan kebangsaan, akhlak mulia, serta kemampuan peserta didik untuk hidup bersama dalam masyarakat yang beragam yang dilandasi oleh penghormatan pada hak-hak asasi manusia (HAM). Penyediaan pelayanan pendidikan sepanjang hayat sesuai perkembangan iptek perlu terus didorong untuk meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas penduduk Indonesia termasuk untuk memberikan bekal pengetahuan dan keterampilan bagi penduduk usia produktif yang jumlahnya semakin besar.

4. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, *serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi*, anak, manusia usia lanjut (manula), dan keluarga miskin. Pembangunan kesehatan dilaksanakan *melalui peningkatan upaya kesehatan*, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan yang disertai oleh peningkatan pengawasan, pemberdayaan masyarakat, dan manajemen kesehatan. Upaya tersebut dilakukan dengan memerhatikan

dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan iptek, serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerja sama lintas sektor. Penekanan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif. Pembangunan nasional harus berwawasan kesehatan, yaitu setiap kebijakan publik selalu memerhatikan dampaknya terhadap kesehatan. Pembangunan dan perbaikan gizi dilaksanakan secara lintassektor yang meliputi produksi pangan, pengolahan, distribusi, hingga konsumsi pangan tingkat rumah tangga dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang, serta terjamin keamanannya dalam rangka mencapai status gizi yang baik.

Sedangkan ketika dilihat dari arah Pembangunan Nasional dalam RPJPN 2005-2025 di atas, isu ASI Eksklusif dapat diwadahi dalam kalimat: "*serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi…. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan upaya kesehatan…*"

Di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014 yang dikokohkan dengan Peraturan Presiden RI Nomor 5 Tahun 2010 tentang RPJMN Tahun 2010-2014 tidak menjadikan ASI eksklusif sebagai salah satu isu dalam bidang Kesehatan. Di

dalam Sasaran Utama Pembangunan Nasional RPJMN Tahun 2010-2014, di bidang Kesehatan hanya mencantumkan 4 (empat) hal sebagai sasaran utamanya:

a. Meningkatnya umur harapan hidup (tahun), pada Tahun 2014 adalah 72,0;
b. Menurunnya Angka Kematian Ibu melahirkan per 100.000 kelaahiran hidup, pada Tahun 2014 adalah 118;
c. Menurunnya Angka Kematian Bayi per 1000 kelahiran hidup, pada Tahun 2014 adalah 24;
d. Menurunnya prevalensi kekuarangan gizi (gizi kurang dan gizi buruk) pada anak balita (persen), pada Tahun 2014 adalah <15,0.

Meskipun di dalam RPJMN Tahun 2010-2014 tidak menjadikan ASI eksklusif sebagai salah satu sasaran utama pembangunan bidang Kesehatan, namun di dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan RI Tahun 2010-2014 menyebutkan persentase bayi usia 0-6 bulan yang mendapat ASI eksklusif sebesar 80 % sebagai salah satu indikator capaian Kegiatan Pembinaan Gizi Masyarakat pada Program Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Bayi pada Tahun 2014. Renstra ini dikokohkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01/60/I/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014, tertanggal 27 Januari Tahun 2010.

Namun sayangnya, Renstra tersebut justru direvisi dan dicabut berdasarkan Surat Keputusan

Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 021/Menkes/SK/1/2011 tentang Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan RI Tahun 2010-2014 tertanggal 4 Januari Tahun 2011. Di dalam Renstra hasil revisi ini, persentase ASI eksklusif tidak lagi dijadikan sebagai indikator capaian Kegiatan/Program Bina Gizi dan Kesehatan Ibu Bayi.[3]

Keadaan yang sama juga terjadi di dalam RPJMN 2015-2019 yang tidak menjadikan ASI Eksklusif sebagai salah satu indikator sasaran pembangunan. Di dalam sasaran pokok Pembangunan yang berupa meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat, hal yang dijadikan indikator adalah:

a. Angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, pada awal tahun (2015) terdapat angka 346, dan di akhir tahun (2019) ditarget turun menjadi 306.
b. Angka kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup , pada awal tahun (2015) terdapat angka 32, dan di akhir tahun (2019) ditarget turun menjadi 24.
c. Prevalensi kekurangan gizi (*underweight*) pada anak balita, , pada awal tahun (2015)

[3] Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 021/MENKES/SK/1/2011 tentang Rencana Strategis*, bagian lampiran-8.

19,6 % dan di akhir tahun (2019) ditarget turun menjadi 17 %

d. Prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (bawah dua tahun) pada awal tahun (2015) 32,9 % dan di akhir tahun (2019) ditarget turun menjadi 28 %.

Meskipun di dalam RPJMN 2015-2019 tidak menjadikan ASI Eksklusif sebagai salah satu indikator bidang Kesehatan, namun di dalam Renstra Kemenkes RI Tahun 2015-2019 menyebutkan Program Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak di antaranya dilakukan melalui kegiatan pembinaan perbaikan gizi masyarakat dengan salah satu indikator pencapaian sasarannya adalah persentase bayi kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif, dengan target pada akhir tahun Renstra sebesar 50%.[4] Adapun target ASI eksklusif per tahun disebutkan, 39% (tahun 2015), 42% (tahun 2016), 44% (tahun 2017), 47% (tahun 2018), dan 50% (tahun 2019).[5]

---

[4] Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, hlm.75-76.

[5] Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, hlm. 114.

B. Implementasi Kebijakan Pemerintah dalam Peningkatan Persentase ASI Eksklusif Melalui Integrasi Modal Sosial Pada Level Pemerintah Daerah

Berdasarkan Pasal 4 dan Pasal 5, PP Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota memiliki tanggung jawab sebagai berikut:

Pasal 4

Tanggung jawab Pemerintah Daerah Provinsi dalam program pemberian ASI Eksklusif meliputi:

a. melaksanakan kebijakan nasional dalam rangka program pemberian ASI Eksklusif;
b. melaksanakan advokasi dan sosialisasi program pemberian ASI Eksklusif dalam skala provinsi;
c. memberikan pelatihan teknis konseling menyusui dalam skala provinsi;
d. menyediakan tenaga konselor menyusui di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan tempat sarana umum lainnya dalam skala provinsi;
e. membina, monitoring, mengevaluasi, dan mengawasi pelaksanaan dan pencapaian program pemberian ASI Eksklusif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, satuan pendidikan kesehatan, Tempat Kerja, tempat sarana umum, dan kegiatan di masyarakat dalam skala provinsi;

f. menyelenggarakan, memanfaatkan, dan memantau penelitian dan pengembangan program pemberian ASI Eksklusif yang mendukung perumusan kebijakan provinsi;
g. mengembangkan kerja sama dengan pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
h. menyediakan ketersediaan akses terhadap informasi dan edukasi atas penyelenggaraan pemberian ASI Eksklusif dalam skala provinsi.

Pasal 5

Tanggung jawab pemerintah daerah kabupaten/kota dalam program pemberian ASI Eksklusif meliputi:
a. melaksanakan kebijakan nasional dalam rangka program pemberian ASI Eksklusif;
b. melaksanakan advokasi dan sosialisasi program pemberian ASI Eksklusif dalam skala kabupaten/kota;
c. memberikan pelatihan teknis konseling menyusui dalam skala kabupaten/kota;
d. menyediakan tenaga konselor menyusui di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan tempat sarana umum lainnya dalam skala kabupaten/kota;
e. membina, monitoring, mengevaluasi, dan mengawasi pelaksanaan dan pencapaian program pemberian ASI Eksklusif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, satuan pendidikan

kesehatan, Tempat Kerja, tempat sarana umum, dan kegiatan di masyarakat dalam skala kabupaten/kota;

f. menyelenggarakan penelitian dan pengembangan program pemberian ASI Eksklusif yang mendukung perumusan kebijakan kabupaten/kota;
g. mengembangkan kerja sama dengan pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
h. menyediakan ketersediaan akses terhadap informasi dan edukasi atas penyelenggaraan pemberian ASI Eksklusif dalam skala kabupaten/kota.

Pada level daerah, kebijakan nasional tersebut dapat berhasil atau tidak, tergantung bagaimana Pemerintah Daerah menindaklanjutinya. Hal ini terlihat dari perbedaan 2 (dua) wilayah yang menjadi sampel penelitian, yaitu Provinsi Jawa Tengah dan Provinsi Kalimantan Barat. Sealnjutnya akan dianalisis, apakah masing-masing Pemerintah Daerah Provinsi dari kedua wilayah yang menjadi sample penelitian ini melaksanakan Kebijakan Pemerintah terkait ASI eksklusif ataukah tidak. Demikian juga akan dianalisis dari aspek bentuk Kebijakan dan implementasinya terkait peningkatan persentase ASI eksklusif di masing-masing wilayah sebagaimana uraian di bawah ini.

B.1. Implementasi Kebijakan Pemerintah di Provinsi Jawa Tengah

Sebelum diuraikan implementasi Kebijakan Pemerintah terkait ASI Eksklusif di Provinsi Jawa Tengah, akan disajikan TABEL persentase ASI eksklusif di Provinsi Jawa Tengah selama 5 (lima) tahun terakhir yang menunjukkan kecenderungan peningkatan persentasenya. Menurut data Profil Kesehatan yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan, perbandingan persentase ASI eksklusif antara Nasional dan Jawa Tengah dapat dilihat di tabel berikut ini:

Tahun	2012	2013	2014	2015	2016
Nasional	48,62	54,34	52,3	55,7	54,0
Jawa Tengah	34,38	67,95	60,0	56,1	59,9

Sumber: Diolah dari Profil kesehatan Kementerian Kesehatan Tahun 2012-2016

Ada perbedaan persentase ASI Eksklusif di Provinsi awa Tengah antara data yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan RI dengan data yang dirilis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dalam Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah sebagai berikut:

Tahun	2012	2013	2014	2015	2016
Jawa Tengah	25,6	52,99	60,7	61,6	54,2

Sumber: Diolah dari Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012-2016.

Perbedaan persentase ASI Eksklusif di Provinsi Jawa Tengah antara data yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan RI dengan data yang dirilis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dalam Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tersebut bisa jadi disebabkan perbedaan cara menghitung persentase ASI Eksklusif. Perbedaan tersebut disebabkan oleh perbedaan definisi ASI Eksklusif dan metode pengumpulan data survey serta interpretasinya.[6] Dalam penelitian ini, data yang digunakan adalah data yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia karena lebih otoritatif dan lebih tinggi derajatnya.

Meskipun Jawa Tengah merupakan provinsi yang tidak mendapat dampingan USAID Kinerja, namun persentase ASI eksklusifnya yang pada tahun 2012 di bawah persentase nasional, sejak tahun 2013 selalu berada di atas persentase

[6] Yekti Widodo, "Cakupan pemberian asi eksklusif: akurasi dan interpretasiData survei dan laporan program", dalam *Gizi Indonesia, Vol. 34, Nomor 2, 2011, 101-108*.

nasional. Hal ini dikarenakan Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah mengambil kebijakan dan langkah-langkah strategis terkait ASI eksklusif.

Komitmen Provinsi Jawa Tengah dalam peningkatan persentase ASI Eksklusif belum tergambar secara eksplisit di dalam dokumen RPJMD Tahun 2013-2018,[7] Meskipun dalam dokumen RPJMD Tahun 2013-2018 Pemerintah Provinsi Jawa Tengah sudah menyebutkan analisis masih rendahnya ASI Eksklusif di Jawa Tengah pada tahun-tahun sebelum RPJMD sebagai bahan analisis *baseline,*[8] dan juga menyebutkan rendahnya persentase ASI Eksklusif dijadikan alasan tingginya Angka Kematian Bayi

[7] Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 5 Tahun 2014 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013-2018.

[8] "Cakupan pelayanan kesehatan anak Balita Tahun 2008-2012 mengalami fluktuasi dan cenderung menurun. Kondisi ini dikarenakan kurangnya kampanye ASI dibandingkan dengan promosi susu formula, belum semua Rumah Sakit dan Rumah Bersalin serta Puskesmas perawatan persalinan mempunyai media promosi ASI Eksklusif dan tenaga terlatih untuk Inisiasi Menyusui Dini (IMD) serta belum semua masyarakat memahami arti pentingnya ASI Eksklusif".

(AKB),[9] namun isu ASI Eksklusif tidak dijadikan indikator sasaran dalam Bidang Kesehatan.

Sedangkan di dalam dokumen Renstra Dinas Kesehatan Tahun 2013-2018,[10] ASI Eksklusif ditegsakan secara eksplisit sebagai isu yang akan diselesaikan. Di antaranya dapat dilihat dalam hal-hal sebagai berikut:

1. Rendahnya ASII Eksklusif dijadikan salah satu alasan penyebab kematian bayi.

   "Penyebab kematian bayi antara lain kehamilan resiko tinggi, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), penyakit kongenital, masih rendahnya pemberian ASI eksklusif serta belum optimalnya pola asuh bayi".

2. ASI Eksklusif dijadikan salah satu strategi untuk mencapai misi melaksanakan

---

[9] "Penyebab kematian bayi dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu penyebab kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan antara lain kehamilan risiko tinggi, berat badan lahir bayi rendah serta penyakit *konginetal* dan *penyebab kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun, antara lain karena masih rendahnya pemberian ASI eksklusif*, penyakit infeksi serta belum optimalnya pola asuh bayi dan balita".

[10] Keputusan Gubernur Jawa tengah Nomor 050/28 Tahun 2014 tentang Pengesahan Renstra SKPD Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013-2018.

pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkeadilan“

3. Peningkatan upaya perbaikan gizi keluarga, yang meliputi:

   i. Pemantauan pertumbuhan Balita,
   ii. Penatalaksanaan kasus gizi buruk,
   iii. Pemberian suplemen gizi,
   iv. *Fasilitasi peningkatan ASI eksklusif*,
   v. Pemantauan kasus gizi burk pada Balita,
   vi. Peningkatan kapasitas petugas dalam tatalaksana gizi buruk di RS,
   vii. Peningkatan kapasitas petugas dalam pemantauan pertumbuhan,
   viii. Peningkatan kapasitas petugas dalam konseling menyusui,
   ix. Sosialisasi pedoman gizi seimbang,
   x. Implementasi PP-ASI,
   xi. Workshop dan lomba kreasi menu seimbang”.

4. Persentase ASI Eksklusif dijadikan salah satu indikator sasaran “Meningkatnya Kesehatan Ibu dan Anak” yang merupakan pelaksanaan misi “Melaksanakan Pelayanan Kesehatan yang Bermutu dan Berkeadilan”.

Di dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013-2018, persentase target per tahunnya adalah: tahun 2013 (50 %), tahun 2014 (51 %), tahun 2015 (51,5 %), tahun 2016 (52 %), tahun 2017 (53 %), dan tahun 2018 (55 %).

Di samping langkah memasukkan isu ASI Eksklusif dalam dokumen Perencanaan, Komitmen Provinsi Jawa Tengah yang kuat untuk meningkatkan persentase ASI eksklusif diwujudkan dengan membuat Peraturan yang menjadi landasan hukum pelaksanaannya. Hal ini dilakukan dengan menerbitkan Peraturan Gubernur Pergub) Jawa Tengah No. 56 Tahun 2011 tentang Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI) di Provinsi Jawa Tengah.

Lahirnya Pergub tersebut berawal dari *best practice* Kabupaten Klaten yang telah membuat Perda jauh sebelum lahirnya Pergub tersebut. Kabupaten Klaten telah membuat Perda Nomor 7 Tahun 2008 tentang ASI Eksklusif. Perda inilah - di samping adanya UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan- yang menginsprisasi Pemerintah Provinsi Jawa Tengah untuk membuat Pergub tersebut.

Pergub No. 56 Tahun 2011 tersebut mengamanatkan pemberian ASI Eksklusif sampai 6 (enam) bulan (Pasal 6, ayat [1]). Pergub tersebut juga mengamanatkan pelibatan modal sosial dalam pemberian ASI Eksklusif dengan menekankan pentingnya peningkatan peran serta Pemerintah, masyarakat, Lembaga Swadaya Masyarakat dan swasta (Pasal 2, ayat [2]). Pelibatan modal sosial tersebut dilakukan mulai pada tahap pelaksanaan dengan perlunya menjalin kemitraan dengan swasta dan LSM (Pasal 3, ayat [1]), sampai tahap pembinaan dengan klausul

Gubernur membentuk Tim Pembina Program Peningkatan Pemberian ASI Eksklusif yang terdiri dari unsur lintas sektoral ; Satuan Kerja Perangkat Daerah terkait, organisasi profesi, Perguruan Tinggi, dan LSM (Pasal 7, ayat [1]).

Bentuk tindak lanjut dari Pergub tersebut adalah:

1. Sosialisasi dan advokasi kepada *stakeholder* di tingkat Kabupaten/Kota dengan melibatkan SKPD terkait, Perguruan Tinggi, dan LSM;
2. Pendampingan kepada Kabupaten/Kota dalam mendorong tersusunnya Peraturan Perundang-Undangan tentang PP-ASI di Kabupaten/Kota.

Dari tindaklanjut tersebut, ada 24 (dua puluh empat) dari 35 (tiga puluh lima) Kabupaten/Kota di Jawa Tengah yang telah berhasil memiliki Peraturan terkait PP-ASI, sebagaimana tabel di bawah ini:

NO	NAMA KAB./KOTA	BENTUK PERATURAN
1	Klaten	Perda
2	Kota Magelang	Perda
3	Boyolali	Perda

4	Kota Pekalongan	Perda
5	Banjarnegara	Perda
6	Jepara	Perda
7	Kendal	Perbup
8	Brebes	Perbup
9	Kota Tegal	Perwal
10	Kabupaten Tegal	Perbup
11	Blora	Perbup
12	Purworejo	Perbup
13	Wonosobo	Perbup
14	Kota Surakarta	Perda
15	Demak	Perda
16	Grobogan	Perbup
17	Boyolali	Perbup
18	Kota Salatiga	Perbup
19	Sukoharjo	Perbup

20	Wonogiri	Perbup
21	Pemalang	Perbup
22	Banyumas	Perbup
23	Batang	Perbup
24	Kabupaten Magelang	Perbup

Regulasi lain yang dilahirkan oleh Provinsi Jawa Tengah adalah Peraturan Gubernur Nomor 17 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Ibu dan Anak di Provinsi Jawa Tengah.

Pergub No. 17/2016 tersebut telah melibatkan modal sosial dalam peningkatan persentase ASI Eksklusif. Bahkan dicantumkan secara eksplisit di BAB V, dengan judul PENINGKATAN PERAN SERTA MASYARAKAT, Pasal 14 sebagai berikut:

Peran serta masyarakat dalam mendukung upaya penyelenggaraan kesehatan ibu dan anak, dilakukan dengan cara:

a. Penggerakan Masyarakat:
    1) pemberdayaan masyarakat di bidang upaya kesehatan ibu dan anak;
    2) keikutsertaan aktif masyarakat dalam berperan serta menjaga kesehatan ibu dan anak;

3) kepedulian dan perhatian oleh setiap individu, keluarga dan masyarakat;
4) melakukan pendampingan ibu hamil, utamanya ibu hamil dengan risiko tinggi (Bumil Risti).

b. Pengorganisasian dan Pemberdayaan Masyarakat :
1) kelembagaan yang terorganisir dan berkesinambungan dengan didukung tata laksana kegiatan upaya kesehatan ibu dan anak;
2) pendampingan perorangan, keluarga, kelompok masyarakat dan masyarakat;
3) memperhatikan potensi dan kearifan lokal;
4) melaksanakan AMP Sosial;
5) bekerjasama dengan fasilitas pelayanan kesehatan untuk membangun akuntabilitas pelayanan publik.

c. Melakukan Advokasi, Promosi dan Penyebarluasan Informasi :
1) menggalang dukungan dari pengampu kepentingan dalam rangka mengupayakan kesehatan ibu dan anak;
2) menginformasikan dan mendorong keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak;
3) menginformasikan kebijakan Pemerintah Daerah tentang kesehatan ibu dan anak kepada masyarakat, antara lain:
a) budaya perilaku hidup bersih dan sehat;
b) periksa kehamilan secara rutin;

c) *menyiapkan ASI Eksklusif;*
d) melahirkan di fasilitas kesehatan.

Di samping itu, pelibatan modal sosial juga disebutkan di dalam Pasal 12, ayat (1) dan (2) sebagai berikut:

(1) Peningkatan peran serta seluruh pemangku kepentingan dan masyarakat melalui upaya promotif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf a meliputi :

a. memotivasi masyarakat untuk mendorong remaja putri, calon pengantin dan wanita usia subur untuk mempersiapkan kehamilan yang sehat;
b. Pemerintah Kabupaten/Kota melakukan promosi upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak;
c. mendorong pemeriksaan kehamilan dan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan;
d. melakukan sosialisasi tanda-tanda bahaya kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir;
e. *mendorong Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif*;
f. Sosialisasi Sistem Penanggulangan Kegawatdaruratan ibu dan anak.

(2) Peningkatan peran serta seluruh pemangku kepentingan dan masyarakat melalui upaya preventif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf b meliputi:

a. pencegahan kehamilan yang tidak sehat oleh masyarakat (pengaturan usia ibu hamil, jumlah anak, jarak kehamilan,
   pemakaian alat kontrasepsi);
b. pemberian tablet tambah darah pada remaja putri dan ibu hamil;
c. pemenuhan gizi bagi remaja putri, wanita usia subur, ibu hamil, nifas dan ibu menyusui;
d. penyuluhan kesehatan reproduksi bagi remaja;
e. pemeriksaan kesehatan pada calon pengantin dan ibu hamil sesuai standar;
f. pemberian Imunisasi Dasar Lengkap pada bayi;
g. *melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif;*
h. pembinaan team PONEK ke PONED.

Untuk mendukung pelaksanaan operasional Pergub tersebut, ditetapkanlah Keputusan Gubernur Jawa Tengah No. 463/203/2011 tentang Pembentukan Tim Pembina Program Peningkatan Pemberian ASI di Provinsi Jawa Tengah. Kebijakan ini di antaranya ditindaklanjuti Badan Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak, dan Keluarga Berencana (BP3AKAB) Provinsi Jawa Tengah -yang sekarang berubah menjadi Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DPP PA, Dalduk, dan KB)- dengan membuat kegiatan Pembentukan Support Group bagi Ibu Menyusui di Kabupaten/Kota yang persentase ASI eksklusifnya rendah. Kegiatan semcam ini

dilakukan secara bergilir dari satu Kabupaten/Kota ke yang lainnya.

Keberhasilan Provinsi Jawa Tengah dalam peningkatan persentase ASI eksklusif dikarenakan pelibatan unsur masyarakat sipil sebagai bagian modal sosial dalam upaya promosi, sosialisasi dan advokasi. Misalnya dengan melibatkan Ulama'/Kyai -sebagai tokoh agama- masyarakat yang religious dalam kampanye ASI eksklusif.. Menurut Yazid -konselor laktasi, staf Dinas Kesehatan Jawa Tengah yang sudah sejak lama terlibat aktif dalam upaya peningkatan persentase ASI aksklusif di Jawa Tengah- menuturkan di antara upaya yang dilakukan Jawa Tengah adalah pelibatan Kyai dengan memintanya -saat memberikan *mauidloh hasanah* atau acara-acara keagamaan lainnya- untuk menyelipkan nasehat tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif bagi ibu-ibu yang masih memiliki bayi. Kyai menyampaikan bahwa ibu-ibu yang memberikan ASI pada bayinya akan dimasukkan ke dalam syurga. Langkah ini pernah diujicoba di sebuah Desa Guntur Kabupaten Demak. Upaya semacam ini ternyata cukup berhasil meningkatkan persentase ASI eksklusif di wilayah tersebut. Model semacam ini merupakan bentuk integrasi

modal sosial dalam implementasi kebijakan peningkatan persentase ASI eksklusif.[11]

Selain itu, Pemerintah Provinsi Jawa Tengah juga melakukan kegiatan pelatihan konselor secara intensif sejak tahun 2012 sampai sekarang ini. Peserta yang dijadikan sasaran kegiatan meliputi unsur dokter anak (selama 2 hari), Bidan, perawat, ahli gizi (selama 6 hari). Kegiatan yang dilakukan Pemerintah Provinsi ini kemudian ditindaklanjuti dengan kegiatan serupa di Kabupaten/Kota dengan sumber dana APBD Kabupaten/Kota.[12]

Pemerintah Provinsi melalui Dinas Kesehatan juga melakukan supervisi ke Kabupaten/Kota setiap tahunnya. Hal ini yang mendorong Pemkab/Pemkot menerbitkan Peraturan Daerah/Peraturan Bupati tentang ASI eksklusif. Di antara peraturan yang berhasil diterbitkan adalah: Perbup Banyumas Nomor 52 tahun 2012, Perbup Klaten Nomor 12 Tahun 2013, Perbup tegal Nomor 54 tahun 2013, Perbu Sukoharjo Nomor 4 tahun 2013, dan lain-lainnya.

---

[11] *Wawancara* dengan Yazid -konselor laktasi dan staf Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah-, tanggal 9 Agustus 2017.

[12] *Wawancara* dengan Yazid -konselor laktasi dan staf Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah-, tanggal 9 Agustus 2017.

Setelah tahun 2015, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah melaksanakan kegiatan pelatihan motivator ASI di tingkat desa dengan dukungan dana APBD Provinsi. Setelah itu, Pemerintah Kabupaten/Kota menindaklanjuti kegiatan serupa. Ada 20 (dua puluh) kabupaten yang didampingi, dengan peserta masing-masing per kabupaten sebanyak 50 orang. Adapun pesertanya terdiri dari unsur kader posyandu, PKK, tokoh agama, dan tokoh masyarakat. Demikian juga ada kegiatan Seminar, temanya ASI dengan peserta warga masyarakat. Seminar ini memperkenalkan berbagai peraturan perundang-undangan terkait ASI eksklusif. Tujuan utama dari kegiatan-kegiatan ini adalah untuk meningkatkan pemahaman masyarakat dalam pemberian ASI.[13]

Meskipun demikian, Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Cq. Dinas Kesehatan mengakui bahwa masih ada kendala dan problem dalam upaya peningkatan persentase ASI eksklusif. Masih banyak oknum dokter dan Bidan yang menjadi mitra produk susu formula. Meskipun sudah ada sanksi yang jelas yang diatur dalam undang-undang bagi pihak yang ikut mempromosikan susu formula, namun mereka

[13] *Wawancara* dengan Yazid -konselor laktasi dan staf Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah-, tanggal 9 Agustus 2017.

tidak takut dengan sanksi tersebut. Di antara sanksi-sanksi terkait segala hal yang menghalangi pemberian ASI eksklusif, baik secara langsung maupun tidak langsung disebutkan sebagai berikut:

1. Pasal 200, UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan: "Setiap orang yang dengan sengaja menghalangi program pemberian air susu ibu eksklusif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 ayat (2) dipidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah)";
2. Pasal 201, ayat (1) dan (2) UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan:
   (1) Dalam hal tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 190 ayat (1), Pasal 191, Pasal 192, Pasal 196, Pasal 197, Pasal 198, Pasal 199, dan Pasal 200 dilakukan oleh korporasi, selain pidana penjara dan denda terhadap pengurusnya, pidana yang dapat dijatuhkan terhadap korporasi berupa pidana denda dengan pemberatan 3 (tiga) kali dari pidana denda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 190 ayat (1), Pasal 191, Pasal 192, Pasal 196, Pasal 197, Pasal 198, Pasal 199, dan Pasal 200.
   (2) Selain pidana denda sebagaimana dimaksud pada ayat (1), korporasi

dapat dijatuhi pidana tambahan berupa:

a. Pencabutan izin usaha; dan/atau
b. Pencabutan status badan hukum.

Ketentuan pasal-pasal di atas dapat digunakan untuk menjerat oknum Bidan dan/atau Dokter, serta pabrik susu formula yang sama-sama menjadi penghalang pemberian ASI eksklusif.

Bahkan Pemerintah telah menetapkan Kebijakan berupa pemberian sanksi yang tegas terhadap setiap pelanggar pemberian ASI eksklusif. Kebijakan tersebut dituangkan di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Bagi Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan Kesehatan, Pengurus Organisasi Profesi Di Bidang Kesehatan, Serta Produsen Dan Distributor Susu Formula Bayi Dan/Atau Produk Bayi Lainnya Yang Dapat Menghambat Keberhasilan Program Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Permenkes tersebut mengatur tentang kewajiban, larangan, tata cara dan prosedur proses penjatuhan sanksi, jenis dan bentuk sanksi, pemulihan nama baik jika tidak terbukti bersalah. Hal tersebut secara rinci dapat dilihat sebagai berikut:

Pasal 2

Setiap Tenaga Kesehatan wajib:

a. melaksanakan inisiasi menyusu dini terhadap bayi yang baru lahir kepada ibunya paling singkat selama 1 (satu) jam, jika tidak ada kontra indikasi medis;
b. menempatkan ibu dan bayi dalam 1 (satu) ruangan atau rawat gabung, jika tidak ada kontra indikasi medis yang ditetapkan oleh dokter;
c. memberikan informasi dan edukasi ASI Eksklusif kepada ibu dan/atau anggota keluarga dari bayi yang bersangkutan sejak pemeriksaan kehamilan sampai dengan periode pemberian ASI Eksklusif selesai;
d. tidak memberikan susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya, kecuali atas indikasi medis, ibu tidak ada, atau ibu terpisah dari bayi;
e. memberikan peragaan dan penjelasan tentang penggunaan dan penyajian susu formula bayi kepada ibu dan/atau keluarga, dalam hal pemberian ASI Eksklusif tidak memungkinkan sesuai indikasi medis, ibu tidak ada, atau ibu terpisah dari bayi;
f. tidak menerima dan/atau mempromosikan susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya yang dapat menghambat program pemberian ASI Eksklusif;
g. tidak menerima hadiah dan/atau bantuan dari produsen atau distributor susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya, kecuali untuk

tujuan membiayai kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan, pertemuan ilmiah, dan/atau kegiatan lainnya yang sejenis, serta tidak ada kewajiban tertentu yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan berdasarkan keinginan pemberi bantuan dalam bentuk tertulis yang ditandatangani oleh kedua belah pihak; dan/atau h. memberikan pernyataan tertulis kepada atasannya bahwa bantuan tersebut tidak mengikat dan tidak menghambat keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif.

Pasal 3

Setiap Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib:

a. melaksanakan inisiasi menyusu dini terhadap bayi yang baru lahir kepada ibunya paling singkat selama 1 (satu) jam, jika tidak ada kontra indikasi medis;
b. menempatkan ibu dan bayi dalam 1 (satu) ruangan atau rawat gabung, jika tidak ada kontra indikasi medis yang ditetapkan oleh dokter;
c. memberikan informasi dan edukasi ASI Eksklusif kepada Ibu dan/atau anggota keluarga dari bayi yang bersangkutan sejak pemeriksaan kehamilan sampai dengan periode pemberian ASI Eksklusif selesai;
d. tidak memberikan susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya, kecuali atas indikasi

medis, ibu tidak ada, atau ibu terpisah dari bayi;

e. memberikan peragaan dan penjelasan tentang penggunaan dan penyajian susu formula bayi kepada ibu dan/atau keluarga, dalam hal pemberian ASI Eksklusif tidak memungkinkan sesuai indikasi medis, ibu tidak ada, atau ibu terpisah dari bayi;
f. tidak menerima dan/atau mempromosikan susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya yang dapat menghambat program pemberian ASI Eksklusif;
g. tidak menyediakan pelayanan di bidang kesehatan atas biaya yang disediakan oleh produsen dan distributor susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya;
h. tidak menerima hadiah dan/atau bantuan dari produsen atau distributor susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya, kecuali untuk tujuan membiayai pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan, pertemuan ilmiah, dan/atau kegiatan lainnya yang sejenis, serta tidak ada kewajiban tertentu yang harus dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan keinginan pemberi bantuan dalam bentuk tertulis yang ditandatangani oleh kedua belah pihak;
i. memberikan pernyataan tertulis kepada Menteri melalui Kepala Dinas Kesehatan setempat bahwa bantuan tersebut tidak mengikat dan tidak menghambat keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif; dan/atau

j. memberikan laporan kepada Menteri melalui Direktur Jenderal yang bertanggung jawab di bidang gizi atas bantuan yang diterima dari produsen atau distributor.

Pasal 4

Setiap Penyelenggara Satuan Pendidikan Kesehatan wajib:

a. memberikan pernyataan tertulis kepada Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan melalui Direktur Jenderal yang membidangi pendidikan tinggi, dengan tembusan kepada Menteri melalui Direktur Jenderal yang bertanggung jawab di bidang gizi bahwa bantuan tersebut tidak mengikat dan tidak menghambat keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif;
b. tidak menerima hadiah dan/atau bantuan dari produsen atau distributor susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya, kecuali untuk tujuan membiayai kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan, pertemuan ilmiah, dan/atau kegiatan lainnya yang sejenis, serta tidak ada kewajiban tertentu yang harus dilakukan oleh Satuan Pendidikan Kesehatan berdasarkan keinginan pemberi bantuan dalam bentuk tertulis yang ditandatangani oleh kedua belah pihak; dan/atau

c. memberikan laporan kepada Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan melalui Direktur Jenderal yang membidangi pendidikan tinggi, dengan tembusan kepada Menteri melalui Direktur Jenderal yang bertanggung jawab di bidang gizi atas bantuan yang diterima dari produsen atau distributor.

Pasal 5

Setiap Pengurus Organisasi Profesi Bidang Kesehatan wajib:

a. tidak menerima hadiah dan/atau bantuan dari produsen atau distributor susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya, kecuali untuk tujuan membiayai kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan, pertemuan ilmiah, dan/atau kegiatan lainnya yang sejenis, serta tidak ada kewajiban tertentu yang harus dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan keinginan pemberi bantuan dalam bentuk tertulis yang ditandatangani oleh kedua belah pihak;
b. memberikan pernyataan tertulis kepada Menteri melalui Direktur Jenderal yang bertanggung jawab di bidang gizi bahwa bantuan tersebut tidak mengikat dan tidak menghambat keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif; dan/atau
c. memberikan laporan kepada Menteri melalui Direktur Jenderal yang bertanggung jawab di

bidang gizi atas bantuan yang diterima dari produsen atau distributor.

Pasal 6

Setiap Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya dilarang:

a. memberikan contoh produk susu formula bayi dan/atau produk bayi lainnya secara cuma-cuma atau bentuk apapun kepada penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, ibu hamil, atau ibu yang baru melahirkan;
b. menawarkan atau menjual langsung susu formula bayi ke rumahrumah;
c. memberikan potongan harga atau tambahan atau sesuatu dalam bentuk apapun atas pembelian susu formula bayi sebagai daya tarik dari penjual;
d. menggunakan tenaga kesehatan untuk memberikan informasi tentang susu formula bayi kepada masyarakat;
e. mengiklankan Susu Formula Bayi yang dimuat dalam media massa, baik cetak maupun elektronik, dan media luar ruang, kecuali media khusus kesehatan;
f. memberikan hadiah dan/atau bantuan kepada tenaga kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan termasuk keluarganya yang dapat menghambat program pemberian ASI

Eksklusif; dan/atau

g. tidak memberikan laporan kepada Menteri melalui Direktur Jenderal yang bertanggung jawab di bidang gizi atas bantuan yang diberikan kepada tenaga kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan termasuk keluarganya.

Pasal 7

(1) Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 sampai dengan Pasal 6 dikenai sanksi administratif.

(2) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
    a. teguran lisan;
    b. teguran tertulis; dan/atau
    c. pencabutan izin.

(3) Pengenaan sanksi teguran lisan, teguran tertulis, dan pencabutan izin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, huruf b, dan huruf c dikenakan kepada tenaga kesehatan.

(4) Pengenaan sanksi teguran lisan, dan teguran tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b dikenakan kepada

Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya.

(5) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b dikenai oleh:
   a. kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, tempat dimana pelanggaran ditemukan;
   b. Menteri untuk pelanggaran yang dilakukan oleh:
      1) Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tidak memberikan pernyataan tertulis tidak mengikat dan tidak menghambat keberhasilan program pemberian ASI eksklusif terhadap bantuan yang diterima, dan tidak memberikan laporan atas bantuan yang diterima dari Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya;
      2) Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan yang tidak memberikan pernyataan tertulis tidak mengikat dan tidak menghambat keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif terhadap bantuan yang diterima, dan tidak memberikan laporan atas bantuan yang diterima dari produsen atau distributor; dan

3) Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya yang tidak memberikan laporan kepada Menteri melalui Direktur Jenderal yang bertanggung jawab di bidang gizi atas bantuan yang diberikan kepada tenaga kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan termasuk keluarganya.

c. menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan untuk Penyelenggara Satuan Pendidikan yang tidak memberikan laporan atas bantuan yang diterima dari produsen atau distributor.

(6) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dikenai oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 8

Dugaan pelanggaran terhadap ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 sampai dengan Pasal 6 terjadi berdasarkan laporan yang berasal dari:

a. pengaduan; dan

b. hasil monitoring dan evaluasi.

Pasal 9

(1) Laporan berdasarkan pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf a dapat dilakukan oleh pelapor:
    a. perorangan;
    b. kelompok; dan/atau
    c. institusi/lembaga/instansi/organisasi.
(2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi persyaratan administrasi:
    a. peristiwa yang dilaporkan terjadi setelah diundangkannya Peraturan Menteri ini;
    b. peristiwa yang dilaporkan tidak dimaksudkan untuk penyelesaian atas tuntutan ganti rugi;
    c. pelaporan dilakukan secara tertulis; dan
    d. belum pernah dilaporkan dan/atau diperiksa.
(3) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat paling sedikit:
    a. identitas pelapor, meliputi nama lengkap, alamat lengkap, nomor kontak (telepon, faksimili, atau email) yang dapat dihubungi (jika ada), dan kedudukan;
    b. nama dan alamat lengkap pihak yang diadukan;
    c. perbuatan yang diduga melanggar larangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 sampai dengan Pasal 6;
    d. waktu pelanggaran dilakukan;
    e. alasan pengaduan (kronologis peristiwa yang diadukan);

f. keterangan yang memuat fakta, data, atau petunjuk terjadinya pelanggaran; dan
g. nama saksi-saksi dan keterlibatannya.

(4) Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota tempat dimana pelanggaran ditemukan, Menteri, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, atau kementerian/lembaga terkait yang mengeluarkan izin wajib menjamin kerahasiaan identitas pelapor sebagaimana sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, kecuali untuk kepentingan penegakan hukum.

Pasal 10

(1) Laporan berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf b dapat dilakukan oleh kementerian/lembaga terkait dan/atau Pemerintah Daerah.
(2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten/kota tempat dimana pelanggaran ditemukan, Menteri, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, atau kementerian/lembaga terkait yang mengeluarkan izin.

Pasal 11

(1) Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota tempat dimana pelanggaran ditemukan, Menteri, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan,

atau kementerian/lembaga terkait yang mengeluarkan izin setelah menerima laporan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, membentuk tim panel yang bersifat *ad hoc* untuk menindaklanjuti laporan.

(2) Tim panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari 5 (lima) orang yang berasal dari:
   a. 2 (dua) orang dari dinas kesehatan kabupaten/kota, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, atau atau kementerian/lembaga terkait yang mengeluarkan izin;
   b. 1 (satu) orang dari organisasi profesi/asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan; dan
   c. 2 (dua) orang unsur ahli.

(3) Tim panel dalam melaksanakan tugas dibantu oleh sekretariat, yang bertugas:
   a. menerima dan meneliti laporan yang diajukan oleh pelapor;
   b. mengembalikan laporan yang tidak lengkap kepada pelapor untuk dilengkapi;
   c. mencatat dalam buku registrasi dan menyampaikan laporan yang telah lengkap kepada tim panel;
   d. menyiapkan bahan dan jadwal pemeriksaan bagi tim panel; dan
   e. membuat risalah rapat tim panel.

Pasal 12

(1) Tim panel menindaklanjuti laporan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 dengan melakukan pemeriksaan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja setelah laporan diterima.
(2) Pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa verifikasi, klarifikasi dan investigasi terhadap laporan.

Pasal 13

(1) Tim panel melakukan verifikasi atas persyaratan administrasi dan data pendukung dari laporan.
(2) Selain memenuhi persyaratan administrasi, pelapor juga harus melengkapi laporan dengan data pendukung yang berupa:
    a. alat bukti yang dimiliki; dan
    b. pernyataan tentang kebenaran pelaporan.
(3) Pemberian data pendukung laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilakukan setelah laporan terdaftar.

Pasal 14

(1) Klarifikasi terhadap laporan dilakukan untuk memeriksa keabsahan dan kebenaran pelaporan.
(2) Klarifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tim panel.

Pasal 15

(1) Dalam melakukan klarifikasi, tim panel dapat meminta kelengkapan atas kekurangan dokumen pengaduan kepada pelapor.
(2) Untuk kepentingan klarifikasi, pihak-pihak yang terkait harus memberikan informasi, surat atau dokumen yang terkait dengan peristiwa yang dilaporkan, dan alat bukti lainnya yang diperlukan.

Pasal 16

Laporan dapat dicabut atau dibatalkan oleh pelapor sebelum dilakukan investigasi.

Pasal 17

(1) Investigasi dilakukan untuk mengumpulkan informasi dan alat bukti yang berkaitan dengan peristiwa yang dilaporkan.
(2) Investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
    a. kunjungan lapangan;
    b. surat menyurat; dan/atau
    c. media komunikasi lainnya.

Pasal 18

(1) Dalam melakukan investigasi, tim panel dapat meminta informasi dan alat bukti yang berkaitan dengan peristiwa yang dilaporkan kepada:
    a. pelapor;
    b. terlapor atau pendamping terlapor;
    c. pihak lain yang terkait.

(2) Kegiatan investigasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan secara tertutup.

Pasal 19

(1) Bukti-bukti yang dapat diperoleh oleh tim panel dalam melakukan investigasi dapat berupa:

a. surat-surat dan/atau dokumen-dokumen;
b. keterangan saksi-saksi;
c. keterangan ahli; dan/atau
d. pengakuan terlapor.

(2) Bukti-bukti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dijadikan bahan pertimbangan bagi tim panel, untuk memberikan rekomendasi kepada Pejabat yang berwenang dalam memberikan sanksi atau pemberitahuan kepada pelapor bahwa tidak ada pelanggaran.

Pasal 20

(1) Apabila dari hasil pemeriksaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ditemukan adanya pelanggaran sebagaimana dimaksud dalam dalam Pasal 2 sampai dengan Pasal 6, kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, Menteri, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, atau kementerian/lembaga terkait yang mengeluarkan izin mengenakan sanksi teguran lisan.
(2) Setiap teguran lisan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan paling banyak 3

(tiga) kali, untuk jangka waktu masing-masing 10 (sepuluh) hari kerja.

(3) Teguran lisan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibuat dalam bentuk tertulis.

Pasal 21

(1) Apabila sampai dengan berakhirnya teguran lisan ketiga Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya yang terkena sanksi administratif tidak mematuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20, kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, Menteri, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, atau kementerian/lembaga terkait yang mengeluarkan izin mengenakan sanksi teguran tertulis.

(2) Sanksi teguran tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat perintah:
   a. kewajiban melakukan ketentuan sebagaimana diatur dalam Pasal Pasal 2 sampai dengan Pasal 6; dan/atau
   b. tidak melakukan ketentuan yang dilarang sebagaimana diatur dalam Pasal Pasal 2 sampai dengan Pasal 6.

(3) Setiap teguran tertulis dikenakan paling banyak 3 (tiga) kali, untuk jangka waktu masing-masing 14 (sepuluh) hari kerja.

Pasal 22

(1) Apabila sampai dengan berakhirnya teguran tertulis ketiga Tenaga Kesehatan yang terkena sanksi administratif tidak mematuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21, kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, Menteri, atau menteri/kepala lembaga terkait yang mengeluarkan izin mengenakan sanksi pencabutan izin.
(2) Tata cara pengenaan sanksi pencabutan izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundangundangan.

Pasal 23

(1) Pemeriksaan dihentikan apabila Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya yang melakukan pelanggaran, telah membuktikan dengan surat pernyataan dan bukti-bukti yang mendukung bahwa yang bersangkutan telah mematuhi ketentuan dan menghentikan kegiatan yang dilarang dalam Pasal 2 sampai dengan Pasal 6.

(2) Tim panel berdasarkan laporan penghentian pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menyelenggarakan rapat tim panel untuk memutuskan penghentian proses pemeriksaan laporan.
(3) Penghentian proses pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, Menteri, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, atau kementerian/lembaga terkait yang mengeluarkan izin.

Pasal 24

(1) Bagi Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya yang dalam pemeriksaan tim panel sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 sampai dengan Pasal 19 mengakui pelanggaran yang dilakukannya, kepada Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya tersebut tetap dikenai peringatan tertulis 1 (satu) kali.

(2) Dalam hal anggota Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya terbukti mengulangi kembali pelanggaran terhadap ketentuan larangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 sampai dengan Pasal 6, Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya tersebut dijatuhkan sanksi administratif sebagaimana diaturdalam Pasal 7 ayat (2).

Pasal 25

(1) Dalam hal Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya tidak terbukti melakukan pelanggaran, tim panel memberikan pertimbangan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, Menteri, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, atau kementerian/lembaga terkait yang

mengeluarkan izin untuk memulihkan nama baik Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurusm Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya yang diduga melakukan pelanggaran.

(2) Pemulihan nama baik Tenaga Kesehatan, penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, Menteri, atau menteri/kepala lembaga terkait yang mengeluarkan izin mengenakan sanksi pencabutan izin.

Pasal 26

(1) Pelapor atau terlapor dapat mengajukan keberatan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, Menteri, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, atau kementerian/lembaga terkait yang mengeluarkan izin atas sanksi administrasi yang diterima.

(2) Pengajuan keberatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disertai alasan keberatan.

(3) Jangka waktu pengajuan keberatan harus diajukan paling lama 7 (tujuh) hari kerja sejak sanksi administrasi diterima.

Adapun terkait pemberian susu formula bayi dan produk lainnya, Pemerintah telah menetapkan Kebijakan dengan mengaturnya secara khusus dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 39 Tahun 2013. Kebijakan Pemerintah, mengharuskan kepada setiap ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Susu formula baru dapat/boleh diberikan kepada bayi hanya dalam keadaan khusus. Hal ini diatur di Bab III dengan judul PENGGUNAAN SUSU FORMULA BAYI, Pasal 6 ayat (1) dan (2):

(1) Setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI Eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya, kecuali dalam keadaan:
    a. Adanya indikasi medis;
    b. Ibu tidak ada; atau
    c. Ibu terpisah dari bayi
(2) Dalam keadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ibu, keluarga, tenaga medis, dan tenaga kesehatan lainnya dapat memberikan Susu Formula Bayi.

Pasal 7

(1) Pemberian Susu Formula Bayi berdasarkan Indikasi Medis dilakukan dalam hal :
    a. Bayi yang hanya dapat menerima susu dengan formula khusus;

b. Bayi yang membutuhkan makanan lain selain ASI dengan jangka waktu terbatas;
c. kondisi medis ibu yang tidak dapat memberikan ASI Eksklusif karena harus mendapatkan pengobatan sesuai dengan standar pelayanan medis;
d. kondisi medis ibu dengan HbsAg (+), dalam hal Bayi belum diberikan vaksinasi hepatitis yang pasif dan aktif dalam 12 (dua belas) jam; dan
e. keadaan lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

(2) Penentuan adanya Indikasi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan oleh dokter.

(3) Dalam hal di daerah tertentu tidak terdapat dokter, penentuan adanya Indikasi Medis dapat dilakukan oleh bidan atau perawat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Pemberian Susu Formula dan Produk Bayi Lainnya atas Indikasi Medis yang dilakukan oleh bidan dan perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diutamakan untuk penyelamatan nyawa.

Untuk menyelesaikan kendala dan problem oknum petugas yang “main mata” dengan produk susu formula tersebut, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah melakukan langkah dengan menasehati Bidan bahwa membantu promosi susu formula dengan mengesampingkan pentingnya ASI itu bertentangan dengan ajaran agama

(Islam). Ternyata nasehat moral ini dipandang lebih manjur dibandingkan menakut-nakuti Bidan dengan sanksi hukum.

Hal-hal yang telah dilakukan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah terkait upaya peningkatan persentase ASI eksklusif di atas, menunjukkan adanya hubungan erat antara kesehatan dengan hubungan sosial sebagaimana Tesis John Field. Pada level individu, seseorang dengan jaringan sosial yang kuat akan memiliki angka kematian yang lebih rendah. Terdapat pola umum juga yang membuktikan adanya hubungan positif yang lebih luas antara modal sosial dan kesehatan.[14]

B.2. *Implementasi Kebijakan Pemerintah di Provinsi Kalimantan Barat*

Sedangkan kondisi persentase ASI eksklusif di Provinsi Kalimantan Barat selama 5 (lima) tahun terakhir -meskipun termasuk salah satu Provinsi yang didampingi USAID Kinerja- menunjukkan kecenderungan selalu di bawah persentase Nasional. Menurut data Profil Kesehatan yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan, perbandingan persentase ASI eksklusif antara Nasional dan Kalimantan Barat dapat dilihat di tabel berikut ini:

---

[14] John Field, *Modal Sosial* (terjemahan Nurhadi dari *Sosial Capital*) (Bantul: Kreasi Wacana, 2016), Cet. IV, hlm.97.

Tahun	2012	2013	2014	2015	2016
Nasional	48,62	54,34	52,3	55,7	54,0
Kalimantan Barat	44,96	47,32	49,5	68,4	52,9

Sumber: Diolah dari Profil kesehatan Kementerian Kesehatan Tahun 2012-2016.

Sebagaimana data persentase ASI Eksklusif di Jawa Tengah, di Kalimantan Barat juga terjadi perbedaan data persentase ASI Eksklusif antara data yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan RI dengan data yang dirilis Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat dalam Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat sebagai berikut:

Tahun	2012	2013	2014	2015	2016
Kalimantan Barat	31,3	Di dalam Profil Kesehatan Dinkes tidak ditemukan	55,1	51,8	Tidak ditemukan data

		data			

Sumber: Diolah dari Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2012-2016.

Perbedaan persentase ASI Eksklusif di Kalimantan Barat antara data yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan RI dengan data yang dirilis Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat dalam Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat tersebut disebabkan perbedaan cara menghitung persentase ASI Eksklusif yang berawal karena perbedaan pemahaman terhadap definisi ASI Eksklusif dan data survey serta interpretasinya. Dalam penelitian ini, data yang digunakan adalah data yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia karena lebih otoritatif dan lebih tinggi derajatnya.

Untuk melihat komitmen Kalimantan Barat dalam meningkatkan persentase ASI Eksklusif di antaranya dapat dilihat dari dokumen Perencanaannya (RPJPD, RPJMD, RENSTRA, dan RENJA SKPD) dan ada/tidaknya Peraturan Perundang-undangan pada level daerah terkait keberpihakan terhadap pemberian ASI Eksklusif.

Di dalam RPJMD Kalimantan Barat Tahun 2013-2018, persentase ASI Eksklusif tidak dijadikan salah satu indikator dalam bidang Kesehatan. Dalam Program Pembinaan Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, indikator kinerja yang dijadikan sasaran hanya mencakup: Persentase

balita ditimbang berat badannya (D/S), Persentase Balita Gizi Buruk yang mendapatkan perawatan, Persentase ibu bersalin yang ditolong oleh nakes (cakupan PN), Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal (cakupan K4), persentase cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1), dan persentase cakupan kunjungan bayi.

Meskipun demikian, di dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2013-2018, memasukkan persentase bayi yang mendapat ASI Eksklusif sebagai salah satu indikator sasaran, namun tidak sampai dijadikan sebagai isu strategis di bidang Kesehatan. Bahkan target persentase yang direncanakan sangat tinggi sekali. Tahun 2013 ditarget ASI Eksklusif sebesar 75 %, tahun 2014 sebesar 80 %, tahun 2015 sebesar 83 %, tahun 2016 sebesar 85 %, tahun 2017 sebesar 88 % dan tahun 2018 sebesar 90 %. Target tersebut ditindaklanjuti dengan Program dan Kegiatan berupa sosialisasi pemberian ASI Eksklusif dan pembuatan ruang laktasi. Di dalam Renstra, ASI Ekslusif juga diyakini menjadi salah satu sarana untuk menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB), sebagaimana pernyataan sebagai berikut:[15]

"ASI juga telah dibuktikan dapat menurunkan risiko bayi terkena infeksi akut dan penyakit

[15] Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2013-2018*.

kronis di masa mendatang. ASI eksklusif adalah intervensi yang paling efektif untuk mencegah kematian anak. Karena itu, setiap Ibu melahirkan dianjurkan dapat memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya, kecuali dalam kondisi tertentu, seperti adanya indikasi medis, ibu tidak ada atau ibu terpisah dari bayi".

Demikian juga, di dalam dokumen Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah 5 (lima) tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat menyebutkan persentase Bayi mendapat ASI Eksklusif sebagai salah satu indikator sasaran sebagai berikut:

3. Meningkatnya status gizi masyarakat di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota, dengan indikator kinerja sasaran diantaranya :

- Persentase balita yang naik berat badannya
- Persentase balita bawah garis merah
- Persentase balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali pertahun
- Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe
- *Persentase bayi mendapat ASI eksklusif*
- Persentase desa dengan garam beryodium baik
- Persentase Kecamatan bebas rawan gizi
- Persentase Balita Gizi buruk mendapat perawatan.

Meskipun ASI Eksklusif disebutkan di dalam Renstra dan Sasaran Jangka Menengah Dinas Kesehatan, namun di dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah Provinsi Kalimantan Barat,

misalnya pada Rencana Kerja Tahun 2016, ASI Eksklusif tidak masuk sebagai salah satu indikator sasaran kinerja di Bidang Kesehatan.[16]

Sedangkan dilihat dari aspek Peraturan Perundang-Undangan yang dibuat terkait ASI Eksklusif, di Provinsi Kalimantan Barat hanya terdapat Perda Nomor 3 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Reproduksi. Di dalam Perda ini sebenanrnya mengatur secara umum terkait masalah Kesehatan Reproduksi. Sedangkan terkait ASI Eksklusif diatur di dalam Pasal 15 yang menyebutkan: "Setiap bayi berhak mendapatkan ASI Eksklusif sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan sejak lahir". Pasal lain yang mengatur ASI Eksklusif dihubungkan dengan masalah Pengaturan Kehamilan. Hal ini disebutkan di dalam Pasal 11, ayat (2) sebagai berikut:

Selain ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), kebijakan pengaturan kehamilan bertujuan untuk:

a. mengatur kehamilan yang sehat dan diinginkan;
b. menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak;

[16] Peraturan Gubernur Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2015 tentang Rencana Kerja Pemerintah Daerah Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2016.

c. meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi;
d. meningkatkan partisipasi, kesertaan dan tanggung jawab pria atau suami dalam praktek keluarga berencana; dan
e. *mempromosikan pemberian ASI eksklusif sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu, bayi dan anak.*

Perda Nomor 3/2013 tersebut merupakan satu-satunya Peraturan di tingkat Provinsi yang menjadi landasan hukum untuk memberikan ASI Eksklusif di Provinsi Kalimantan Barat. Menurut Nurasiyah Ibrahim -salah seorang staf di bagian Kesehatan Keluarga dan Gizi dan konselor ASI Eksklusif Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat yang sudah sangat lama mengawal ASI Eksklusif- menuturkan bahwa pihak Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat memang tidak menginisiasi pembuatan Peraturan Hukum yang menekankan pemberian ASI Eksklusif secara *top down* (dari tingkat Provinsi), melainkan mengharapkan kesadaran ASI Eksklusif tumbuh secara *buttom up* dari Kabupaten/Kota yang ada di Kalimantan Barat.[17]

Sedangkan menurut Agatha Rosana, alasan tidak banyak dijadikannya ASI Eksklusif sebagai isu kesehatan di Provinsi Kalimantan Barat,

[17] Wawancara dengan Nurasiyah Ibrahim, pada tanggal 29 Agustus 2017.

dikarenakan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat lebih fokus pada persoalan kesehatan yang paling parah dihadapi Kalimantan Barat, yakni masalah gizi buruk yang menempati nomor 2 tertinggi di Indonesia.[18] Pernyataan Agatha tersebut sejalan dengan Rencana Strategis Dinas Kesehatan yang menjadikan salah satu isu strategisnya terkait gizi buruk sebagaimana tercermin dari kalimat:

"Oleh karena itu perlu dicermati perkembangan isu-isu strategis yang perlu ditangani dan dicarikan pemecahannya, terkait dengan pembangunan urusan kesehatan, yaitu:
2) Status gizi masyarakat masih rendah Kekurangan gizi pada anak balita masih tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang cukup penting di Kalimantan Barat. Berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) menunjukkan prevalensi gizi buruk Kalimantan Barat relatif membaik, namun cenderung meningkat di tahun 2011-2012".

Terkait upaya peningkatan persentase ASI Eksklusif, Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat sebatas kegiatan rutin sosialisasi dan

[18] Wawancara dengan Agatha Rosana -Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat-, pada tanggal 29 Agustus 2017.

advokasi serta pembuatan pojok laktasi yang dipandang lebih urgen. [19] Hal ini sejalan dengan Program Kerja Dinas Kesehatan yang disebutkan di dalam Rencana Kerja sebagaimana disebutkan di atas.

Sedangkan dilihat dari perspektif lembaga masyarakat,[20] peningkatan persentase ASI eksklusif yang dilakukan Pemerintah Kalimantan Barat adalah melalui "kampanye ASI eksklusif" melalui iklan dengan mencetak brosur yang mencantumkan pentingnya IMD (Inisiasi Menyusu Dini) yang dipasang di Rumah Sakit. Hal ini untuk mengurangi sekaligus menandingi iklan susu formula yang dilakukan secara massif. Bahkan ada Rumah Sakit yang masih membolehkan iklan susu formula ditempel di dinding-dinding Rumah Sakit, meskipun hal ini merupakan pelanggaran kode etik.

Pemerintah Kalimantan Barat juga melakukan langkah pelatihan konselor menyusui yang melibatkan ahli gizi dan Bidan di Puskesmas. Namun karena tugas Puskesmas tidak hanya menangani masalah ASI eksklusif, hasilnya

---

[19] Wawancara dengan Agatha Rosana -Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat-, pada tanggal 29 Agustus 2017.

[20] Wawancara dengan Kartika Rahardja (Ketua Umum AIMI Provinsi Kalimantan Barat), pada tanggal 28 Agustus 2017.

kurang maksimal. Untuk mengisi kekurangan ini diperlukan peran AIMI.

Langkah lainnya adalah melalui POSYANDU Mobile. Program ini dilakukan dengan cara memberikan Android kepada para Kader untuk memantau perkembangan kesehatan bayi, termasuk terkait ASI-nya, seperti yang dilakukan di wilayah Pontianak Timur.

AIMI Kalbar juga merekomendasikan agar Pemerintah mempertegas kode etik susu formula yang masih banyak membuka stand-stand pada kegiatan Kementerian/Dinas Kesehatan. Sebagaimana di Provinsi Jawa Tengah, di Provinsi Kalimantan Barat, hambatan dan tantangan terbesar dalam peningkatan persentase ASI Eksklusif juga karena gencarnya iklan susu formula dan "mandulnya" sanksi bagi para pelanggarnya.

Sedangkan terkait tidak berdampaknya dampingan USAID Kinerja di Kalimantan Barat, dikarenakan masih adanya mitos yang kuat, di kalangan orang tua dari ibu yang sedang menyusui (nenek bayi) bahwa *colostrum* itu berbahaya dan dianggap susu yang basi. Faktor lainnya adanya keengganan dari si ibu bayi sendiri yang tidak mau menyusui bayinya karena khawatir payudara menjadi kendor. Kurangnya informasi terkait perbedaan antara ASI dari puting payudara kanan dan payudara kiri. Untuk mengatasi masalah tersebut, AIMI Kalimantan Barat melakukan kegiatan sosialisasi nenek ASI.

BAB IV
PENUTUP

A. Kesimpulan

Adapun kesimpulan penelitian ini adalah:

1. Kebijakan Pemerintah Republik Indonesia terkait peningkatan persentase ASI eksklusif sudah melibatkan modal sosial secara integratif;
2. Keberhasilan atau kegagalan peningkatan persentase ASI eksklusif tergantung langkah implementatif Pemerintah Daerah masing-masing dalam menindaklanjuti peraturan-peraturan yang telah dibuat oleh Pemerintah Pusat terkait Kebijakan ASI Eksklusif;
3. Provinsi Jawa Tengah berhasil meningkatkan persentase ASI eksklusif karena melakukan dua pendekatan secara bersamaan; legal-struktural dengan cara menjadikan ASI Eksklusif sebagai isu strategis dan indikator sasaran pembangunan di bidang Kesehatan dengan memasukkannya ke dalam dokumen Perencanaan (RPJMD, Renstra, dan Renja) serta dengan melakukan pembuatan peraturan hukum terkait ASI eksklusif (Perda, Pergub, Perbup/Perwal). Di samping itu, Pemerintah Provinsi Jawa Tengah juga menggunakan pendekatan pelibatan modal sosial secara nyata melalui pelibatan tokoh agama dan tokoh

masyarakat untuk mendukung program ASI eksklusif;
4. Provinsi Kalimantan Barat tidak berhasil meningkatkan persentase ASI eksklusif karena Kebijakan Pemerintah Pusat tidak ditindaklanjuti dengan peraturan hukum dan juga tidak memanfaatkan modal sosial secara integratif dalam kampanye peningkatan persentase ASI eksklusif secara maksimal.

B. Rekomendasi

Berdasarkan hasil temuan penelitian di atas, peneliti memberikan rekomendasi sebagai berikut:

1. Pemerinatah Daerah melalui Dinas yang tugas dan fungsinya di bidang Kesehatan untuk melakukan langkah konkrit dengan membuat peraturan hukum yang secara integratif melibatkan modal social dalam mendukung ASI eksklusif;
2. Dalam melakukan kegiatan untuk peningkatan persentase ASI eksklusif hendaknya melibatnya modal sosial secara nyata, tidak hanya tertulis dalam sebuah peraturan hukum;
3. Pemerintah (Pusat dan Daerah) perlu memberikan sanksi secara tegas dan nyata bagi para pelanggar segala penghalang dan penghambat pemberian ASI eksklusif sesuai peraturan hukum yang berlaku.

C. Kata Penutup

Alhamdulillah peneliti panjatkan kehadirat Allah swt atas limpahan rahmat dan karuniaNya penelitian ini dapat selesai dengan baik.

Namun demikian, hasil penelitian ini tentu masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik konstruktif dari berbagai pihak demi penyempurnaan terhadap kekurangan dan kelemahannya.

Akhirnya, Tim peneliti berdoa semoga penelitian yang masih jauh dari kesempurnaan ini dapat menjadi bahan yang bermanfaat bagi para pengambil kebijakan dalam menetapkan Kebijakan dan implementsi di lapangan terkait peningkatan ASI eksklusif .

DAFTAR PUSTAKA

Adenita. *Breast Friends*. Tangerang: Buah Hati, 2014.

Al-Jurjawi, Ahmad. *Hikmah al-Tasyri' wa Falsafath*, Juz II. Singapura-Jeddah: Al-Haramayn, t.th.

Al-Shabuni, Muhammad 'Ali. *Rawa'iul Bayan Tafsir Ayat al-Ahkam Min al-Qur'an*, Juz I.Beirut: Dar al-Fikr, t.th.

Arikunto, Suharsimi. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta, 1996.

BKKBN, BPS, dan Kemenkes. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: USAID, 2013.

Denzin, Norman K. and Lincoln, Yvonna S. (*ed.*). *Handbook of Qualitative Research*. New Delhi: Sage Publications, t.th.

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat. *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2013-2018*.

Field, John. *Modal Sosial* (terjemahan Nurhadi). Bantul: Kreasi Wacana, 2016.

Hornby, AS. *Oxford Advanced Leaners Dictionary of Current English*. Oxford: Oxford University Press, 1987.

Http://www.aimi-asi.org.

Http://www.depkes.go.id.

Https://www.unicef.org/Indonesia/ide/media_25473.htm.

Indriyani, Diyan dan Asmuji. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media, 2014.

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi*. Jakarta: BAPPENAS, 2011.

Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 021/MENKES/SK/1/2011 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014*.

Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 021/MENKES/SK/1/2011 tentang Rencana Strategis*.

Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 021/MENKES/SK/1/2011 tentang Rencana Strategis*.

Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*.

Kementerian Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*.

Muhadjir, Noeng. *Metodologi Penelitian Kualitatif*, edisi III. Yogyakarta: Rake Sarasin, 1998.

_____. *Metodologi Penelitian Kebijakan dan Evaluation Research*. Yogyakarta:Rake Sarasin, 2004.

Peraturan Bersama Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan, Menteri Tenaga Kerja Dan Transmigrasi, dan Menteri Kesehatan Nomor : 48/Men.Pp/Xii/2008; Nomor : Per.27/Men/Xii/2008; Nomor : 1177/Menkes/Pb/Xii/2008 Tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu Selama Waktu Kerja Di Tempat Kerja.

Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Barat Nomor 3 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Reproduksi.

Peraturan Gubernur Jawa Tengah No. 56 Tahun 2011 tentang Peningkatan Pemberian ASI di Provinsi Jawa Tengah.

Peraturan Gubernur Nomor 17 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Ibu dan Anak di Provinsi Jawa Tengah.

Peraturan Gubernur Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2015 tentang Rencana Kerja Pemerintah Daerah Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2016.

Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 tahun 2013 tentang Susu Formula dan Produk Bayi Lainnya.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Bagi Tenaga Kesehatan, Penyelenggara

Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan Kesehatan, Pengurus Organisasi Profesi Di Bidang Kesehatan, Serta Produsen Dan Distributor Susu Formula Bayi Dan/Atau Produk Bayi Lainnya Yang Dapat Menghambat Keberhasilan Program Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2014 tentang Standar Mutu Gizi, Pelabelan dan Periklanan Susu Formula Pertumbuhan dan Formula Pertumbuhan Anak Usia 1-3 Tahun.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

Pusat Data dan Informasi. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012.

Pusat Data dan Informasi. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013.

Pusat Data dan Informasi. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017.

Rita, Heppy EJ. *Kamus Ilmiah Populer*. Yogyakarta: Oustaka Pelajar, 2012.

Schroeder, Carolyn S. dan Gordon, Betty N. *Assasment and Treatment of Chilhood Problems*. New York & London: The Guilford Press, t.th.

Sekretariat Jenderal. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014.

Sekretariat Jenderal. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015.

Sekretariat Jenderal. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016.

Sholichah, Farohatus, dkk *Kegagalan Ibu Nikah Dini dalam Memberikan ASI Eksklusif di Kabupaten Semarang*, Penelitian Kelompok, 2016.

Subarsono, AG. *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2015.

Suradi, Rulina (et.al., penyunting). *Indonesia Menyusi*. T.Kt.: Badan Penerbit IDAI, 2010.

UU Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Azasi Manusia.

UU Nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan.

UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Weverka, P (ed.). *The Parent's Success Guide to Baby Planning*. Indiana: Wiley Publishing, 2004.

Woolcock, Michael dan Narayan, Deepa, "Social Capital: Implications for Development Theory, Research, and Policy Revisited", dalam Anthony J. Bebbington (*et.all.*), *The Search for Emopwerment Social Capital as Idea and Practice at the World Bank*. Bloomfield: Kumarian Press, 2006.