

Kuantifikasi Ketidakmerataan Praktik Pemberian Makanan Prelakteal di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2002-2017)

Regita Septiani^{1*}, Sabarinah Prasetyo², Martya Rahmaniati Makful³, Teti Tejayanti⁴

¹⁻³Departemen Biostatistika dan Ilmu Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

⁴Sekretariat Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI

*Korespondensi:

Regita Septiani, Departemen Biostatistika dan Ilmu Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jl. Lingkar Kampus Raya Universitas Indonesia, Kota Depok Jawa Barat, 16424
E-mail: regita.septiani@ui.ac.id

DOI:

<https://doi.org/10.70304/jmsi.v2i03.161>

Copyright © 2023, Jurnal Masyarakat Sehat Indonesia
E-ISSN: 2828-1381
P-ISSN: 2828-738X

Abstrak: Praktik pemberian makanan prelakteal masih menjadi masalah yang harus diatasi Indonesia karena dapat menimbulkan dampak buruk bagi kesehatan bayi. Meskipun persentase praktik pemberian makanan prelakteal sudah cenderung menurun, ketidakmerataan masih terjadi berdasarkan beberapa dimensi ketidakmerataan. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kuantifikasi ketidakmerataan praktik pemberian makanan prelakteal di Indonesia dari tahun 2002 hingga tahun 2017 berdasarkan jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, status ekonomi, wilayah tempat tinggal, provinsi, kunjungan ANC, IMD, dan penolong persalinan. Penelitian dilakukan dengan desain studi cross-sectional menggunakan sumber data sekunder, yaitu SDKI 2002, 2007, 2012, dan 2017. Populasi dalam penelitian ini merupakan seluruh ibu yang terpilih menjadi responden WUS dalam SDKI tahun 2002, 2007, 2012, dan 2017. Sampel yang digunakan merupakan WUS yang telah melahirkan anak terakhirnya dalam 2 tahun sebelum survei. Analisis yang dilakukan adalah analisis univariat dan bivariat yang merupakan analisis ketidakmerataan menggunakan aplikasi HEAT Plus. Hasil analisis menunjukkan bahwa ketidakmerataan praktik pemberian makanan prelakteal masih terjadi pada dimensi pendidikan ibu, status ekonomi, wilayah tempat tinggal, provinsi, IMD, dan penolong persalinan dengan tingkat ketidakmerataan yang berbeda-beda. Tren ketidakmerataan juga cenderung mengalami penurunan dari tahun 2002 hingga tahun 2017 pada hampir seluruh variabel.

Kata kunci : *Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus), Ketidakmerataan, Pemberian makanan prelakteal*

Abstract: *Prelacteal feeding practices still be a problem in Indonesia and need to be addressed because it may cause a negative impact to baby's health. Even though the percentage of prelacteal feeding practices has decrease, inequality still occurs based on several dimensions of inequality. Therefore, this study aims to quantify the inequality of prelacteal feeding practices in Indonesia from 2002 to 2017 based on child sex, mother's age, mother's education, mother's working status, economic status, area of residence, province, visits to ANC, early initiation of breastfeeding, and birth attendants. The research was conducted with a cross-sectional study design on Indonesian Demographic and Health Survey (IDHS) in the year of 2002, 2007, 2012, and 2017. The population were all mothers that selected as women of childbearing age (WCA) respondents on IDHS 2002, 2007, 2012, and 2017. The sample is WCA who had given birth to their last child in the 2 years before the survey. The analysis used is univariate and inequality analysis (bivariate) using the HEAT Plus application. The results found there were an inequality of prelacteal feeding practices by mother's education, economic status, area of residence, province, early initiation of breastfeeding, and birth attendants with various degrees of inequality. The inequality trend also tends to decrease from 2002 to 2017 in almost all variables.*

Keywords: *Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus), Inequality, Prelacteal feeding*

Pendahuluan

Periode 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK) yang meliputi masa sejak anak berada dalam kandungan hingga usianya mencapai dua tahun merupakan periode rentan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak dengan kebutuhan nutrisi yang tinggi. Nutrisi yang tidak berhasil terpenuhi dapat menyebabkan berbagai permasalahan gizi yang dapat meningkatkan risiko penyakit atau bahkan menjadi penyebab kematian anak⁽¹⁾. Di Indonesia pada tahun 2017, masih terdapat sebanyak 15 kematian neonatal dan 32 kematian balita per 1000 kelahiran hidup. Salah satu upaya perbaikan nutrisi anak yang disarankan secara global untuk menekan angka kematian anak adalah melalui penerapan praktik pemberian ASI yang optimal, salah satunya adalah pemberian ASI eksklusif⁽²⁾. Namun, data yang bersumber dari *Global Breastfeeding Scorecard* 2021 menunjukkan baru sebanyak 4 dari 10 anak (44%) di dunia yang menerima ASI eksklusif⁽³⁾. Di Indonesia sendiri pada tahun 2017 juga baru 52% bayi berusia dibawah 6 bulan yang mendapat ASI secara eksklusif⁽⁴⁾.

Cakupan ASI eksklusif yang belum mencapai angka 100% selanjutnya menunjukkan bahwa masih terdapat bayi yang gagal diberikan ASI eksklusif, yang salah satunya diakibatkan oleh pemberian makanan prelakteal kepada bayi. Pemberian makanan prelakteal adalah sebuah praktik memberikan makanan atau minuman selain ASI kepada bayi berusia 0-3 hari sebelum ASI keluar⁽⁵⁾. Bayi belum mampu menghasilkan enzim untuk mencerna makanan selain ASI, sehingga bayi yang diberikan makanan prelakteal mungkin dapat mengalami diare dan infeksi neonatal lainnya, yang bahkan dapat berakhir pada kematian⁽⁶⁾. Data SDKI tahun 2017 menunjukkan adanya tren kenaikan dan penurunan praktik pemberian makanan prelakteal di Indonesia, bahwa sempat terjadi kenaikan praktik pemberian makanan prelakteal yang cukup drastis pada tahun 2002, yaitu sebesar 30,95%, menjadi 59,32% di tahun 2007. Namun akhirnya pada tahun 2012 dan 2017 persentase praktik pemberian makanan prelakteal terus mengalami penurunan hingga mencapai 44,21% di tahun 2017⁽⁴⁾.

Setiap pulau dan provinsi di Indonesia juga mengalami perubahan persentase yang fluktuatif. Persentase praktik pemberian makanan prelakteal tertinggi pada tahun 2002, 2007, 2012, dan 2017 terjadi pada Provinsi Bengkulu (48,35%), Provinsi Sumatra Utara (82,9%), Provinsi Jambi (81,2%), dan Provinsi Sulawesi (80,1%). Sementara itu, persentase praktik pemberian makanan prelakteal terendah pada tahun 2002 berasal dari Provinsi Bali (34,3%), tahun 2007 dari NTT (33,4%), tahun 2012 dari NTT (27,2%), serta di tahun 2017 dari NTB (21,3%)^{(4),(7),(8),(9)}. Data-data tersebut menunjukkan terjadinya ketidakmerataan persentase praktik pemberian makanan prelakteal di Indonesia. Pemantauan terhadap ketidakmerataan yang terjadi dapat menjadi bahan pertimbangan penyusunan kebijakan, program, dan intervensi.¹⁰ Untuk dapat menentukan upaya mengatasi ketidakmerataan, diperlukan data-data pendukung terkait ketidakmerataan yang terjadi. Sehingga penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kuantifikasi ketidakmerataan praktik pemberian makanan prelakteal di Indonesia tahun 2002 hingga tahun 2017.

Penelitian akan dilakukan dengan menggunakan data sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) yang merupakan salah satu bagian dari program *Demographic and Health Surveys* (DHS). DHS juga dilaksanakan oleh berbagai negara lain selain Indonesia, sehingga pertanyaan-pertanyaan yang digunakan untuk pengambilan data SDKI ini merujuk pada instrumen DHS yang berlaku secara internasional. Hingga saat ini, SDKI telah berhasil melaksanakan dan mempublikasikan hasilnya sebanyak 8 kali, dengan urutan tahun dimulai dari tahun 1987, 1991, 1994, 1997, 2002-2003, 2007, 2012, dan 2017. Namun, SDKI baru memasukkan pertanyaan pada kuesioner mengenai praktik pemberian makanan prelakteal mulai pada SDKI 2002-2003^{(4),(7)}. Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan data SDKI tahun 2002 hingga 2017 sebagai sumber data sekundernya.

Metode

Penelitian ini dilakukan dengan desain studi cross-sectional atau studi potong lintang menggunakan sumber data sekunder, yaitu Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002, 2007, 2012, dan 2017. SDKI menjadi salah satu bagian dari program *Demographic and Health Surveys* (DHS) yang juga dilaksanakan oleh negara-negara lain, sehingga pertanyaan-pertanyaan yang digunakan untuk pengambilan data SDKI merujuk pada instrumen DHS yang berlaku secara internasional. Data pada berbagai variabel yang dibutuhkan didapatkan melalui wawancara kuesioner SDKI setiap tahunnya oleh petugas lapangan terlatih. Dataset hasil SDKI yang digunakan dalam penelitian ini diakses pada website DHS Program melalui proses permohonan atau perizinan akses dan penggunaan dataset.

Populasi dalam penelitian ini merupakan seluruh ibu yang terpilih menjadi responden wanita usia subur (WUS) di Indonesia dalam SDKI tahun 2002, 2007, 2012, dan 2017. Sedangkan sampel yang digunakan dalam penelitian ini merupakan WUS (usia 15-49 tahun) yang telah melahirkan anak terakhirnya dalam waktu 2 tahun sebelum survei. Responden yang tidak menjawab variabel secara lengkap tidak akan diikutkan dalam analisis. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pemberian makanan prelakteal yang terbagi menjadi tidak diberikan dan diberikan. Sedangkan variabel independen yang digunakan terdiri atas jenis kelamin anak (perempuan dan laki-laki), usia ibu (15-24 tahun, 25-34 tahun, dan 35-49 tahun), pendidikan ibu (rendah, menengah, dan tinggi), status pekerjaan ibu (tidak bekerja dan bekerja), status ekonomi (bawah, menengah, dan atas), wilayah tempat tinggal (pedesaan dan perkotaan), provinsi (sesuai keikutsertaan provinsi dalam SDKI), kunjungan ANC (≥ 6 kali dan < 6 kali), IMD (≤ 1 jam dan > 1 jam), dan penolong persalinan (nakes dan non nakes).

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat bertujuan untuk mengetahui distribusi karakteristik responden yang selanjutnya akan disajikan dalam bentuk jumlah dan persentase. Sedangkan analisis bivariat merupakan analisis ketidakmerataan menggunakan aplikasi HEAT Plus yang digunakan untuk mengkuantifikasi ketidakmerataan praktik pemberian makanan prelakteal di Indonesia. Untuk menghasilkan ukuran ketidakmerataan, diperlukan nilai *standard error* (SE), *confidence interval* (CI), angka estimasi, dan jumlah populasi dengan metode *complex sample analysis* dan *weighting*, sehingga analisis data pada penelitian ini juga menggunakan aplikasi SPSS v25. Penelitian ini telah mendapatkan Persetujuan Etik dari Komite Etik Penelitian dengan nomor Ket- 564/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2023.

Hasil

Tabel 1 menunjukkan gambaran distribusi karakteristik responden berdasarkan sumber data sekunder SDKI. Terlihat bahwa persentase ibu yang melakukan praktik pemberian makanan prelakteal sempat mengalami kenaikan dari 58,6% (2002) menjadi 66,5% (2007). Dari tahun 2007 hingga 2017 selanjutnya terus mengalami penurunan persentase secara bertahap. Pada tahun 2012 terdapat 60,9% dan pada tahun 2017 turun menjadi 44,8% ibu yang melakukan praktik pemberian makanan prelakteal. Secara lebih lanjut, distribusi karakteristik lainnya juga dapat terlihat pada tabel 1.

Estimasi persentase praktik pemberian makanan prelakteal berdasarkan 10 ukuran ketidakmerataan yang digunakan dalam penelitian ini dapat terlihat pada tabel 2 berikut. Seluruh kelompok pada dimensi ketidakmerataan jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, status ekonomi, dan wilayah tempat tinggal menunjukkan tren yang serupa, bahwa sempat terjadi kenaikan persentase dari tahun 2002 hingga 2007, namun kembali menurun secara bertahap pada tahun 2012 dan 2017 (Tabel 2). Persentase yang lebih tinggi berasal dari kelompok anak laki-laki yang terjadi pada tahun 2002 dan 2012, sedangkan pada anak perempuan terjadi pada tahun 2007 dan 2017. Pada variabel usia ibu, persentase praktik pemberian makanan prelakteal tertinggi selalu berasal dari kelompok usia 15 – 24 tahun.

Kemudian ibu dengan pendidikan tinggi selalu menunjukkan persentase tertinggi dibandingkan dua kelompok pendidikan lainnya. Terkait status pekerjaan ibu, dominasi persentase praktik pemberian makanan prelakteal selalu berada pada kelompok ibu bekerja. Hasil analisis untuk status ekonomi menunjukkan bahwa status ekonomi atas mendominasi persentase pada tahun 2002 dan 2017, serta status ekonomi menengah mendominasi persentase pada tahun 2007 dan 2017. Ibu yang tinggal di perkotaan menghasilkan persentase yang lebih tinggi pada tahun 2002, 2007, dan 2012. Sedangkan pada tahun 2017 terjadi sebaliknya, bahwa ibu yang tinggal di pedesaan menghasilkan persentase tertinggi.

Tabel 1.

Distribusi Karakteristik Anak, Karakteristik Ibu, Karakteristik Rumah Tangga, Faktor Perilaku, dan Karakteristik Persalinan di Indonesia Tahun 2002-2017

Variabel	Kategori	2002		2007		2012		2017	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Pemberian Makanan	Tidak	2389	41,4	2150	33,5	2613	39,1	3392	55,2
Prelakteal	Ya	3382	58,6	4266	66,5	4073	60,9	2752	44,8
Jenis Kelamin Anak	Perempuan	2760	47,8	3002	46,8	3252	48,6	2984	48,6
	Laki-Laki	3012	52,2	3414	53,2	3435	51,4	3160	51,4
Usia Ibu	15-24 tahun	2459	42,6	2612	40,7	2521	37,7	1672	27,2
	25-34 tahun	2386	41,3	2749	42,8	3013	45,1	3213	52,3
	35-49 tahun	926	16,1	1056	16,5	1153	17,2	1259	20,5
Pendidikan Ibu	Rendah	2893	50,1	2685	41,8	2151	32,2	1479	24,1
	Menengah	2500	43,3	3183	49,6	3664	54,8	3625	59,0
	Tinggi	378	6,5	549	8,6	871	13,0	1040	16,9
Status Pekerjaan Ibu	Tidak Bekerja	3781	65,5	3694	57,6	3598	53,8	3460	56,3
	Bekerja	1986	34,4	2721	42,4	3087	46,2	2683	43,7
Status Ekonomi	Bawah	1287	22,3	2599	40,5	2814	42,1	2499	40,7
	Menengah	1144	19,8	1325	20,6	1313	19,6	1214	19,8
	Atas	3340	57,9	2493	38,9	2559	38,3	2431	39,6
Wilayah Tempat Tinggal	Perkotaan	2696	46,7	2637	41,1	3251	48,6	2962	48,2
	Pedesaan	3075	53,3	3779	58,9	3435	51,4	3182	51,8
Provinsi	Aceh	-	-	130	2,0	140	2,1	137	2,2
	Sumatra Utara	531	9,2	442	6,9	375	5,6	351	5,7
	Sumatra Barat	177	3,1	161	2,5	138	2,1	128	2,1
	Riau	158	2,7	121	1,9	173	2,6	174	2,8
	Jambi	79	1,4	76	1,2	92	1,4	83	1,4
	Sumatra Selatan	136	2,4	192	3,0	223	3,3	228	3,7
	Bengkulu	36	0,6	41	0,6	42	0,6	43	0,7
	Lampung	189	3,3	203	3,2	221	3,3	187	3,0
	Bangka Belitung	26	0,5	34	0,5	36	0,5	37	0,6
	Kepulauan Riau	-	-	32	0,5	55	0,8	42	0,7
	Jakarta	199	3,4	287	4,5	237	3,6	235	3,8
	Jawa Barat	1255	21,7	1077	16,8	1182	17,7	1220	19,9
	Jawa Tengah	645	11,2	924	14,4	843	12,6	773	12,6
	Yogyakarta	57	1,0	77	1,2	68	1,0	88	1,4
	Jawa Timur	746	12,9	782	12,2	1006	15,0	742	12,1
	Banten	273	4,7	283	4,4	304	4,5	286	4,7
	Bali	80	1,4	96	1,5	87	1,3	77	1,2
	Nusa Tenggara Barat	121	2,1	155	2,4	166	2,5	145	2,4
	Nusa Tenggara Timur	162	2,8	199	3,1	159	2,4	156	2,5
	Kalimantan Barat	111	1,9	132	2,1	141	2,1	110	1,8
	Kalimantan Tengah	66	1,1	67	1,0	71	1,1	55	0,9
	Kalimantan Selatan	105	1,8	104	1,6	109	1,6	89	1,5
	Kalimantan Timur	102	1,8	102	1,6	104	1,6	79	1,3
	Kalimantan Utara	-	-	-	-	-	-	16	0,3
	Sulawesi Utara	62	1,1	69	1,1	59	0,9	45	0,7
	Sulawesi Tengah	79	1,4	92	1,4	91	1,4	72	1,2

Variabel	Kategori	2002		2007		2012		2017	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Kunjungan ANC	Sulawesi Selatan	268	4,6	242	3,8	229	3,4	201	3,3
	Sulawesi Tenggara	74	1,3	70	1,1	69	1,0	75	1,2
	Gorontalo	35	0,6	32	0,5	30	0,4	33	0,5
	Sulawesi Barat	-	-	38	0,6	38	0,6	33	0,5
	Maluku	-	-	55	0,9	44	0,7	52	0,8
	Maluku Utara	-	-	35	0,5	33	0,5	29	0,5
	Papua Barat	-	-	19	0,3	27	0,4	19	0,3
	Papua	-	-	51	0,8	94	1,4	105	1,7
IMD	≥ 6 kali	3777	65,4	4324	67,4	5136	76,8	4910	79,9
	< 6 kali	1994	34,6	2093	32,6	1550	23,2	1234	20,1
Penolong Persalinan	≤ 1 jam	2182	37,8	2696	42,0	3474	52,0	3706	60,3
	> 1 jam	3590	62,2	3720	58,0	3212	48,0	2438	39,7
Nakes	Nakes	5292	91,7	4890	76,2	5754	86,1	5703	60,3
	Non Nakes	480	8,3	1527	23,8	932	13,9	442	39,7

Tabel 2.

Persentase Praktik Pemberian Makanan Prelakteal di Indonesia Tahun 2002-2017 Menurut 10 Dimensi Ketidakmerataan

Variabel	Kategori	2002	2007	2012	2017
		Persen (%) (SK 95%)			
Jenis Kelamin Anak	Perempuan	56,9 (53,4-60,4)	67,5 (64,9-69,9)	60 (57,6-62,3)	45,1 (42,7-47,5)
	Laki-Laki	60,1 (56,8-63,4)	65,6 (63-68,1)	61,8 (59,3-64,3)	44,5 (42,3-46,8)
Usia Ibu	15-24 tahun	59,8 (55,9-63,5)	68,1 (65,2-70,8)	62,7 (59,8-65,5)	47,8 (44,7-50,9)
	25-34 tahun	57,6 (54,3-60,9)	65,4 (62,7-68,1)	60,4 (57,9-62,8)	43,4 (41,3-45,8)
	35-49 tahun	58,1 (52,2-63,7)	65,4 (60,9-69,5)	58,4 (54,2-62,4)	44 (40,7-47,3)
Pendidikan Ibu	Rendah	53,8 (50,2-57,4)	61,6 (58,6-64,4)	54,8 (51,6-57,9)	42,5 (39,2-45,7)
	Menengah	62,7 (59,2-66,1)	69,2 (66,6-71,6)	62,3 (59,9-64,6)	45,2 (43,1-47,4)
	Tinggi	68,3 (60,1-75,5)	75,1 (69,5-79,9)	70,3 (65,4-74,8)	44,8 (43,1-46,5)
	Tidak Bekerja	58 (54,6-61,3)	64,9 (62,3-67,5)	59,3 (56,8-61,7)	44,7 (42,6-46,9)
Status Pekerjaan Ibu	Bekerja	59,9 (56,3-63,4)	68,6 (65,8-71,2)	62,8 (60,3-65,4)	44,9 (42,5-47,4)
	Bawah	52,7 (48,7-56,6)	61,2 (58,6-63,8)	55,1 (52,5-57,6)	43 (40,5-45,6)
	Menengah	57,9 (52,2-63,5)	72,3 (68,4-75,8)	62 (57,7-66,1)	46,4 (42,8-50)
Status Ekonomi	Atas	61,1 (57,8-63,4)	68,9 (65,7-71,9)	66,8 (63,9-69,6)	45,8 (43,2-48,5)
	Perkotaan	63,4 (58,7-67,9)	69,5 (66,4-72,5)	63,7 (61-66,3)	42,7 (40,3-45)
	Pedesaan	54,4 (51,3-57,4)	64,4 (61,8-66,9)	58,3 (55,8-60,7)	46,8 (44,3-49,3)
Provinsi	Aceh	- (50,2-66,5)	58,6 (59,2-73,8)	66,9 (71,5-86)	53,5 (58,1-74)
	Sumatra Utara	70,3 (62,7-79,1)	83,8 (79-86,6)	79,7 (71,5-86)	66,6 (58,1-74)
	Sumatra Barat	66 (59,1-72,2)	65,5 (59,5-71,1)	61,4 (53,1-69,2)	40 (31,4-49,3)
	Riau	79	64,2	81,1	62,3

Variabel	Kategori	2002	2007	2012	2017
		Persen (%) (SK 95%)			
		(74-83,2)	(56,7-71)	(75,5-85,6)	(53,1-70,6)
	Jambi	56,4	75,8	80,6	56,7
		(49,6-63)	(66-83,5)	(75,1-85,1)	(47,6-65,4)
	Sumatra Selatan	61,1	69,1	69,2	50
		(53,9-67,7)	(60,8-76,3)	(60,3-76,9)	(39-61,1)
	Bengkulu	72,4	81,9	63,6	51,2
		(67-77,3)	(73,8-88)	(55,2-71,3)	(36,6-65,6)
	Lampung	65,5	67,2	63,8	64,3
		(55,7-74,1)	(58,1-75,2)	(56,7-70,4)	(56,5-71,5)
	Bangka Belitung	61,8	45,8	61,3	40,2
		(55,2-67,9)	(36,1-55,9)	(51,5-70,2)	(29,5-51,9)
	Kepulauan Riau	-	79,3	62,2	43,7
			(70-86,2)	(53,3-70,3)	(34,3-53,5)
	Jakarta	71,2	74,3	56,2	29,9
		(64,4-77,2)	(68,3-79,5)	(49,6-62,5)	(21,8-39,5)
	Jawa Barat	47,3	56,9	59,1	36,9
		(39,6-55,2)	(49,7-63,8)	(54-64)	(32,5-41,5)
	Jawa Tengah	68,8	70,9	54	35,1
		(61,6-75,2)	(64,2-76,8)	(47,2-60,7)	(30,1-40,4)
	Yogyakarta	65	52,9	48,4	24,5
		(59,3-70,3)	(44,5-61,1)	(40,6-56,2)	(17,2-33,6)
	Jawa Timur	53,8	75,4	66,4	55,1
		(43,8-63,5)	(68-81,5)	(59,8-72,4)	(49,6-60,6)
	Banten	-	58,6	66,9	53,5
			(50,2-66,5)	(59,2-73,8)	(47-59,9)
	Bali	70,3	83,8	79,7	66,6
		(62,7-59,1)	(79-67,6)	(71,5-86)	(58,1-74)
	Nusa Tenggara Barat	66	65,5	61,4	40
		(59,1-72,2)	(59,5-71-1)	(53,1-69,2)	(314-49,3)
	Nusa Tenggara Timur	79	64,2	81,1	62,3
		(74-83,2)	(56,7-71)	(75,5-85,6)	(53,1-70,6)
	Kalimantan Barat	56,4	75,8	80,6	56,7
		(49,6-63)	(66-83,5)	(75,1-85,1)	(47,6-65,4)
	Kalimantan Tengah	61,1	69,1	69,2	50
		(53,9-67,7)	(60,8-76,3)	(60,3-76,9)	(39-61,1)
	Kalimantan Selatan	72,4	81,9	63,6	51,2
		(67-77,3)	(73,8-88)	(55,2-71,3)	(36,6-65,6)
	Kalimantan Timur	65,5	67,2	63,8	64,3
		(55,7-74,1)	(58,1-75,2)	(56,7-70,4)	(56,5-71,5)
	Kalimantan Utara	-	-	-	45
					(34,6-55,9)
	Sulawesi Utara	35,5	45,5	71,6	80,1
		(31-40,4)	(38,1-53,1)	(64,2-78)	(68,8-88)
	Sulawesi Tengah	83,1	64,8	65,7	77,2 (
		(77,5-87,5)	(57,1-71,8)	(55,5-74,6)	69,2-83,7)
	Sulawesi Selatan	69,6	83,2	55,2	47,6
		(58,4-78,9)	(79,1-86,6)	(38,2-62)	(41,3-54,1)
	Sulawesi Tenggara	42,2	62,9	57,4	65,3
		(34,1-50,8)	(56,9-68,6)	(49,4-65)	(58,1-71,8)
	Gorontalo	63,9	75,1	71,7 (62,5-	70,3 (62,2-
		(57,8-69,7)	(62,7-84,5)	79,3)	77,3)
	Sulawesi Barat	-	45,9	50	35,2
			(37,5-54,5)	(42,8-57,2)	(28,1-43,1)
	Maluku	-	54	55,2	42,6
			(43,4-64,3)	(47,1-63,1)	(35,5-50)
	Maluku Utara	-	55	44,9	45,6
			(46,5-63,3)	(37,8-52,1)	(38,1-53,3)
	Papua Barat	-	53	46,1	32,4

Variabel	Kategori	2002	2007	2012	2017
			Persen (%) (SK 95%)		
			(40,9-64,9)	(34,8-57,8)	(18,1-50,8)
	Papua	-	38,5	37,6	19,2
			(28,1-50,1)	(26,3-50,4)	(11,4-30,5)
Kunjungan ANC	≥ 6 kali	60,1	67,1	61,8	44,3
		(56,7-63,4)	(64,7-69,5)	(59,8-63,8)	(42,4-46,2)
	< 6 kali	55,8	65,2	57,9	46,7
		(51,5-60)	(62,2-68)	(54,5-61,2)	(43,3-50,2)
IMD	≤ 1 jam	27,3	40,6	40,9	29,8
		(23,4-31,6)	(38-43,3)	(38,2-43,6)	(27,9-31,7)
	> 1 jam	77,6	85,2	82,6	67,6
		(75-80)	(83,5-86,9)	(80,5-84,5)	(65,2-70)
Penolong Persalinan	Nakes	59	68,2	62,7	45,1
		(56,2-61,8)	(66-70,3)	(60,8-64,7)	(43,4-46,9)
	Non Nakes	53,7	61,1	49,7	40,6
		(46,6-60,7)	(57,2-64,8)	(45,4-54)	(34,2-47,3)

Keterangan tabel:

SK 95% = Selang Kepercayaan 95%

Pada variabel provinsi terlihat bahwa persentase praktik pemberian makanan prelakteal tertinggi tahun 2002 berasal dari Sulawesi Tengah dan terendah pada Sulawesi Utara. Pada tahun 2007, Sumatra Utara justru yang menghasilkan persentase tertinggi dan Nusa Tenggara Timur persentase terendah. Sedangkan pada tahun 2012, persentase tertinggi berasal dari Riau dan persentase terendah masih berasal dari Nusa Tenggara Timur. Pada tahun 2017, Sulawesi Utara menjadi provinsi dengan persentase tertinggi dan Papua menjadi provinsi dengan persentase terendah. Kedua kelompok kunjungan ANC tren yang serupa, bahwa sempat terjadi kenaikan persentase dari tahun 2002 hingga 2007, namun selanjutnya terjadi penurunan hingga akhirnya mencapai angka dibawah 50% untuk kedua kelompok di tahun 2017. Berdasarkan waktu pelaksanaan IMD, ibu yang melakukan IMD lebih dari 1 jam setelah persalinan menghasilkan persentase yang jauh lebih tinggi dibandingkan ibu yang melakukan IMD dalam 1 jam pertama pada keempat tahun SDKI dan persentase tertinggi pada tahun 2007 (85,2%). Ibu yang melakukan persalinan dengan bantuan nakes ataupun non nakes menunjukkan pola kenaikan dan penurunan persentase yang sama dengan variabel kunjungan ANC. Kelompok ibu yang persalinannya ditolong oleh nakes selalu menghasilkan persentase yang lebih tinggi, dengan persentase tertinggi terjadi pada tahun 2007 (68,2%) (Tabel 2).

Interval estimasi yang dihasilkan pada variabel IMD selalu menghasilkan nilai interval yang tidak tumpang tindih antar kelompok pada keempat tahun SDKI. Variabel pendidikan juga masih menunjukkan interval yang tidak merata untuk ketiga kelompok pendidikan pada tahun 2012 dan 2017. Sedangkan pada variabel lainnya, interval estimasi pada tahun 2002 hingga 2012 cukup beragam, ada yang tumpang tindih dan ada yang tidak, namun persamaan yang terjadi adalah bahwa pada tahun 2017 selalu terjadi tumpang tindih, yang berarti persentase kelompok dalam masing-masing variabel semakin mirip pada 2017 (Tabel 2).

Variabel jenis kelamin anak, status pekerjaan ibu, wilayah tempat tinggal, kunjungan ANC, IMD, dan penolong persalinan merupakan variabel dikelompokkan menjadi 2 kelompok tidak bertingkat. Oleh karena itu, ukuran ketidakmerataan yang dapat digunakan adalah D dan PAR (ukuran absolut), serta PAF dan R (ukuran relatif). Jika tidak terdapat ketidakmerataan, D akan bernilai 0 dan R bernilai 1 (hanya bernilai positif). Semakin besar nilai D dan semakin jauh nilai R dari 1, maka ketidakmerataan akan semakin besar. Ukuran D yang bernilai positif menunjukkan konsentrasi pada kelompok yang dirugikan (lebih berisiko) dan nilai negatif menunjukkan konsentrasi pada kelompok yang diuntungkan. Kemudian jika PAR dan PAF bernilai 0, maka semua kategori telah mencapai tingkat kesehatan yang sama dengan sub kelompok referensi. Pada penelitian ini, seluruh hasil PAR dan PAF pasti bernilai negatif

karena indikator yang diteliti dalam penelitian ini adalah indikator yang buruk terhadap kesehatan, yaitu praktik pemberian makanan prelakteal.

Tabel 3.

Ketidakmerataan Praktik Pemberian Makanan Prelakteal di Indonesia Tahun 2002-2017 Pada Dimensi Ketidakmerataan 2 Kelompok Tidak Bertingkat

Variabel	Kategori	Ukuran Ketidakmerataan			
		Absolut		Relatif	
		D	PAR	PAF	R
Jenis Kelamin Anak	SDKI 2002	3.2	-1.7	-2.9	1.1
	SDKI 2007	-1.9	0.0	0.0	1.0
	SDKI 2012	1.8	-0.9	-1.5	1.0
	SDKI 2017	-0.6	0.0	0.0	1.0
Status Pekerjaan Ibu	SDKI 2002	1.9	-0.7	-1.1	1.0
	SDKI 2007	3.7	-1.6	-2.4	1.1
	SDKI 2012	3.5	-1.7	-2.7	1.1
	SDKI 2017	0.2	-0.1	-0.2	1.0
Wilayah Tempat Tinggal	SDKI 2002	-9.0	0.0	0.0	0.9
	SDKI 2007	-5.1	0.0	0.0	0.9
	SDKI 2012	-5.4	0.0	0.0	0.9
	SDKI 2017	4.1	-2.2	-4.9	1.1
Kunjungan ANC	SDKI 2002	-4.3	0.0	0.0	0.9
	SDKI 2007	-1.9	0.0	0.0	1.0
	SDKI 2012	-3.9	0.0	0.0	0.9
	SDKI 2017	2.4	-0.5	-1.1	1.1
IMD	SDKI 2002	50.3	-41.5	-60.3	2.8
	SDKI 2007	44.6	-33.2	-45	2.1
	SDKI 2012	41.7	-27.2	-39.9	2.0
	SDKI 2017	37.8	-22.6	-43.2	2.3
Penolong Persalinan	SDKI 2002	-5.3	0.0	0.0	0.9
	SDKI 2007	-7.1	0.0	0.0	0.9
	SDKI 2012	-13.0	0.0	0.0	0.8
	SDKI 2017	-4.5	0.0	0.0	0.9

Keterangan tabel:

D = *Difference*, PAR = *Population Attributable Risk*, PAF = *Population Attributable Fraction*, R = *Ratio*

Tabel 3 menunjukkan hasil analisis ukuran ketidakmerataan pada variabel dengan 2 kategori. Ketidakmerataan tertinggi terjadi pada variabel IMD pada keempat tahun yang diteliti, namun cenderung menurun dari tahun 2002 hingga 2017 berdasarkan empat ukuran ketidakmerataan. Sedangkan tren ketidakmerataan lima variabel lainnya menunjukkan nilai beragam, bahwa ketidakmerataan sempat meningkat pada tahun 2007 maupun 2012, namun kemudian kelima variabel ini kembali mengalami penurunan nilai ketidakmerataan pada tahun 2017.

Tabel 4 menunjukkan nilai ketidakmerataan pada tiga variabel yang memiliki tingkatan dan terbagi menjadi lebih dari dua kelompok. Pada jenis variabel ini, dapat digunakan empat ukuran absolut (ACI, D, PAR, dan SII) dan empat ukuran relatif (RCI, R, PAF, dan RII). Jika tidak terdapat ketidakmerataan, ACI, D, PAR, SII, RCI, dan PAF akan bernilai 0, serta R dan RII akan bernilai 1. Ukuran ACI, D, PAR, SII, PAF, dan RCI yang semakin besar menunjukkan ketidakmerataan yang semakin tinggi pula, sedangkan untuk R dan RII ketidakmerataan yang semakin tinggi ditunjukkan jika nilainya semakin jauh dari angka 1. Ukuran ACI dan RCI yang bernilai positif berarti indikator kesehatan terkonsentrasi pada kelompok yang diuntungkan, yaitu kelompok ibu yang semakin tua, sedangkan nilai negatif berarti terkonsentrasi pada kelompok yang tidak diuntungkan, yaitu ibu pada kelompok usia muda. Pada ukuran SII, nilai

positif menunjukkan cakupan lebih tinggi pada kelompok yang tidak diuntungkan dan nilai positif menunjukkan cakupan lebih tinggi pada kelompok yang diuntungkan.

Tabel 4.

Ketidakmerataan Praktik Pemberian Makanan Prelakteal di Indonesia Tahun 2002-2017 Pada Dimensi Ketidakmerataan Lebih Dari 2 Kelompok Bertingkat

Variabel	Kategori	Ukuran Ketidakmerataan							
		Absolut				Relatif			
		ACI	D	PAR	SII	RCI	R	PAF	RII
Usia Ibu	SDKI 2002	-0.5	1.7	-0.5	-3.3	-0.8	1	-0.9	0.9
	SDKI 2007	-0.7	2.7	-1.1	-4.7	-1	1	-1.7	0.9
	SDKI 2012	-0.8	4.3	-2.6	-5.8	-1.3	1.1	-4.2	0.9
	SDKI 2017	-0.8	3.8	-0.8	-5.7	-1.8	1.1	-1.9	0.9
Pendidikan Ibu	SDKI 2002	2.6	-14.5	0.0	19.3	4.4	0.8	0.0	1.4
	SDKI 2007	2.3	-13.5	0.0	17.2	3.5	0.8	0.0	1.3
	SDKI 2012	2.6	-15.5	0.0	19.1	4.2	0.8	0.0	1.4
	SDKI 2017	0.4	-2.3	0.0	3.3	0.9	0.9	0.0	1.1
Status Ekonomi	SDKI 2002	-1.6	8.4	-6.1	-12.5	-2.7	1.2	-10.4	0.8
	SDKI 2007	-1.8	7.7	-5.6	-12.2	-2.7	1.1	-8.4	0.8
	SDKI 2012	-2.8	11.7	-6.3	-19.3	-4.6	1.2	-10.2	0.7
	SDKI 2017	-0.7	2.8	-1.8	-4.6	-1.5	1.1	-4.1	0.9

Keterangan tabel:

D = Difference, PAR = Population Attributable Risk, PAF = Population Attributable Fraction, R = Ratio

Terlihat pada tabel 4 bahwa variabel usia ibu menghasilkan ukuran ketidakmerataan yang beragam. Dari tahun 2002 hingga 2012, ketidakmerataan praktik pemberian makanan prelakteal berdasarkan usia ibu mengalami peningkatan secara bertahap. Namun pada tahun 2017, ketidakmerataan mengalami penurunan hingga tingkat yang masih lebih tinggi dibandingkan tahun 2002. Pada dimensi ketidakmerataan pendidikan ibu dan status ekonomi menunjukkan tren yang serupa. Terlihat bahwa terdapat kecenderungan penurunan ketidakmerataan dari tahun 2002 hingga tahun 2017. Ukuran ketidakmerataan yang menghasilkan nilai tertinggi adalah ukuran ketidakmerataan SII.

Tabel 5.

Ketidakmerataan Praktik Pemberian Makanan Prelakteal di Indonesia Tahun 2002-2017 Pada Dimensi Ketidakmerataan Provinsi (Lebih Dari 2 Kelompok Tidak Bertingkat)

Sumber Data	Ukuran Ketidakmerataan									
	Absolut					Relatif				
	BGV	D	MDB	MDM	PAR	IDIS	MLD	PAF	R	TI
SDKI 2002	122.1	11.9	11.5	9.9	0.0	16.3	17.6	0.0	1.2	17
SDKI 2007	121.5	9.5	8.9	8.8	0.0	12.9	15.1	0.0	1.1	13.8
SDKI 2012	97.9	24.9	9.2	7.3	-6.7	11.5	14.4	-10.7	1.4	13.1
SDKI 2017	181	50.2	19.3	11.7	-18.8	23.9	40.3	-38.6	2.7	38.6

Keterangan tabel:

BGV = Between-Group Variance, D = Difference, MDB = Mean Difference from Best Performing Subgroup, MDM = Mean Difference from Mean, PAR = Population Attributable Risk, IDIS = Index of Disparity, MLD = Mean Log Deviation, PAF = Population Attributable Fraction, R = Ratio, TI= Theil Index

Dalam penelitian ini hanya terdapat satu variabel tidak bertingkat yang lebih dari dua kelompok, yaitu variabel provinsi. Terdapat 10 ukuran ketidakmerataan yang dapat digunakan, yaitu BGV, D, MDB, MDM, dan PAR yang merupakan ukuran absolut, serta IDIS, MLD, PAF, R dan TI yang merupakan ukuran relatif. Ukuran BGV, D, MDB, MDM, PAR, IDIS, MLD,

PAF, dan TI yang bernilai 0 menunjukkan tidak adanya ketidakmerataan dan nilai yang semakin besar maka ketidakmerataan yang semakin tinggi. Sedangkan pada ukuran R, nilai 1 menunjukkan tidak terjadinya ketidakmerataan. Ukuran BGV, MDB, MDM, IDIS, MLD, dan TI hanya dapat bernilai positif. Hasil ukuran ketidakmerataan yang dihasilkan menunjukkan nilai yang cukup tinggi pada keempat tahun yang diteliti. Tren yang dihasilkan adalah variabel provinsi adalah terjadi kecenderungan penurunan ketidakmerataan dari tahun 2002 hingga 2012, namun kembali mengalami peningkatan pada tahun 2017 hingga tingkatan yang jauh lebih tinggi dibandingkan ketiga tahun lainnya (Tabel 5).

Pembahasan

Praktik pemberian makanan prelakteal merupakan praktik memberikan makanan atau minuman lain selain ASI, seperti susu formula, air, air gula, madu, dan pisang halus, kepada bayi dalam rentang usia 0 hingga 3 hari setelah persalinan sebelum bayi menerima ASI atau saat ASI masih belum keluar ^{(4),(11)}. Pemberian makanan prelakteal dapat meningkatkan kemungkinan bayi terkena infeksi, kehilangan manfaat IMD (kolostrum dan refleks hisap), kurang asupan gizi, serta dapat mengurangi rangsangan produksi ASI ⁽⁶⁾. Namun, di Indonesia masih terdapat ibu yang memberikan makanan prelakteal kepada bayinya. Penelitian terhadap data sekunder SDKI tahun 2002 hingga 2017 ini menghasilkan bahwa persentase praktik pemberian makanan prelakteal cenderung mengalami penurunan dari tahun 2002 hingga 2017 meskipun sempat mengalami kenaikan persentase pada tahun 2007. Tidak hanya di Indonesia, pemberian makanan prelakteal juga masih dipraktikkan secara global dengan sebanyak 51% bayi yang diberikan makanan prelakteal ⁽¹²⁾. Prevalensi praktik pemberian makanan prelakteal tertinggi berasal dari kawasan Asia, yaitu Asia Tenggara dan Asia Tengah (54,6-93,9%). Salah satu negara dari Asia Tenggara adalah Vietnam dengan persentase pemberian makanan prelakteal sebesar 73% ⁽¹³⁾.

Hasil penelitian pada variabel jenis kelamin ibu menunjukkan bahwa praktik pemberian makanan prelakteal tidak selalu terkonsentrasi pada salah satu jenis kelamin saja. Banyak penelitian lainnya yang justru tidak menemukan hubungan antara keduanya, seperti penelitian yang dilakukan oleh Teshale *et al.*, bahwa jenis kelamin tidak menaikkan ataupun menurunkan kemungkinan bayi diberikan makanan prelakteal ⁽¹⁴⁾. Selanjutnya keputusan dalam praktik pemberian makanan prelakteal akan sangat dipengaruhi oleh penerimaan atau keterbukaan ibu terhadap informasi, yang selanjutnya juga dipengaruhi oleh tingkat Pendidikan ⁽¹⁵⁾. Hasil penelitian menunjukkan persentase praktik pemberian makanan prelakteal tertinggi berasal dari tingkat pendidikan tinggi pada tahun 2002, 2007, dan 2012. Sedangkan pada tahun 2017, persentase tertinggi berasal dari tingkat pendidikan menengah. Hasil penelitian ini cukup berlawanan dengan hasil penelitian Agho *et al.*, adalah ibu yang tidak menempuh pendidikan formal berpeluang 1,65 kali lebih tinggi dan ibu dengan pendidikan terakhir pada tingkat primer memiliki peluang 1,13 kali lebih tinggi untuk memberikan makanan prelakteal pada anaknya dibandingkan ibu dengan pendidikan terakhir minimal pada tingkat sekunder (nilai $p < 0,05$). Ibu dengan pendidikan yang lebih tinggi juga akan cenderung lebih mengetahui pentingnya penggunaan layanan kesehatan sehingga akan lebih teredukasi.

Rekomendasi minimal kunjungan ANC yang disampaikan oleh Kemenkes RI adalah 6 kali selama masa kehamilan ⁽¹⁶⁾. Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan bahwa pada tahun 2002, 2007, dan 2012 persentase praktik pemberian makanan prelakteal lebih banyak pada kelompok ibu dengan kunjungan ANC 6 kali atau lebih. Sebaliknya pada tahun 2017, persentase yang lebih tinggi justru pada kelompok ibu dengan kunjungan ANC kurang dari 6 kali. Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Tekaly *et al* dan Wolde *et al* menemukan bahwa ibu yang lebih sedikit melakukan kunjungan ANC akan lebih mungkin mempraktikkan pemberian makanan prelakteal ^{(17),(18)}. Pada penelitian yang dilakukan oleh Wolde *et al*, dengan acuan rekomendasi WHO minimal 4 kali kunjungan ANC, ditemukan bahwa ibu dengan

kunjungan ANC kurang dari 4 kali memiliki peluang 10,549 kali lebih tinggi dalam praktik makanan prelakteal (nilai $p < 0,05$). Salah satu tujuan pelaksanaan ANC adalah memberikan promosi, informasi, atau penyuluhan mengenai cara pemberian ASI optimal, sehingga semakin sering melakukan kunjungan ANC, maka ibu akan semakin sering mendapatkan informasi pemberian ASI yang optimal.^{(16),(19)}

Salah satu variabel yang menunjukkan kejadian ketidakmerataan yang cukup tinggi adalah Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa persentase bayi yang diberikan makanan prelakteal selalu lebih tinggi pada ibu yang melakukan IMD lebih dari satu jam setelah persalinan. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu oleh Adem *et al.*, Ibu yang melakukan IMD lebih dari satu jam setelah persalinan lebih mungkin memberikan makanan prelakteal. Adem *et al.*, menemukan bahwa ibu yang melakukan IMD lebih dari satu jam setelah persalinan 10,8 kali lebih mungkin untuk memberikan makanan prelakteal (nilai $p < 0,05$)⁽¹²⁾. Semakin lama dilakukan IMD, maka semakin jauh jarak antara persalinan dan IMD yang dapat meningkatkan peluang ibu terpengaruh oleh orang di sekitar^{(19),(20)}.

Variabel usia ibu berhasil menunjukkan temuan yang konsisten, bahwa persentase praktik pemberian makanan prelakteal selalu berasal dari kelompok usia ibu termuda (15-24 tahun). Penelitian yang dilakukan oleh Agho *et al.*, menemukan hasil yang sejalan dengan penelitian ini. Ibu kelompok usia termuda (15-24 tahun) 1,31 kali lebih mungkin memberikan makanan prelakteal kepada bayinya dibandingkan kelompok ibu usia 34-49 tahun ($p < 0,05$)⁽²⁰⁾. Ibu dengan usia yang lebih tua cenderung lebih berpengalaman dalam mengurus anak, sehingga pengetahuan dan kemampuan ibu akan semakin baik. Ibu yang lebih muda juga cenderung lebih mudah terpengaruh lingkungan luar karena kurangnya rasa percaya diri dalam pengambilan keputusan. Selain itu, ibu yang lebih muda akan lebih mudah terpapar iklan promosi susu formula atau makanan tambahan lainnya⁽²¹⁾.

Data SDKI tahun 2017 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang bekerja merupakan ibu dari kelompok usia tertua (35-49 tahun) (43,5%). Sehingga temuan pada kedua variabel ini menunjukkan hasil yang sejalan, bahwa ibu yang berpendidikan tinggi dan ibu yang bekerja menunjukkan persentase praktik pemberian makanan prelakteal yang lebih banyak karena ibu berpendidikan tinggi akan cenderung memiliki pekerjaan. Rohmin *et al* menemukan bahwa ibu bekerja berpeluang 5 kali lebih tinggi untuk memberikan makanan prelakteal dibandingkan ibu yang tidak bekerja (nilai $p = 0,003$). Hal ini dapat terjadi karena ibu yang bekerja akan memiliki waktu yang lebih sedikit dalam mengurus bayinya. Ibu yang bekerja juga cenderung dapat meningkatkan pemasukan materiil di keluarganya, sehingga ibu memiliki kemampuan dalam mengakses makanan prelakteal, seperti dengan membeli susu formula sebagai makanan pengganti ASI⁽²²⁾.

Akses pada makanan prelakteal dapat dilihat berdasarkan kemampuan materiilnya, sehingga dalam penelitian ini digunakan variabel status ekonomi pada SDKI. Latar belakang sosial ekonomi dapat memengaruhi perilaku kesehatan seorang individu. Hasil penelitian juga menunjukkan hasil yang konsisten, bahwa persentase praktik pemberian makanan prelakteal tertinggi tidak pernah berada pada ibu dengan status ekonomi rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Gilany dan Hady berhasil menemukan bahwa kelompok sosial ekonomi atas berpeluang 33,8 kali lebih tinggi untuk memberikan makanan prelakteal (nilai $p \leq 0,001$)⁽²³⁾. Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian ini. Ibu yang berasal dari status ekonomi atas dianggap memiliki kemampuan secara materiil untuk dapat mengakses atau membeli makanan tambahan selain ASI, seperti susu formula, berbeda dengan ibu status ekonomi yang lebih rendah. Selain itu, perilaku pencarian pelayanan kesehatan juga dapat memengaruhi praktik pemberian makanan prelakteal⁽¹⁹⁾.

Wilayah tempat tinggal seringkali menyebabkan kesenjangan gaya pengasuhan. Ditemukan bahwa persentase praktik pemberian makanan prelakteal lebih tinggi pada wilayah perkotaan pada tahun 2002, 2007, dan 2012. Namun, pada tahun 2017 persentase yang lebih

tinggi justru pada wilayah pedesaan. Perbedaan dominasi persentase praktik pemberian makanan prelakteal menurut wilayah tempat tinggal ini juga dapat terlihat pada berbagai penelitian terdahulu yang mendapatkan hasil penelitian beragam. Selain itu, data yang dihasilkan pada SDKI tahun 2017 juga menunjukkan bahwa pada wilayah perkotaan, ibu dengan status ekonomi atas menghasilkan persentase terbanyak (58,7%) dibandingkan kuintil kekayaan lain. Sehingga hal ini terkait dengan temuan bahwa status ekonomi atas akan lebih mungkin memberikan makanan prelakteal. Namun, penelitian yang dilakukan oleh Temesgen *et al* justru menemukan hal sebaliknya, bahwa ibu yang tinggal di pedesaan lebih berisiko dalam praktik pemberian makanan prelakteal ⁽²⁴⁾. Hal ini dapat terjadi karena masyarakat desa cenderung lebih meyakini kepercayaan kultural dan norma lokal wilayahnya, serta kurangnya akses terhadap informasi ⁽²⁰⁾.

Berbagai provinsi di Indonesia menunjukkan persentase praktik pemberian makanan prelakteal yang berbeda-beda setiap tahunnya. Provinsi yang terletak di Pulau Sulawesi dan Sumatra cenderung menghasilkan persentase praktik pemberian makanan prelakteal yang tinggi. Meskipun Sulawesi Utara sempat menjadi provinsi dengan persentase terendah pada tahun 2002, namun persentase tersebut meningkat secara bertahap pada tahun 2007, 2012, dan 2017. Kenaikan persentase di Sulawesi Utara ini bahkan membuat provinsi tersebut justru menjadi Provinsi dengan persentase tertinggi pada tahun 2017. Temuan pada Provinsi Sulawesi Utara ini dibutuhkan penelitian lanjutan untuk mengetahui determinan yang terjadi terkait praktik pemberian makanan prelakteal karena peningkatan persentasenya yang cukup drastis pada tahun 2017. Salah satu hal yang mungkin menyebabkan tingginya praktik pemberian makanan prelakteal di beberapa provinsi adalah terkait budaya atau tradisi yang diyakini oleh masyarakat setempat. Sebagai contoh, penelitian oleh Yuliani *et al.*, yang memaparkan bahwa terdapat tradisi turun menurun untuk memberikan madu pada bayi baru lahir di sebuah Kabupaten di Kepulauan Riau karena dianggap dapat mengeluarkan lendir sisa air ketuban ibu pada tubuh bayi ⁽²⁵⁾.

Dalam upaya meningkatkan kesehatan dan menurunkan kematian ibu dan bayi, pemerintah telah memberlakukan program Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB) sejak tahun 2001, namun telah dilakukan revisi pada tahun 2008 melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 603/Menkes/SK/VII/2008 tentang Pemberlakuan Program Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi. Pada program tersebut, terdapat 10 langkah perlindungan ibu dan bayi. Salah satu langkahnya adalah dengan menyelenggarakan rawat gabung termasuk membantu ibu menyusui yang benar. Program tersebut seharusnya dapat menjadi sebuah langkah peningkatan IMD sehingga dapat mengurangi praktik pemberian makanan prelakteal karena adanya program rawat gabung ⁽²⁶⁾.

Pada faktanya, masih terdapat produsen susu yang aktif mempromosikan susu formula di Rumah sakit atau Klinik melalui petugas pelayanan kesehatan, seperti dokter, perawat, bidan dan paramedis lainnya. Keadaan ini menunjukkan terjadinya pelanggaran kode etik internasional mengenai promosi susu formula. Selain itu, masih terdapat pula praktik pemberian susu formula pada bayi tanpa indikasi medis apapun atau pemberian sampel susu secara gratis kepada pasien. Sehingga kondisi ini sejalan dengan temuan bahwa ibu yang ditolong persalinannya oleh tenaga kesehatan justru menghasilkan persentase praktik pemberian makanan prelakteal yang lebih tinggi ⁽²⁷⁾. Hal ini juga dapat dikaitkan dengan tingkat pendidikan ibu yang lebih tinggi yang justru menghasilkan persentase praktik tertinggi. Ibu dengan pendidikan yang lebih tinggi akan cenderung lebih sadar untuk memanfaatkan layanan kesehatan, sehingga akan lebih sering terpapar promosi susu formula oleh petugas pelayanan kesehatan.¹⁸ Selain promosi yang disampaikan oleh tenaga kesehatan, iklan atau promosi susu formula pada berbagai media informasi juga dapat memengaruhi keputusan pemberian susu formula, yang dapat membuat ibu justru beranggapan bahwa susu formula lebih baik dari ASI karena kandungan gizi yang tercantum pada iklan susu formula ⁽²⁸⁾.

Analisis ukuran ketidakmerataan menunjukkan masih terdapat ketidakmerataan yang terjadi pada praktik pemberian makanan prelakteal menurut variabel usia ibu, status pekerjaan ibu, dan kunjungan ANC pada keempat tahun pelaksanaan SDKI yang diteliti. Namun, jika melihat interval estimasi pada ketiga variabel tersebut terlihat bahwa terjadi tumpang tindih nilai interval pada tahun 2002, 2007, 2012, dan 2017. Hal ini dapat diartikan bahwa persentase praktik pemberian makanan prelakteal menurut ketiga variabel tersebut sudah cukup merata pada setiap kelompoknya. Pada dimensi ketidakmerataan pendidikan ibu, penolong persalinan, wilayah tempat tinggal, dan status ekonomi, interval estimasinya selalu menunjukkan nilai yang tumpang tindih pada tahun 2017 dan terdapat variasi ketumpang tindihan pada tiga tahun sebelumnya. Hal ini berhasil membuktikan bahwa pada tahun 2017, persentase praktik pemberian makanan prelakteal semakin merata pada tahun 2017 menurut keempat dimensi ketidakmerataan tersebut, dan hasil ini sejalan dengan analisis melalui ukuran ketidakmerataan.

Variabel provinsi juga menunjukkan interval estimasi yang tidak tumpang tindih pada beberapa provinsi tertentu. Sehingga dibutuhkan upaya perbaikan lanjutan pada ketidakmerataan yang terjadi. Ketidakmerataan praktik pemberian makanan prelakteal menurut provinsi ini juga menunjukkan nilai yang tinggi, khususnya pada tahun 2017 sebagai tahun dengan tingkat ketidakmerataan tertinggi. Kemudian pada variabel IMD juga masih menghasilkan ketidakmerataan yang tinggi dengan interval estimasi yang tidak saling tumpang tindih pada keempat tahun pelaksanaan SDKI. Hal ini dapat diartikan bahwa persentase praktik pemberian makanan prelakteal menurut IMD masih tidak merata pada kedua kelompok. Oleh karena itu, variabel provinsi dan IMD perlu menjadi prioritas atau pertimbangan utama dalam upaya perbaikan lanjutan terhadap ketidakmerataan yang terjadi.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa variabel yang masih menunjukkan adanya ketidakmerataan praktik pemberian makanan prelakteal adalah variabel pendidikan ibu, status ekonomi, wilayah tempat tinggal, provinsi, IMD, dan penolong persalinan, dengan tingkat ketidakmerataan tertinggi ditunjukkan oleh variabel IMD dan variabel provinsi. Tren ketidakmerataan praktik pemberian makanan prelakteal yang masih menunjukkan adanya peningkatan dari tahun 2002 hingga tahun 2017 adalah variabel provinsi, sedangkan variabel lainnya sudah cenderung menurun. Oleh karena itu, perlu adanya diskusi perencanaan program untuk menekan pengaruh budaya pada praktik pemberian makanan prelakteal. Selain itu, peneliti mengharapkan adanya penelitian serupa yang fokus pada Provinsi Sulawesi Utara karena adanya temuan bahwa Sulawesi Utara menghasilkan persentase praktik pemberian makanan prelakteal yang selalu meningkat dari tahun 2002 hingga tahun 2017.

Ucapan Terima Kasih

Selesainya penelitian ini tidak terlepas dari berbagai bantuan dan dukungan yang diberikan selama penelitian berlangsung. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih yang mendalam kepada DHS Program yang telah menyetujui penggunaan dataset SDKI sebagai sumber data sekunder yang digunakan dalam penelitian. Selain itu, penulis juga menyampaikan terima kasih kepada berbagai pihak lain, yang telah memberikan masukan dalam penelitian ini sehingga penelitian dapat terlaksana dengan lancar.

Daftar Pustaka

1. Martorell R. Improved Nutrition in the First 1000 Days and Adult Human Capital and Health. *HHS Hum Biol Public Heal* [Internet]. 2018; 29 (2): 1–24. [cited 2023 March 31]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5761352/>.
2. Gultie T, Sebsibie G. Determinants of Suboptimal Breastfeeding Practice in Debre Berhan Town, Ethiopia: A Cross Sectional Study. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2016; 11 (5): 1–8. [cited 2023 March 31]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27006686/>.

3. UNICEF, WHO. Global Breastfeeding Scorecard 2021 Protecting Breastfeeding Through Bold National Actions During The COVID-19 Pandemic Call to Action Priorities [Internet]. New York; 2021. [cited 2023 March 31]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-21.45>.
4. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: BKKBN; 2018.
5. Rahmartani LD, Carson C, Quigley MA. Prevalence of Prelacteal Feeding and Associated Risk Factors in Indonesia : Evidence From the 2017 Indonesia Demographic Health Survey. PLoS One [Internet]. 2020; 15 (12): 1–19. [cited 2023 March 31]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0243097>.
6. Yacout DAESA, Ouda MMA. Pre-lacteal Feeding Practices and Its Predominant Factors Among Mothers' of Infants in Damanhour. IOSR J Nurs Heal Sci [Internet]. 2019; 8 (6): 26–38. [cited 2023 March 31]. Available from: <https://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol8-issue6/Series-11/C0806112638.pdf>.
7. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2002-2003. Jakarta: BKKBN; 2003.
8. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007. Jakarta: BKKBN; 2008.
9. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012. Jakarta: BKKBN; 2013.
10. Kirkby K, Bergen N, Fuertes CV, Schlottheuber A, Hosseinpoor AR. Education-Related Inequalities in Beliefs and Behaviors Pertaining to COVID-19 Non-Pharmaceutical Interventions. Int J Equity Health [Internet]. 2022; 21 (158): 1–16. [cited 2023 March 31]. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01751-z>.
11. Neves PAR, Ricardo LIC, Vaz JS, Cristiano S. Prelacteal Feeding and Its Relationship with Exclusive Breastfeeding and Formula Consumption Among Infants in Low- and Middle-Income Countries. J Glob Helath [Internet]. 2022; 12 (04104): 1–11. [cited 2023 March 31]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9789363/>.
12. Adem A, Assefa N, Deresa M, Yuya M, Ayana GM, Negash B, et al. Prelacteal Feeding Practices and Its Associated Factors among Mother of Children Less Than 2 Years of Age in Kersa District , Eastern Ethiopia. Glob Pediatr Heal [Internet]. 2021; 8 (1): 1–8. [cited 2023 March 31]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34095353/>.
13. Nguyen PH, Keithly SC, Nguyen NT, Nguyen TT, Tran LM, Hajeebhoy N. Prelacteal Feeding Practices in Vietnam: Problems and Determinant Factors. BMC Public Health [Internet]. 2013; 13 (932): 1–11. [cited 2023 April 2]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4126174/>.
14. Teshale AB, Worku MG, Tessema ZT, Tesema GA. Prelacteal Feeding Practice and Its Associated Factors Among Mothers Having Children Less than 2 Years of Age in East Africa: A Multilevel Analysis of The Recent Demographic and Health Surveys. Int Breastfeed J [Internet]. 2021; 16 (68): 1–16. [cited 2023 April 2]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34496922/>.
15. Siti H. Perilaku Tenaga Kerja Wanita (TKW) dalam Mengatasi Kecemasan di PJTKI Citra Catur Utama Karya Ponorogo. Universitas Muhammadiyah Ponorogo [tesis]. Ponorogo; Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo; 2018.
16. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Kebiasaan Baru. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020. [cited 2023 April 2]. Available from: <https://repository.kemkes.go.id/book/624>
17. Tekaly G, Kassa M, Belete T, Tasew H, Mariye T, Teshale T. Pre-lacteal Feeding Practice and Associated Factors Among Mothers Having Children Less Than Two Years of Age in Aksum Town, Tigray, Ethiopia, 2017: A Cross-Sectional Study. BMC Pediatr [Internet]. 2018; 18 (1): 1–10. [cited 2023 Juni 17]. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-018-1284-7>.
18. Wolde TF, Ayele AD, Takele WW. Prelacteal Feeding and Associated Factors Among Mothers Having Children Less than 24 Months of Age, in Mettu District, Southwest Ethiopia: A Community Based Cross-Sectional Study. BMC Res Notes [Internet]. 2019; 12 (9): 1–7. [cited 2023 April 2]. Available from: <https://bmcrenotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4044-3>.
19. Ogundele T, Ogundele OA, Adegoke AI. Determinants of Prelacteal Feeding Practices Among Mothers of Children Aged Less Than 24 Months in Ile-Ife Southwest Nigeria: A Community Cross-Sectional Study. PanAfrican Med J [Internet]. 2019; 34 (172): 1–11. [cited 2023 March 31]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7046104/>.
20. Agho KE, Ogeleka P, Ogbo FA, Ezeh OK, Eastwood J, Page A. Trends and Predictors of Prelacteal Feeding Practices in Nigeria (2003–2013). MDPI Nutr [Internet]. 2016; 8 (462): 1–13. [cited 2023 March 31]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4997375/>.

21. Nurokhmah S, Masitoh S, Werdani KE. Prevalence and Determinants of Pre-lacteal Feeding : Insights from the 2017 Indonesia Demographic and Health Survey. *J Kesehat Masy Nas* [Internet]. 2021; 16 (2): 100–7. [cited 2023 March 31]. Available from: <https://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/4283>.
22. Rohmin A, Malahayati N, Hartati. Faktor-faktor yang mempengaruhi praktik pemberian makanan prelakteal pada bayi baru lahir di Kecamatan Bukit Kecil Kota Palembang. *J Kesehat*. 2015; 6 (2): 183–9.
23. El-Gilany AH, Abdel-Hady DM. Newborn First Feed and Prelacteal Feeds in Mansoura, Egypt. *Biomed Res Int* [Internet]. 2014; 2014 (258470): 1–7. [cited 2023 Aug 3]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/258470/>.
24. Temesgen H, Negesse A, Woyraw W, Getaneh T, Yigizaw M. Prelacteal Feeding and Associated Factors in Ethiopia: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2018; 13 (49): 1–12. [cited 2023 Juni 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30505338/>.
25. Yuliani D, Ramadani M, Nursal GA, Kesehatan D, Anambas K, Masyarakat FK, et al. Tradisi Keluarga Sebagai Faktor Penghambat ASI Eksklusif di Kabupaten Kepulauan Anambas. *MPPKI* [Internet]. 2022; 5 (9): 1160–6. [cited 2023 July 9]. Available from: <https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/MPPKI/article/view/2621>.
26. Departemen Kesehatan RI. Pedoman pelaksanaan program Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi. Jakarta: Depkes RI; 2009.
27. Dewi AS, Gustiwarni A, Wahyuni RS. Hubungan Peran Petugas Kesehatan dan Promosi Susu Formula Terhadap Pemberian ASI Eksklusif Pada Ibu Menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Harapan Raya Kota Pekanbaru 2018. *Phot J Sain dan Kesehat* [Internet]. 2019; 9 (2): 65–74. [cited 2023 July 16]. Available from: <https://ejurnal.umri.ac.id/index.php/photon/article/view/1097>.
28. Yumni FL, Wahyuni CT. Hubungan Promosi Iklan Susu Formula Dengan Pemberian ASI Eksklusif di Desa Pandanarum Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto. *J Keperawatan Muhammadiyah* [Internet]. 2018; 3 (2): 95–100. [cited 2023 July 14]. Available from: <https://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/1779/0>.