

DISERTASI

**MODEL COPARENTING DALAM MENCEGAH KEJADIAN
POSTPARTUM BLUES DAN MENINGKATKAN
KEBERHASILAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF
DI KOTA DENPASAR BALI**



**GUSTI AYU MARTHA WININGSIH
K013191015**

**SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2022

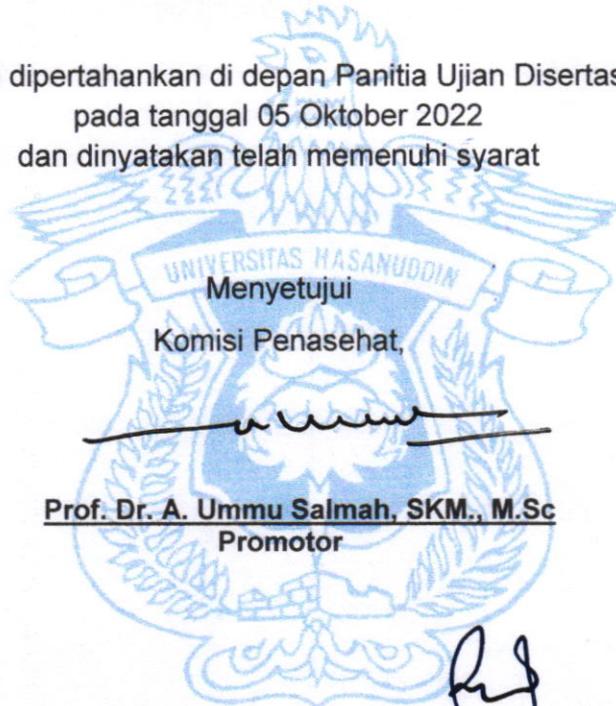
DISERTASI

**MODEL COPARENTING DALAM MENCEGAH KEJADIAN
POSTPARTUM BLUES DAN MENINGKATKAN KEBERHASILAN
PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI KOTA DENPASAR BALI**

Disusun dan diajukan oleh

GUSTI AYU MARTHA WININGSIH
Nomor Pokok K013191015

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 05 Oktober 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat



Menyetujui

Komisi Penasehat,

Prof. Dr. A. Ummu Salmah, SKM., M.Sc.
Promotor

Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH
Ko-Promotor

Rahayu Indriyani, SKM., MPH, Ph.D.
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,

Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc., PH., Ph.D.

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed.

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Gusti Ayu Martha Winingsih
NIM : K013191015
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Denpasar, Juli 2022

Yang menyatakan



Gusti Ayu Martha Winingsih

KATA PENGANTAR

Segala puji kami panjatkan Kehadiran Ida Sang Hyang Widhi/ Tuhan Yang Maha Esa karena atas petunjuk dan karunia yang diberikan kepada penulis sehingga disertasi ini dapat diselesaikan.

Penelitian dan penyusunan disertasi ini tentunya melalui sebuah proses panjang yang berliku dan penuh dinamisasi. Keberhasilan ini adalah representasi akan keberadaan dan peran dari orang-orang yang berada di lingkungan penulis. Olehnya itu, penulis haturkan terima kasih yang mendalam kepada suami tercinta Anak Agung Ngurah Roy Kesuma,ST,MM yang telah mendedikasikan rasa cintanya dalam sebuah dukungan penuh kepada penulis dimana sejak awal mendukung penulis melanjutkan studi S3 dan bersedia menjaga buah hati kami, anakda Anak Agung Ngurah Rava Malva Kesuma, Anak Agung Ngurah Ravy Malva Kesuma dan Anak Agung Ngurah Radivo Malva Kesuma, ditengah kepadatan waktu menyelesaikan disertasi ini. Terima kasih untukmu yang tercinta suami dan anak-anak hebat yang penuh sabar mendampingi proses perjalanan studi S3 ini.

Dukungan terbaik turut berperan besar dalam keberhasilan ini hadir dari kedua pasang orang tua yang kami banggakan. Kedua pasang orang tua hebat yang senantiasa memberikan doa dan dukungan untuk penulis. Dengan hormat, penulis sampaikan terima kasih tak terhingga kepada sepasang orang tua hebat yang telah melahirkan dan membesarkan penulis, Ayahanda IPTU (Purn) I Gusti Ngurah Suwendra dan Ibunda

Marcelina Holiday, S.Pd. Demikian pula, kepada sepasang orang tua hebat yang telah menganugerahkan sosok suami terbaik untuk penulis, dengan hormat penulis sampaikan terima kasih tak terhingga kepada Ayahanda dr. Anak Agung Ngurah Jaya Kesuma, SpB.,FINACS dan Ibunda Dr. Ida Ayu Werdiningsih Kesuma,SST,MM.

Pada kesempatan ini, penulis juga ingin menyampaikan rasa terima kasih dan apresiasi mendalam bagi semua pihak yang berperan besar untuk terselesainya penyusunan disertasi ini. Dengan hormat kami sampaikan berikut ini:

1. Kepada promotor Ibunda, Prof. Dr. A. Ummu Salmah, SKM., M.Sc, yang telah memberikan banyak waktu, ide, dan segala bentuk dukungan kepada penulis. Sejak awal membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyelesaian *literatur riview*, penyusunan proposal hingga terselesainya disertasi ini.
2. Kepada tim co promotor sekaligus penasehat akademik yang juga berperan besar dalam penyusunan disertasi ini, yakni ibunda Prof. Dr. Masni, A.pt., MSPH yang senantiasa memberikan berbagai gagasan, masukan dan dukungan yang luar biasa sangat berarti untuk penulis. Kepada Ibu Rahayu Indriasari,SKM.,MPHCN.,Ph.D.terima kasih tak terhingga telah banyak memberikan masukan dan dukungan dalam penyusunan disertasi ini.
3. Kepada para tim penguji yang senantiasa memberikan masukan dan arahan kepada penulis, kepada Bapak Prof. Dr. dr. I Nyoman Mangku Karmaya, M.Repro., PA(K)., SP.KKLP sebagai penguji eksternal dari

Fakultas Kedokteran Universitas Udayana yang dengan tulus meluangkan kesempatan kepada penulis. Juga kepada penguji Bapak Prof. Dr. Ridwan A,SKM, M.Kes, M.Sc.PH. Bapak Dr Agus Bintara Birawida,S.Kel.,M.Kes.dan Bapak Sudirman Nasir, S.Ked, MWH,Ph.D yang senantiasa mengarahkan penulis dalam penyusunan disertasi ini.

4. Kepada Kepala Puskesmas SeKota Denpasar dan Bidan Yan Mona Fridayanti, Amd.keb dan Bidan Jaba Budarsana, Amd.keb yang telah memberikan kesempatan untuk melaksanakan penelitian di lokasi tersebut.
5. Kepada pimpinan FKM UNHAS, Bapak Dekan Bapak Prof. Sukri Palutturi, S.KM., M.Kes., M.Sc. PH., Ph.D, beserta jajarannya yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian ini.
6. Kepada Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes.,M.Med.Ed Koordinator Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Bapak atas seluruh arahan dan dukungan penuh sejak awal menempuh pendidikan S3 hingga akhir ini.
7. Kepada Ketua Yayasan Kartini Bali Bapak Anak Agung Ngurah Roy Kesuma, ST,MM, dan Direktur Politeknik Kesehatan Kartini Bali Ibu Ni Made Darmiyanti,SST,MKeb tempat penulis mengabdikan tridarma Perguruan Tinggi, terimakasih atas dukungan yang diberikan dalam menyelesaikan studi ini. Juga kepada rekan-rekan civitas Politeknik Kesehatan Kartini Bali, terima kasih telah memberikan dukungan selama ini.
8. Terkhusus kepada rekan-rekan yang turut membantu dalam proses

penelitian ini, Ibu Kepada seluruh staf pengajar, Bapak/Ibu Dosen Program Studi S3 Kesehatan Masyarakat FKM UNHAS yang selama ini telah memberikan pendidikan yang luar biasa kepada kami. Juga kepada seluruh tenaga kependidikan FKM UNHAS, yang telah memfasilitasi kami dengan baik selama menempuh pendidikan di Prodi S3 Kesmas.

9. Kepada para Bidan Puskesmas yang dengan tulus mendampingi selama proses penelitian ini juga kepada para ibu dan keluarga yang bersedia didampingi selama berbulan-bulan.
10. Kepada teman-teman seangkatan kelas angkatan 2019, semoga senantiasa dimudahkan untuk menyelesaikan tugas akhir disertasi ini.
11. Kepada seluruh pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu yang dengan tulus telah memberikan dukungan kepada kami dalam segala bentuk keadaannya.

Penulis berharap masukan yang bersifat membangun agar dapat membenahi kembali tulisan ini sehingga bermanfaat di bidang kesehatan masyarakat. Atas segala masukannya, penulis sampaikan terima kasih.

Denpasar, September 2022

Penulis

ABSTRAK

MARTHA WININGSIH. *Model Coparenting dalam Mencegah Kejadian Postpartum Blues dan Meningkatkan Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif di Kota Denpasar Bali Tahun 2022.* (Dibimbing oleh **Ummu Salmah, Masni, Rahayu Indriasari**)

Kesulitan dalam menyusui dapat meningkatkan resiko kejadian postpartum blues dan mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Dukungan suami dan keluarga merupakan salah satu faktor dalam mengurangi kejadian postpartum blues. Model *coparenting* yang berbasis kebudayaan Bali akan mempermudah ibu dalam proses menyusui sehingga dapat meningkatkan pemberian ASI. Tujuan penelitian ini adalah mengeksplor determinan ASI eksklusif, mengevaluasi pengaruh model *coparenting* dalam pencegahan *postpartum blues* dalam meningkatkan keberhasilan pemberian ASI.

Metode penelitian adalah mixed method dengan rancangan *exploratory sequential design*. Lokasi penelitian di 11 Puskesmas di Kota Denpasar. Jumlah informan adalah 11 orang, dimana 7 orang adalah pasangan suami istri dan 4 orang adalah pakar ahli, jumlah responden pada kelompok perlakuan sebanyak 30 responden dan kelompok kontrol 30 responden. Analisis data bivariat dengan *uji wilcoxon, mann whitney dan chi square* ($\alpha < 0,05$).

Hasil penelitian terdapat perbedaan penurunan kejadian *post partum blues* sesudah diberikan perlakuan sebesar 70% pada kelompok perlakuan, sementara pada kelompok kontrol tidak ditemukan penurunan kejadian *postpartum blues*. Model *coparenting* berbasis kebudayaan Bali yaitu *Grihasta* (Asah, Asih Asuh) yang meliputi peran mertua dan suami dalam mendukung ibu menyusui, diketahui jika keberhasilan pemberian ASI eksklusif sebesar 76,7%, dengan Pvalue 0,032. Model *coparenting* terbentuk berdasarkan penyerapan unsur kebudayaan Bali dapat menurunkan kejadian *postpartum blues* dan meningkatkan pemberian ASI eksklusif, Penelitian ini merekomendasikan penerapan kerjasama ibu dan keluarga tentang pengasuhan anak dengan menerapkan model *coparenting* dari masa kehamilan, persalinan dan nifas.

Kata Kunci: ASI Eksklusif, Post Partum Blues, Coparenting, Pengetahuan, Sikap Dukungan, Ibu Hamil



ABSTRACT

MARTHA WININGSIH. *Coparenting model to preventing the incidence of postpartum blues and increasing the success of exclusive breastfeeding in Denpasar, Bali in 2022.* (Supervised by **Ummu Salmah, Masni, and Rahayu Indriasari**)

Breastfeeding difficulties can increase the risk of postpartum blues and affect the success of exclusive breastfeeding. Husband and family support is one of the factors in reducing of postpartum blues. The Balinese culture-based coparenting model will assist mothers in breastfeeding so that they can increase breastfeeding. The purpose of this study was to determine the determinants of exclusive breastfeeding, evaluate the effect of the coparenting model to preventing postpartum blues in increasing the success of breastfeeding.

The research method is mixed method with explanatory sequential design. The research location is in 11 health centers in Denpasar city. The number of informants is 11 people, of which 7 people are married couples and 4 people are experts, the number of respondents in the intervention group was 30 respondents and the control group was 30 respondents. Bivariate data analysis with wilcoxon, mann whitney test and chisquare ($\alpha < 0.05$).

The results showed that there was a difference in the decreased incidence of postpartum blues after being given treatment by 70% in the treatment group, while in the control group there was no decrease in the incidence of postpartum blues. The Balinese culture-based coparenting model *Grihastha* (Asah, Asih, Asuh) which includes the role of in-laws and husbands in supporting breastfeeding mothers, it is known that the success of exclusive breastfeeding is 76,7%, with a Pvalue of 0,032. The coparenting model formed based on the absorption of Balinese cultural elements can reduce the incidence of postpartum blues and increase exclusive breastfeeding. This study recommends the application of mother and family collaboration on child care by applying the coparenting model from pregnancy, childbirth and postpartum.

Keywords: Exclusive Breastfeeding, Post Partum Blues, Coparenting, Knowledge, Attitude of Support, Pregnant Women



DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI	iii
KATA PENGANTAR	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DISERTASI LAYOUT	xvii
KONSEP PENELITIAN	xviii
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	15
C. Pertanyaan Penelitian	15
D. Tujuan Penelitian.....	17
E. Manfaat Penelitian.....	19
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	21
A. Tinjauan Umum Postpartum Blues	21
B. Tinjauan Umum ASI Eksklusif.....	31
C. Tinjauan Umum <i>Coparenting</i>	51
D. Tinjauan Umum Coparenting Terhadap Postpartum Blues	62
E. Tinjauan Umum <i>Coparenting</i> Terhadap Meningkatkan Keberhasilan Pemberian Asi Eksklusif	65
F. Theory of Planned Behaviour (TPB).....	68
G. Konsep Pengetahuan	70
H. Konsep Sikap	74
I. Edukasi Kesehatan.....	75

J. Penelitian Terdahulu.....	84
K. Kerangka Teori	89
L. Kerangka Konsep.....	91
M. Variabel Penelitian	92
N. Definisi Operasional.....	92
O. Hipotesis Penelitian	95
BAB III METODE PENELITIAN	97
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	97
B. Lokasi dan Waktu penelitian.....	99
C. Populasi dan Sampel Penelitian	101
D. Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data	110
E. Pengolahan, Analisis Data dan Penyajian Data	113
F. Etika Penelitian.....	114
G. Kontrol Kualitas	116
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	117
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	117
B. Hasil Tahap 1	117
C. Penyusunan Modul Pelatihan Coparenting Dalam Mencegah Postpartum Blues Dan Meningkatkan Pemberian ASI Eksklusif.....	137
D. Hasil Tahap II (Pre dan Post Test Hasil Perlakuan Model Co- <i>Parenting</i>)	141
BAB V PEMBAHASAN	161
A. Pembentukan Model Coparenting	161
B. Pengaruh Model Coparenting Terhadap Pengetahuan	172
C. Pengaruh Model <i>Coparenting</i> Terhadap Sikap	174
D. Pengaruh Model <i>Coparenting</i> Meningkatkan Dukungan	177
E. Implikasi Penelitian.....	181
F. Keunggulan Penelitian.....	182
G. Keterbatasan Penelitian	185
BAB VI PENUTUP	187

DAFTAR PUSTAKA.....	190
LAMPIRAN.....	197

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perbandingan Jenis Gangguan <i>Postpartum Blues</i> , Depresi <i>Post Partum</i> Dan Psikosis <i>Post Partum</i>	28
Tabel 2.2	Tinjauan Umum <i>Coparenting</i> Terhadap <i>Postpartum Blues</i>	64
Tabel 2.3	Tinjauan Umum <i>Coparenting</i> Terhadap Meningkatkan Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif	67
Tabel 2.4	Penelitian Yang Relevan Tentang <i>Postpartum Blues</i>	84
Tabel 2.5	Penelitian Yang Relevan Tentang Modael <i>Coparenting</i>	85
Tabel 2.6	Penelitian Yang Relevan Tentang ASI Eksklusif	87
Tabel.2.7	Matriks Definisi Operasional Dan Kriteria Objektif	93
Tabel 3.1	Pengambilan Sampel Di Puskesmas	103
Tabel 4.1.	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Informan.....	118
Tabel 4.2.	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Informan.....	122
Tabel 4.3.	Matriks Rancangan Modul Pelatihan Model Co-Parenting Untuk Mencegah <i>Postpartum Blues</i> Dan Meningkatkan Pemberian ASI Eksklusif.....	138
Tabel 4.4.	Penilaian Modul Pelatihan.....	139
Tabel 4.5	Kategori Kelayakan Media Modul.....	140
Tabel 4.6	Penilaian Modul Pelatihan.....	141
Tabel 4.7.	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pada Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol.....	142
Tabel 4.8.	Rerata Skor Pengetahuan Ibu Pada Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol Sebelum Dan Setelah Perlakuan Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	144
Tabel 4.9.	Rerata Skor Sikap Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol, Sebelum Dan Setelah Perlakuan Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	145
Tabel 4.10.	Pengaruh Pengetahuan Terhadap Kejadian <i>Postpartum Blues</i> Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	146
Tabel 4.11.	Pengaruh Pengetahuan Pasangan Terhadap Pemberian ASI Eksklusif Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	147
Tabel 4.12.	Pengaruh Sikap Pasangan Terhadap Kejadian <i>Postpartum Blues</i> Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	148
Tabel 4.13.	Pengaruh Sikap Pasangan Terhadap Keberhasilan ASI Eksklusif Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	149
Tabel 4.14	Pengaruh Pengetahuan Pasangan Terhadap Kejadian <i>Postpartum Blues</i> Berdasarkan Dukungan Keluarga Pada Kelompok Perlakuan Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	150

Tabel 4.15.	Pengaruh Pengetahuan Pasangan Terhadap Kejadian <i>Postpartum Blues</i> Berdasarkan Dukungan Tenaga Kesehatan Pada Kelompok Perlakuan Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	151
Tabel 4.16.	Pengaruh Sikap Pasangan Terhadap Kejadian <i>Postpartum Blues</i> Berdasarkan Dukungan Keluarga Pada Kelompok Perlakuan Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	152
Tabel 4.17.	Pengaruh Sikap Pasangan Terhadap Kejadian <i>Postpartum Blues</i> Berdasarkan Dukungan Tenaga Kesehatan Pada Kelompok Perlakuan Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	153
Tabel 4.18.	Pengaruh Pengetahuan Pasangan Terhadap Pemberian ASI Eksklusif Berdasarkan Dukungan Keluarga Pada Kelompok Perlakuan Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	155
Tabel 4.19.	Pengaruh Sikap Pasangan Terhadap Pemberian ASI Eksklusif Berdasarkan Dukungan Keluarga Pada Kelompok Perlakuan Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	156
Tabel 4.20.	Pengaruh Sikap Pasangan Terhadap Pemberian ASI Eksklusif Berdasarkan Dukungan Keluarga Pada Kelompok Perlakuan Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	157
Tabel 4.21.	Pengaruh Pengetahuan Pasangan Terhadap ASI Eksklusif Berdasarkan Dukungan Tenaga Kesehatan Pada Kelompok Perlakuan Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	158
Tabel 4.22.	Pengaruh Model <i>Coparenting</i> Dalam Mencegah Kejadian <i>Postpartum Blues</i> Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	159
Tabel 4.23.	Pengaruh Model <i>Coparenting</i> Dalam Meningkatkan Keberhasilan ASI Eksklusif Di Kota Denpasar Tahun 2022.....	160

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi <i>Postpartum Blues</i>	24
Gambar 2.2 <i>Theory Of Planned Behaviour</i>	69
Gambar 2.3 Kerangka Teori	89
Gambar 2.4 Kerangka konsep	91
Gambar 3.1 <i>Nonequivalent Kontrol Group Design</i>	98
Gambar 3.2 Tahap Pertama Perumusan Co-Parenting	170
Gambar 3.2 Tahap Kedua Perumusan Co-Parenting	105
Gambar 5.1 Bagan 1. Skema Model <i>Co-Parenting</i>	108
Gambar 5.2 Bagan 2. Model Coparenting Berbasis Budaya Bali (Asah, Asih, Asuh).....	168
Gambar 5.3 Bagan 3. Keunggulan Penelitian.....	185
Gambar 5.4 Bagan 4. Ringkasan Konsep Penelitian.....	187

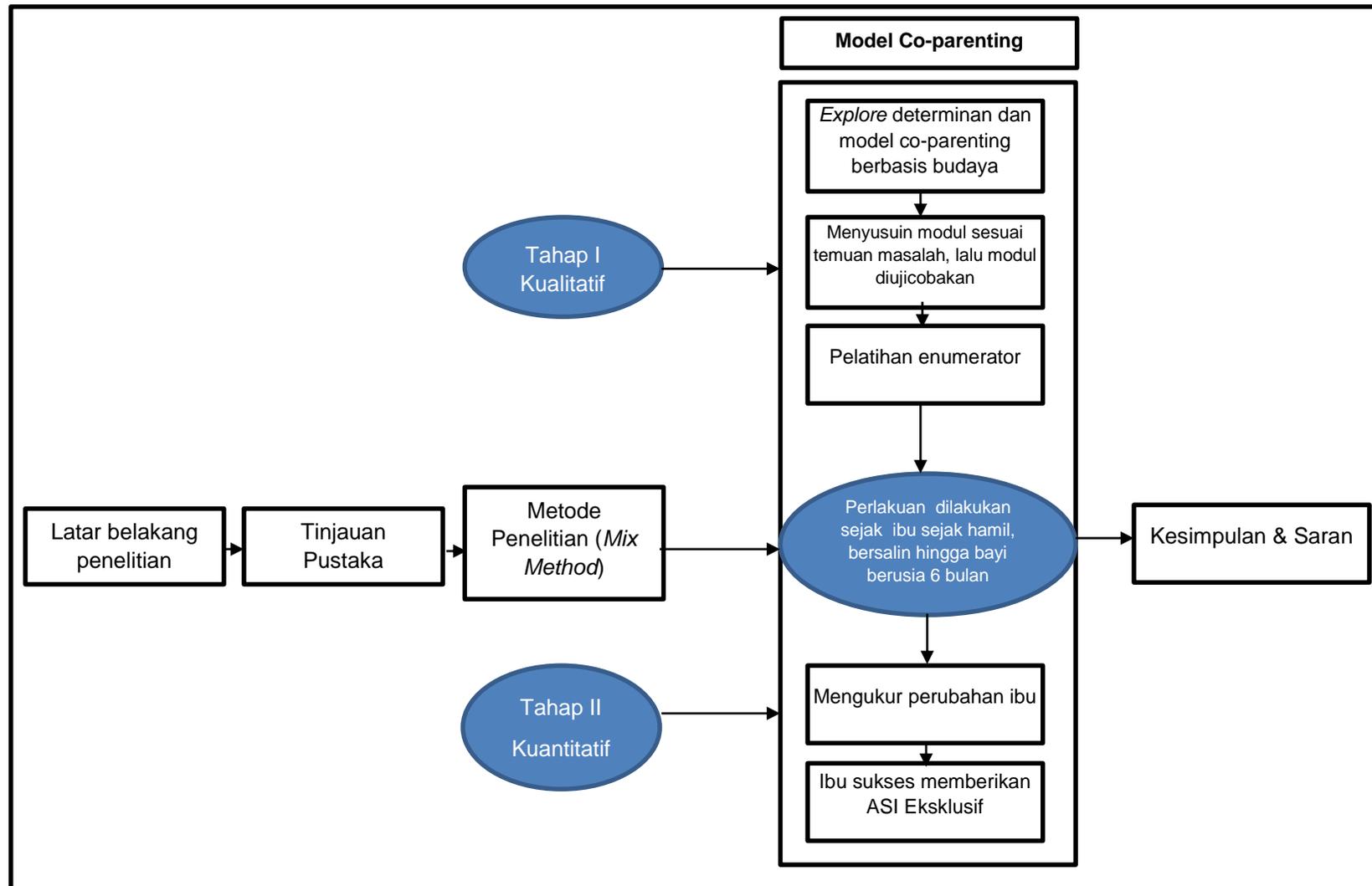
DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. *Inform Consent*
- Lampiran 2. Form Kesiediaan Menjadi Informan
- Lampiran 3. Form Kesiediaan Pengambilan Gambar
- Lampiran 4. Pedoman Wawancara
- Lampiran 5. Modul Coparenting
- Lampiran 6. Form Penilaian Modul
- Lampiran 7. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 8. Form Observasi Asi Eksklusif
- Lampiran 9. Surat Ijin Penelitian Kesbangpol Denpasar
- Lampiran 10. Ijin Penelitian Dinas Penanaman Modal Dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali
- Lampiran 11. Transkrip Penelitian
- Lampiran 12. Uji Validitas Dan Reliabilitas
- Lampiran 13. Master Data Penelitian
- Lampiran 14. Hasil Analisis Spss
- Lampiran 15. Dokumentasi Penelitian

DISERTASI LAYOUT



KONSEP PENELITIAN



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kehamilan, persalinan, dan masa nifas adalah suatu proses alamiah dan fisiologis. Kehamilan adalah siklus reproduksi yang diawali dari hasil konsepsi atau pertemuan antara ovum dengan sperma dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi dan implantasi. Persalinan merupakan kejadian fisiologis yang normal yaitu terjadinya proses dimana bayi, selaput ketuban, plasenta keluar dari uterus ibu. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada servik dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Sulistyawati, 2009).

World Health Organization (WHO) merekomendasikan agar semua bayi di seluruh dunia diberi ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan untuk kesehatan dan perkembangan yang optimal. Namun, sangat sedikit wanita di seluruh dunia yang memenuhi rekomendasi ini. Salah satu faktor yang diduga menjadi prediktif adalah faktor psikologis (Lisa Amir, 2013).

ASI (Air Susu Ibu) merupakan nutrisi yang ideal untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi dan memberikan beberapa manfaat tambahan jangka panjang dalam hal pencegahan berbagai penyakit bagi ibu dan bayi (Abbass-Dick and Dennis, 2017). Data UNICEF menunjukkan banyak Negara di dunia telah mengalami kemajuan dalam pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan.

Selama 15 tahun terakhir, tingkat global, prevalensi ASI eksklusif meningkat hanya sekitar 7%, dan menemukan hanya 49,8% yang memberikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan sesuai rekomendasi WHO (Yohmi *et al.*, 2015), sedangkan berdasarkan hasil Riskesdas 2018, proporsi pola pemberian ASI pada bayi umur 0-6 bulan di Indonesia sebanyak 37,3% ASI eksklusif, 9,3% ASI parsial dan 3,3% ASI predominan. Pemberian ASI formula masih sangat tinggi sebesar 79.8% (Pusdatin kementerian kesehatan RI, 2018).

Provinsi Bali cakupan pemberian ASI eksklusif sebesar 59,7% sudah mencapai target, namun beberapa Kota/kabupaten belum mencapai target yaitu Kabupaten Jembrana (47,6%), dan Kota Denpasar (47,6%). Kabupaten dengan capaian tertinggi yaitu Kabupaten Badung sebesar (69,5%) dan Kabupaten Buleleng (69,2%). Angka tersebut memenuhi target WHO dan Renstra Kemenkes pada tahun 2019 sebanyak 50% (Dinkes Provinsi Bali, 2019).

Kementerian Kesehatan menargetkan peningkatan target pemberian ASI eksklusif hingga 80%. Pemberian ASI eksklusif di Indonesia berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2019 pencapaian ASI eksklusif sekitar 41 % . Mengingat besarnya manfaat ASI bagi bayi, keluarga, masyarakat dan Negara serta sehubungan dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs), berbagai upaya dilakukan agar dapat meningkatkan pemberian ASI eksklusif pada bayi dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangan bayi serta memberikan dukungan kepada ibu dalam

memberikan ASI eksklusif (Muslimah, Laili and Saidah, 2020). Pemberian ASI juga dapat memberikan manfaat dalam hal ekonomi keluarga yaitu adanya pengurangan biaya karena tidak harus membeli susu formula, selain itu manfaat ASI untuk Negara dapat menghemat devisa, tersedianya sumber daya manusia yang berkualitas, menghemat subsidi biaya kesehatan masyarakat dan mengurangi pencemaran lingkungan akibat penggunaan plastik sebagai bahan peralatan susu formula (Zainafree, Widanti S, 2016).

Pemberian ASI eksklusif di berbagai Negara masih rendah karena di pengaruhi oleh diantaranya dari segi demografis, kondisi biologis, psikososial dan faktor sosial, untuk mengatasi hal ini, diperlukan perlakuan efektif yang dapat dimodifikasi agar pemberian ASI eksklusif dapat tercapai (Abbass-Dick and Dennis, 2017). Terdapat beberapa hambatan yang menyebabkan pemberian ASI oleh ibu tidak optimal yaitu kesadaran ibu, dukungan orang terdekat, pelatihan menyusui yang praktis untuk ibu, pendidikan ibu mengenai ASI, jenis kelamin anak, tempat lahir, interval kehamilan, etnis ibu dan penggunaan narkotik (Roostae et al., 2015). Menurut Kamariyah (2018) persepsi ibu tentang produksi ASI yang tidak mencukupi merupakan penghalang bagi pemberian ASI .

Produksi ASI dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik yang langsung misalnya perilaku menyusui, psikologis ibu, fisiologis ibu, ataupun yang tidak langsung misalnya, sosial kultural dan bayi, yang akan berpengaruh terhadap psikologis ibu (Saraung, Rompas and

Bataha, 2017). Faktor mental dan psikologis ibu menyusui sangat besar pengaruhnya terhadap proses menyusui dan kelancaran produksi ASI. Perasaan stress, tertekan, dan tidak nyaman yang dialami oleh seorang ibu dapat menghambat jumlah ASI yang keluar (Roostae et al., 2015). Selain itu, faktor budaya juga berpengaruh terhadap pemberian ASI karena masih terikat dengan mitos dan kepercayaan nenek moyang (Hervilia, D., 2017)

Kesulitan dalam menyusui dapat meningkatkan risiko depresi sehingga dapat menimbulkan *postpartum blues*. Periode *postpartum blues* merupakan masa transisi bagi ibu karena banyak terjadi perubahan, baik secara fisik, psikologis, emosional dan sosial (Baston & Hall, 2016). *Postpartum blues* adalah perasaan yang terjadi pada ibu pasca melahirkan yang ditandai dengan kecemasan, serangan panik, kelelahan, perasaan menyalahkan diri dan merasa tidak mampu mengurus bayinya (Litter, 2017). Kesulitan-kesulitan ini termasuk puting nyeri, kelelahan, dan ibu-ibu yang mengkhawatirkan menyusui. Tanda dan gejala lain dari risiko *postpartum blues* diantaranya perubahan pola makan, gangguan pola tidur, menangis, merasa tidak berharga dan merasa putus asa (Haque, 2017).

Masalah seperti ini sering dijumpai pada ibu masa *postpartum*, kekecewaan ini bisa terjadi karena adanya masa transisi menjadi orang tua, kecemasan saat *postpartum* yang dirasakan dapat menjadi salah satu faktor mempengaruhi kelancaran produksi ASI, kecemasan itu sendiri mulai timbul ketika individu menghadapi pengalaman-

pengalaman baru dimulainya dari kehamilan, proses melahirkan dan setelah melahirkan. *Postpartum blues* merupakan gangguan psikologi yang ringan, namun apabila tidak tertangani dengan baik dapat berkembang menjadi gangguan psikologi yang lebih berat (Suparwati, Murwati and Suwanti (2018), Kamariyah (2018)). Apabila *postpartum blues* tidak segera ditangani dengan baik akan mengakibatkan keadaan gangguan mental yang lebih parah lagi atau biasa disebut *depresi postpartum* yang salah satu tanda gejalanya adalah keinginan untuk menyakiti bayi atau dirinya sendiri.

Prevalensi kejadian *postpartum blues* bervariasi diseluruh dunia. Prevalensi *postpartum blues* di Tanzania sebanyak 80% sementara di Jepang 8%. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kriteria diagnosis dan metodologi penelitian yang berbeda pada masing-masing penelitian, di Asia, prevalensi depresi pasca persalinan antara 3,5%- 63,3% dimana Malaysia dan Pakistan menjadi peringkat yang terendah dan tertinggi. (Kumalasari and Hendawati, 2019). Sebuah studi dari India menemukan faktor-faktor risiko terjadinya *postpartum blues* diantaranya berpenghasilan rendah, paritas, hubungan yang sulit dengan ibu mertua dan orang tua, yang merugikan peristiwa hidup selama kehamilan, kurangnya bantuan fisik, riwayat stress dan depresi masa lalu (Dubourg *et al.*, 2013). Kejadian *Postpartum blues* di beberapa daerah di Indonesia yaitu di Jakarta, Surabaya dan Yogyakarta angka kejadian *postpartum blues* mencapai 11-30% (Yuni Kusmiyati *et al.*, 2018). Tingginya angka kejadian *postpartum blues*

pada ibu pasca melahirkan dapat menimbulkan dampak yang signifikan terhadap keadaan psikologis ibu (Yuni Kusmiyati et al, 2018).

Kecemasan ibu *postpartum blues* menurunkan pelepasan oksitosin selama menyusui, masalah pada ibu *postpartum blues* yang dapat membuat cemas dan depresi akan menekan produksi oksitosin (Stuebe, 2013). Tingginya tingkat stress sangat berhubungan dengan penurunan produksi ASI dalam jangka ibu *postpartum* (Wallenborn et al, 2017), padahal ASI merupakan nutrisi yang ideal untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal. ASI juga memberikan beberapa manfaat tambahan jangka panjang dalam hal pencegahan berbagai penyakit bagi ibu dan bayi (Abbass-Dick and Dennis, 2017). Selain pemberian ASI, dukungan suami merupakan salah satu faktor lain dalam mengurangi kejadian *postpartum blues*, hal ini dikarenakan dukungan suami merupakan strategi koping penting pada saat mengalami stress dan berfungsi sebagai strategi efektif untuk mengurangi stress. Dukungan suami baik secara emosional, support, penghargaan relatif tidak menunjukkan gejala *postpartum blues* (Ernawati et al, (2020), Yuliana (2020), Oktaputring and Suroso (2018), Negron *et al* (2013))

Sikap dan dukungan ayah untuk menyusui secara konsisten ditemukan mempengaruhi pemberian ASI pada bayi. Penelitian menyebutkan bahwa peran ayah sangat penting dalam meningkatkan keberhasilan menyusui. Ayah dalam posisi yang ideal untuk membantu ibu menyusui (Abbass-Dick and Dennis, 2017), hal ini sejalan dengan

penelitian yang dilakukan oleh (Rantisari et al., 2017) menunjukkan bahwa ada korelasi antara dukungan suami (81,9% p -value = 0,010), dukungan layanan kesehatan (85,2%, p -Value=0,002) dengan menyusui. Hasil penelitian (Amin et al., 2014) menunjukkan 77 orang (58,8%) yang berhasil menyusui pada dua bulan pertama. Hasil uji Chi-Square menunjukkan bahwa dari semua faktor yg di kaji faktor umur tidak berpengaruh dalam pemberian ASI dua bulan pertama, ($p=0,572$). Faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan menyusui pada dua bulan pertama persalinan tingkat pendidikan ($p=0,006$), status bekerja ($p=0,001$), penerapan IMD (Inisiasi Menyusu Dini) ($p=0,000$), dukungan suami ($p=0,000$). Pengetahuan ($p=0,000$) dan teknik menyusui ($p=0,001$).

Ayah bertanggungjawab untuk memastikan ketersediaan ASI dan membantu memberikannya kepada bayi saat dibutuhkan. Dukungan yang diberikan dapat berupa bantuan dalam merawat bayi dan mendampingi istri saat menyusui agar istri dapat memberikan ASI terbaik (Bahiyatun (2015), Mithani *et al.* (2015). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nepali and Shakya (2019) dimana Ibu yang mendapatkan dukungan dari suaminya 10 kali lebih nyaman dan percaya diri untuk menyusui dibandingkan mereka yang tidak mendapat dukungan dari suami.

Menyusui adalah kegiatan yang memerlukan intensif waktu, ibu memerlukan berbagai jenis dukungan untuk inisiasi dan kelanjutan pemberian ASI eksklusif yang optimal. *Support system* paling penting

dalam menyusui adalah ayah. Dukungan ayah untuk menyusui sangat penting untuk mempromosikan pemberian ASI eksklusif dan praktik menyusui yang optimal. Ibu yang mendapat dukungan dari suami memiliki tingkat prevalensi menyusui eksklusif 25% lebih besar dibandingkan yang tidak mendapatkan dukungan, yang hanya sebesar 15%. Tingkat keberhasilan menyusui pada usia 12 bulan juga lebih tinggi 19% dibandingkan yang tidak mendapatkan dukungan dari ayah (Mithani *et al.*, 2015)

Kenyataannya keterlibatan ayah dalam mendukung keberhasilan ASI eksklusif masih kurang, salah satunya karena secara kultural ada pembagian peran dimana ayah berperan sebagai pencari nafkah dan urusan rumah tangga sepenuhnya menjadi urusan ibu. Berbagai penyebab kurangnya dukungan tersebut disebabkan karena para ayah tidak tahu bagaimana caranya menghadapi pasangan yang mengalami kesulitan menyusui atau kelelahan serta bagaimana caranya membantu atau mendukungnya. Pendidikan mengenai menyusui harus diperluas juga termasuk para ayah agar dapat memiliki keterampilan yang mendukung pasangan saat menyusui (Brown and Davies, 2014), hal ini sejalan dengan penelitian Tsegaye *et al.*, (2019) yang menyebutkan bahwa kurangnya dukungan dari suami dan keluarga di temukan menjadi hambatan dalam pemberian ASI eksklusif. Penelitian yang dilakukan oleh Mithani *et al.*, (2015), disebutkan juga bahwa seorang ayah yang memiliki banyak peran, tidak selalu mungkin mendukung pasangannya dalam pemberian ASI eksklusif yang optimal.

Selain itu tidak semua ayah juga menganggap bahwa menyusui sebagai hal penting dan bermanfaat bagi bayi.

Penelitian yang dikutip oleh Abbass-Dick and Dennis (2017) dalam jurnalnya menyebutkan bahwa menunjukkan bahwa peran ayah sangat penting dalam meningkatkan keberhasilan menyusui. Ayah dalam posisi yang ideal untuk membantu ibu menyusui. Para ayah juga ingin terlibat, tetapi masih sering merasa diabaikan. Namun sampai saat ini, sedikit diketahui tentang cara terbaik untuk melakukan *coparenting* termasuk pemberian dukungan dari ayah dalam meningkatkan keberhasilan menyusui.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurafifah (2016) terkait tentang *breastfeeding father* terhadap kejadian *postpartum blues*. Hasil dari penelitian ini menunjukkan keterlibatan ayah sebagai *breastfeeding father* sangat kurang hanya sebesar 66,7%, lebih rinci dijelaskan keterlibatan ayah dengan kategori kurang sebanyak 100% pada masa kehamilan, 100% pada masa persalinan dan 86,7% pada masa nifas.

Perlakuan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya *postpartum blues* yaitu dengan pemberian dukungan oleh suami maupun keluarga. Literature review yang dilakukan oleh Pope and Mazmanian (2016) menunjukkan bahwa dukungan suami dapat mencegah terjadinya *postpartum blues* sedangkan untuk meningkatkan pemberian ASI dengan mempersiapkan ibu hamil trimester III untuk melakukan suatu tindakan agar produksi ASI dapat meningkat pada

saat menyusui nantinya. Penelitian yang dilakukan oleh Rinata and Syahilda Hamdi (2016) menyatakan bahwa persiapan pada masa kehamilan trimester III dapat meningkatkan keberhasilan menyusui. Perlakuan yang dapat dilakukan yaitu salah satunya dengan memberikan edukasi tentang pijat oksitosin. Penelitian Faridah et al (2016), Saribu and Pujiati (2017), Saputri et al (2019) menunjukkan hasil bahwa pijat oksitosin dapat merangsang produksi ASI. Perawatan payudara juga dapat membantu ibu *postpartum* untuk meningkatkan aliran ASI (Mulyawati et al, (2017), Sari and Ernawati (2016)) Selain itu untuk mendukung pemberian ASI eksklusif para ibu *postpartum* perlu diberikan edukasi mengenai cara penyimpanan ASI, sehingga tidak menjadi penghalang atau alasan ibu tidak memberikan ASI untuk anaknya nanti. Hal ini dapat terwujud apabila adanya kerjasama dalam mencapai tujuan terkait pola asuh yang mulai diterapkan sejak kehamilan trimester III sampai melahirkan nantinya. Pola asuh sejak masa kehamilan dapat meningkatkan keterikatan antara anak dan bayinya nanti dan akan berpengaruh terhadap kehidupan selanjutnya (Hanifah (2018), Subratha and Kartiningsih, (2018).

Penelitian Kamariyah (2018) menyatakan faktor mental dan psikologis ibu setelah melahirkan sangat besar pengaruhnya terhadap proses menyusui dan kelancaran produksi ASI. Perasaan stress, tertekan, dan tidak nyaman yang dialami oleh seorang ibu dapat menghambat jumlah ASI yang keluar.

Coparenting adalah istilah konsep kerjasama tim dimana ibu dan ayah bekerjasama untuk kesehatan dan pengaruh terbaik untuk anak mereka (Abbass-Dick and Dennis, 2017). Model pengasuhan *coparenting* dengan melibatkan peran dan dukungan ayah diperkirakan dapat mencegah stress pada ibu pasca melahirkan sehingga produksi ASI akan meningkat. Para ayah tentunya merupakan peran yang unik dalam tindakan mempengaruhi, mendukung ibu dalam hal menyusui. Menurut Talitha et all (2017) bahwa pola asuh dapat mempengaruhi pengeluaran ASI dimana dengan adanya dukungan dari keluarga khususnya suami akan meningkatkan produksi ASI, hal ini sejalan dengan model yang di kembangkan oleh Imam 2019. Model yang dikembangkan oleh Imam Faizal (2019) tentang pelatihan *parenting* kepada ayah di daerah pedesaan mengembangkan suatu model dengan melibatkan kebudayaan dan peran ayah dalam mengasuh anak didalamnya.

Model yang dikembangkan oleh Imam (2019) ini memberikan pelatihan untuk ayah melalui pengembangan dan perluasan kepribadian. Pengembangan kepribadian perlu diarahkan untuk memunculkan sosok ayah yang bersama-sama mengasuh anak. Selain itu, pengetahuan tentang parenting juga perlu diberikan kepada para ayah. Makagingge et all, (2019) mengungkapkan bahwa pengasuhan anak terjadi dalam interaksi antara pengasuh dengan anak serta sumber pengasuhan, dimana dalam hal ini anak menjadi pusat semua komponen dalam pengasuhan, sehingga segala sesuatu yang

disiapkan, dilaksanakan, dan yang akan dicapai diarahkan pada situasi dan kondisi serta kebutuhan tumbuh kembang anak, terdapat berbagai macam model *coparenting* yang kerap diterapkan dalam mengasuh anak. Salah satunya adalah model *Feinberg's ecological model of coparenting*.

Feinberg mengembangkan model *coparenting* yang hasil akhirnya akan berpengaruh pada penyesuaian anak di lingkungan. Disamping itu faktor yang mempengaruhi gaya parenting dari orang tua dapat disebabkan oleh faktor lingkungan, stress, karakteristik dari orang tua itu sendiri, karakteristik anak serta hubungan interpersonal antara ibu dan ayah. Model yang dikembangkan oleh Feinberg tidak membahas adanya faktor budaya yang akan mempengaruhi gaya parenting orang tua, sedangkan budaya merupakan faktor penting yang mempengaruhi orang tua dalam tata cara mendidik anak. Kebanyakan orangtua mempelajari praktek pengasuhan dari orangtua mereka sendiri. Sebagian praktek tersebut mereka terima, namun sebagian lagi mereka tinggalkan, atau terkadang membawa pandangan yang berbeda mengenai pengasuhan anak (Lowe, Chen and Huang (2016), John W Santrock (2010), dalam konteks budaya, ada salah satu faktor yang tidak dapat diabaikan dalam masa kehamilan, yaitu adanya kepercayaan dari beberapa daerah tentang kehamilan dan pascapersalinan, seperti ibu pascapersalinan tidak boleh keluar rumah selama 42 hari (Rahayu, 2017). Daerah Bali khususnya Kota Denpasar, didapat kepercayaan apabila bayi yang baru lahir tersebut merupakan

reinkarnasi dari leluhur sehingga harus diasuh dengan baik. Budaya kehamilan dan pasca persalinan lain juga masih banyak ditemukan di Indonesia sesuai dengan adat istiadat daerahnya, tetapi hanya berbeda dalam pengungkapannya yang dipengaruhi oleh kondisi lingkungan fisik dan sosial masing-masing (Mastiningsih,2017).

Peran pasangan dan/atau anggota keluarga dalam mengelola kehamilan juga terlihat. Wanita hamil mengakui bahwa dukungan emosional dan nasihat dari pasangan dan orang tua mereka adalah di antara faktor-faktor yang berkontribusi pada niat mereka untuk mengelola kehamilan yang sehat (Lila Wulandari, 2019).

Masyarakat Bali peran kedua orang tua sangat mempengaruhi karakteristik anak (Kusuma Negara, Rismawan and Astawa, 2019), namun dengan kentalnya budaya Bali yaitu banyaknya upacara-upacara keagamaan menyebabkan kurangnya figure ayah untuk mendampingi istrinya selama masa kehamilan sampai masa laktasi, dimana pada masa ini istri sangat membutuhkan dukungan dan pendampingan dari suami dalam merawat bayinya sejak dalam kandungan, sehingga kebutuhan bayi dapat terpenuhi dengan baik, selain itu dapat mengurangi kecemasannya akan ketidakmapuan untuk merawat bayinya sendiri (Subratha and Kartiningsih, 2018), hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rempel and Moore (2017) menyatakan bahwa pengaruh pasangan saat menyusui dilihat dari bagaimana suami dapat mendukung pemberian ASI melalui kegiatan rumah tangga, pengasuhan anak dan dukungan emosional.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 4 (empat) Maret 2021 dengan metode wawancara terhadap 10 pasang ibu hamil dan suami yang asli Bali didapatkan sebanyak tujuh orang (70%) ibu hamil mengatakan tidak selalu didampingi oleh suaminya oleh karena kesibukan suami mengikuti kegiatan upacara keagamaan (ngayah), tidak ada perhatian khusus yang diberikan kepada istrinya terlebih jenis kelamin anak tidak sesuai dengan yang diharapkan, namun suami tetap bertanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan istri dan bayinya.

Mengingat pentingnya pemberian ASI dalam rangka mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, maka kerja sama dari ibu dan suami dalam hal memberikan dukungan satu sama lain dukungan dari suami menjadi hal yang sangat penting dan akan mempermudah ibu dalam proses menyusui nantinya dimana kondisi mental ibu akan lebih stabil, tidak stress, terhindar dari kelelahan, oleh karena itu, pada penelitian ini akan dibahas mengenai bagaimana model *coparenting* dalam mencegah *postpartum blues* dalam meningkatkan pemberian ASI eksklusif pada bayi.

Model *coparenting* yang digunakan dalam penelitian lebih menekankan kepada kebudayaan Indonesia terutama kebudayaan Bali yang masih kental dengan sistem patriarki, keagamaan dan adanya kegiatan ngayah (kegiatan gotong royong) di desa adat. Model *coparenting* ini dibalut dengan ajaran asah, asih, dan asuh yang memiliki makna saling mendidik, saling mengasihi dan saling membina.

B. Rumusan Masalah

Mengingat pentingnya pemberian ASI eksklusif untuk pertumbuhan dan perkembangan anak, maka model *coparenting* dalam memberikan ASI eksklusif menjadi penting. Model *coparenting* atau kerjasama antara ayah dan ibu akan mempermudah ibu dalam proses menyusui dimana kondisi mental ibu akan stabil, tidak stress, terhindar dari kelelahan sehingga ibu dapat memberikan ASI terbaik. Berdasarkan hal tersebut maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah, Bagaimanakah model *coparenting* dapat mencegah kejadian *postpartum blues* dan meningkatkan keberhasilan pemberian ASI di Kota Denpasar Bali?

C. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah pengembangan model *coparenting* dalam mencegah kejadian *postpartum blues* dan meningkatkan keberhasilan dalam pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali?
2. Apakah pengaruh model *coparenting* dapat meningkatkan pengetahuan pasangan tentang *postpartum blues* dan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali?
3. Apakah pengaruh model *coparenting* dapat meningkatkan sikap pasangan tentang *postpartum blues* dan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali?
4. Apakah pengaruh pengetahuan dapat menurunkan kejadian *postpartum blues* pada ibu di Kota Denpasar Bali?

5. Apakah pengaruh pengetahuan dapat meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali?
6. Apakah pengaruh sikap dapat menurunkan kejadian *postpartum blues* di Kota Denpasar Bali?
7. Apakah pengaruh sikap dapat meningkatkan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali?
8. Bagaimanakah pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali?
9. Bagaimanakah pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali?
10. Bagaimanakah pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali?
11. Bagaimanakah pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali?
12. Bagaimanakah pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali?
13. Bagaimanakah pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali?

14. Bagaimanakah pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali?
15. Bagaimanakah pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali?
16. Apakah pengaruh model *coparenting* dapat mencegah kejadian *postpartum blues* di Kota Denpasar Bali?
17. Apakah pengaruh model *coparenting* dapat meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh penerapan model *coparenting* berbasis kebudayaan Bali dalam mencegah kejadian *postpartum blues* dan meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali Tahun 2022.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengembangkan model *coparenting* dalam mencegah kejadian *postpartum blues* dan meningkatkan keberhasilan dalam pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali.
- b. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* terhadap pengetahuan pasangan tentang *postpartum blues* dan keberhasilan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali .

- c. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* dapat meningkatkan sikap pasangan tentang *postpartum blues* dan keberhasilan dalam pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali.
- d. Untuk mengetahui pengetahuan dapat menurunkan kejadian *postpartum blues* pada ibu di Kota Denpasar Bali.
- e. Untuk mengetahui pengetahuan pasangan dapat meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali .
- f. Untuk mengetahui sikap pasangan dapat menurunkan kejadian *postpartum blues* di Kota Denpasar Bali
- g. Untuk mengetahui sikap pasangan dapat meningkatkan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali
- h. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali.
- i. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali .
- j. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali.
- k. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali

- l. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali .
- m. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali .
- n. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali.
- o. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali.
- p. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* dapat mencegah kejadian *postpartum blues* di Kota Denpasar Bali.
- q. Untuk mengetahui pengaruh model *coparenting* dapat meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali .

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Menambah khasanah ilmu pengetahuan dan menjadi sumber bacaan bagi peneliti berikutnya khususnya mengenai manfaat dari model *coparenting* dalam mencegah kejadian *postpartum blues* dan pemberian ASI eksklusif.

2. Manfaat Institusi

Sebagai salah satu sumber informasi untuk Dinas Kesehatan Kota Denpasar dalam rangka penentu kebijakan pelayanan kesehatan dan petugas kesehatan dalam penyusunan program kesehatan di Indonesia, serta memberikan edukasi mengenai *coparenting* dalam upaya untuk mencegah kejadian *postpartum blues* dan peningkatan pemberian ASI eksklusif.

3. Manfaat Praktis

Bagi peneliti merupakan pengalaman berharga dalam melakukan penelitian sehingga dapat memperluas wawasan keilmuan terutama tentang *coparenting* dimana adanya kerjasama dalam pengasuhan anak antara ibu dan keluarga khususnya suami dan ibu mertua sehingga dapat mencegah kejadian *postpartum blues* dan keberhasilan dalam pemberian ASI eksklusif.

4. Manfaat bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat menjadi informasi bagi masyarakat khususnya ibu dan keluarga dalam upaya pencegahan *postpartum blues* dan pemberian ASI eksklusif dari mulai kehamilan, persalinan dan nifas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Postpartum Blues

1. Pengertian *Postpartum Blues*

Postpartum Blues merupakan kesedihan dan kemurungan yang dialami oleh ibu setelah melahirkan, biasanya hanya muncul sementara waktu yaitu sekitar dua hari sampai dua minggu sejak kelahiran bayi (Pope and Mazmanian (2016), Suparwati, Murwati and Suwanti (2018). *Postpartum Blues* tergolong gangguan afek ringan yang tampak dalam minggu pertama setelah persalinan, sehingga sering tidak dipedulikan, tidak terdiagnosa, dan akhirnya tidak ditangani. *Postpartum Blues* muncul ketika ibu tidak berhasil menyesuaikan diri terhadap perubahan pola kehidupan akibat kehamilan, proses melahirkan dan setelah melahirkan (Ernawati, Merlin and Ismarwati, 2020).

Postpartum Blues adalah suatu keadaan dimana seorang ibu yang baru melahirkan mengalami gangguan psikis ringan akibat tidak dapat menyesuaikan diri terhadap peran baru sebagai ibu dan biasanya dialami dalam rentang waktu 14 hari sampai 1 bulan setelah melahirkan yang dapat dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan keluarga (Dian Nur Adkhana Sari, 2019). *Postpartum Blues* dikategorikan sebagai sindroma gangguan mental ringan yang sering dialami oleh wanita pasca persalinan sehingga sering tidak

dipedulikan, tidak terdiagnosa dan tidak tertangani, apabila *postpartum blues* ini tidak sembuh selama 2 minggu maka akan berubah menjadi *postpartum depression* dan *postpartum psychosis* (Ernawati, Merlin and Ismarwati, 2020)

2. Epidemiologi *Postpartum Blues*

Postpartum blues banyak terjadi pada wanita yang menikah muda. Indonesia termasuk Negara dengan prosentase pernikahan usia muda tertinggi di dunia ranking 37 dan tertinggi kedua di ASEAN setelah Kamboja (Istiani, 2016). Angka kejadian *postpartum blues* di Asia bervariasi antara 26-85%, sedangkan di Indonesia angka kejadian *postpartum blues* antara 50-70% dari wanita pasca persalinan (Putri, 2019).

Postpartum blues adalah kondisi yang sangat umum, mempengaruhi sekitar 50-80% ibu baru berdasarkan sebagian besar sumber (Bobo, 2014), namun perkiraan prevalensi sangat bervariasi dalam literatur, dari 26-85%, tergantung pada kriteria yang digunakan (Howard (2017), Ohara (2014), Seyfried (2003), *MGH Center for Women's Mental Health* (2019)). Angka yang tepat sulit diperoleh mengingat kurangnya kriteria diagnostik standar, inkonsistensi presentasi untuk perawatan medis, dan keterbatasan metodologis pelaporan retrospektif gejala.

Bukti menunjukkan bahwa *postpartum blues* ada di berbagai Negara dan budaya, namun ada heterogenitas yang cukup besar

dalam tingkat prevalensi yang dilaporkan, misalnya, laporan prevalensi postpartum blues dalam literatur bervariasi dari 15% di Jepang (Watanabe et al, 2008) hingga 60% di Iran (Akbarzadeh et al, 2015). Kurangnya pelaporan gejala karena norma budaya dan harapan mungkin menjadi salah satu penjelasan untuk heterogenitas ini.

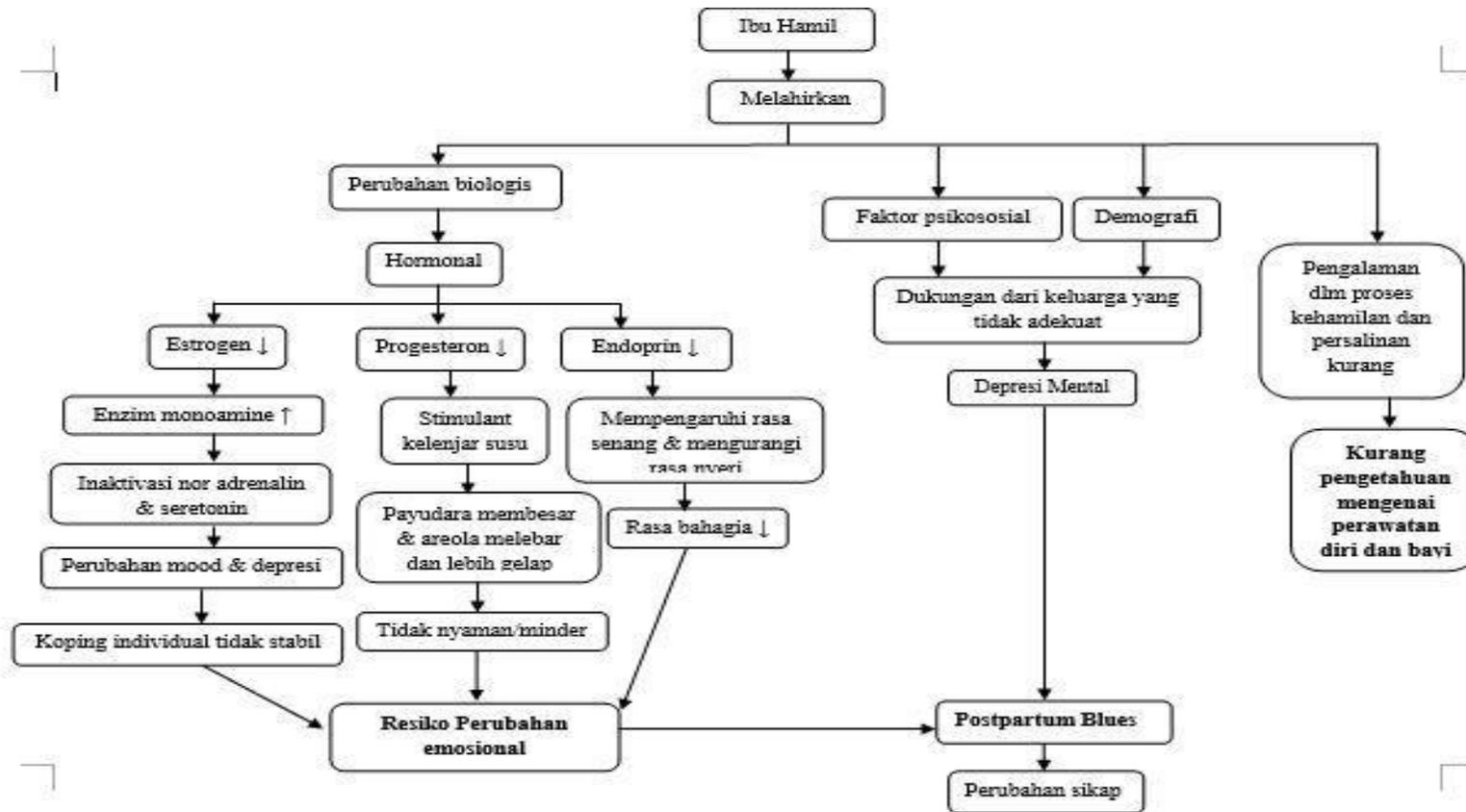
3. Resiko *Postpartum Blues*

Beberapa kondisi yang dapat memicu timbulnya berbagai gejala *postpartum blues* yaitu :

- a. Ibu yang pernah mengalami gangguan kecemasan atau mengalami kejadian yang menjadi stresor bagi ibu seperti kehilangan suaminya
- b. Kehamilan yang tidak direncanakan atau diharapkan
- c. Kondisi bayi yang cacat atau memerlukan perawatan khusus pasca melahirkan
- d. Melahirkan dibawah usia 20 tahun, terkait dengan kesiapan fisik dan mental menjadi ibu
- e. Ketergantungan pada alkohol atau narkoba
- f. Kurangnya dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga, suami dan teman
- g. Kurangnya komunikasi, perhatian dan kasih sayang dari oleh anggota keluarga, suami dan teman

- h. Mempunyai masalah keuangan terkait dengan biaya perawatan bayi
- i. Ibu yang kurang kasih sayang dimasa anak-anak sehingga merasa kurang dihargai sebagai perempuan.

4. Patofisiologi *Postpartum Blues*



Gambar 2.1 Patofisiologi *Postpartum Blues*

Sumber : Nanda, Nic Noc 2018

5. Faktor Yang Mempengaruhi *Postpartum Blues*

Penelitian yang dilakukan oleh Fitrah, Helina and Hamidah (2019) menyebutkan bahwa penyebab terjadinya *Postpartum Blues* adalah pengalaman yang tidak menyenangkan pada periode kehamilan maupun persalinan (38,71%), faktor psikososial (19,35%), kualitas dan kondisi bayi baru lahir (16,13%), serta faktor spiritual (9,78%). Penelitian yang dilakukan oleh Fitrah, Helina and Hamidah (2019) juga menunjukkan bahwa 43,2% ibu yang tidak mendapatkan dukungan suami mengalami *postpartum blues*, sementara penelitian yang dilakukan oleh Mariangela *et al* (2019) menunjukkan bahwa pelecehan verbal meningkatkan kejadian *depresi postpartum blues* sedang (OR = 1.58) dan *depresi postpartum blues* berat (OR = 1.69), pelecehan fisik meningkatkan kejadian *depresi postpartum blues* berat (OR = 2.28), wanita yang mengalami tiga atau lebih perlakuan buruk meningkatkan risiko *depresi postpartum blues* sedang (OR = 2.90) dan *depresi postpartum berat* (OR= 3.86).

Faktor-faktor lainnya yang dapat menyebabkan *Postpartum Blues* antara lain :

- a. Faktor hormonal berupa perubahan *estrogen, progesteron, prolaktin, oksitosin dan estriol* yang terlalu rendah. Kadar *estrogen* turun secara bermakna setelah melahirkan ternyata *estrogen* memiliki efek supresi aktivitas enzim non *adrenalin* maupun serotonin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi. Kadar *oksitosin*

relatif lebih rendah dari yang dibutuhkan, maka terjadi ketidakadekuatan pengosongan payudara, sehingga ASI yang tidak dapat dipancarkan semakin banyak dan keadaan bendungan ASI itu semakin berat. Peningkatan angka risiko mengalami bendungan ASI pada ibu dengan postpartum blues sebanyak 79% dibanding dengan ibu yang tidak mengalami postpartum blues (Neifert, 2009)

- b. Ketidaknyamanan fisik yang dialami wanita menimbulkan gangguan pada emosi seperti payudara bengkak, nyeri jahitan dan rasa mulas
- c. Ketidakmampuan beradaptasi terhadap perubahan fisik dan emosional yang kompleks
- d. Faktor umur dan paritas (jumlah anak)
- e. Pengalaman dalam proses kehamilan dan persalinan
- f. Latar belakang psikososial wanita yang bersangkutan seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat gangguan kejiwaan sebelumnya dan sosial ekonomi
- g. Kecukupan dukungan dan lingkungan (suami, keluarga dan teman)
- h. Stress dalam keluarga misal faktor ekonomi memburuk, persoalan dengan suami, problema dengan mertua atau orang tua
- i. Stress yang dialami wanita itu sendiri misalnya ASI tidak keluar, frustrasi karena bayi tidak mau tidur, menangis dan gumoh, stres melihat bayi sakit dan rasa bosan dengan hidup yang dijalani
- j. Kelelahan pasca melahirkan
- k. Perubahan peran yang dialami ibu

- l. Rasa memiliki bayi yang terlalu dalam sehingga timbul rasa takut yang tergantung padanya
- m. Problema anak, setelah melahirkan mungkin timbul rasa cemburu dari anak sebelumnya sehingga hal tersebut mengganggu emosional ibu.

6. Gejala *Postpartum Blues*

Gejala yang timbul ketika seorang ibu mengalami *Postpartum Blues*, diantaranya cemas tanpa sebab, menangis tanpa sebab, tidak sabar, tidak percaya diri, sensitif, mudah tersinggung dan merasa kurang menyayangi bayinya (Rusli, Meiyuntariningsih and Warni (2011), Pope and Mazmanian (2016), Ernawati, Merlin and Ismarwati (2020)). Keadaan tersebut muncul 2(dua) atau 3(tiga) hari setelah kelahiran dan akan menghilang 1(satu) atau 2(dua) minggu, akan tetapi, bila gejala ini tidak teratasi pada beberapa minggu atau bulan kemudian dapat berkembang menjadi keadaan yang lebih berat (Adila, Saputri and Niriayah, 2019).

7. Penanganan *Postpartum Blues*

Penanganan yang di lakukan untuk *postpartum blues* (Kamariyah, 2018) adalah:

- a. Komunikasikan segala permasalahan atau hal lain yang ingin diungkapkan
- b. Bicarakan rasa cemas yang dialami
- c. Bersikap tulus ikhlas dalam menerima aktivitas dan peran baru setelah melahirkan

- d. Bersikap fleksibel dan tidak terlalu perfeksionis dalam mengurus bayi atau rumah tangga
- e. Belajar tenang dengan menarik nafas panjang dan meditas
- f. Kebutuhan istirahat yang cukup tidurlah ketika bayi tidur
- g. Berolahraga ringan
- h. Bergabung dengan kelompok ibu-ibu baru
- i. Dukungan tenaga kesehatan, dukungan suami, keluarga dan teman, sesama ibu baru melahirkan.

Tabel 2.1 Perbandingan Jenis Gangguan *Postpartum Blues*, Depresi *Post Partum* Dan Psikosis *Post Partum*

Kategori	<i>Postpartum blues</i>	<i>Depresi Post partum</i>	<i>Psikosis Post partum</i>
Insiden	60-80%	10-20%	3-5%
Gejala	Labilitas mood, mudah mengangis, nafsu makan menurun, gangguan tidur, biasanya terjadi dalam 2 minggu atau kurang dari seminggu	Cemas, rasa kehilangan, sedih, kehilangan harapan, menyalahkan diri sendiri, gangguan percaya diri, kehilangan tenaga, lemah, gangguan nafsu makan, BB menurun, insomnia, rasa khawatir yang berlebihan, perasaan bersalah dan ada ide bunuh diri	Semua gejala yang ada di depresi <i>post partum</i> ditambah gejala halusinasi, delusi dan agitasi

Kategori	Postpartum blues	Depresi Post partum	Psikosis Post partum
Kejadian	1-10 hari setelah melahirkan	1-2 bulan setelah melahirkan	Umumnya terjadi pada bulan pertama setelah melahirkan
Penyebab	Perubahan hormonal dan perubahan adanya stesor dalam hidup	Ada riwayat depresi, respon hormonal, kurang dukungan sosial	Ada riwayat penyakit mental, perubahan hormon, ada riwayat keluarga dengan penyakit bipolar
Tindakan	<i>Support</i> dan empati	Konseling	<i>Psycho therapy</i> dan <i>terapi obat</i>

Sumber: Nurjanah 2013

8. Pengukuran *Postpartum Blues*

Postpartum blues dapat terjadi pada minggu pertama hingga empat minggu setelah melahirkan (Kazmi, Khan, Tahir, Dil, & Khan, 2013). *Postpartum blues* diukur dengan menggunakan Maternity Blues Questionnaire yang berdasarkan teori *postpartum blues* dari Kennerley & Gath. Kuesioner ini terdiri dari 28 item gejala postpartum blues dengan pilihan jawaban “Ya” dan “Tidak”. Untuk “Ya” diberi skor 1 dan “Tidak” diberi skor “0”. Gejala yang ada pada *Maternity Blues Questionnaire* yaitu kesedihan, semangat yang berkurang, mudah lupa, cemas, emosi yang berlebihan, semangat yang berubah-ubah, kelelahan, kesulitan untuk menunjukkan perasaan, ingin merasa sendiri, hampa, mudah gugup, terlalu sensitif, emosi yang naik turun, membayangkan sesuatu,

menyesal pada diri sendiri, merasakan sangat sedih, cepat marah, menangis terus menerus, tidak bahagia, tidak mempunyai harapan, tidak merasa gembira, penurunan konsentrasi, penurunan keceriaan, berhati-hati/waspada, ketidaknyamanan, tidak percaya diri, dan merasa tidak tenang (Kennerly, 1989)

Seseorang dianggap mengalami *postpartum blues* bila terdapat dua belas gejala dalam pengisian kuesioner. *Maternity Blues Questionnaire* merupakan alat ukur sistematis untuk mengetahui gangguan *postpartum blues* dan telah diuji validitasnya (Priyastiwi, 2009).

B. Tinjauan Umum ASI Eksklusif

1. Pengertian ASI Eksklusif

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, langsung atau tidak langsung (diperas). WHO dan UNICEF merekomendasikan pemberian ASI eksklusif dimana bayi hanya diberi ASI tanpa diberikan makanan atau minuman lain kecuali drop atau sirup yang terdiri dari vitamin, mineral, suplemen atau obat, tidak juga pemberian air, memberikan ASI setiap saat kapan bayi suka siang dan malam, tidak menggunakan botol atau dot. Dengan demikian praktek untuk memuaskan bayi baru lahir dengan memberi air masak, madu atau air gula untuk bayi tidak dibenarkan (Linda, 2019)

ASI eksklusif berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti

dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin dan mineral) (Dinkes Provinsi Bali, 2019)

Komposisi ASI sampai dengan 6 bulan sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi, meskipun tanpa tambahan makanan atau produk minuman pendamping, berdasarkan beberapa penelitian bahwa pemberian makanan pendamping ASI justru akan menyebabkan pengurangan kapasitas lambung bayi dalam menampung asupan cairan asi sehingga pemenuhan asi yang seharusnya maksimal telah tergantikan oleh makanan pendamping (Linda, 2019).

2. Komposisi Air Susu Ibu

Menurut (Bahiyatun, 2015) ASI dalam stadium laktasi di bedakan menjadi:

a. Kolostrum

- 1) Merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mengandung tisuue debris dan residual material yang terdapat dalam alveoli dan duktus dari kelenjar payudara sebelum dan setelah masa puerperium
- 2) Disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama dan sampai hari ke tiga.
- 3) Komposisi dari kolostrum ini dari hari kehari selalu berubah
- 4) Merupakan cairan *viskus* kental dengan warna kental kekuning-kuningan dan lebih kuning daripada susu yang matur

- 5) Merupakan pencahar yang ideal untuk membersihkan mekonium dari usus bayi yang baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan bayi bagi makanan yang akan datang
- 6) Lebih banyak mengandung protein daripada ASI yang matur tetapi berbeda dari ASI yang matur. Dalam kolostrum, protein yang utama adalah globulin
- 7) Lebih banyak antibodi daripada ASI yang matur. Selain itu dapat memberikan perlindungan bagi bayi sampai umur 6 bulan
- 8) Kadar karbohidrat dan lemak lebih rendah dari pada ASI yang matur
- 9) Mineral terutama natrium, kalium dan klorida lebih tinggi dari pada susu matur
- 10) Total energi rendah jika di bandingkan dengan susu matur
- 11) Vitamin yang larut dalam lemak lebih tinggi daripada ASI yang matur sedangkan vitamin yang larut dalam air dapat lebih tinggi atau lebih rendah
- 12) Bila dipanaskan akan menggumpal
- 13) PH lebih alkalis
- 14) Lipidnya lebih banyak mengandung kolesterol dan lestin
- 15) Terdapat tripsin inhibitor sehingga hidrolisi protein yang ada didalam usus menjadi kurang sempurna. Hal ini akan lebih banyak menambah kadar antibodi pada bayi
- 16) Volume berkisar 150-300ml/jam.

b. Air susu peralihan

1. Merupakan ASI peralihan dari kolostrum, menjadi ASI yang matur
2. Disekresi dari hari ke 4 sampai dengan hari ke 10 dari masa laktasi
3. Kadar protein makin rendah sedangkan kadar karbohidrat dan lemak serta volume juga semakin meningkat

c. Air susu matur

1. Merupakan ASI yang disekresi pada hari ke 10 dan seterusnya komposisi relatif konstan.
2. Merupakan cairan berwarna putih kekuningan yang berasal dari CA-kasein, riboflavin dan karoten yang terdapat di dalamnya
3. Tidak menggumpal jika dipanaskan
4. Terdapat faktor antimikrobal, antara lain :
 - a) Antibodi terhadap bakteri dan virus
 - b) Faktor resisten terhadap *stafilokokus*
 - c) Sel penghasil interferon
 - d) Saat biokimia yang khas kapasitas bufer yang rendah dan adanya faktor bifidius
 - e) Hormon
5. *Laktoferin* merupakan suatu iron binding protein yang bersifat bakteriostatik yang kuat terhadap *escheria coli* dan juga menghambat pertumbuhan *candida albicans*

Sedangkan komposisi ASI berdasarkan kandungan zat gizi menurut (Bahiyatun, 2015) yaitu:

a. Protein

Dalam ASI mempunyai keistimewaan protein yaitu:

- 1) Rasio protein kasein ASI adalah 60:40, sedangkan susu sapi rasionya 20:80
- 2) ASI mengandung alfa-laktalbumin
- 3) ASI mengandung asam amino esensial taurin yang tinggi
- 4) Kadar metiolin dalam ASI lebih rendah
- 5) Kadar tirosin dan fenilalanin pada ASI rendah
- 6) Kadar poliamin dan nukleotid yang penting untuk sintesis protein pada ASI lebih tinggi bila dibandingkan dengan ASI

b. Karbohidrat

- 1) ASI mengandung karbohidrat yang lebih tinggi
- 2) Karbohidrat yang utama adalah laktosa

c. Lemak

- 1) Bentuk emulsi lebih sempurna
- 2) Kadar asam lemak tak jenuh dalam ASI 7-8 kali
- 3) Kolesterol diperlukan untuk mielinisasi sistem saraf pusat dan diperkirakan juga berfungsi dalam pembentukan enzim.

d. Mineral

- 1) ASI mengandung mineral yang lengkap
- 2) Total mineral dalam masa laktasi konstan
- 3) Fe dan Ca paling stabil tidak dipengaruhi diet ibu

4) Garam organik yang terdapat dalam ASI terutama kalium, kalsium serta natrium dari asam klorida dan fosfat

e. Air

Sebanyak 88% ASI terdiri dari air yang berguna untuk melarutkan zat-zat yang terdapat di dalamnya yang sekaligus juga dapat meredakan rangsangan haus bayi

f. Vitamin

Kandungan vitamin dalam ASI yang lengkap dan cukup yaitu vitamin A, D, dan C akan tetapi golongan vitamin B kecuali riboflavin dan asam panotenat kurang.

3. Hormon Pembentuk ASI

Menurut Rini Yuli Astutik (2014) Hormon-hormon yang berperan dalam pembentuk ASI antara lain :

a. *Progesterone*

Hormon *progesterone* ini mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli. Tingkat *progesteron* akan menurun sesaat setelah melahirkan dan hal ini dapat mempengaruhi produksi ASI berlebih

b. *Estrogen*

Hormon *estrogen* ini menstimulasi saluran ASI untuk membesar. Hormon *estrogen* akan menurun saat melahirkan dan akan tetap rendah selama beberapa bulan selama masih menyusui. Pada saat hormon estrogen menurun dan ibu masih menyusui, di

anjurkan untuk menghindari KB hormonal berbasis hormon estrogen karena akan menghambat produksinya ASI.

c. Prolaktin

Hormon prolaktin merupakan suatu hormon yang di sekresikan oleh *grandula pituitary*. Hormon ini berperan dalam membesarnya *alveoli* saat masa kehamilan. Hormon prolaktin memiliki peran penting dalam memproduksi ASI, karena kadar hormon ini meningkat selama kehamilan. Kadar hormon prolaktin terhambat oleh plasenta, saat melahirkan dan plasenta keluar hormon *progesterone dan estrogen* mulai menurun sampai tingkat dilepaskan dan diaktifkannya hormon prolaktin. Peningkatan hormon prolaktin akan menghambat *ovulasi* yang bias di katakana mempunyai fungsi kontrasepsi alami, kadar prolaktin yang paling tinggi adalah pada malam hari

d. Oksitosin

Hormon *oksitosin* berfungsi mengencangkan otot halus pada rahim pada saat melahirkan dan setelah melahirkan. Pada saat setelah melahirkan, *oksitosin* juga mengencangkan otot halus pada sekitar *alveoli* untuk memeras ASI menuju saluran susu. Hormon *oksitosin* juga berperan dalam proses turunnya susu let down/milk ejection reflex. Adapun faktor – faktor yang mempengaruhi keluarnya hormon oksitosin, yaitu :

- 1) Isapan bayi saat menyusui
- 2) Rasa kenyamanan diri pada ibu menyusui

- 3) Diberikan pijatan pada punggung atau pijat *oksitosin* ibu yang sedang menyusui
- 4) Dukungan suami dan keluarga pada ibu yang sedang dalam masa menyusui eksklusif pada bayinya
- 5) Keadaan psikologi ibu menyusui yang baik

e. *Human Placenta Lactogen* (HPL)

Pada saat kehamilan bulan kedua, plasenta akan banyak mengeluarkan hormon HPL yang berperan dalam pertumbuhan payudara, puting, dan areola sebelum melahirkan.

4. Manfaat ASI Eksklusif

ASI eksklusif menyebabkan mudahnya terjalin ikatan kasih sayang yang mesra antara ibu dan bayi baru lahir. Hal ini merupakan keuntungan awal dari menyusui secara eksklusif. Berikut penjelasan manfaat ASI bagi bayi maupun ibu (Linda, 2019).

a. Untuk bayi

Kegunaan untuk bayi adalah ASI merupakan makanan yang paling sempurna, dimana kandungan gizi sesuai dengan kebutuhan untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. ASI juga mengandung zat untuk perkembangan kecerdasan, zat kekebalan (mencegah dari berbagai penyakit), dan dapat menjalin hubungan cinta kasih antara bayi dan ibu (Zainafree, Widanti S, 2016).

Kolostrum atau susu pertama mengandung antibodi yang kuat untuk mencegah infeksi dan membuat bayi kuat.

Penting sekali untuk segera memberi ASI pada bayi dalam jam pertama sesudah lahir dan kemudian setiap 2 atau 3 jam. ASI mudah dicerna oleh bayi, ASI saja tanpa makanan tambahan lain merupakan cara terbaik pemberian makanan bayi dalam 4-6 bulan pertama kehidupannya. Sesudah 6 bulan, beberapa makanan lain yang baik harus di tambahkan ke dalam menu bayi. Pemberian ASI pada umumnya harus disarankan selama satu tahun pertama kehidupan anak(Bahiyatun, 2015). Berdasarkan hasil penelitian, berikut merupakan manfaat dari pemberian ASI yaitu ASI mengurangi risiko infeksi pada lambung dan usus, sembelit, dan alergi, Bayi yang diberikan ASI memiliki kekebalan lebih tinggi terhadap penyakit, Pada bayi prematur yang diberikan ASI akan lebih cepat mengalami pertumbuhan, IQ pada anak yang diberikan ASI, lebih tinggi 7-9 point dari pada IQ bayi non ASI.

b. Untuk ibu

Isapan bayi dapat membuat rahim menciut, mempercepat kondisi ibu untuk kembali ke masa prakehamilan, serta mengurangi resiko perdarahan, lemak yang ditimbun disekitar panggul dan paha pada masa kehamilan akan berpindah ke dalam ASI, sehingga ibu lebih cepat langsing kembali, resiko terkena kanker rahim dan kanker payudara pada ibu yang menyusui bayi lebih rendah dari pada ibu yang tidak menyusui,

menyusui bayi lebih menghemat waktu, karena ibu tidak perlu menyiapkan botol dan mensterilkannya, ASI lebih praktis lantaran ibu bisa berjalan-jalan tanpa membawa perlengkapan lain, ASI lebih murah dari pada susu formula, ASI selalu steril dan bebas kuman sehingga aman untuk ibu dan bayinya, ibu dapat memperoleh manfaat fisik dan emotional (Zainafree, 2016)

c. Untuk keluarga

Pemberian ASI bagi keluarga berdampak pada ekonomi keluarga karena mengurangi biaya pengeluaran, tidak perlu menghabiskan banyak uang untuk membeli susu formula, botol susu, serta peralatan lainnya (Zainafree, 2016). Jika bayi sehat, berarti keluarga mengeluarkan lebih sedikit biaya guna perawatan kesehatan, penjarangan kelahiran lantaran efek kontrasepsi dari ASI eksklusif, jika bayi sehat berarti menghemat waktu keluarga, menghemat tenaga keluarga karena ASI selalu tersedia setiap saat, keluarga tidak perlu repot membawa berbagai peralatan susu ketika bepergian.

d. Untuk Negara

Bagi Negara pemberian ASI dapat menghemat devisa Negara, menjalin tersedianya sumber daya manusia yang berkualitas, menghemat subsidi biaya kesehatan masyarakat dan mengurangi pencemaran lingkungan akibat penggunaan plastik sebagai bahan peralatan susu formula. Dengan

demikian menyusui juga bersifat ramah lingkungan(Zainafree, Widanti S, 2016).

5. Cara Pemberian ASI Eksklusif

Di Indonesia, rata-rata ibu menyusui eksklusif hanya 2 bulan. Pada saat yang bersamaan, pemberian susu formula meningkat 3 kali lipat. Bayi pada dua bulan pertama kelahiran, yakni usia 3 minggu dan 6 minggu, dari penelitian yang telah dilakukan selama periode mengalami percepatan pertumbuhan (*growth spurt*), pada masa ini seringkali ibu menduga produksi menyusui pada dua bulan pertama tidak berhasil atau kurang sehingga cenderung memberikan tambahan makanan/minuman lain (Amin, Wayan Agung Indrawan and Sriwahyuni, 2014).

Pemberian ASI secara eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya selama 4 bulan, tetapi bila mungkin sampai 6 bulan. Setelah bayi berumur 6 bulan, ia harus mulai diperkenalkan dengan makanan padat, sedangkan ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun atau bahkan lebih dari 2 tahun. Para ahli menemukan bahwa manfaat ASI akan sangat meningkat bila bayi hanya diberi ASI saja selama 6 bulan pertama kehidupannya. Peningkatan ini sesuai dengan lamanya pemberian ASI eksklusif serta lamanya pemberian ASI bersama-sama dengan makanan padat setelah bayi berumur 6 bulan (Dieterich *et al.*, 2013).

Bagi ibu bekerja tentunya menjadi dilema ketika ia ingin memberikan ASI eksklusif pada bayinya selama 6 bulan. Untuk itu

bagi ibu yang bekerja, jika ingin mempertahankan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, perlu mencari solusi terbaik. Sebenarnya ibu dapat menyiapkan stok ASI yang memadai untuk bayinya selama ia bekerja, yaitu dengan cara memompa ASI, lalu disimpan di botol yang disterilkan dan kemudian disimpan dalam lemari pendingin, untuk diberikan pada bayi, ASI cukup dipanaskan bersama botolnya. ASI dapat tahan hingga 5 hari dan jika dibekukan ASI dapat tahan hingga 6 bulan, sebaiknya pisahkan dari bahan makanan lainnya dan ditulis tanggal pada setiap botol. ASI jika di gunakan letakkan botol di dalam wadah yang berisi air hangat, jangan gunakan microwave. Pastikan susu mencair dan kocok dengan lembut sebelum diberikan pada bayi. (Mutaqin *et al.*, (2018), Mulyani, Ekawati and Rudini, 2019))

Pemberian ASI eksklusif ini tidak selamanya harus langsung dari payudara ibunya, ternyata ASI yang ditampung dari payudara ibu dan ditunda pemberiannya kepada bayi melalui metode penyimpanan yang benar relatif masih sama kualitasnya dengan ASI yang langsung dari payudara ibunya (Mutaqin *et al.*, (2018), Mulyani, Ekawati and Rudini, (2019))

Bayi dapat menentukan sendiri kapan ia perlu menyusui dan kapan ia merasa cukup. Bayi yang merasa cukup menyusui, biasanya akan melepaskan puting payudara dan tertidur. Ibu bisa memberikan payudara satunya yang belum sempat dihisap pada waktu menyusui berikutnya agar kedua payudara mendapatkan

stimulasi yang sama. Pastikan ibu menyusuikannya secara bergantian.

6. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Proses Pemberian Laktasi

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses menyusui yaitu faktor bayi, faktor ibu dan faktor budaya.

- a. Faktor bayi yang mempengaruhi proses menyusui diantaranya bayi sakit, kelainan kongenital, seperti labiopalatokisis sehingga bayi enggan menyusui.
- b. Faktor ibu dari segi fisik diantaranya ibu sakit, puting susu lecet, puting susu datar atau tenggelam, payudara bengkak dan ibu lelah. Faktor psikologis pada ibu yang berpengaruh adalah bila ibu mengalami kecemasan, hal ini dapat mengurangi produksi Air Susu Ibu, bahkan dapat berhenti sama sekali. Beberapa faktor yang menimbulkan kecemasan pada ibu diantaranya bayi rewel karena sakit, stress karena pekerjaan atau sebab yang lain.
- c. Faktor budaya setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang dalam pemberian ASI (Anonymus, 2005). Konteks budaya, ada salah satu faktor yang tidak dapat diabaikan dalam masa kehamilan, yaitu adanya kepercayaan dari beberapa daerah tentang kehamilan dan pascapersalinan, budaya kehamilan dan pascapersalinan masih banyak ditemukan di Indonesia sesuai dengan adat istiadat daerahnya, tetapi hanya berbeda dalam pengungkapannya yang

dipengaruhi oleh kondisi lingkungan fisik dan sosial masing-masing (Mastiningsih, 2017).

7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberian ASI

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI eksklusif seperti pengetahuan, pendidikan dan dukungan keluarga (Iswari, 2018). Faktor lainnya yang juga dapat mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI eksklusif yaitu kondisi fisik dan psikis ibu serta kondisi bayi yang tidak sehat. Setelah melahirkan, ibu mengalami perubahan fisik dan fisiologis yang mengakibatkan perubahan pada psikisnya, kondisi ini dapat mempengaruhi proses laktasi (Purwanti, 2012).

Hasil penelitian Wardani 2018 bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI adalah pekerjaan, kondisi ibu, kondisi bayi dan dukungan keluarga di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta. Berdasarkan hasil uji statistik kondisi bayi merupakan faktor paling dominan yang mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta (Wardani and Sarwinanti, 2018)

8. Hambatan Menyusui Pada Ibu

Penelitian (Agunbiade and Ogunleye, 2012) menunjukkan kendala pemberian ASI eksklusif yaitu persepsi bayi tidak kenyang 29%, masalah kesehatan ibu 26%, takut bayi menjadi ketergantungan ASI 26%, tekanan dari ibu mertua 25%, nyeri di

payudara 25%, dan ibu kembali bekerja 24%. Hambatan ibu untuk menyusui terutama secara eksklusif sangat bervariasi, namun, paling sering dikemukakan sebagai berikut (Roesli, 2005).

a. ASI tidak cukup

Hal ini merupakan alasan utama para ibu untuk tidak menyusui secara eksklusif. Walaupun banyak ibu merasa ASI kurang, tetapi hanya sedikit secara biologis memang kurang dalam memproduksi ASI. Selebihnya ibu dapat menghasilkan ASI yang cukup untuk bayinya.

b. Ibu bekerja

Bekerja bukan alasan untuk tidak memberikan ASI eksklusif, karena waktu ibu bekerja bayi dapat diberi ASI perah. Kebijakan pemerintah Indonesia untuk meningkatkan pemberian ASI oleh pekerja wanita telah dituangkan dalam kebijakan. (Pusat Kesehatan Kerja Depkes RI tahun 2009).

c. Susu formula lebih praktis

Pendapat ini kurang tepat, karena untuk membuat susu formula harus melalui proses sterilisasi wadah dan pemasakan air untuk melarutkan susu. Sementara itu, ASI siap dipakai setiap saat.

9. Peran dan dukungan Suami atau keluarga dalam Pemberian ASI

Penelitian Priscilla (2014), menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara dukungan emosional, instrumental,

informasional dan penilaian suami terhadap pemberian ASI. Saat keadaan menyusui emosional ibu sangat mempengaruhi kelancaran pengeluaran ASI. Upaya yang dapat dilakukan untuk memberikan kelancaran ASI pada ibu nifas yaitu dengan cara Pemijatan oksitosin yang dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun suami. Peran suami nyatanya tidak hanya bisa membuat proses pemberian ASI menjadi lebih lancar dan berkualitas. Kedekatan istri secara emosi dengan suami yang memberikan dukungan penuh juga akan meningkatkan sisi romantisme pasangan, hal ini akan baik untuk membuat hubungan menjadi lebih harmonis, untuk memperlancar produksi ASI, suami dapat membantu merangsang reflek oksitosin yaitu dengan pijat oksitosin yang diawasi oleh tenaga kesehatan. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada daerah tulang belakang leher, punggung atau sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima sampai keenam yang bertujuan untuk memberikan kelancaran produksi ASI pada ibu nifas (Rahayu, 2016).

Peran lain dari suami atau keluarga jika berada dirumah, yaitu melibatkan diri dalam hal memberikan bantuan langsung kepada ibu seperti membantu merawat bayi, menggendong, menidurkan, mengerjakan pekerjaan rumah tentunya ibu akan merasa lebih terjaga kondisi emosionalnya dan juga ibu dapat menggunakan waktu yang cukup untuk merawat dan memberikan ASI karena

tidak adanya kekhawatiran bahwa pekerjaannya belum selesai dan takut bayi akan terbangun saat ibu sedang bekerja.

Penelitian Dukungan suami adalah dukungan yang paling berarti bagi ibu. Ayah dapat berperan aktif dalam keberhasilan pemberian ASI khususnya ASI eksklusif. Suami cukup memberikan dukungan secara emosional dan berperan aktif dengan memberikan bantuan-bantuan yang praktis. Untuk membesarkan seorang bayi, masih banyak yang dibutuhkan selain menyusui seperti menyendawakan bayi, menggendong dan menenangkan bayi yang gelisah, mengganti popok, memandikan bayi, membawa bayi jalan-jalan di taman, memberikan ASI perah dan memijat bayi, kecuali menyusui semua tugas tadi dapat dikerjakan oleh ayah.

10. Menyusui Yang Benar

Dalam menyusui perlunya cara yang benar agar tidak terjadinya puting lecet, ASI tersumbat dan masalah menyusui lainnya. Ada beberapa langkah menyusui dengan benar (Mufdlilah, 2017).

- a. Cuci tangan dengan sabun menggunakan air bersih mengalir
- b. Keluarkan sedikit ASI dan oleskan pada puting dan areola sekitarnya
- c. Letakkan bayi menghadap perut ibu atau payudara, mulailah menyusui dari payudara yang terasa penuh

- d. Pegang payudara dengan ibu jari dan jari lainnya menopan bagian payudara
- e. Rangsang bayi menggunakan jari yang didekatkan ke sisi mulut bayi
- f. Dekatkan dengan cepat kepala bayi ke payudara ibu, kemudian masukkan puting dan areola ke mulut bayi
- g. Setelah payudara yang dihisap terasa kosong, lepaskan isapan bayi dengan menekan dagu ke bawah atau jari kelingking ibu ditempelkan ke mulut bayi. Ulangi pada payudara yang belum terkosongkan
- h. Sendawakan bayi
- i. Selalu minum air putih minimal 1 gelas setelah menyusui.

Adapun posisi dan perlekatan dalam menyusui agar memperlancar ibu dalam menyusui. Posisi dalam menyusui bayi dipegang dengan satu lengan. Kepala bayi diletakkan dekat lengkungan siku ibu, bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu. Perut bayi menempel ke tubuh ibu. Mulut bayi berada di depan puting ibu. Lengan yang dibawah merangkul tubuh ibu, jangan berada diantara tubuh ibu dan bayi. Tangan yang diatas boleh dipegang ibu atau diletakkan di atas dada ibu. Telinga dan lengan yang diatas berada dalam satu garis lurus. Selain itu, perlu dilakukan pengecekan perlekatan menyusui dengan melihat apakah dagu menempel ke payudara ibu, mulut terbuka lebar, sebagian besar areola terutama yang berada di bawah masuk ke

dalam mulut bayi, bibir bayi terlipat keluar, pipi bayi tidak boleh kempot, hanya terdengar bunyi menelan, ibu tidak kesakitan, dan bayi merasa tenang.

11. Cara Memerah ASI

ASI yang diperah umumnya diberikan ketika ibu dan bayi berada berjauhan dalam waktu yang cukup lama. Dalam memerah ASI terdapat waktu yang terbaik adalah saat payudara sudah mengeras dan terasa (Dewi and Mu'minah, 2019) . Pemerahan ASI bisa dilakukan manual (menggunakan tangan) ataupun menggunakan alat bantu (Pompa ASI) (Mufdillah *et al.*, 2017). Adapun langkah-langkah memerah ASI dengan tangan.

- a. Mencuci tangan terlebih dahulu sampai bersih.
- b. Memijat daerah areola guna mendapatkan ASI untuk membasahi areola, karena ASI mengandung antibakteri.
- c. Menempatkan botol yang telah disterilkan di bagian bawah payudara untuk menampung ASI yang keluar.
- d. Memijat payudara secara perlahan-lahan
- e. Memosisikan jari-jari membentuk huruf C di sekitar areola atau bagian gelap di sekitar puting. Tekan secara perlahan-lahan, namun hindari untuk menekan puting. Selain menimbulkan nyeri, tekanan pada puting justru dapat menghalangi keluarnya ASI.
- f. Melepaskan tekanan, kemudian mengulangi kembali Jika ASI sudah mulai berhenti, pijat bagian lain hingga seluruh

permukaan payudara telah dipijat. Begitu seterusnya hingga ASI benar-benar berhenti mengalir dan payudara tidak terlalu keras. Awalnya akan mengalir sedikit, tetapi jika dilakukan secara teratur aliran ASI akan makin lancar (Mufdillah *et al.*, 2017).

12. Panduan Penyimpanan ASI

a. Manajemen ASI

ASI yang sudah diperah sebaiknya ditempatkan dalam botol kaca yang tertutup atau tempat lain untuk nantinya diberikan kepada bayi. Botol yang berisi ASI perah diberi label pada botol yang dituliskan nama bayi dan tanggal ASI diperah. Label ini berfungsi untuk mengetahui kadaluarsa ASI jika lupa sudah berapa lama disimpan. Botol-botol ASI perah sebaiknya diletakkan pada bagian freezer. Tidak dianjurkan boleh mencampurkan ASI yang telah dibekukan dengan ASI yang masih baru pada wadah penyimpanan. Simpanlah ASI sesuai kebutuhan bayi dan tidak boleh mengocok ASI karena dapat merusak komponen penting dalam susu (Yohmi *et al.*, 2015).

Dalam penyimpanan ASI perah, wadah harus ditutup dan dijaga sedingin mungkin, bila perlu dibalut dengan handuk dingin. Pastikan es batu menyentuh wadah ASI dan hindari membuka tutup bila di dalam *cooler bag*. Simpan ASI pada bagian belakang freezer di mana suhu berada dalam

kondisi paling stabil. ASI yang disimpan lebih lama dari waktu yang dianjurkan tetap aman, tetapi kandungan lemak mulai terdegradasi sehingga kualitasnya menurun (Yohmi, 2014). Selain kandungan lemak, kandungan vitamin C dalam ASI akan hilang jika penyimpanannya terlalu lama (Mufdillah *et al.*, 2017).

b. Cara menghangatkan ASI

Persiapan untuk memberikan ASI yang sudah disimpan dalam freezer sebaiknya dipindahkan dulu ke lemari es yang suhunya lebih besar, selanjutnya botol ASI dapat ditempatkan pada mangkok bersih berisi air hangat sebelum diberikan. Selain itu, pemanasan menggunakan microwave atau merebus botol ASI perlu dihindari karena dapat merusak zat gizi dalam ASI dan akan terasa terlalu panas untuk bayi (Mufdillah *et al.*, 2017).

C. Tinjauan Umum *Coparenting*

1. Pengertian *Coparenting*

Coparenting didefinisikan sebagai kolaborasi antara dua figur pengasuh dalam menjalankan tanggungjawab pengasuhan anak (HIMPSSI, 2019), beberapa peneliti menyebutkan *coparenting* dengan istilah yang berbeda, seperti *shared parenting*, *parenting partnership* dan *parenting alliance*.

Coparenting juga didefinisikan sebagai cara orang tua bekerja sama dalam peran mereka sebagai orang tua dan mengasuh anak,

meskipun mayoritas berfokus pada *coparenting* yang berpengaruh pada perkembangan anak, *coparenting* juga merupakan fitur utama dalam perkembangan orang dewasa. Kualitas dari *coparenting* pasangan adalah dapat diprediksi dari kepribadian pasangan dan karakteristik hubungan bahkan sebelum kehadiran anak (Abbas-Dick, 2014).

Coparenting biasanya bermula dari hubungan jangka panjang antar orang dewasa sejak mereka belum memiliki anak. Kualitas *coparenting* dengan demikian dapat diprediksi melalui kepribadian pasangan dan karakteristik hubungan yang dimiliki bahkan sebelum kelahiran anak. Kualitas *coparenting* ini dapat digunakan pula untuk memprediksi pola perkembangan anak, termasuk kemungkinan munculnya perilaku bermasalah pada anak.

Sejumlah penelitian kini telah menunjukkan bahwa hubungan *coparenting* terkait dengan perilaku pengasuhan orang tua dan hasil yang terlihat pada anak, ada alasan yang spesifik untuk fokus pada pengasuhan bersama sebagai sarana integrasi hubungan pasangan dan hubungan orang tua-anak. Hubungan *coparenting* adalah penting dan penaruh yang berpotensi dapat berpengaruh dapat diubah pada perilaku pengasuhan orang tua dan hasil yang terlihat pada anak serta mediator dari pengaruh lain misalnya karakteristik orang tua, tekanan pekerjaan, konflik perkawinan), namun secara garis besar, model konseptual yang kohesif dan terintegrasi dari model *coparenting* yang menjadi

pandangan untuk pengembangan perlakuan masih belum tersedia sampai saat ini (Feinberg, 2001).

2. Perkembangan *Coparenting*

Istilah *coparenting* pertama kali digunakan secara luas pada akhir tahun 1970-an dan awal tahun 1980-an, yaitu ketika jutaan keluarga Amerika mulai membesarkan anak dalam sistem keluarga bercerai. Meningkatnya jumlah pekerja wanita dan kesadaran feminis juga mendorong angka perceraian semakin tinggi. Tahun 1974, sekitar satu juta anak per tahun melihat orangtuanya bercerai. Perhatian penelitian dilakukan pada isu problem perilaku yang seringkali muncul pada anak-anak keluarga bercerai, sebanyak 31% remaja yang orang tuanya bercerai mengalami putus sekolah, 33% remaja perempuan yang orang tuanya bercerai menjadi ibu di usia remaja. Penelitian mulai menyelidiki pentingnya meneruskan hubungan *coparenting* setelah perceraian, hal ini didasarkan pada bukti bahwa dalam keluarga yang orangtuanya tinggal terpisah, dimana aturan dan harapan terhadap anak tidak sejalan antara satu rumah, masalah penyesuaian perilaku pada anak ditemukan lebih besar dibanding keluarga yang orangtuanya tinggal bersama (Tim Penulis Ikatan Psikologi Perkembangan Indonesia, 2019).

Perkembangan penelitian *coparenting* sebagai bentuk solidaritas antar pasangan dalam keluarga menikah juga dipengaruhi adanya perubahan perspektif orientasi peran gender dalam keluarga, dalam beberapa dekade, terdapat pergeseran

signifikan terkait peran gender dalam keluarga. Ada tiga perspektif yang membahas mengenai keterlibatan laki-laki dan perempuan dalam tugas rumah tangga, yaitu perspektif tradisional, persepektif *eksploitasi* (bias gender) dan perspektif perubahan peran (Tim Penulis Ikatan Psikologi Perkembangan Indonesia, 2019)

Perspektif tradisional adalah persepektif yang paling awal dalam bidang keluarga, dimana peran laki-laki sangat terbatas dalam urusan rumah tangga dan keluarga. Suami lebih bertanggungjawab atas penyediaan dukungan ekonomi bagi keluarga melalui pekerjaan mereka diluar keluarga.

Persepektif *eksploitasi* (*bias gender*) muncul dengan semakin banyaknya perempuan yang bekerja di luar rumah dan adanya gerakan feminis yang mengidentifikasi adanya ketidaksetaraan kerja rumah tangga dan pengasuhan anak yang ditanggung oleh perempuan. Pada ibu rumah tangga yang bekerja dengan lama kerja sama dengan suami, namun dalam mengerjakan tugas rumah tangga bebannya lebih besar dibandingkan suami. Kelebihan beban tersebut menimbulkan konsekuensi negatif pada diri mereka.

Perspektif perubahan peran menolak pesimisme bahwa peran pria tidak dapat diubah. Perempuan dengan peran ganda pada akhirnya memerlukan laki-laki untuk memiliki peran ganda pula, sehingga muncul keluarga simetris, dimana laki-laki dan perempuan saling mengombinasikan tanggung jawab keluarga dan kerja. Namun demikian permasalahannya adalah perubahan peran

pada perempuan lebih cepat dibanding perubahan peran pada laki-laki.

Munculnya perspektif perubahan peran, pembagian tugas dalam keluarga menjadi lebih egaliter karena semakin banyak ibu yang bekerja di luar rumah dan jumlah ayah yang memiliki peran sentral dalam pengasuhan semakin besar, dengan demikian domain parenting yang awalnya menjadi tugas utama wanita, menjadi tugas bersama antara ayah dan ibu, meskipun menurut beberapa ahli *coparenting* pembagian tugas yang *egaliter* lebih menguntungkan, namun orientasi peran gender dalam keluarga bukanlah komponen penting yang menentukan kualitas *coparenting*, namun akibat keterikatan dengan sebuah budaya, dimana mengasuh anak merupakan tugas seorang wanita, efek tersebut tidak akan bertahan lama.

Pasangan dapat merekonstruksi *coparenting* agar berjalan lebih efektif dan memungkinkan anak mengetahui adanya kesepakatan dalam aturan dan nilai-nilai antar kedua orang tuanya, dengan kata lain, ayah dan ibu bermitra dalam proses pengasuhan anak meskipun ada kesepakatan pembagian tanggungjawab yang berbeda.

3. Komponen Dan Model *Coparenting*

Feinberg (2003) mengidentifikasi empat komponen dalam *coparenting* yaitu perjanjian mengasuh anak, pembagian tenaga kerja, mendukung versus merusak peran orang tua dan pengelolaan

keluarga bersama yang mencakup konflik antar orang tua dan fungsi eksekutif seperti pengelolaan koalisi dan keseimbangan antara orang tua dan anak (Feinberg, 2003).

Sedangkan Van Egeren (2001), membahas lima dimensi yaitu persepsi dukungan pasangan, strategi pengasuhan anak dan mengamati perilaku mengasuh anak. Dimensi versi Van Egeren ini didorong secara metodologis, sedangkan Feinberg lebih dari itu, meskipun tidak sepenuhnya substantif tetapi mencoba menjelaskan pengasuhan bersama karakteristik yang mungkin berguna dalam praktik klinis.

4. Hal Penting Dalam *Coparenting*

Dalam melaksanakan *Coparenting* perlu adanya ikatan awal antara orang tua dan anak yang dapat dilihat melalui beberapa aktivitas (Sulistiyawati, 2009):

a. Sentuhan (Touch)

Orang tua memulai dengan sebuah ujung jarinya untuk memeriksa bagian kepala dan ekstremitas bayinya. Perabaan digunakan untuk membelai tubuh, dan mungkin bayi akan dipeluk oleh lengan orang tuanya. Pada saat menyusui gerakan dilanjutkan sebagai usapan lembut untuk menenangkan bayi, bayi akan merapat pada payudara ibu, menggenggam satu jari atau seuntai rambut dan terjadilah ikatan antara keduanya.

b. Kontak mata (Eye to eye contact)

Kesadaran untuk membuat kontak mata dilakukan dengan segera. Kontak mata mempunyai efek yang erat terhadap perkembangannya, dimulainya hubungan dan rasa percaya sebagai faktor yang penting dalam hubungan manusia pada umumnya. Bayi baru dapat memusatkan perhatian kepada satu objek pada saat 1 jam setelah kelahiran dengan jarak 20-25 cm.

c. Kehangatan tubuh (Body warm)

Jika tidak ada komplikasi yang serius, orang tua memangku bayinya. Kontak yang segera ini memberi banyak manfaat baik bagi orang tua maupun sibayi yaitu terjadinya kontak kulit yang membantu agar bayi tetap hangat

Menurut Van Erogen dan Hawkins (2004) dalam (HIMPSI, 2019) mengatakan bahwa ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam *coparenting* yang membedakannya dengan bentuk interaksi yang lain yaitu:

- 1) *Coparenting* memerlukan kehadiran anak. Keberadaan anak menentukan ranah dalam aktivitas *coparenting*. Misalnya dalam hal pembagian tugas (*division of labor*), pekerjaan yang memfokuskan pada perawatan (*caregiving*), seperti mengganti popok dan menyuapi makanan (*feeding*), juga berbagai kebutuhan yang menyangkut anak akan masuk dalam wilayah *coparenting*

- 2) *Coparenting* memerlukan adanya partner mengasuh anak, dalam hal ini adalah pasangan membuat baik tidaknya pengasuhan yang dilakukan akan tergantung pada kualitas interaksi bersama partner tersebut. Pasangan yang memiliki ide-ide berbeda dalam pengasuhan, misalnya tentang cara mengajari anak mengatasi emosi, atau berbeda dalam mengelola perilaku anak, cenderung lebih sedikit memperoleh maupun memberikan dukungan satu sama lain, dibandingkan dengan pasangan yang memiliki kesamaan nilai atau prinsip dalam pengasuhan.
- 3) *Coparenting* merupakan proses didik, tidak dilihat dalam interaksi seluruh anggota keluarga sebagai sebuah subsistem. *Coparenting* tidak dapat disejajarkan dengan proses-proses dalam keluarga yang melibatkan seluruh anggotanya, mengingat ini adalah proses yang lebih spesifik
- 4) *Coparenting* merupakan proses bidireksional atau proses dua arah, antara individu dengan partner dalam mengasuh anak. Karena dua arah, maka *coparenting* bersifat timbal Balik, dimana tindakan masing-masing pasangan atau partner akan dipengaruhi dan mempengaruhi satu sama lain.

5. Dampak *Coparenting*

Menurut Tim Penulis Ikatan Psikologi Perkembangan Indonesia (2019), perilaku *coparenting* memiliki dampak terhadap anak maupun praktik pengasuhan yang dilakukan. *Coparenting* tidak

hanya memberikan dampak positif terhadap perkembangan anak. *Coparenting* juga berdampak baik kepada relasi antar pasangan yang berpengaruh terhadap peningkatan interaksi perkawinan yang positif (HIMPSI, 2019). Berikut dampak-dampak dari *coparenting* :

a. Dampak Pada Keberfungsian Intelektual

Ketidaksepakatan dalam pengasuhan anak dapat digunakan untuk memprediksi perkembangan psikologis dan perilaku anak ketika berusia 18 tahun. Harmoni dalam keluarga dapat mendorong keberfungsian intelektual pada anak. Kesepakatan diantara orangtua berhubungan berhubungan positif dengan skor IQ. Kesesuaian ini juga akan mempengaruhi perkembangan moral anak laki-laki, sedangkan anak perempuan akan relatif lebih kompeten, percaya diri, mandiri bertanggungjawab, bersikap penolong, terampil secara sosial, tangguh dan mampu mengatasi kecemasan.

b. Dampak Pada *Effortfull Kontrol*

Salah satu prediktor *effortfull kontrol* yang dimiliki anak adalah *coparenting*. *Effortfull kontrol* merupakan kemampuan menekan respon-respon dominan untuk melakukan respon sub dominan. Kemampuan ini dapat dibedakan dari regulasi emosi dengan penekanan pada fungsi yang lebih luas, sedangkan regulasi emosi didasarkan pada aspek afektif. Kemampuan tambahan untuk melakukan respon subdominan memerlukan usaha ekstra yang membedakan *effortfull Kontrol* dengan konstruk regulasi

diri, seperti penundaan kepuasan dan inhibisi, yang mengacu hanya pada penekanan respon dominan. *Effortfull Kontrol* mulai berkembang pada masa infancy akhir dan terus berkembang pada masa kanak-kanak. *Coparenting* ditemukan berhubungan dengan *Effortfull Kontrol* pada anak prasekolah yang melebihi perilaku pengasuhan ayah dan ibu

c. Dampak pada Kepuasan Pernikahan

Menurut Bonds and Gondoli (2007), menemukan bahwa *coparenting* memediasi hubungan antara kepuasan pernikahan dan perilaku pengasuhan. Proses mediasi terjadi saat kepuasan yang dirasakan pasangan dalam hubungan pernikahan ditransfer ke dalam hubungan *coparenting*, yang menandai adanya *spillover effect* dari keberfungsian pernikahan ke hubungan *coparenting*. Hasil ini juga konsisten dengan proses keluarga dimana kepuasan pernikahan menstimulasi kerjasama interparental dalam hal pengasuhan anak. Kepuasan yang dirasakan oleh pasangan dapat meningkatkan cara pasangan berhubungan dengan anak, dengan mendorong kerjasama, penghargaan dan komitmen untuk bekerja bersama dalam menjalankan peran pengasuhan

d. Dampak pada kehangatan ibu

Menurut (Bonds and Gondoli, 2007), *coparenting* akan dapat meningkatkan kehangatan ibu dalam berinteraksi dengan anak maupun pasangan. Interaksi pernikahan yang positif akan

menjadi landasan yang baik untuk *coparenting* yang ditandai dengan kerjasama yang baik antar pasangan, saling mendukung dan adanya persepsi terhadap anak yang konsisten, yang kemudian memfasilitasi warna emosi positif dalam hubungan orang tua.

6. Faktor yang Mempengaruhi *Coparenting*

Coparenting merupakan salah satu bagian dari keseluruhan sistem keluarga dan tidak ada satupun bagian dari sistem dapat sepenuhnya diputuskan dari lingkungan keluarga yang lebih luas. Jadi penting untuk memahami apakah faktor lingkungan dari anggota keluarga yang lain dapat mengubah model *coparenting*. Van Egeren, 2003 menyatakan bahwa faktor sosial ekonomi seperti tingkat pendidikan orang tua, status pekerjaan dan pendapatan ditemukan sebagai prediktor yang kuat untuk kualitas *coparenting*. Misalnya orang tua dengan pendidikan yang lebih tinggi cenderung menjadi pasangan yang lebih baik seperti halnya dengan status pekerjaan dan pendapatan orang tua yang lebih tinggi (Laurie A. Van Egeren, 2004)

Karakteristik anak seperti tempramen, juga dapat berperan dalam kualitas *coparenting*. Misalnya, bayi yang tidak mudah untuk ditenangkan menjadi tantangan khusus dalam subsistem *coparenting*, hal ini dapat meningkatkan pola asuh yang negatif misalnya pemberian kritik, perusakan dan sebagainya (Laurie A. Van Egeren, 2004).

D. Tinjauan Umum Coparenting Terhadap Postpartum Blues

Coparenting atau cara pasangan berbagi peran dalam pengasuhan anak dalam perannya sebagai orang tua sangat penting, namun belum jelas, apakah pengasuhan anak dimulai sebelum atau sesudah melahirkan anak. Studi yang dilakukan oleh Altenburger et al (2014) untuk menguji perilaku calon orang tua dalam Prenatal Lausanne Trilogue Play (PLTP), untuk melihat perilaku pengasuhan anak sebelum melahirkan, memperkirakan pengamatan pascakelahiran tentang perilaku *coparenting*, secara khusus, pasangan yang terlibat dalam perilaku *coparenting* pranatal berkualitas lebih tinggi menunjukkan perilaku *coparenting* bersama yang lebih mendukung dan tidak merusak pada sembilan bulan postpartum, hal ini mendukung gagasan bahwa hubungan *coparenting* sudah dikembangkan pada masa sebelum lahir, jika orang tua sudah memahami maka, perubahan yang dialami oleh ibu setelah melahirkan seperti *postpartum blues* dapat diminimalisir.

Hubungan antara *depresi postpartum*, dan perkembangan anak, salah satunya disebabkan karena kesulitan dalam mengasuh anak. Disisi lain, hubungan tingkat keluarga yang bermasalah dan kurangnya *coparenting* juga dihubungkan dengan peningkatan gejala depresi pada ibu setelah melahirkan. Keadaan depresi postpartum memang dikatakan lebih parah dari *postpartum blues* karena sudah menunjukkan gejala depresi. Depresi ibu pada tiga bulan pasca melahirkan terkait dengan *coparenting* yang rendah sepanjang tahun pertama. Temuan

paling relevan dari penelitian ini adalah, gejala depresi ibu yang lebih tinggi akan menyebabkan *coparenting* yang lebih rendah dan menyebabkan gejala lebih tinggi pada anak (Tissot et al, 2016). Kemungkinan dampak yang lebih besar terjadi karena ibu masih menjadi pengasuh utama anak di sebagian besar keluarga. Para ayah bekerja penuh waktu sedangkan ibu sebagian besar masih cuti atau merawat anak secara mandiri, menjelaskan mengapa ibu sering mengalami keadaan depresi ringan, sehingga *coparenting* antara ayah dan ibu penting untuk dilakukan.

Tabel 2.2 Tinjauan Umum Coparenting Terhadap Postpartum Blues

No	Nama Peneliti, Tahun	Judul	Metode dan Teknik analisis	Hasil Penelitian
1	(Fitrah, Helina and Hamidah, 2019)	Hubungan Dukungan Suami Terhadap Kejadian <i>Postpartum blues</i>	Metode penelitian adalah deskriptif analitik dengan desain <i>cross sectional</i> . Populasi dalam penelitian adalah seluruh ibu <i>postpartum</i> multipara yang berada di Klinik Pratama wilayah kerja Puskesmas Payung Sekaki Kota Pekanbaru. Teknik sampling yang digunakan adalah consecutive sampling berjumlah 45 orang ibu <i>postpartum</i> dilakukan dengan cara <i>home visit</i> .	Ada hubungan dukungan suami terhadap kejadian <i>Postpartum Blues</i> di wilayah kerja Puskesmas Payung Sekaki Kota Pekanbaru tahun 2017. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa dari 12 ibu <i>postpartum</i> yang mengalami <i>Postpartum Blues</i> terdapat 1 orang yang memiliki dukungan suami yang baik.
2	(Suparwati, Murwati and Suwanti, 2018)	Hubungan Antara Kelancaran Pengeluaran ASI dengan Kejadian <i>Postpartum Blues</i> di Wilayah Puskesmas Trucuk II Klaten	Penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Sampel adalah ibu nifas normal hari 3-10 di Puskesmas Trucuk II Klaten pada bulan Mei 2017 sebanyak 48 orang, secara <i>purposive sampling</i> .	Ada hubungan antara kelancaran pengeluaran ASI dengan kejadian <i>Postpartum Blues</i> di Wilayah Puskesmas Trucuk II Klaten. Semua responden yang pengeluaran ASI-nya tidak lancar seluruhnya mengalami <i>Postpartum Blues</i> berat.
3	(Letourneau <i>et al.</i> , 2019)	<i>Maternal and paternal perinatal depressive symptoms associate with 2- and 3-year-old children's behaviour: findings from the AprON longitudinal study</i>	Penelitian <i>cross-sectional</i> deskriptif dengan menilai gejala depresi dihitung saat kehamilan dan 3 bulan postpartum dan perilaku anak dinilai pada usia 24 bulan dan 36 bulan.	Pada periode perinatal 19,40% (n = 123) ibu mendapatkan skor kemungkinan depresi dan 10.57% (n = 67) ayah juga mengalaminya. Pada 6.31% (n = 40) keluarga, keduanya mendapatkan skor kemungkinan depresi dan 63.72% (n = 404) orang tua tidak mengalami depresi.

Berdasarkan tabel penelitian diatas dapat diketahui jika *Postpartum Blues* dapat disebabkan karena kurangnya kelancaran pengeluaran ASI serta dukungan suami selama fase nifas. Akan tetapi belum ada penelitian yang menunjukkan perubahan kejadian *Postpartum Blues* sesudah dan sebelum diberikan perlakuan mengenai pentingnya keterlibatan suami dalam mengasuh anak.

E. Tinjauan Umum *Coparenting* Terhadap Meningkatkan Keberhasilan Pemberian Asi Eksklusif

Jurnal yang dikutip oleh Abbas Dick et all (2014) terdapat empat studi yang mengevaluasi perlakuan menyusui dengan dukungan dari ayah dan ditemukan hasil yang baik. Penelitian di Italia (N =280) menyebutkan, ibu yang memiliki pasangan yang mendapatkan pendidikan dan materi cetak tentang menyusui memiliki tingkat menyusui eksklusif yang jauh lebih tinggi pada enam bulan pascapersalinan dibandingkan kelompok kontrol (25% vs 15%). Sedangkan pada sebuah penelitian di Brazil (N =586), para ibu dan ayah yang menerima pendidikan tentang menyusui, memiliki tingkat menyusui eksklusif pada 16 minggu pascapersalinan (16,4%) dibandingkan dengan ibu pada kelompok lainnya (11,1%) dan kelompok kontrol (5,7%), dan resiko yang lebih rendah untuk menghentikan pemberian ASI eksklusif sebelum 24 minggu.

Penelitian lain di Vietnam, menyatakan bahwa para ayah yang menerima pendidikan menyusui, bahan dan dukungan dari profesional memiliki pasangan yang angka menyusui eksklusifnya lebih tinggi pada 4 dan 6 bulan dibandingkan dengan yang di kelompok kontrol, terakhir,

dalam percobaan terkontrol secara acak di Australia yang mengevaluasi efek menyusui pada masa *antenatal*, dan dukungan *postpartum* yang diberikan ayah, pada 6 (enam) minggu lebih tinggi kelompok perlakuan (81,6%) dibandingkan kelompok kontrol (75%). Studi ini memberikan bukti awal bahwa dukungan ayah dalam perlakuan menyusui dapat meningkatkan keberhasilan menyusui.

Penelitian yang dilakukan oleh Abbas Dick et al (2014), dilakukan evaluasi efek dukungan *coparenting* terhadap keberhasilan pemberian ASI eksklusif pada ibu primipara dan ayah, para responden berasal dari rumah sakit di Toronto Kanada, yaitu para ibu primipara dalam masa dua hari pasca postpartum. Penelitian ini dilakukan dengan uji coba terkontrol secara acak, dengan dua kelompok perlakuan dan kontrol. Kelompok akan mendapatkan perlakuan dengan menerima perawatan biasa, dan dukungan menyusui. Data dikumpulkan pada minggu ke-6 dan ke-12 pasca persalinan.

Perlakuan *coparenting* meningkatkan tingkat durasi menyusui sekitar 9% pada 12 minggu. Hasil penelitian lainnya ditunjukkan bahwa peran ayah dalam perlakuan *coparenting* dalam dukungan menyusui memberikan efek menguntungkan yang potensial bagi ayah dan ibu primipara. Pemberian perlakuan membantu ayah dan ibu saling bekerjasama dalam menuju tujuan menyusui dan mengatasi tantangan menyusui sehingga terjadi peningkatan angka menyusui eksklusif, para ayah juga diberikan dukungan dan detail informasi tentang bagaimana mereka terlibat dalam menyusui.

Tabel 2.3 Tinjauan Umum *Coparenting* Terhadap Meningkatkan Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif

No	Nama Peneliti Dan Tahun	Judul	Metode dan Teknik analisis	Hasil Penelitian
1	(Rahmawati, 2016)	Optimalisasi peran “Ayah ASI (<i>breastfeeding father</i>)” melalui Pemberian Edukasi Ayah Prenatal	Menggunakan rancangan <i>post test only Kontrol group design</i> . Dan perlakuan dengan <i>simple random</i>	peran ayah edukasi prenatal merupakan alternatif solusi dalam meningkatkan keberhasilan program pemberian ASI eksklusif
2	(Nepali and Shakya, 2019)	<i>Husbands’ Support for Breastfeeding and Breastfeeding Self-Efcacy of Nepalese Mothers from Bungmati</i>	Menggunakan desain <i>cross-sectional</i> dengan sampel 110 ibu yang mengunjungi Bungmati Health Post untuk imunisasi	Ibu yang mendapatkan dukungan dari suaminya 10 kali lebih nyaman dan percaya diri untuk menyusui dibandingkan mereka yang tidak mendapat dukungan dari suami.
3	(Bennett, McCartney and Kearney, 2016)	<i>Views of fathers in Ireland on the experience and challenges of having a breast-feeding partner</i>	Studi <i>cross-sectional</i> dengan kuisioner pada 1398 ayah dengan umur bayi 4–7 bulan	Ayah dengan edukasi yang baik dan pengalaman sosial sangat mendukung pemberian ASI
4	(Lisa Amir et al, 2013)	<i>Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review</i>	Pencarian database psikologis,keperawatan dan medis dilakukan pada Juni 2011 untuk penelitian yang diterbitkan dari tahun 2000 hingga 2011 yang meneliti korelasi psikologis dari pemberian ASI eksklusif hingga empat hingga enam tahun.	Faktor psikologis telah dilaporkan sangat prediktif dari hasil menyusui eksklusif. Penelitian sampai saat ini menunjukkan bahwa faktor psikososial tidak hanya penting terlibat dalam durasi menyusui eksklusif tetapi mereka dapat juga dapat diubah melalui perlakuan dan pengalaman.

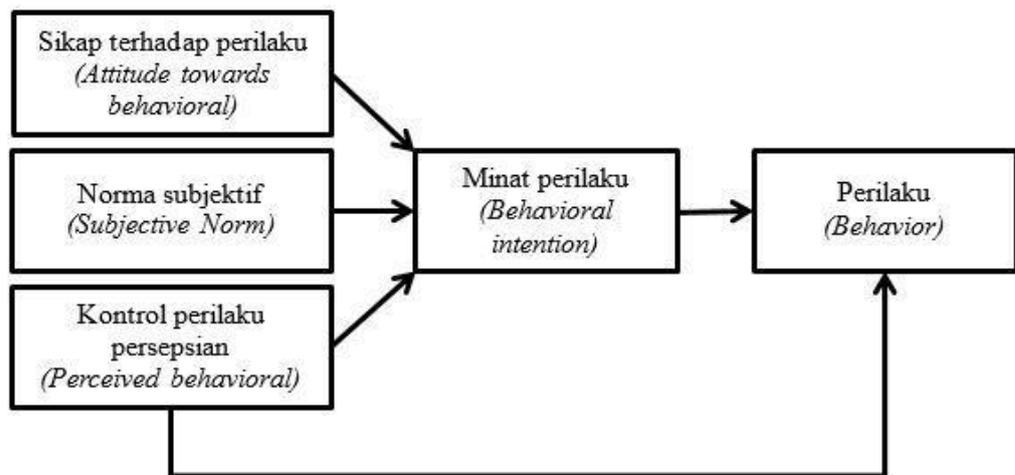
Penelitian diatas menunjukkan bahwa peran dari ayah sangat penting dalam meningkatkan pemberian ASI eksklusif kepada anak, akan tetapi belum ada yang meneliti bagaimana peningkatan dalam pemberian ASI eksklusif sebelum dan sesudah didukung oleh suami, disisi lain apabila faktor psikologi dan psikososial ibu baik secara tidak langsung akan meningkatkan keberhasilan program ASI eksklusif.

F. Theory of Planned Behaviour (TPB)

Perilaku adalah unik dan individual, setiap individu memiliki perilakunya sendiri, yang berbeda dengan individu lain, perilaku tidak selalu mengikuti urutan tertentu, sehingga terbentuknya perilaku positif tidak selalu dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap positif. Perilaku dan kekhasan dan keunikannya dipengaruhi oleh banyak variabel. Dalam bidang perilaku kesehatan, terdapat beberapa teori tentang faktor penentu (determinan) atau faktor yang memengaruhi pembentukan perilaku yang sering digunakan sebagai acuan program kesehatan masyarakat (Maulana, 2009).

Theory of Reasoned Action (TRA) dikembangkan oleh Ajzen dan diberi nama *Theory of Planned Behaviour* (TPB) (Lee & Kotler, 2011). *Theory of Planned Behavior* dijelaskan sebagai konstruk yang melengkapi TRA. Menurut Lee dan Kotler (2011), target individu memiliki kemungkinan yang besar untuk mengadopsi suatu perilaku apabila individu tersebut memiliki sikap yang positif terhadap perilaku tersebut, mendapatkan persetujuan dari individu lain yang dekat dan terkait dengan perilaku tersebut dan percaya bahwa perilaku tersebut dapat

dilakukan dengan baik. Dengan menambahkan sebuah variabel pada konstruk ini, yaitu kontrol perilaku persepsian (*Perceived behavioral Kontrol*), maka bentuk dari model teori perilaku rencana (*theory of planned behaviour* atau TPB) tampak di gambar berikut ini :



Gambar 2.2 *Theory Of Planned Behaviour*

Sumber: Asadifard, Rahman, Aziz, & Hashim (2015)

Dari gambar di atas, teori perilaku rencana (*theory of planned behavioral*) dapat memiliki 2 fitur yaitu :

1. Teori ini mengansumsi bahwa kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) mempunyai implikasi motivasional terhadap minat. Orang – orang yang percaya bahwa mereka tidak mempunyai sumber- sumber daya yang ada atau tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan perilaku tertentu mungkin tidak akan membentuk minat berperilaku yang kuat untuk melakukannya walaupun mereka mempunyai sikap yang positif terhadap perilakunya dan percaya bahwa orang lain akan menyetujui seandainya mereka melakukan

perilaku tersebut. Dengan demikian diharapkan terjadi hubungan antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan minat yang tidak dimediasi oleh sikap dan norma subyektif. Model ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan kontrol perilaku persepsian (*perceived behavioral control*) ke minat.

2. Fitur kedua adalah kemungkinan hubungan langsung antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan perilaku, di banyak contoh, kinerja dari suatu perilaku tergantung tidak hanya pada motivasi untuk melakukannya tetapi juga kontrol yang cukup terhadap perilaku yang dilakukan, dengan demikian kontrol perilaku persepsian (*perceived behavioral control*) dapat mempengaruhi perilaku secara tidak langsung lewat minat, dan juga dapat memprediksi perilaku secara langsung. model hubungan langsung ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) langsung ke perilaku (*behavior*) (Asadifard, Rahman, Aziz, & Hashim, 2015).

G. Konsep Pengetahuan

Pengetahuan adalah proses kegiatan mental yang dikembangkan melalui proses belajar dan disimpan dalam ingatan, akan digali pada saat dibutuhkan melalui bentuk ingatan, pengetahuan diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai sumber (Sarwono, 1993 dalam Nurrahman, 2018). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu akibat proses penginderaan terhadap subyek tertentu, yang berasal dari pendengaran dan penglihatan. Notoadmodjo (2007)

mengungkapkan pendapat Rogers bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari atau mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek).
2. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau obyek tersebut.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik atau tidaknya stimulus.
4. *Trial* dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5. *Adoption* dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Penelitian selanjutnya Roger menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut, menurut Notoadmodjo (2007), pengetahuan mempunyai enam tingkatan.

- a) Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
- b) Memahami (*comprehension*) adalah kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikannya secara benar.

- c) Aplikasi (*application*) aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.
- d) Analisis (*analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e) Sintesis (*synthesis*) adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada. Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f) Evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan, yaitu:

- 1) Pendidikan

Pendidikan merupakan bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal untuk dipahami. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah mereka paham dalam menerima berbagai sumber informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka akan menghambat perkembangan sikap

seseorang terhadap penerimaan informasi baru yang diperkenalkan

2) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman serta wawasan tambahan baik secara langsung maupun tak langsung.

3) Umur

Bertambahnya umur seseorang akan mengakibatkan perubahan pada aspek psikologis dan mental taraf berpikir seseorang akan semakin matang dan dewasa.

4) Pengalaman

Pengalaman ialah sesuatu yang terjadi sebelumnya pernah dialami individu dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Pengalaman ini akan mempengaruhi gaya berpikir seseorang, dimana pengalaman baik yang bersifat menyenangkan secara psikologis akan menimbulkan kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif dan begitu pula sebaliknya.

5) Kebudayaan

Kebudayaan yang dimaksud ialah lingkungan sekitar, apabila dalam suatu wilayah mempunyai kebudayaan atau keyakinan untuk menjaga kebersihan lingkungan, maka sangat mungkin masyarakat sekitar mempunyai sikap selalu menjaga kebersihan lingkungan

6) Minat

Minat sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap suatu keinginan menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni hal baru yang pada akhirnya akan membantunya memperoleh pengetahuan baru dan lebih dalam.

7) Informasi

Kemudahan mencari informasi dapat membantu seseorang untuk lebih cepat memperoleh pengetahuan baru. (Mubarok, 2007 dalam Nurrahman, 2018), berdasarkan penelitian Rabia Zakaria tahun 2014, hasil analisis hubungan antara keterpaparan informasi dengan tindakan pemberian ASI eksklusif diperoleh bahwa sebagian besar ibu yang ada informasi yaitu 80 responden (78,4) tidak menyusui eksklusif dibandingkan dengan responden yang menyusui eksklusif hanya 22 responden (21,6%). Hasil analisis uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,19 > 0,05$ artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara keterpaparan informasi dengan tindakan pemberian ASI eksklusif.

H. Konsep Sikap

Sikap diartikan sebagai suatu bentuk kecenderungan untuk bertingkah laku, dapat juga diartikan sebagai bentuk respon evaluatif, yaitu suatu respon yang sudah ada dalam pertimbangan individu yang bersangkutan, Sikap bukanlah suatu tindakan, tetapi merupakan suatu kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. (Soemarno, 1994 dalam Nurrahman, 2018)

Untuk mengetahui sikap seseorang dalam penerimaan suatu masalah dapat dibagi menurut tingkatannya yaitu:

1. Tingkat penerimaan (*receiving*), diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperlihatkan stimulus yang diberikan (objek).
2. Tingkat penjawaban (*responding*), memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Tingkat pemberian nilai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap sesuatu masalah.
3. Tingkat pengorganisasian (*organization*), siap bertanggung jawab terhadap segala sesuatu yang telah dipolihnya dengan resiko (Ngatimin, 2003 dalam Nurrahman, 2018).

I. Edukasi Kesehatan

1. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang didalamnya perawat sebagai perawat pendidik (Suliha,dkk,2002). Pendidikan kesehatan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan – tindakan untuk memelihara, dan meningkatkan taraf kesehatannya. (Notoatmodjo, 2012).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan (Nursalam dan Efendi, 2008) yaitu: Terjadi perubahan sikap dan tingkah laku individu, keluarga,

kelompok khusus dan masyarakat dalam membina serta memelihara perilaku hidup sehat serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

3. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012) sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam 3 (tiga) kelompok, yaitu :

a. Sasaran Primer (*Primary Target*)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan, sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan juga sebagainya.

b. Sasaran Sekunder (*Secondary Target*)

Yang termasuk dalam sasaran ini adalah para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk nantinya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya.

c. Sasaran Tersier (*Tertiary Target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah. Dengan kebijakan-kebijakan atau

keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak langsung terhadap perilaku tokoh masyarakat dan kepada masyarakat umum.

4. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari 3 dimensi menurut Fitriani (2011) yaitu;

a. Dimensi sasaran

- 1) Pendidikan kesehatan individu dengan sasarannya adalah individu.
- 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasarannya adalah kelompok masyarakat tertentu.
- 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasarannya adalah masyarakat luas.

b. Dimensi tempat pelaksanaan

- 1) Pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sasarannya adalah pasien dan keluarga
- 2) Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasarannya adalah pelajar.
- 3) Pendidikan kesehatan di masyarakat atau tempat kerja dengan sasarannya adalah masyarakat atau pekerja.

c. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan

- 1) Pendidikan kesehatan untuk promosi kesehatan (*Health Promotion*), misal : peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, gaya hidup dan sebagainya.

- 2) Pendidikan kesehatan untuk perlindungan khusus (*Specific Protection*) misal : imunisasi
- 3) Pendidikan kesehatan untuk diagnosis dini dan pengobatan tepat (*Early diagnostic and prompt treatment*) misal : dengan pengobatan layak dan sempurna dapat menghindari dari resiko kecacatan.
- 4) Pendidikan kesehatan untuk rehabilitasi (*Rehabilitation*) misal : dengan memulihkan kondisi cacat melalui latihan-latihan tertentu.

5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Dalam Pendidikan Kesehatan

Guilbert dalam Nasution (2011) mengelompokkan faktor- faktor yang mempengaruhi keberhasilan pendidikan kesehatan yaitu:

- a) Komunikator yaitu pemerksa komunikasi (penyuluh), bisa individu, keluarga, maupun kelompok yang mengambil inisiatif dalam menyelenggarakan komunikasi. Komunikator dapat juga berarti tempat berasalnya sumber komunikasi.
- b) *Message* (pesan) adalah berita yang disampaikan oleh komunikator melalui lambang-lambang, pembicaran, gerakan dan sebagainya. Pesan bisa berupa gerakan, sinar, suara, lambaian tangan, kibaran bendera atau tanda-tanda lain, dengan interpretasi yang tepat akan memberikan arti dan makna tertentu.
- c) *Channel* (media atau sarana) adalah sarana tempat berlalunya pesan yang disampaikan oleh komunikator kepada komunikan.

Saluran tersebut meliputi :

- 1) Pendengaran (lambang berupa suara)
 - 2) Penglihatan (lambang berupa sinar, pantulan atau lambang)
 - 3) Penciuman (lambang berupa wangi-wangian/ bau-bauan)
 - 4) Rabaan (lambang berupa rangsangan rabaan). Jadi secara keseluruhan saluran bisa berupa radio, televisi, telepon, koran, majalah dan lain-lain.
- d) Komunikan (penerima berita) adalah objek atau sasaran dari kegiatan komunikasi atau orang yang menerima pesan atau lambang. Dapat berupa individu, keluarga maupun masyarakat.
- e) Efek (*effect*) adalah tanggapan, seperangkat reaksi komunikan setelah menerima pesan.

6. Media Dalam Pendidikan Kesehatan (Nursalam and Efendi, 2008)

a. Media cetak

- 1) *Booklet*: digunakan untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- 2) *Leaflet*: melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar /tulisan atau pun keduanya.
- 3) *Flyer* (selebaran) ; seperti *leaflet* tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- 4) *Flip chart* (lembar Balik) ; pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar Balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap

lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di Baliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut.

- 5) Rubrik/tulisan-tulisan: pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster : merupakan suatu bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok- tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- 7) Foto : digunakan untuk mengungkapkan informasi – informasi kesehatan.

b. Media elektronik

- 1) Televisi : dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, quiz, atau cerdas cermat.
- 2) Radio : bisa dalam bentuk obrolan/tanya jawab, ceramah.
- 3) *Video Compact Disc (VCD)*
- 4) *Slide*: digunakan untuk menyampaikan pesan/ informasi kesehatan.
- 5) Filmstrip : digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

c. Media papan (*Bill Board*)

Papan/bill board yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi

kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi).

7. Strategi Dan Metode Pendidikan Kesehatan

- a. Strategi pendidikan kesehatan adalah cara-cara yang dipilih untuk menyampaikan materi dalam lingkungan pendidikan kesehatan yang meliputi sifat, ruang lingkup dan urutan kegiatan yang dapat memberikan pengalaman belajar kepada klien. (Nurmala, 2018).
- b. Metode pendidikan kesehatan Menurut (Notoadmodjo Soekidjo, 2003) metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi: Metode pendidikan individu. Metode ini bersifat individual digunakan untuk membina perilaku atau membina seseorang yang mulai tertarik untuk melakukan sesuatu perubahan perilaku. Bentuk pendekatan ini antara lain:
 - 1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance* dan *councellin*)
Dengan cara ini kontak antara keluarga dengan petugas lebih intensif. Klien dengan kesadaran dan penuh pengertian menerima perilaku tersebut.
 - 2) Wawancara (*interview*)
Wawancara petugas dengan klien untuk menggali informasi, berminat atau tidak terhadap perubahan untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian atau dasar yang kuat

c. Metode pendidikan kelompok

Metode tergantung dari besar sasaran kelompok serta pendidikan formal dari sasaran.

1) Kelompok besar

Kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar adalah Ceramah, yaitu metode yang baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi atau rendah. Dan Seminar yaitu metode yang baik untuk sasaran dengan pendidikan menengah keatas berupa presentasi dari satu atau beberapa ahli tentang topik yang menarik dan aktual.

2) Kelompok kecil

Jumlah sasaran kurang dari 15 orang, metode yang cocok untuk kelompok ini adalah:

- a) Diskusi kelompok, kelompok bisa bebas berpartisipasi dalam diskusi sehingga formasi duduk peserta diatur saling berhadapan.
- b) Curah pendapat(*brain storming*) merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Usulan atau komentar yang diberikan peserta terhadap tanggapan-tanggapannya, tidak dapat diberikan sebelum pendapat semuanya terkumpul.
- c) Bola salju, kelompok dibagi dalam pasangan kemudian dilontarkan masalah atau pertanyaan untuk

diskusi mencari kesimpulan.

- d) Memainkan peran yaitu metode dengan anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan.
- e) Simulasi merupakan gabungan antara *role play* dan diskusi kelompok.

d. Metode pendidikan massa

Metode ini menyampaikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat umum (tidak membedakan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi dan sebagainya). Pada umumnya pendekatan ini tidak langsung, biasanya menggunakan media massa, beberapa contoh metode ini antara lain:

1. Ceramah umum, metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
2. Pidato atau diskusi melalui media elektronik.
3. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter/petugas kesehatan tentang suatu penyakit.
4. Artikel/tulisan yang terdapat dalam majalah atau Koran tentang kesehatan.
5. Bill board yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster.

J. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.4 Penelitian Yang Relevan Tentang *Postpartum Blues*

No	Nama Peneliti Dan Tahun	Judul	Metode dan Teknik analisis	Hasil Penelitian
1	(Fitrah, Helina and Hamidah, 2019)	Hubungan Dukungan Suami Terhadap Kejadian <i>Postpartum blues</i>	Penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan desain <i>cross sectional</i> . Populasi dalam penelitian adalah seluruh ibu <i>postpartum multipara</i> yang berada di Klinik Pratama wilayah kerja Puskesmas Payung Sekaki Kota Pekanbaru. Teknik sampling yang digunakan adalah consecutive sampling berjumlah 45 orang ibu <i>postpartum</i> dilakukan dengan cara <i>home visit</i> .	Ada hubungan dukungan suami terhadap kejadian <i>Postpartum Blues</i> di wilayah kerja Puskesmas Payung Sekaki Kota Pekanbaru tahun 2017. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa dari 12 ibu <i>postpartum</i> yang mengalami <i>Postpartum Blues</i> terdapat 1 orang yang memiliki dukungan suami yang baik.
2	(Suparwati, Murwati and Suwanti, 2018)	Hubungan Antara Kelancaran Pengeluaran ASI dengan Kejadian <i>Postpartum Blues</i> di Wilayah Puskesmas Trucuk II Klaten	Penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Sampel adalah ibu nifas normal hari 3-10 di Puskesmas Trucuk II Klaten pada bulan Mei 2017 sebanyak 48 orang, secara <i>purposive sampling</i> .	Hasil dari penelitian ini adalah ada hubungan antara kelancaran pengeluaran ASI dengan kejadian <i>postpartum blues</i> di Wilayah Puskesmas Trucuk II Klaten. Semua responden yang pengeluaran ASI-nya tidak lancar seluruhnya mengalami <i>postpartum blues</i> berat.

No	Nama Peneliti Dan Tahun	Judul	Metode dan Teknik analisis	Hasil Penelitian
3	(Letourneau <i>et al.</i> , 2019)	<i>Maternal and paternal perinatal depressive symptoms associate with 2- and 3-year-old children's behaviour: findings from the AprON longitudinal study</i>	Penelitian ini adalah <i>cross-sectional</i> deskriptif dengan menilai gejala depresi dihitung saat kehamilan dan 3 bulan postpartum dan perilaku anak dinilai pada usia 24 bulan dan 36 bulan.	Hasil dari penelitian ini adalah pada periode perinatal 19,40% (n = 123) ibu mendapatkan skor kemungkinan depresi dan 10.57% (n = 67) ayah juga mengalaminya. Pada 6.31% (n = 40) keluarga, keduanya mendapatkan skor kemungkinan depresi dan 63.72% (n = 404) orang tua tidak mengalami depresi.

Tabel 2.5 Penelitian Yang Relevan Tentang Model *Coparenting*

No	Nama Peneliti Dan Tahun	Judul	Metode dan Teknik analisis	Hasil Penelitian
1	(Abbass-Dick and Dennis, 2017)	<i>Breast-feeding Coparenting Framework</i>	Penelitian ini adalah Survei dan jurnal	Hasil dari penelitian ini adalah Program pendidikan dan dukungan untuk menyusui dibutuhkan untuk meningkatkan tingkat pemberian ASI
2	(Malette <i>et al.</i> , 2019)	<i>Cooperative, Compromising, Conflictual, and Uninvolved Coparenting Among Teenaged Parents</i>	Penelitian ini adalah Studi deskriptif mengambil data dari 125 ibu remaja yang hadir pada acara bagi remaja hamil atau sedang menjadi orang tua. Menggunakan analisis profil laten untuk mengidentifikasi pola <i>coparenting</i> , menilai sumber daya	Hasil dari Penelitian ini adalah terdapat 4 pola unik dari <i>coparenting</i> berdasarkan laporan ibu remaja yang berhubungan dengan indikator sosial, finansial, manusia dan perbedaan antar kelompok pada peran orang tua.

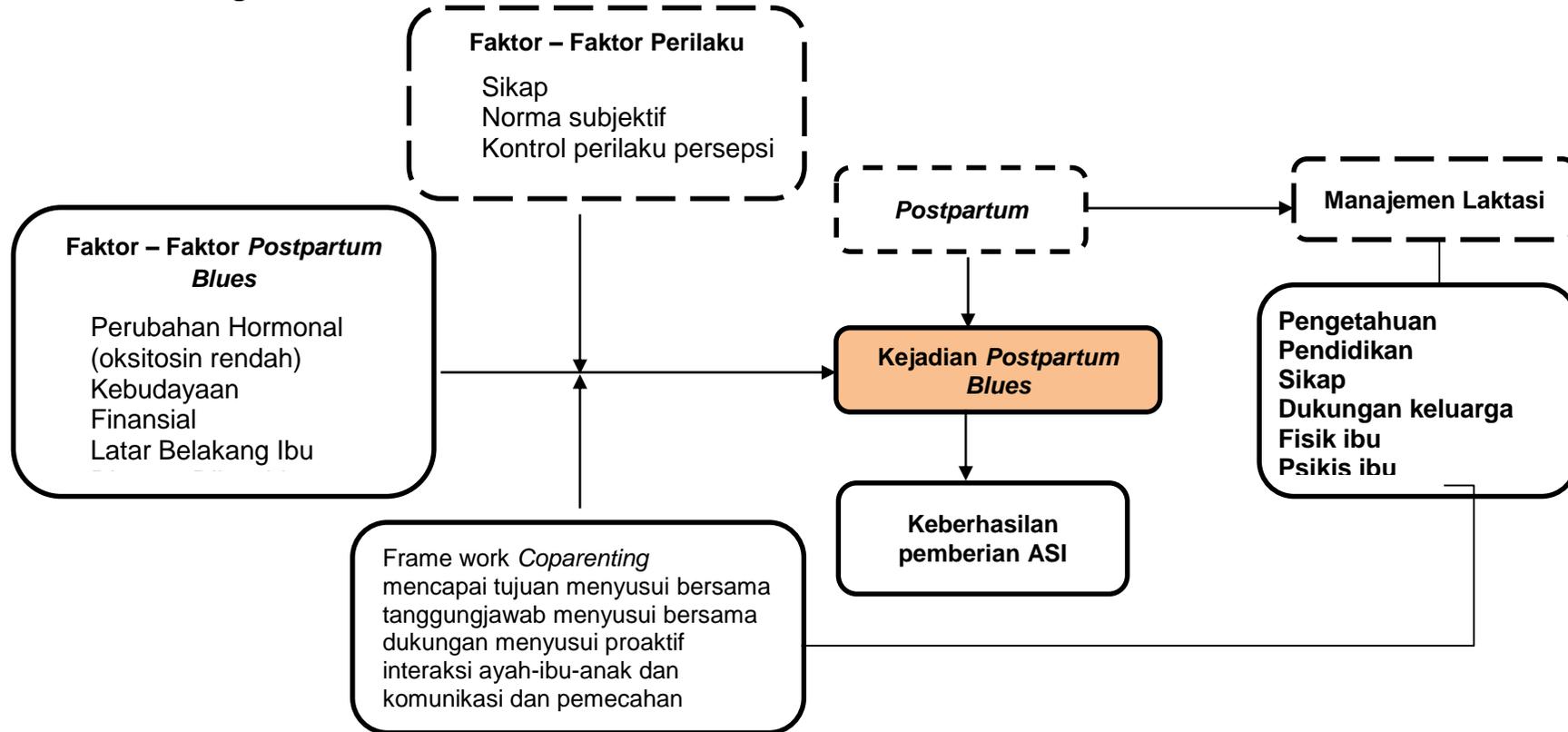
No	Nama Peneliti Dan Tahun	Judul	Metode dan Teknik analisis	Hasil Penelitian
			sosial, finansial dan manusia serta mengevaluasi perbedaan antara kelompok fungsi <i>coparenting</i>	
3	(Antawati, 2020)	<i>Determinant of Coparenting Behavior in Intact Family: a Literature Review</i>	Penelitian ini adalah deskriptif berupa <i>literature review</i> terkait jurnal determinan <i>coparenting</i>	Hasil dari penelitian ini adalah determinan dari perilaku <i>coparenting</i> meliputi karakteristik orang tua, karakteristik anak, karakteristik perkawinan, dan program perlakuan
4	(Pinto, Figueiredo and Feinberg, 2019)	<i>The Coparenting Relationship Scale Father's Prenatal Version</i>	Penelitian ini adalah <i>cross sectional</i> deskriptif dengan melengkapi wawancara terhadap 91 ibu primipara dengan kuisioner <i>the Coparenting Relationship Scale Father's Prenatal Version (CRS-FPV)</i> mengukur gejala depresi dan kecemasan, ikatan orang dewasa, dan kualitas hubungan dengan pasangan	Hasil dari penelitian ini adalah hasil dari kuisioner CRS-FPV memiliki reliabilitas yang baik secara multidimensional untuk mengukur kegiatan <i>coparenting</i> ayah saat masa kehamilan.
5	(Abbass-Dick <i>et al.</i> , 2015)	<i>Coparenting Breastfeeding Support and Exclusive Breastfeeding: A Randomized Kontrolled Trial</i>	Penelitian ini adalah RCT (<i>Randomized Kontrolled Trial</i>) yang dilakukan di RS Pendidikan Toronto, Canada.	Hasil dari penelitian ini adalah Terdapat peningkatan yang signifikan pada durasi menyusui, durasi menyusui paternal, efikasi menyusui, dan persepsi keterlibatan ibu dengan <i>coparenting</i> .
6	(Abbass-Dick and Dennis, 2017)	<i>Breast-feeding Coparenting Framework</i>	Penelitian ini adalah menggunakan metode studi literatur berdasarkan <i>guideline</i>	Hasil dari penelitian ini adalah kerangka ini terdiri atas 5 komponen: mencapai tujuan menyusui bersama, tanggungjawab menyusui bersama, dukungan menyusui proaktif, interaksi ayah-ibu-anak, dan komunikasi dan pemecahan masalah efektif.

Tabel 2.6 Penelitian Yang Relevan Tentang ASI Eksklusif

No	Nama Peneliti Dan Tahun	Judul	Metode dan Teknik analisis	Hasil Penelitian
1	(Rahmawati, 2016)	Optimalisasi peran “Ayah ASI (<i>breastfeeding father</i>)” melalui Pemberian Edukasi Ayah Prenatal	Penelitian ini menggunakan rancangan <i>post test only Kontrol group design</i> . Dan perlakuan dengan <i>simple random</i>	Hasil dari penelitian ini adalah peran ayah edukasi prenatal merupakan alternatif solusi dalam meningkatkan keberhasilan program pemberian ASI eksklusif
2	(Nepali and Shakya, 2019)	<i>Husbands’ Support for Breastfeeding and Breastfeeding Self-Efficacy of Nepalese Mothers from Bungmati</i>	Penelitian ini adalah menggunakan desain <i>cross-sectional</i> dengan sampel 110 ibu yang mengunjungi Bungmati Health Post untuk imunisasi	Hasil dari penelitian ini adalah ibu yang mendapatkan dukungan dari suaminya 10 kali lebih nyaman dan percaya diri untuk menyusui dibandingkan mereka yang tidak mendapat dukungan dari suami.
3	(Bennett, McCartney and Kearney, 2016)	Views of fathers in Ireland on the experience and challenges of having a breast-feeding partner	Penelitian ini adalah studi <i>cross-sectional</i> dengan kuisioner pada 1398 ayah dengan umur bayi 4–7 bulan	Hasil dari penelitian ini adalah ayah dengan edukasi yang baik dan pengalaman sosial sangat mendukung pemberian ASI

No	Nama Peneliti Dan Tahun	Judul	Metode dan Teknik analisis	Hasil Penelitian
3	(Amin, Wayan Agung Indrawan and Sriwahyuni, 2014)	Pengaruh Faktor Sosial Ibu terhadap Keberhasilan Menyusui pada Dua Bulan Pertama	Penelitian ini menggunakan desain observasional analitik, dengan <i>purposive sampling</i> ibu yang menyusui sampai 2 bulan pertama sebanyak 131 di Rumah Sakit di Makassar.	Hasil penelitian menemukan ada pengaruh positif antara pendidikan ($p=0,006$; $OR=2,826$), pekerjaan ($p=0,001$; $OR=0,293$), pengetahuan ($p=0,000$; $OR=14,792$), IMD ($p=0,000$; $OR=6,771$), dukungan suami ($p=0,000$; $OR=10,988$) dan teknik menyusui ($p=0,001$; $OR=3,784$) terhadap keberhasilan menyusui pada dua bulan pertama.
4	(Yohmi <i>et al.</i> , 2015)	<i>Prevalence of exclusive breastfeeding in Indonesia: a qualitative and quantitative study</i>	Penelitian ini adalah studi mencakup 22 provinsi di Indonesia dan ditargetkan pada ibu dengan bayi berusia 0-11 bulan. kuantitatif <i>random sampling</i> kualitatif dengan <i>stratified random sampling design</i>	Prevalensi ASI Eksklusif secara keseluruhan hingga Usia 6 bulan di Indonesia adalah 49,8%. Pengangguran ibu dan status sosial ekonomi keluarga yang tinggi dikaitkan dengan lebih lama durasi menyusui.
5	(Agunbiade and Ogunleye, 2012)	<i>Constraints to Exclusive Breastfeeding Practice Among Breastfeeding Mothers in Southwest Nigeria: Implications for Scaling Up</i>	Penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan cross sectional dan termasuk penelitian kuantitatif.	Hasil penelitian menunjukkan kendala untuk ASI eksklusif yaitu persepsi bayi tidak kenyang 29%, masalah kesehatan ibu 26%, takut bayi menjadi ketergantungan ASI 26%, tekanan dari ibu mertua 25%, nyeri di payudara 25%, dan ibu kembali bekerja 24%.

K. Kerangka Teori



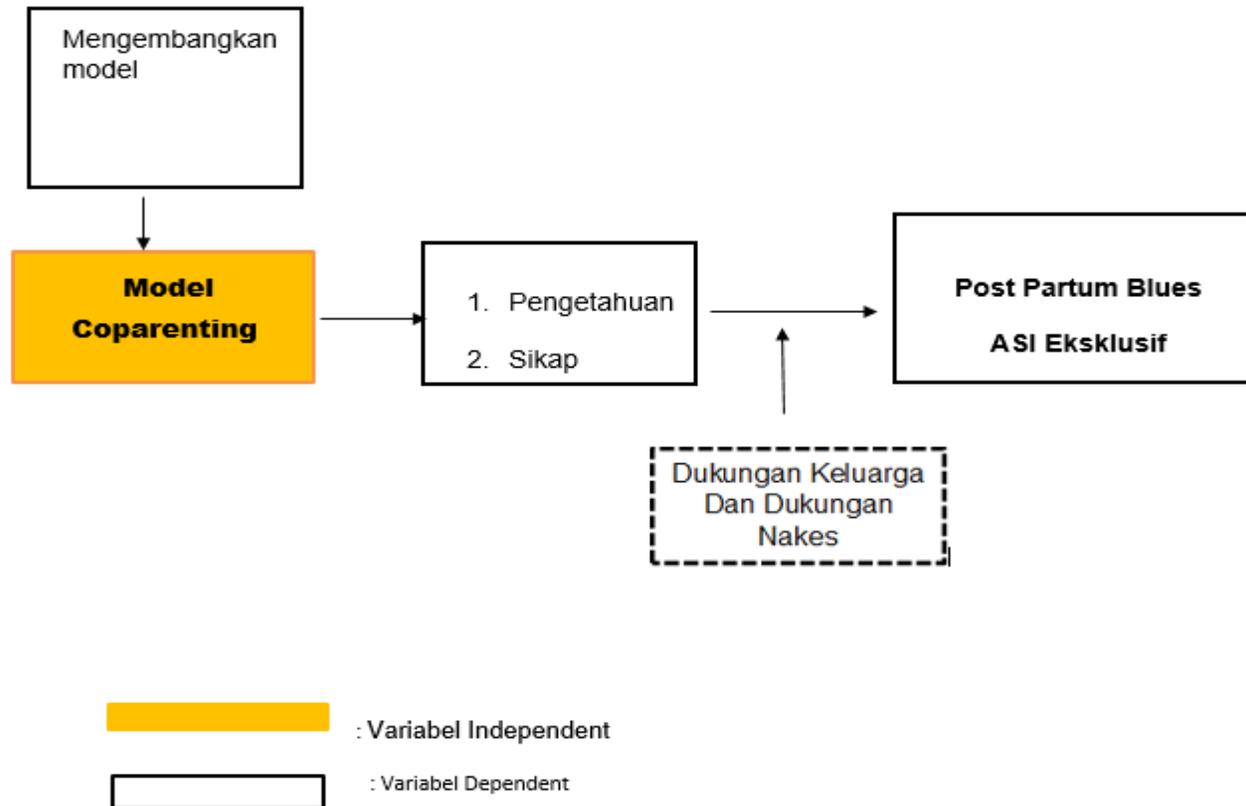
Gambar 2.3 Kerangka teori

Teori Green 1996, Bennett 2016, Abbas-Dick 2017, Fitria 2017, Letourneau N 2019, Antawati 2020, Mallette 2019

Kerangka teori dalam penelitian ini diadopsi dari Teori Green 1996 serta penelitian yang dilakukan oleh Bennett (2016), Abbas-Dick (2017), Fitria (2017), Letourneau (2019), Antawati (2020) dan Mallette (2019). Ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi kejadian *postpartum blues* pada ibu. Faktor tersebut terdiri dari faktor yang menyebabkan terjadinya *postpartum blues* serta faktor perilaku. Faktor yang dapat menyebabkan *postpartum blues* secara langsung meliputi perubahan hormonal (oksitosin rendah), kebudayaan, keadaan finansial, latar belakang Ibu serta adanya riwayat dilecehkan pada ibu itu sendiri.

Faktor perilaku yang diadopsi dari teori Green 1996 yang meliputi sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan persepsi yang dimiliki oleh ibu atau yang dialami oleh ibu secara langsung juga menjadi penyebab munculnya *postpartum blues*. Akan tetapi, apabila pada masa *post partum* ibu memiliki manajemen laktasi yang baik serta didukung oleh pengetahuan, pendidikan, sikap, dukungan keluarga, fisik ibu, psikis ibu serta kondisi bayi dan dilaksanakannya *model coparenting* untuk mencapai tujuan menyusui bersama tanggung jawab menyusui bersama dukungan menyusui proaktif interaksi ayah-ibu-anak dan komunikasi dan pemecahan masalah efektif akan menurunkan kejadian *postpartum blues*, apabila ibu tidak mengalami *postpartum blues* maka keberhasilan pemberian ASI eksklusif akan meningkat.

L. Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka teori

Berdasarkan kerangka konsep diatas, salah satu tujuan dari penelitian ini adalah mengembangkan model *coparenting* yang mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Dapat diketahui jika model *coparenting* dapat mempengaruhi dukungan sosial baik oleh keluarga dan juga tenaga kesehatan yang diterima oleh ibu. Semua faktor ini akan mempengaruhi pengetahuan, sikap dan tindakan ibu dalam memberikan ASI eksklusif sehingga akan menurunkan kejadian postpartum blues dan meningkatkan pemberian ASI eksklusif.

M. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas adalah model *coparenting*
2. Variabel terikat yaitu kejadian *postpartum blues* dan keberhasilan pemberian ASI.
3. Variabel *cofounding* adalah umur, pendidikan dan pekerjaan. Variabel *cofounding* digunakan untuk menekan bias yang mungkin muncul selama penelitian yang diakibatkan responden memiliki karakteristik yang terlalu berbeda.
4. Variabel *intervening* (moderator) yaitu dukungan keluarga dan dukungan tenaga kesehatan.

N. Definisi Operasional

1. Definisi Konseptual Untuk Data Kualitatif

- a. Model *coparenting* yang ingin diterapkan oleh ibu dan suami setelah anaknya lahir

Coparenting yang akan dijalani ibu dan suami dalam mengasuh anak dan memberikan ASI eksklusif berdasarkan kebudayaan dan mitos yang tumbuh di Kota Denpasar.

b. *Postpartum blues*

Gejala depresi yang dialami ibu selama hamil, faktor-faktor yang menyebabkan *postpartum blues* serta kebudayaan Bali yang memicu munculnya stress pada ibu.

c. Tindakan ibu dan suami dalam memberikan ASI eksklusif jika anak sudah lahir

Faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan pemberian ASI eksklusif pada ibu dan suami, pengetahuan ibu dan suami terkait ASI eksklusif serta sikap ibu dan suami terkait pemberian ASI eksklusif kepada bayi.

2. Definisi Operasional Untuk Data Kuantitatif

Berikut matriks tabel definisi operasional dan kriteria objektif untuk penelitian kuantitatif:

Tabel.2.7 Matriks Definisi Operasional dan kriteria Objektif

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Kriteria objektif
1	Pengetahuan	Pengetahuan ibu dan suami terkait pengertian ASI Eksklusif, manfaat memberikan ASI Eksklusif untuk ibu dan bayi, kolostrom dan Inisiasi Menyusui Dini, menyusui bagi ibu bekerja serta cara mengatasi hambatan dalam pemberian ASI Eksklusif.	Interval	1. Baik jika skor jawaban 76-100% 2. Kurang jika skor jawaban <76%

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Kriteria objektif
2	Sikap	Respon terbuka ibu dalam memberikan ASI meliputi sikap ibu dalam memberikan ASI dan menghadapi hambatan pemberian ASI.	Interval	1. Baik jika skor jawaban 76-100% 2. Kurang jika skor jawaban <76%
3.	Dukungan Keluarga	Dukungan yang diberikan oleh suami dan ibu mertua dalam membantu ibu menyusui	interval	1. Baik jika skor jawaban 76-100% 2. Kurang jika skor jawaban <76%
4.	Dukungan tenaga kesehatan	Dukungan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, baik berupa informasi atau dukungan lain dalam membantu ibu menyusui	interval	1. Baik jika skor jawaban 76-100% 2. Kurang jika skor jawaban <76%
5.	<i>Postpartum blues</i>	Kesedihan dan kemurungan yang dialami oleh ibu setelah melahirkan yang diukur sebanyak 2 kali pada 7 hari pertama setelah melahirkan dan 6 bulan setelah melahirkan	Interval	Kuesioner MBQ Kennerley & Gath terdiri dari 28 item gejala postpartum blues dengan pilihan jawaban "Ya" dan "Tidak". Untuk "Ya" diberi skor 1 dan "Tidak" diberi skor "0".
6.	Keberhasilan ASI eksklusif	Capaian ibu hamil yang berhasil memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan	Interval	Memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan diberi skor 1 jika memberikan minuman selain ASI diberikan skor 0

O. Hipotesis Penelitian

1. Model *coparenting* dapat meningkatkan pengetahuan pasangan suami istri tentang *postpartum blues* dan keberhasilan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali.
2. Model *coparenting* dapat meningkatkan sikap pasangan suami istri tentang *postpartum blues* dan keberhasilan dalam pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali .
3. Pengetahuan pasangan suami istri dapat menurunkan kejadian *postpartum blues* pada ibu di Kota Denpasar Bali.
4. Pengetahuan pasangan suami istri dapat meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali.
5. Sikap pasangan suami istri dapat menurunkan kejadian *postpartum blues* di Kota Denpasar Bali.
6. Sikap pasangan suami istri dapat meningkatkan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali.
7. Terdapat pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan suami istri tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali.
8. Terdapat pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan suami istri tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali.

9. Terdapat pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan suami istri tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali
10. Tidak ada pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan suami istri tentang *postpartum blues* berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali .
11. Terdapat pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan suami istri tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali.
12. Terdapat pengaruh model *coparenting* pada pengetahuan pasangan suami istri tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali .
13. Terdapat pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan suami istri tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan keluarga di Kota Denpasar Bali .
14. Terdapat pengaruh model *coparenting* pada sikap pasangan suami istri tentang ASI eksklusif berdasarkan dukungan tenaga kesehatan di Kota Denpasar Bali .
15. Model *coparenting* dapat mencegah kejadian *postpartum blues* di Kota Denpasar Bali
16. Model *coparenting* dapat meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif di Kota Denpasar Bali.