

**IMPLEMENTASI KAWASAN ZERO SUSU FORMULA DENGAN KEDASI  
( KEDAI SUPPORT ASI )  
DI KELURAHAN WONOKROMO SURABAYA**

**Elly Dwi Masita<sup>1</sup>, Siti Maimunah<sup>2</sup>, Siska Nurul Abidah<sup>3</sup>**

ellydm@unusa.ac.id

Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya

**Abstrak**

Sampai saat ini, di Indonesia angka kematian bayi masih terbilang tinggi yaitu sebesar 22.23 per kelahiran hidup. Angka ini belum mencapai angka target SDG's 2030 yaitu sebesar 12 per 1000 kelahiran hidup. Ketidakberhasilan pemberian ASI eksklusif dan praktik menyusui sampai anak usia 2 tahun disebabkan beberapa faktor antara lain minimnya dukungan keluarga, masyarakat, stress ibu dan persepsi yang salah tentang ASI. Studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Maret 2018 di Kelurahan Wonokromo didapatkan capaian ASI eksklusif sebesar 49 %. Angka ini belum mencapai target yang ditentukan dinas kesehatan yaitu sebesar 80 %. Tujuan pengabdian ini adalah dibentuknya KEDASI ( Kedai Support ASI ) yang akan mempromosikan ASI eksklusif sekaligus sebagai bentuk usaha kecil masyarakat. Metode menggunakan sosialisasi KEDASI, pelatihan, pendampingan, pre test dan post test bagi sasaran langsung yaitu ibu hamil trimester 3, ibu yang memiliki balita usia 0- 24 bulan, pengasuh anak, kader balita dan pendamping ASI berjumlah 80. Hasil capaian berupa peningkatan mean pre dan post test yaitu pengetahuan , keterampilan sebesar 18.7 point, persepsi 20.2 point, budaya 17.6 point, perilaku promotif 14 point, pendapatan 21.1 point. KEDASI merupakan pendekatan upaya promosi kesehatan berbasis wirausaha masyarakat

*Kata kunci: ASI eksklusif, KEDASI*

**Pendahuluan**

WHO mencangkakan program ASI eksklusif sejak tahun 2002 yang menjelaskan bahwa balita berusia 0- 6 bulan hanya diberikan ASI saja tanpa makanan tambahan dan dilanjutkan sampai usia 2 tahun. Tujuan program ini adalah menurunkan angka kematian bayi dan balita, meningkatkan imunitas, menuntaskan pertumbuhan dan perkembangan anak, bounding, murah secara ekonomi, meningkatkan kecerdasan anak, serta membantu mengatur jarak kehamilan berikutnya (Hazir et al., 2012; Krause, Lovelady, Peterson, Chowdhury, & Østbye, 2019), Namun sampai saat ini pencapaian ASI eksklusif masih belum memenuhi angka yang ditargetkan yaitu sebesar 80%. Beberapa hal yang menyebabkan ketidakberhasilan program ASI Eksklusif antara lain minimnya pengetahuan tentang ASI eksklusif, minimnya

dukungan keluarga dan masyarakat. (Karkee, Lee, Khanal, & Binns, 2014; Kristiansen, Lande, Øverby, & Andersen, 2010; Ratnasari et al., 2017). Survei Demografi tahun 2012 menggambarkan bahwa pencapaian pemberian ASI eksklusif di Indonesia sebesar 38 %. Angka ini masih jauh dibawah target pencapaian ASI Eksklusif yang ditetapkan oleh kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu sebesar 80 % (Kesehatan, 2016), Sedangkan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan maret 2019 di kelurahan Wonokromo pencapaian pemberian ASI Eksklusif mencapai 49 %. Rendahnya angka ini disebabkan karena beberapa faktor antara lain pengetahuan yang minimal tentang ASI eksklusif, Persepsi yang salah tentang ASI, manajemen yang kurang tepat, dukungan keluarga yang sangat kurang, dukungan masyarakat masih kurang, budaya yang merugikan tentang

ASI (Hazir et al., 2012; Nickerson, Sykes, & Fung, 2012; Ratnasari et al., 2017; Tarrant, Younger, Sheridan-pereira, White, & Kearney, 2009).

Rendahnya pengetahuan tentang ASI disebabkan karena informasi tentang ASI diperoleh hanya melalui tenaga kesehatan saja dengan jadwalnya menyesuaikan jadwal dari tenaga kesehatan tersebut. Penjadwalan ini berefek pada kesiapan ibu atau pengasuh dalam menerima informasi tentang ASI dikarenakan fokus ibu atau pengasuh pada pemenuhan kebutuhan bayi seperti menyusui, menidurkan, mengganti popok serta aktifitas lain seperti memasak, mencuci dan membersihkan rumah (Nickerson et al., 2012). Persepsi yang mal adaptif tentang ASI eksklusif dimasyarakat sampai saat ini yakni menganggap bahwa ASI eksklusif belum cukup memenuhi kebutuhan makan dan gizi bayi usia 0- 6 bulan sehingga menyebabkan bayi sering menangis karena kelaparan. Hal ini menstimulasi pemberian ASI Eksklusif secara parsial dan mempercepat pemberian makanan pendamping ASI (Kristiansen et al., 2010; Matsuyama, Karama, Tanaka, & Kaneko, 2013)

Dukungan keluarga dan masyarakat dalam pemberian ASI eksklusif masih dirasa sangat kurang. Keadaan ini nampak dengan tidak adanya peran keluarga terdekat untuk mengingatkan jadwal menyusui, aktifitas apa saja yang harus dilakukan oleh ibu menyusui, makanan dan zat gizi apa saja yang dibutuhkan oleh ibu menyusui. Sedangkan kurangnya dukungan masyarakat dapat dilihat dengan tidak adanya fasilitas yang mendukung ibu menyusui seperti perpustakaan mini ASI, rumah parenting ASI atau taman bertema ASI (Kardee et al., 2014; Ratnasari et al., 2017; Taherifard, Delpisheh, Shirali, Afkhamzadeh, & Veisani, 2013)

Pantang makan makanan tertentu bagi ibu menyusui masih membudaya di masyarakat, seperti makan ikan laut dan telur menyebabkan

ASI menjadi bau amis, memakan daging ayam dan daging sapi menyebabkan anak gatal, makan sayur dan minum banyak menyebabkan luka jalan lahir tidak kering, sedaangkan aktifitas yang masih dianggap bermasalah yaitu tidur di waktu siang hari menyebabkan penyakit serta melarang ibu menyusui untuk keluar rumah sebelum 3 hari. Hal ini menstimulasi terjadi gangguan fisik dan psikis ibu menyusui.

Tatalaksana yang dilakukan pemerintah untuk meningkatkan pelaksanaan ASI Eksklusif adalah dengan membentuk kader ASI, Kader Indra, kampung ASI. Program ini memiliki beberapa kegiatan antara lain sosialisasi ASI, Kunjungan kader ke ibu menyusui dan memberikan konseling pada ibu menyusui. Tetapi, upaya ini masih belum memberikan hasil yang signifikan karena belum menyentuh domain dukungan keluarga dan masyarakat. Berdasarkan permasalahan diatas maka perlu dibentuk suatu program yang melibatkan keluarga, masyarakat sebagai sistem pendukung

KEDASI merupakan salah satu program bottom up yang berasal dari lini depan masyarakat yaitu keluarga. Keluarga akan berperan sebagai promotor ASI eksklusif yang akan berdampak pada peningkatan pendapat keluarga pada keluarga tersebut. Dengan demikian setiap kali pengelola KEDASI memberikan pelayanan kepada setiap konsumen, maka secara otomatis program ASI eksklusif tersiarkan. KEDASI menyediakan produk antara lain menyediakan makanan dan minuman support ASI, menyediakan konseling ASI setiap saat dan pijat oksitoksin, perpustakaan mini ASI yang menyediakan berbagai macam media ilmu yang bertema ASI seperti tabloid, majalah dan buku- buku ASI lainnya. Selain itu juga menjadikan taman rumah menjadi taman ASI. Dengan demikian setiap anggota keluarga dan masyarakat akan terpapar pengetahuan, perubahan persepsi dan perubahan perilaku pada akhirnya bahkan dapat meningkatkan income keluarga.

### Metode Pelaksanaan

Metode pelaksanaan pada kegiatan ini meliputi

Tabel 1 Tahapan Kegiatan kegiatan pengabdian masyarakat

#### 1. Survey data

Kegiatan ini merupakan kegiatan awal yang bertujuan untuk memperoleh data jumlah pencapaian ASI eksklusif yang dilakukan pada bulan Maret 2018, dikelurahan Wonokromo. Data diambil melalui data ASI yang dikelola oleh kader balita dan kader ibu hamil . Setelah data terkumpul kemudian menganalisis faktor penyebabnya



Gambar 1 Pengumpulan data dengan para kader balita dan hamil

#### 2. Sosialisasi Kegiatan KEDASI

Sosialisasi ini bertujuan untuk menyampaikan program KEDASI pad kader, tokoh masyarakat ( RT, RW, Kelurahan )



Gambar 2 Sosialisasi KEDASI

#### 3. Pelatihan

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan ketrampilan pada pengelola KEDASI agar mampu memberikan pelayanan sesuai dengan standart. Pelatihan ini meliputi berbagai jenis pelatihan yang dilakukan oleh tim pengabdian masyarakat.

##### a. Pelatihan Konseling ASI

Pelatihan konseling diberikan kepada seluruh pengelola kedasi yang terdiri dari 6 ibu yang memenuhi kriteria

antara lain sehat fisik, psikologi, mampu berkomunikasi dan memiliki pengaruh terhadap masyarakat tetapi non kader.materi pada pelatihan ini adalah definisi konseling, komunikasi theraphetik, konseling fathering, serta simulasi konseling. Pada akhir pertemuan peserta diberikan contoh kasus kemudian mempraktekkan bagaimana cara menjadi konselor.



Gambar 3 Pelatihan Konseling ASI

##### b. Pelatihan Perawatan payudara dan teknik menyusui yang benar

Pelatihan Perawatan payudara merupakan rangkaian pelatihan KEDASI yang bertujuan untuk memberikan ketrampilan pada pengelola KEDASI dalam mempersiapkan payudara ibu untuk proses laktasi



Gambar 4 Pelatihan Perawatan payudara

##### c. Pelatihan Pijat Oksitoksin

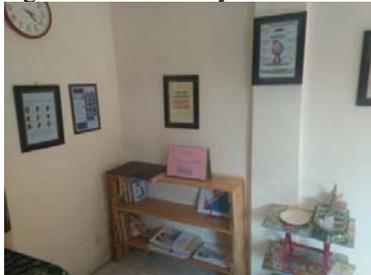
Pelatihan ini bertujuan untuk memberikan ketrampilan pengelola KEDASI tentang tehnik pijat oksitoksin yang dapat embantu ibu menyusui relaksasi dan meningkatkan pengeluaran ASI



Gambar 5 Pelatihan Pijat

Oksitoksin

- d. Pembuatan perpustakaan mini ASI  
Kegiatan ini bertujuan untuk mendirikan taman baca suntuk ibu menyusui sehingga meningkatkan pengetahuan ibu menyusui



Gambar 6 Perpustakaan mini ASI  
KEDASI

- e. Pembuatan Taman ASI  
Pembuatan Taman ini bertujuan meningkatkan pengetahuan tentang tanaman support ASI yang terdiri dari sawi, kelor, katuk, wortel, bayam merah



Gambar 7 Taman ASI

- f. Pelatihan pembuatan produk KEDASI  
Pelatihan ini bertujuan untuk memberikan ketrampilan tentang produk makanan dan minuman support ASI



Gambar 8 pelatihan pembuatan makanan dan minuman support ASI

- g. Pelatihan cara pemasaran  
Pelatihan ini bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan ketrampilan tentang pemasaran KEDASI, baik melalui brosur ataupun social media



Gambar 9 Pelatihan Pemasaran

- h. Pelatihan membuat pembukuan keuangan sederhana  
Pelatihan ini bertujuan untuk memberikan pengetahuan tentang bagaimana membuat pembukuan kas keuangan sederhana



Gambar 9 Pelatihan pembukuan keuangan sederhana

4. Evaluasi  
Proses evaluasi dilakukan dengan tujuan mengetahui keberhasilan kegiatan dengan cara observasi, pendampingan



Gambar 10 Proses Evaluasi kegiatan dan hasil

**Hasil**

Tabel 1 Perbedaan mean pre dan post test

Variabel	Mean		N
	pre	post	
Pengetahuan	15.8	34.5	20
Ketrampilan	15.9	34.6	
Persepsi	13.7	33.9	
Budaya	16.0	33.8	
Perilaku promotif	15.8	29.8	
Peningkatan pendapatan	13.5	34,6	

Tabel 1 menjelaskan bahwa ada perbedaan mean setiap variable. Pada pengetahuan terdapat kenaikan mean sebesar 18,7, ketrampilan meningkat sebesar 18,7, persepsi mengalami perubahan sebesar 20,2, Budaya mengalami perubahan sebesar 17,6,

perilaku promotif kesehatan meningkat sebesar 14 dan peningkatan pendapatan mengalami perubahan sebesar 21.1

### **Pembahasan**

Berdasarkan hasil uji perbedaan pre dan post test didapatkan ada perubahan mean pada masing- masing variabel. Hal ini disebabkan karena metode sosialisasi, simulasi, pendampingan dapat mempengaruhi pemahaman, persepsi. Sosialisasi, simulasi dan pendampingan merupakan kombinasi antara komunikasi interpersonal, komunikasi personal, komunikasi therapeutik dan konseling mempengaruhi alur pemahaman individu sehingga memudahkan penerimaan pesan. Pendapat ini sesuai dengan teori health believe model yang menjelaskan bahwa komunikasi interpersonal, therapeutik dapat membentuk pola pikir, perilaku personal untuk mempromosikan, pencarian fasilitas kesehatan (Cubaka, Schriver, Cotton, & Nyirazinyoye, 2018; Jackson, 2011; Zare & Ghodsbin, 2016). Dengan demikian promosi kesehatan akan mudah tersampaikan kepada sasaran utama maupun sasaran sekunder

Sedangkan metode simulasi dijelaskan sebagai metode pengajaran yang mempraktekkan teknik tertentu secara focus sehingga memudahkan penerima pesan memahami dan mempraktekkan ulang apa yang telah didemonstrasikan. Pendapat ini didukung penelitian (Bassey, 2017; May, Cilliers, & Van Deventer, 2012)

Komunikasi therapeutik menjelaskan bahwa komunikasi yang disertai dengan empati akan menciptakan suasana keterbukaan, asertif sehingga klien menemukan masalah sendiri dan mencari solusi sesuai dengan kemampuannya (Kallem et al., 2013; Scott & Rossiter, 2016; Villar et al., 2017)

### **Ucapan Terimakasih**

Terimakasih pada ristekdikti yang telah membiayai kegiatan ini

### **Kesimpulan**

KEDASI merupakan pendekatan bottom up yang memberikan efek positif yakni peningkatan pemahaman, pengetahuan, ketrampilan dan ekonomi bagi keluarga dan

masyarakat serta bagi peningkatan promosi ASI eksklusif sehingga meningkatkan angka pencapaian pelaksanaan ASI eksklusif menuju wilayah zero susu formula

### **Saran**

KEDASI bisa dijadikan mini project untuk mempromosikan ASI Eksklusif berbasis kewirausahaan keluarga

### **Daftar Pustaka**

- Bassey, B. (2017). Undergraduates' view of lecturers' age as a factor in their teaching effectiveness. *Global Journal of Social Sciences*, 15(1), 1. <https://doi.org/10.4314/gjss.v15i1.1>
- Cubaka, V. K., Schriver, M., Cotton, P., & Nyirazinyoye, L. (2018). *Providers' perceptions of communication with patients in primary healthcare in Rwanda*. 1–17.
- Hazir, T., Akram, D., Nisar, Y. Bin, Kazmi, N., Agho, K. E., Abbasi, S., ... Dibley, M. J. (2012). Determinants of suboptimal breast-feeding practices in Pakistan. *Public Health Nutrition: 16(4)*, 659–672, 16(4), 659–672. <https://doi.org/10.1017/S1368980012002935>
- Jackson, E. (2011). *Eva jackson, health literacy and communication skill(4)*.PDF (pp. 11–98). pp. 11–98. *Journal of Medical Speech Pathology*.
- Kallem, S., Carroll-scott, A., Gilstad-hayden, K., Peters, S. M., Mccaslin, C., & Ickovics, J. R. (2013). *Children's Report of Lifestyle Counseling Differs by BMI Status*. 9(3), 216–223. <https://doi.org/10.1089/chi.2012.0100>
- Karkee, R., Lee, A. H., Khanal, V., & Binns, C. W. (2014). A community-based prospective cohort study of exclusive breastfeeding in central Nepal. *BMC Public Health*, 14(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-927>

- Kesehatan, D. (2016). *Profil kesehatan*.
- Krause, K. M., Lovelady, C. A., Peterson, B. L., Chowdhury, N., & Østbye, T. (2019). Effect of breast-feeding on weight retention at 3 and 6 months postpartum: data from the North Carolina WIC Programme. *Public Health Nutrition: 13(12)*, 2019–2026, 13(12), 2019–2026. <https://doi.org/10.1017/S1368980010001503>
- Kristiansen, A. L., Lande, B., Øverby, N. C., & Andersen, L. F. (2010). Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutrition: 13(12)*, 2087–2096, 13(12), 2087–2096. <https://doi.org/10.1017/S1368980010002156>
- Matsuyama, A., Karama, M., Tanaka, J., & Kaneko, S. (2013). Perceptions of caregivers about health and nutritional problems and feeding practices of infants: a qualitative study on exclusive breast-feeding in Kwale, Kenya. *BMC Public Health, 13(1)*, 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-525>
- May, M. S., Cilliers, F., & Van Deventer, V. (2012). Exploring the (k)not of relationship between lecturers and management at a historically Black university: The lecturer's perspective. *SA Journal of Industrial Psychology, 38(2)*, 1–11. <https://doi.org/10.4102/sajip.v38i2.998>
- Nickerson, L. E., Sykes, A. C., & Fung, T. T. (2012). Mothers' experience of fathers' support for breast-feeding. *Public Health Nutrition: 15(9)*, 1780–1787, 15(9), 1780–1787. <https://doi.org/10.1017/S1368980011003636>
- Ratnasari, D., Astria, B., Mph, P., Scd, H. H., Yugistyowati, A., Mnurs, N., ... Mph, E. N. (2017). Family support and exclusive breastfeeding among Yogyakarta mothers in employment. *Asia Pac J Clin Nutr 2017;26(Suppl 1):S31-S35 Original*, 26(May). <https://doi.org/10.6133/apjcn.062017.s8>
- Scott, R., & Rossiter, R. (2016). *Therapeutic communication and relationships in chronic and complex care*. 31(6).
- Taherifard, P., Delpisheh, A., Shirali, R., Afkhamzadeh, A., & Veisani, Y. (2013). Socioeconomic, Psychiatric and Materiality Determinants and Risk of Postpartum Depression in Border City of Ilam, Western Iran. *Hindawi Publishing Corporation Depression Research and Treatment Volume 2013, Article ID 653471, 7 Pages* <Http://Dx.Doi.Org/10.1155/2013/653471> *Research, 2013*.
- Tarrant, R. C., Younger, K. M., Sheridan-pereira, M., White, M. J., & Kearney, J. M. (2009). The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public Health Nutrition: 13(6)*, 760–770, 13(6), 760–770. <https://doi.org/10.1017/S136898000991522>
- Villar, O. A. E., Montañez-alvarado, P., Gutiérrez-vega, M., Carrillo-saucedo, I. C., Gurrola-peña, G. M., Ruvalcaba-romero, N. A., ... Ochoa-alcaraz, S. G. (2017). *Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population*. 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4150-x>
- Zare, M., & Ghodsbin, F. (2016). *Original Article The Effect of Health Belief Model-Based Education on Knowledge and Prostate Cancer Screening Behaviors: A Randomized Controlled Trial*. 4(1), 57–68.