

Praktik Pemberian Makan Prelakteal di Daerah Urban dan Rural Indonesia: studi data Survei Dasar Kesehatan Indonesia 2017

Prelacteal Feeding Practices in Indonesia's Urban and Rural Areas: a 2017 Indonesia Basic Health Survey data study

Purwanti, Rachma; Rahadiyanti, Ayu; Kurniawati, Dewi Marfu'ah; Irawan, Galuh Chandra

Rachma Purwanti rachmapurwanti@fk.undip.ac.id
Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran,
Universitas Diponegoro, Indonesia
Ayu Rahadiyanti
Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran,
Universitas Diponegoro, Indonesia
Dewi Marfu'ah Kurniawati
Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran,
Universitas Diponegoro, Indonesia
Galuh Chandra Irawan
Program Studi Gizi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Immanuel Bandung, Indonesia

Health Information: Jurnal Penelitian

Poltekkes Kemenkes Kendari, Indonesia
ISSN: 2085-0840
ISSN-e: 2622-5905
Periodicity: Bianual
vol. 14, no. 2, 2022
jurnaldanhakcipta@poltekkes-kdi.ac.id

Received: 22 April 2022
Accepted: 28 November 2022

URL: <http://portal.amelica.org/amei/journal/504/5043682009/>

DOI: <https://doi.org/10.36990/hijp.v14i1.495>

Funding
Funding source: Nihil.

Authors retain copyright and grant the journal right of first publication with the work simultaneously licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License that allows others to share the work with an acknowledgment of the works authorship and initial publication in this journal and able to enter into separate, additional contractual arrangements for the non-exclusive distribution of the journals published version of the work (e.g., post it to an institutional repository or publish it in a book).



Ringkasan: Secara global, capaian pemberian ASI eksklusif saat ini masih tergolong rendah (<50%). Pemberian makanan prelakteal merupakan tantangan bagi keberhasilan ASI eksklusif. Studi ini bertujuan untuk menganalisis hubungan tempat tinggal di wilayah rural dan urban dengan praktik pemberian makanan prelakteal dan jenis makanan prelakteal yang diberikan. Penelitian dengan desain cross sectional ini menggunakan data sekunder SDKI Tahun 2017 dengan kerangka sampel blok sensus dari hasil Sensus Penduduk Tahun 2010 (SP2010). Variabel yang diteliti yaitu tempat tinggal subjek rural/urban, pemberian makanan prelakteal, dan jenis makanan prelakteal yang diberikan. Subjek penelitian ini sebanyak 8841 subjek. Analisis data yang dilakukan meliputi analisis univariat dan bivariat. Tidak terdapat hubungan antara tempat tinggal di wilayah rural/urban dengan praktik pemberian makanan prelakteal ($p > 0,05$). Terdapat hubungan antara tempat tinggal di wilayah rural/urban dengan jenis makanan prelakteal yang diberikan yaitu susu selain ASI, air putih, air gula, susu formula, madu, kopi, dan pemberian cairan lainnya ($p < 0,001$; $p = 0,003$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,011$; $p < 0,001$). Air putih, air gula, madu, dan kopi seringkali diberikan sebagai makanan prelakteal di daerah rural. Susu selain ASI dan susu formula merupakan jenis makanan prelakteal yang sering diberikan di daerah urban. Tempat tinggal di wilayah rural/urban tidak berhubungan dengan praktik pemberian makanan prelakteal tetapi berhubungan dengan jenis makanan prelakteal yang diberikan.

Kata kunci: Praktik pemberian makanan prelakteal, Rural urban, SDKI 2017.

Abstract: Based on WHO data, globally, the achievement of exclusive breastfeeding is still relatively low (<50%). Pre-lacteal feeding is a challenge for the success of exclusive breastfeeding. This study aims to analyze the relationship between residence in rural and urban areas with the practice of pre-lacteal feeding and the type of pre-lacteal food given. The study use secondary data from Indonesian Demographic and Health Survey (IDHS)-2017 with a census block sample frame from the results of the

2010 population census. The variables studied were the subject's residence (rural-urban), pre-lacteal feeding, and the type of pre-lacteal food given. The subjects of this study were 8841 subjects. Data analysis carried out included univariate and bivariate analysis. There was no relationship between residence in rural/urban areas and the practice of pre-lacteal feeding ($p > 0.05$). There was a relationship between residency in rural/urban areas and the type of pre-lacteal food given, namely milk other than breast milk, plain water, sugar water, formula milk, honey, coffee, and other fluids ($p < 0.001$; $p = 0.003$; $p < 0.001$; $p < 0.001$; $p < 0.001$; $p = 0.011$; $p < 0.001$). Water, sugar water, honey, and coffee are pre-lacteal foods frequently given in rural areas. Milk other than breast milk and formula milk is pre-lacteal food frequently given in urban areas. Residency in rural/urban areas is not related to pre-lacteal feeding practices but is related to the type of pre-lacteal food given. Suggestion: it is necessary to conduct a national study to analyze the factors related to the types of pre-lacteal food given in rural and urban areas.

Keywords: Pre-lacteal feeding practice, Rural urban, IDHS-2017.

PENDAHULUAN

Pemberian ASI eksklusif merupakan determinan utama status gizi bayi dan balita. Pemberian ASI eksklusif merupakan intervensi yang efektif dalam meningkatkan kesehatan anak (Ashwini et al., 2014; World Health Organization & UNICEF, 2009). Pemberian ASI eksklusif memiliki berbagai manfaat kesehatan seperti mencegah terjadinya infeksi akut, menurunkan risiko terjadinya obesitas, penyakit kronis, masalah kolesterol, tekanan darah, dan menurunkan prevalensi DM tipe 2 pada saat dewasa (Green et al., 2021). Meskipun terdapat berbagai keuntungan dari penerapan kebijakan ASI eksklusif, pada praktiknya pemberian ASI eksklusif masih memiliki banyak tantangan. Secara global, pada tahun 2020, hanya 40% bayi usia < 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif (World Health Organization & UNICEF, 2009). Adapun di Indonesia, berdasarkan profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020, persen cakupan ASI eksklusif secara nasional di Indonesia sebesar 66%. Persentase tersebut juga bervariasi antar wilayah propinsi.

Berbagai studi melaporkan bahwa kurang optimalnya capaian ASI eksklusif dikarenakan pengenalan makanan padat yang lebih dini dibandingkan usia yang direkomendasikan oleh WHO (Inoue & Binns, 2014). Salah satunya dikarenakan pengenalan makan selain ASI pada bayi baru lahir termasuk pengenalan makanan pada bayi sebelum bayi diberikan ASI yang dikenal dengan istilah pemberian makan prelakteal. Praktik pemberian makan prelakteal merupakan salah satu penghalang utama pelaksanaan ASI eksklusif (Hitachi et al., 2019).

Studi dengan data *Demographic and Health Survey/DHS* (2000-2013) di 57 negara di dunia melaporkan bahwa capaian praktik Inisiasi Menyusui Dini tertinggi dan bayi tidak diberikan makanan prelakteal paling tinggi yaitu di wilayah Amerika Latin (60,3% IMD dan 65,2% bayi tidak diberikan makanan prelakteal) (Oakley et al., 2018). Studi di Amerika Latin dan Karibia melaporkan

bahwa prevalensi praktik pemberian makanan prelakteal bervariasi antara 17,6% (di Guiana)-55% (Republik Dominica) (Boccolini et al., 2015).

Studi di berbagai negara menunjukkan rentang prevalensi yang cukup lebar terkait praktik pemberian makanan prelakteal ini. Penelitian di Turki melaporkan praktik pemberian makanan prelakteal berkisar antara 29,3-41,4% (Yalçın et al., 2020). Penelitian lain di Ethiopia melaporkan bahwa sebesar 28,92% bayi yang diteliti telah diberikan makanan prelakteal (Belachew et al., 2016). Studi di Punjab, India melaporkan tingginya proporsi pemberian makanan prelakteal (70%) dengan jenis makanan prelakteal yang paling sering diberikan yaitu madu (Dhir & Batta, 2015). Terdapat pula laporan bahwa prevalensi pemberian makanan prelakteal di rural Bangalore India hanya sebesar 30,8% (Reddy & Sreeramareddy, 2017).

Data *Demographic and Health Survey/DHS* (2000-2013) juga menunjukkan bahwa capaian praktik Inisiasi Menyusui Dini terendah dan praktik pemberian makanan prelakteal tertinggi yaitu wilayah Asia Tenggara (30,8% IMD dan 41,0% bayi tidak diberikan makanan prelakteal) (Oakley et al., 2018). Hal ini menunjukkan praktik pemberian makanan prelakteal di Asia Tenggara tergolong tinggi di tingkat global. Studi di Vietnam juga melaporkan bahwa 3 hari setelah persalinan, 73,3% bayi di Vietnam telah diberikan makanan prelakteal (Dhir & Batta, 2015). Temuan ini sejalan dengan hasil studi di Indonesia bahwa tingginya praktik pemberian makan prelakteal merupakan salah satu faktor penyebab kegagalan ASI eksklusif di Indonesia (Inoue & Binns, 2014).

Studi di berbagai negara juga menemukan perbedaan jenis makanan prelakteal yang diberikan pada bayi di awal kehidupannya. Jenis makanan prelakteal yang diberikan pada bayi di Vietnam meliputi susu formula (53,5%), dan air putih (44,1%) (Nguyen et al., 2013). Jenis makanan prelakteal yang paling sering diberikan pada bayi di Turki yaitu susu formula (61,1%), diikuti oleh air gula (24,9%) dan air putih (9,3%) (Yalçın et al., 2020), serta mentega (n=1143), air putih (n=395) dan susu selain ASI (n=323) (Belachew et al., 2016). Jenis makanan yang diberikan kepada bayi baru lahir di India meliputi susu hewan, madu, air beras, dan susu formula (12,8%; 8,5%; 3,3%; 3,5%; dan 1,5%) (Reddy & Sreeramareddy, 2017). Adapun di Indonesia, diketahui bahwa sekitar 45% bayi di Indonesia diberikan makanan/minuman prelakteal dengan jenis makanan/minuman prelakteal yang terbanyak diberikan yaitu susu formula (25%), susu selain ASI (14%), air putih (5%), dan madu (3%) (Rahmartani et al., 2020).

Perbedaan pemberian makanan prelakteal dapat dijumpai antar etnis, kelompok agama, dan antar wilayah (Belachew et al., 2016). Namun, keterkaitan antara faktor wilayah rural/urban dengan praktik pemberian makanan prelakteal tergolong masih kurang konsisten. Terdapat laporan studi di India bahwa tidak ada hubungan antara tempat tinggal di wilayah rural/urban dengan praktik pemberian makanan prelakteal. Namun, terdapat hubungan antara tempat tinggal di wilayah rural/urban dengan pemberian kolostrum, IMD, dan pemberian "Ghutti" sebelum usia 6 bulan (Ashwini et al., 2014). Penelitian lain di India melaporkan bahwa praktik pemberian makanan prelakteal di wilayah urban dan rural India berbeda secara signifikan. Praktik pemberian makanan prelakteal lebih banyak dijumpai di daerah rural dibanding daerah

urban (Gautam et al., 2018; Vyas & Butakhieo, 2020). Jenis makanan prelakteal yang diberikan di daerah rural dan urban juga berbeda berdasarkan hasil penelitian Gautam et al. (2018) tersebut. Jenis makanan prelakteal yang banyak diberikan di daerah rural adalah “Kadha” (34,2%) diikuti susu hewan (23,9%), air gula (16,7%), madu (13,2%), dan teh (12%). Jenis makanan prelakteal yang diberikan di daerah urban meliputi susu hewan (71,8%), air gula (16,3%), dan teh (11,9%) (Gautam et al., 2018). Studi di Nigeria menggunakan data *National Demographic and Health Survey* (NDHS) menunjukkan bahwa prevalensi pemberian makanan prelakteal di wilayah urban lebih tinggi dibandingkan wilayah rural. Selain itu, terdapat perbedaan jenis makanan prelakteal di wilayah rural dan urban Nigeria. Jenis makanan prelakteal yang paling sering diberikan di wilayah urban yaitu air gula sedangkan di wilayah rural yaitu air putih (Berde et al., 2017).

Secara nasional, cakupan ASI eksklusif di Indonesia baru mencapai 44,1%. Meskipun tidak berbeda signifikan, cakupan ASI eksklusif di Indonesia diketahui lebih tinggi pada daerah urban (47,8%) dibandingkan daerah rural (40,5%) (World Health Organization, 2017). Berdasarkan data SDKI tahun 2017 diketahui sebesar 45% anak Indonesia usia 0-2 tahun yang diberikan makanan prelakteal. Jenis makanan prelakteal yang paling banyak diberikan yaitu susu formula (25%), susu selain ASI (14%), air putih (5%), dan madu (3%) (Rahmartani et al., 2020). Namun demikian, belum terdapat laporan studi secara nasional di Indonesia yang menghubungkan wilayah tempat tinggal di wilayah rural/urban dengan praktik pemberian makanan prelakteal. Oleh karena itu, studi ini dilakukan dengan tujuan untuk mendeskripsikan praktik pemberian makanan prelakteal secara spesifik di wilayah urban dan rural di Indonesia. Studi ini juga menganalisis hubungan tempat tinggal di wilayah rural/urban dengan praktik pemberian makanan prelakteal dan jenis makanan prelakteal yang diberikan.

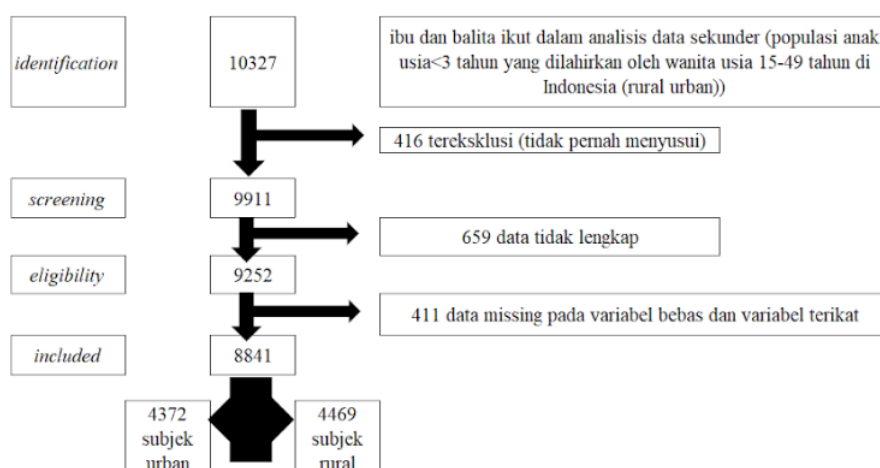
METODE

Penelitian dengan desain *cross Sectional* ini menggunakan data sekunder hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2017. Sampel SDKI Tahun 2017 meliputi 1970 blok sensus yang berada di wilayah rural dan urban. Kerangka sampel yang digunakan yaitu master sampel blok dari Sensus Penduduk Tahun 2010. Variabel bebas yang diteliti yaitu tempat tinggal subjek (*rural-urban*). Variabel terikat yang diteliti yaitu pemberian makanan prelakteal dan jenis makanan prelakteal yang diberikan. Variabel lainnya yang digambarkan secara deskriptif yaitu karakteristik anak (umur anak), karakteristik ibu (umur ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak, jumlah anak balita, metode persalinan terakhir, dan masih menyusui/tidak), karakteristik ayah (usia, pekerjaan ayah), dan karakteristik keluarga (kuintil kekayaan dan jumlah anggota keluarga).

Pemilihan subjek

Populasi sumber dari penelitian ini adalah seluruh anak usia <3 tahun yang dilahirkan oleh wanita usia 15 – 49 tahun di Indonesia dan bertempat tinggal

di wilayah rural/urban saat survei berlangsung. Sampel diambil dengan teknik *total sampling* melalui pembatasan kriteria. Kriteria inklusi yang digunakan untuk membatasi subjek adalah usia anak <3 tahun (diperoleh 10327 subjek), pernah/masih menyusui (diperoleh 9911), dan data lengkap (diperoleh 9252). Setelah dilakukan *cleaning* dan menghilangkan data *missing* di tiap variabel yang diteliti, diperoleh sebanyak 8841 subjek. Selanjutnya, subjek dikelompokkan berdasarkan tempat tinggal urban dan rural dengan jumlah subjek urban sebanyak 4372 subjek urban dan subjek rural sebanyak 4469 subjek.



Gambar 1

Prisma Flow Diagram

DOI: <https://doi.org/10.36990/hijp.v14i2.495.g609>

Pengolahan dan analisis data

Pengolahan dan analisis data dilakukan menggunakan program komputer SPSS versi 25. Analisis data yang digunakan meliputi analisis univariat yaitu uji distribusi frekuensi (untuk menggambarkan karakteristik anak, ayah, ibu, dan keluarga) dan analisis bivariat untuk data ordinal menggunakan metode uji *Kendall's tau-b* untuk menganalisis hubungan antara tempat tinggal (*rural-urban*) dengan pemberian makanan prelakteal dan jenis makanan prelakteal yang diberikan (Susu selain ASI, air putih, air gula, *gripe water*, larutan gula garam, jus buah, formula bayi, teh, madu, dan kopi).

HASIL

Tabel 1
Karakteristik Orang Tua Subjek di Wilayah Rural dan Urban

No	variabel	Tempat tinggal				Total		
		Urban		Rural		n	%	
		n	%	n	%			
A Karakteristik anak								
1	Umur anak	0-1 tahun	1476	48,30%	1577	51,70%	3053	100,00%
		1-2 tahun	1518	49,00%	1578	51,00%	3096	100,00%
		2-3 tahun	1333	49,50%	1359	50,50%	2692	100,00%
B karakteristik ibu								
1	umur ibu	<20 tahun	125	39,40%	192	60,60%	317	100,00%
		20-35 tahun	3269	48,80%	3431	51,20%	6700	100,00%
		>35 tahun	933	51,20%	891	48,80%	1824	100,00%
2	Pekerjaan ibu	Tidak bekerja	2195	47,90%	2391	52,10%	4586	100,00%
		<i>Professional/technical/managerial</i>	415	53,20%	365	46,80%	780	100,00%
		<i>Clerical</i>	288	72,00%	112	28,00%	400	100,00%
		Penjualan	807	59,70%	544	40,30%	1351	100,00%
		Bertani (lahan milik sendiri)	65	8,10%	734	91,90%	799	100,00%
		Buruh tani	252	57,40%	187	42,60%	439	100,00%
		Pelayanan	305	62,80%	181	37,20%	486	100,00%
3	Jumlah kelahiran pada 5 tahun terakhir	1	3383	49,00%	3522	51,00%	6905	100,00%
		2	883	49,20%	911	50,80%	1794	100,00%
		3	59	42,80%	79	57,20%	138	100,00%
		4	2	50,00%	2	50,00%	4	100,00%
4	Persalinan terakhir melalui operasi caesar	tidak	3300	45,40%	3973	54,60%	7273	100,00%
		ya	1027	65,50%	541	34,50%	1568	100,00%
5	Saat ini masih menyusui	tidak	1909	54,50%	1595	45,50%	3504	100,00%
		ya	2418	45,30%	2919	54,70%	5337	100,00%
6	Jumlah anak yang pernah dilahirkan	<=2	2852	50,20%	2832	49,80%	5684	100,00%
		>2	1475	46,70%	1682	53,30%	3157	100,00%
C Karakteristik ayah								
1	Usia ayah	<20	34	57,6%	25	42,4%	59	100,0%
		20-35	2597	48,9%	2712	51,1%	5309	100,0%
		>35	1696	48,8%	1777	51,2%	3473	100,0%
2	Pekerjaan ayah	Tidak bekerja selama 12 bulan terakhir	35	48,60%	37	51,40%	72	100,00%
		<i>Professional, technical</i>	456	61,10%	290	38,90%	746	100,00%
		Manajer dan administrasi	114	72,20%	44	27,80%	158	100,00%
		<i>Clerical</i>	404	64,50%	222	35,50%	626	100,00%
		Penjualan	807	66,80%	401	33,20%	1208	100,00%
		Jasa	961	59,10%	666	40,90%	1627	100,00%
		Bertani	359	16,10%	1877	83,90%	2236	100,00%
		Karyawan Industri	1191	54,90%	977	45,10%	2168	100,00%
D karakteristik keluarga								
1	Kuintil kekayaan (gabungan)	<i>Poorest</i>	381	16,20%	1971	83,80%	2352	100,00%
		<i>Poorer</i>	690	38,50%	1103	61,50%	1793	100,00%
		<i>Middle</i>	955	57,70%	701	42,30%	1656	100,00%
		<i>Richer</i>	1080	69,60%	472	30,40%	1552	100,00%
		<i>Richest</i>	1221	82,10%	267	17,90%	1488	100,00%
2	Kuintil kekayaan untuk urban/rural	<i>Poorest</i>	1027	42,80%	1371	57,20%	2398	100,00%
		<i>Poorer</i>	930	50,50%	913	49,50%	1843	100,00%
		<i>Middle</i>	869	50,80%	841	49,20%	1710	100,00%
		<i>Richer</i>	812	54,00%	692	46,00%	1504	100,00%
		<i>Richest</i>	689	49,70%	697	50,30%	1386	100,00%
3	Jumlah anggota keluarga	<=4	1441	48,70%	1518	51,30%	2959	100,00%
		>4	2886	49,10%	2996	50,90%	5882	100,00%

DOI: <https://doi.org/10.36990/hijp.v14i2.495.g607>

Tabel 1 menunjukkan bahwa karakteristik usia anak yang tinggal di wilayah rural dan urban dalam penelitian ini tidak berbeda secara deskriptif yaitu berusia antara 0-3 tahun. Terdapat perbedaan karakteristik ibu yang tinggal di wilayah rural dan urban yaitu ibu yang berusia <20 tahun lebih dari separuhnya (60,60%) tinggal di wilayah rural. Pekerjaan pada sektor pertanian (91,9%) didominasi oleh ibu yang tinggal di wilayah rural sedangkan pekerjaan sebagai clerical (72%) mendominasi di wilayah urban. Sebesar 65% persalinan melalui operasi caesar terjadi di wilayah urban, sedangkan di wilayah rural lebih banyak ibu yang melahirkan melalui persalinan normal. Durasi menyusui lebih panjang pada ibu di wilayah rural dibandingkan urban.

Pekerjaan ayah yang mendominasi di wilayah urban yaitu manajer dan administrasi (72,2%) sedangkan pekerjaan ayah yang mendominasi di wilayah rural yaitu sektor pertanian (83,9%). Tidak ada perbedaan jumlah anak yang dilahirkan antara ibu yang bertempat tinggal di wilayah urban maupun rural. Berdasarkan kuintil kekayaan spesifik untuk daerah urban dan rural, tidak terdapat perbedaan karakteristik antara wilayah urban dan rural.

Tabel 2
Tempat Tinggal di Wilayah Rural/Urban dengan Pemberian Makanan Prelakteal

No	Variabel		Tempat tinggal				total		Koefisien korelasi	p	n
			Urban		Rural		n	%			
			n	%	n	%					
1	Pemberian makanan prelakteal	Tidak	2310	49,0%	2406	51,0%	4716	100,0%	0,001	0,936	8841
		Ya	2017	48,9%	2108	51,1%	4125	100,0%			
2	3 hari pertama diberikan susu selain ASI	Tidak	1372	46,6%	1570	53,4%	2942	100,0%	-.072**	0,000	4125
		Ya	641	54,5%	536	45,5%	1177	100,0%			
3	3 hari pertama diberikan air putih	Tidak	1797	49,8%	1813	50,2%	3610	100,0%	.046**	0,003	4125
		Ya	216	42,4%	293	57,6%	509	100,0%			
4	3 hari pertama diberikan air gula	Tidak	1971	49,8%	1985	50,2%	3956	100,0%	.089**	0,000	4125
		Ya	42	25,8%	121	74,2%	163	100,0%			
5	3 hari pertama diberikan <i>gripe water</i>	Tidak	2012	48,9%	2106	51,1%	4118	100,0%	-0,019	0,233	4125
		Ya	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%			
6	3 hari pertama diberikan larutan gula garam	Tidak	2012	48,9%	2106	51,1%	4118	100,0%	-0,019	0,233	4125
		Ya	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%			
7	3 hari pertama diberikan jus buah	Tidak	2001	48,9%	2094	51,1%	4095	100,0%	-0,008	0,624	4125
		Ya	12	50,0%	12	50,0%	24	100,0%			
8	3 hari pertama diberikan susu formula	Tidak	844	45,7%	1004	54,3%	1848	100,0%	-.059**	0,000	4125
		Ya	1169	51,5%	1102	48,5%	2271	100,0%			
9	3 hari pertama diberikan teh	Tidak	1997	49,0%	2080	51,0%	4077	100,0%	0,016	0,316	4125
		Ya	16	38,1%	26	61,9%	42	100,0%			
10	3 hari pertama diberikan madu	Tidak	1863	50,1%	1854	49,9%	3717	100,0%	.074**	0,000	4125
		Ya	150	37,3%	252	62,7%	402	100,0%			
11	3 hari pertama diberikan kopi	Tidak	2010	49,1%	2087	50,9%	4097	100,0%	.039*	0,011	4125
		Ya	3	13,6%	19	86,4%	22	100,0%			
12	3 hari pertama diberikan lainnya	Tidak	1988	49,4%	2037	50,6%	4025	100,0%	.063**	0,000	4125
		Ya	25	26,6%	69	73,4%	94	100,0%			
13	3 hari pertama tidak diberikan apa-apa	Tidak: diberikan sesuatu	2013	48,9%	2106	51,1%	4119	100,0%	-0,014	0,384	4125

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

DOI: <https://doi.org/10.36990/hijp.v14i2.495.g608>

Tabel 2 menunjukkan prevalensi pemberian makanan prelakteal di wilayah urban sebesar 48,9% sedangkan di wilayah rural sebesar 51,1%. Tempat tinggal di wilayah rural/urban tidak berhubungan dengan pemberian makanan prelakteal. Namun, terdapat hubungan signifikan antara tempat tinggal (rural-urban) dengan pemberian susu selain ASI, pemberian air putih, pemberian air gula, pemberian susu formula, madu, kopi, dan pemberian cairan lainnya ($p < 0,001$; $p = 0,003$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,011$; $p < 0,001$). Tidak terdapat hubungan signifikan antara tempat tinggal (rural-urban) dengan pemberian *gripe water*, larutan gula garam, jus buah, dan the ($p > 0,05$). Jenis makanan prelakteal yang sering diberikan di wilayah urban yaitu susu selain ASI (54,5%). Adapun

jenis makanan prelakteal yang sering diberikan di wilayah rural lebih beragam yaitu kopi, air gula, madu, dan air putih (86,4%; 57,6%; 62,7%; dan 57,6%).

PEMBAHASAN

ASI merupakan makanan ideal untuk bayi. Akan tetapi, seringkali pada ibu yang baru saja melahirkan, ASI tidak dapat langsung diberikan. Kolostrum sering dianggap kurang baik untuk diberikan kepada bayi (Saxena et al., 2020). Selain itu pada sebagian kasus, produksi ASI juga sering dianggap kurang, ASI belum keluar tetapi bayi sudah kehausan, atau faktor lainnya yang menyebabkan terjadinya pemberian makanan prelakteal.

Pemberian makan prelakteal adalah praktik pemberian makan yang berbahaya bagi bayi (Legesse et al., 2014). Pemberian makan prelakteal merupakan salah satu penghalang utama pelaksanaan ASI eksklusif (Hitachi et al., 2019). Makanan prelakteal adalah makanan atau minuman selain ASI yang diberikan kepada bayi sebelum inisiasi menyusui, biasanya dilakukan pada hari-hari awal kelahiran bayi. Pemberian makanan prelakteal dapat mempengaruhi *suckling* (termasuk mengurangi frekuensi menyusui) dan menyebabkan proses pengenalan menyusui sulit untuk dilakukan. Pemberian makanan prelakteal juga dapat meningkatkan risiko bayi terkena penyakit infeksi dan meningkatkan risiko kematian bayi (Amele et al., 2019; Legesse et al., 2014).

Data hasil penelitian ini menunjukkan bahwa prevalensi pemberian makan prelakteal di wilayah urban dan rural sebesar 48,9% dan 51,1%. Tempat tinggal (urban-rural) tidak berhubungan dengan pemberian makanan prelakteal. Temuan ini sejalan dengan laporan hasil studi di India bahwa tidak ada hubungan antara tempat tinggal di wilayah rural/urban dengan praktik pemberian makanan prelakteal. Praktik pemberian makanan prelakteal berhubungan dengan agama, umur ibu, pendidikan, dan status sosioekonomi keluarga. Umur ibu dan pendapatan keluarga juga berhubungan dengan praktik pemberian makanan prelakteal (Ashwini et al., 2014).

Jenis pekerjaan ayah dan ibu di wilayah urban dan rural dalam penelitian ini relatif berbeda, tetapi berdasarkan kuintil kekayaan spesifik untuk daerah urban dan rural tidak terdapat perbedaan karakteristik antara keduanya. Temuan ini sejalan dengan penelitian di Afrika Timur yang melaporkan bahwa praktik pemberian makan prelakteal yang tinggi berkaitan dengan salah satu determinan yaitu kuintil kekayaan (Birhan et al., 2021). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa berdasarkan kuintil kekayaan spesifik untuk daerah urban dan rural, tidak terdapat perbedaan karakteristik antara wilayah urban dan rural. Oleh karena tidak terdapat perbedaan kuintil kekayaan spesifik menurut wilayah urban dan rural di Indonesia berdasarkan penelitian ini, maka tidak terdapat pula hubungan tempat tinggal dengan pemberian makan prelakteal.

Berdasarkan hasil pengkajian data, diketahui bahwa di wilayah urban maupun rural dalam penelitian ini sama-sama memiliki faktor risiko yang dapat meningkatkan praktik pemberian makan prelakteal yaitu tingginya persalinan melalui operasi caesar di wilayah urban dan tingginya prevalensi ibu berusia <20 tahun di wilayah rural. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Vietnam, Turki, Republik Dominika, dan Afrika, dilaporkan adanya hubungan antara operasi Caesar dengan pemberian makanan/minuman prelakteal (Akello

et al., 2021; McLennan, 2016; Nguyen et al., 2013; Teshale et al., 2021; Yalçın et al., 2020). Jika dikaitkan dengan laporan-laporan studi tersebut, maka persalinan melalui operasi caesar yang banyak dijumpai di daerah urban (65%) berisiko meningkatkan praktik pemberian makanan/minuman prelakteal di daerah urban. Akan tetapi, ternyata prevalensi praktik pemberian makanan/minuman prelakteal di wilayah urban dalam penelitian ini tidak secara signifikan lebih tinggi. Hal ini dapat dikarenakan di wilayah rural dalam penelitian ini juga memiliki faktor yang dapat mempengaruhi meningkatnya praktik pemberian makanan prelakteal yaitu lebih tingginya prevalensi ibu yang berusia < 20 tahun di wilayah rural dibandingkan urban. Sejalan dengan laporan studi sebelumnya, tipe persalinan merupakan faktor yang berhubungan dengan pemberian makanan prelakteal di wilayah urban, sedangkan usia ibu saat persalinan merupakan faktor yang berhubungan dengan praktik pemberian makanan prelakteal di wilayah rural (Berde et al., 2017). Oleh karena adanya faktor prediktor yang berbeda di kedua wilayah rural/urban maka tidak ada hubungan antara wilayah tempat tinggal rural/urban dengan praktik pemberian makanan prelakteal.

Hasil studi ini menemukan bahwa terdapat hubungan signifikan antara tempat tinggal (rural-urban) dengan jenis makanan/minuman prelakteal yang diberikan yaitu pemberian susu selain ASI, pemberian air putih, pemberian air gula, pemberian susu formula, madu, kopi, dan pemberian cairan lainnya ($p < 0,001$; $p = 0,003$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,011$; $p < 0,001$). Air putih, air gula, madu, dan kopi sering diberikan sebagai makanan prelakteal di daerah rural, sedangkan susu selain ASI dan susu formula sering diberikan di daerah urban. Jenis makanan prelakteal yang paling sering diberikan di wilayah urban yaitu susu selain ASI (54,5%), sedangkan jenis makanan prelakteal yang sering diberikan di wilayah rural lebih beragam yaitu kopi, air gula, madu, dan air putih (86,4%; 57,6%; 62,7%; dan 57,6%).

Responden yang tinggal di wilayah urban lebih sering memberikan susu selain ASI sebagai makanan prelakteal dibandingkan responden yang tinggal di wilayah rural. Praktik konsumsi susu selain ASI termasuk susu formula dapat dikaitkan dengan gencarnya promosi pengganti ASI (PASI) (Pries et al., 2016). Faktor utama yang mempengaruhi pemberian susu selain ASI adalah adanya motivasi bahwa pemberian PASI akan berdampak positif bagi pertumbuhan, kecerdasan, dan imunitas anak. Sumber promosi yang banyak dilihat dan dapat mempengaruhi yaitu promosi PASI di luar sistem kesehatan (melalui televisi, media sosial, maupun surat kabar) (Green et al., 2021). Adapun promosi PASI melalui fasilitas kesehatan dilaporkan oleh 37,2% ibu balita dalam studi lainnya. Hal ini berdampak pada pemberian makanan prelakteal di 3 hari pertama pasca persalinan sebesar 44,7% (Feeley et al., 2016). Studi lain di Indonesia melaporkan bahwa terdapat 5 faktor yang berkontribusi terhadap rendahnya ASI eksklusif di Indonesia yaitu kualitas dan kuantitas edukasi menyusui, pemasaran susu formula dan pengaruh perusahaan susu formula, infrastruktur RS, kebijakan dan legislasi, serta persepsi tentang kebutuhan suplementasi susu formula (Flaherman et al., 2018). Faktor-faktor tersebut turut mendukung pemberian susu selain ASI di wilayah urban Indonesia. Kondisi ini perlu diwaspadai karena pemberian makanan prelakteal berupa susu selain ASI memiliki risiko 3,9 kali untuk lebih memilih konsumsi susu selain ASI dibandingkan bayi yang tidak

dikenalkan dengan susu selain ASI sebagai makanan prelakteal (Pries et al., 2016).

Studi terdahulu melaporkan bahwa pemberian makanan prelakteal di daerah rural lebih tinggi pada ibu yang tidak bisa baca tulis dan keluarga dengan status sosial ekonomi kurang. Pada keluarga tersebut, jenis makanan yang diberikan antara lain madu, air gula, air yang diberi doa, maupun air kelapa (Jayarama & Ramaiah, 2017). Studi lain di Afrika juga melaporkan temuan yang sama yaitu ketidakterpaparan terhadap media berhubungan dengan tingginya peluang pemberian makan prelaktal (Teshale et al., 2021). Sebaliknya, keterpaparan terhadap media memperbanyak keterpaparan terhadap marketing pengganti ASI (selain alasan utama penggunaan PASI karena kurangnya produksi ASI) (Green et al., 2021).

Pemberian air gula dan madu pada penelitian ini termasuk lebih tinggi dibandingkan studi sebelumnya yang dilakukan di daerah rural India (Gautam et al., 2018). Beberapa studi di India melaporkan bahwa jenis makanan prelakteal yang diberikan di daerah rural mengarah pada jenis makanan khas daerah tersebut. Sedangkan di daerah urban adalah susu hewan (Ashwini et al., 2014; Gautam et al., 2018; Reddy & Sreeramareddy, 2017). Namun demikian, salah satu studi di India juga melaporkan bahwa madu dan air gula termasuk makanan prelakteal yang sering dikonsumsi di India selain makanan khas/lokal di daerah tersebut (Jayarama & Ramaiah, 2017).

Jenis makanan prelakteal yang diberikan di wilayah urban dan rural pada penelitian ini juga berbeda dengan temuan di Nigeria. Studi di Nigeria menggunakan data *National Demographic and Health Survey* (NDHS) menunjukkan bahwa jenis makanan prelakteal yang paling sering diberikan di wilayah urban yaitu air gula sedangkan di wilayah rural yaitu air putih (Berde et al., 2017). Studi lain di Nigeria juga memperkuat bukti bahwa budaya lokal di Nigeria berbeda dengan di Indonesia mengenai jenis makanan prelakteal yang diberikan kepada bayi di periode perinatal. Di Nigeria, dan negara-negara di Afrika pada umumnya jenis makanan prelakteal yang sering diberikan berupa jus jeruk, *decoction*, dan madu (ketika bayi sakit) (Hitachi et al., 2019). Studi di Ethiopia juga melaporkan bahwa makanan prelakteal yang biasa diberikan kepada bayi yaitu air putih, berbeda dengan temuan penelitian ini (Bayih et al., 2020).

Pemberian makanan prelakteal ini erat kaitannya dengan faktor budaya, terutama faktor keyakinan terhadap budaya (Adem et al., 2021; El-Gilany & Abdel-Hady, 2014). Studi di Indonesia menunjukkan bahwa makanan prelakteal telah dipercaya secara turun temurun, contohnya pemberian madu hutan karena manis, air kopi supaya tidak step dan santan kental untuk membersihkan perut. Pemberian makanan prelakteal paling banyak dipengaruhi oleh orang tua. Praktik pemberian makanan prelakteal ini juga berkaitan dengan peran bidan, tetangga, posyandu, dan pencarian informasi oleh informan itu sendiri. Meskipun demikian, faktor sosial budaya memiliki peran yang terbesar. Kepatuhan terhadap adat kebiasaan menjadi faktor yang melatarbelakangi praktik pemberian makanan prelakteal. Makanan prelakteal yang diberikan berdasarkan hasil studi tersebut meliputi madu hutan, air kopi, santan kental, air gula merah, dan susu formula (Hervilia & Munifa, 2016).

Adanya keyakinan budaya bahwa pada periode perinatal terutama pada 3 hari pertama setelah persalinan, kolostrum dianggap tidak baik untuk diberikan kepada bayi yang menyebabkan dipraktikkannya pemberian makanan prelakteal (Saxena et al., 2020). Studi di India menjelaskan tentang alasan konsumsi makanan prelakteal bersifat relatif dan berdasarkan kepercayaan terhadap budaya antara lain makanan prelakteal diyakini dapat mendukung perkembangan kemampuan bicara, memperlancar saluran pencernaan, membersihkan saluran pencernaan, dan mencegah *evil eye* (Bayih et al., 2020; Jayarama & Ramaiah, 2017; Legesse et al., 2014). Praktik ini akan menurun seiring dengan meningkatnya pengetahuan ibu tentang menyusui, peran ayah, kakek dan nenek, maupun anggota keluarga lainnya, kepercayaan dan norma sosial tentang ASI eksklusif, dan keyakinan pribadi akan praktik menyusui (Martin et al., 2020, 2021; Nguyen et al., 2013). Studi di Pulau Nias, Indonesia juga melaporkan bahwa praktik pemberian makan prelakteal dipengaruhi oleh kepercayaan tradisional dari ayah dan ibu di wilayah penelitian (Inayati et al., 2012).

Prevalensi pemberian makan prelakteal pada studi ini lebih rendah dibandingkan hasil studi yang dilakukan di Nigeria pada Tahun 2019 yaitu 85,3% di wilayah urban dan 62,0% di wilayah rural (Hitachi et al., 2019). Prevalensi ini juga lebih rendah dibandingkan praktik pemberian makan prelakteal di Mesir (58%) dan Vietnam (73,3%) (Dhir & Batta, 2015; El-Gilany & Abdel-Hady, 2014). Akan tetapi, prevalensi ini lebih tinggi dibandingkan prevalensi yang dilaporkan di Turki (29,3-41,4%) dan Amerika Latin serta Karibia. Prevalensi pemberian makanan prelakteal terendah di wilayah Amerika Latin dan Karibia yaitu di Guiana (17,6%) (Boccolini et al., 2015; Yalçın et al., 2020). Namun, karena keterbatasan data yang tersedia, belum dapat dijelaskan secara mendalam faktor apa saja yang berkaitan dengan lebih rendahnya prevalensi pemberian makan prelakteal dalam penelitian ini dibandingkan studi di negara-negara lain.

KESIMPULAN DAN SARAN

Prevalensi pemberian makan prelakteal di wilayah urban dan rural sebesar 48,9% dan 51,1%. Tempat tinggal (urban-rural) tidak berhubungan dengan pemberian makanan prelakteal. Terdapat hubungan antara tempat tinggal di wilayah rural/urban dengan jenis makanan prelakteal yang diberikan. Air putih, air gula, madu, dan kopi seringkali diberikan sebagai makanan prelakteal di daerah rural. Adapun susu selain ASI dan susu formula merupakan jenis makanan prelakteal yang sering diberikan di daerah urban. Pemberian makanan prelakteal merupakan tindakan yang berbahaya bagi kesehatan dan tumbuh kembang bayi. Pemberian makanan prelakteal juga merupakan tantangan bagi keberhasilan ASI eksklusif. Perlu dilakukan studi secara nasional untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan tren pemberian makanan prelakteal dan jenis-jenis makanan prelakteal yang diberikan di wilayah rural dan urban di Indonesia.

Kekurangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder hasil SDKI Tahun 2017 dengan klasifikasi wilayah rural dan urban yang tidak sepenuhnya masih relevan dengan kondisi saat ini. Hal ini menjadi salah satu kekurangan dalam kajian secara nasional ini. Selain itu, dikarenakan kajian ini bersifat *cross sectional*, maka hubungan sebab akibat antar variabel tidak dapat teridentifikasi secara jelas.

Mengakui

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kementerian Kesehatan RI, Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan ICF International atas tersedianya data SDKI 2017. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada seluruh tim peneliti dan responden SDKI 2017.

DAFTAR PUSTAKA

- Adem, A., Assefa, N., Deresa, M., Yuya, M., Ayana, G. M., Negash, B., Beshir, T., & Merga, B. T. (2021). Prolactal Feeding Practices and Its Associated Factors among Mother of Children Less Than 2 Years of Age in Kersa District, Eastern Ethiopia. *Global Pediatric Health*, 8. <https://doi.org/10.1177/2333794X211018321>
- Akello, R., Kimuli, D., Okoboi, S., Komuhangi, A., & Izudi, J. (2021). Prolactal feeding among infants within the first week of birth in eastern Uganda: Evidence from a health facility-based cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00425-w>
- Amele, E. A., Demissie, B. wondimeneh, Desta, K. W., & Woldemariam, E. B. (2019). Prolactal feeding practice and its associated factors among mothers of children age less than 24 months old in Southern Ethiopia. *Italian Journal of Pediatrics*, 45(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0604-3>
- Ashwini, S., Katti, S., & Mallapur, M. (2014). Comparison of breast feeding practices among urban and rural mothers: A cross-sectional study. *International Journal of Medicine and Public Health*, 4(1), 120. <https://doi.org/10.4103/2230-8598.127172>
- Bayih, W. A., Mekonen, D. K., & Kebede, S. D. (2020). Prevalence and associated factors of prolactal feeding among neonates admitted to neonatal intensive care units, North central Ethiopia, 2019. *BMC Public Health*, 20(1), 1457. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09578-5>
- Belachew, A. B., Kahsay, A. B., & Abebe, Y. G. (2016). Individual and community-level factors associated with introduction of prolactal feeding in Ethiopia. *Archives of Public Health*, 74(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13690-016-0117-0>
- Berde, A. S., Yalcin, S. S., Ozcebe, H., Uner, S., & Caman, O. K. (2017). Determinants of pre-lactal feeding practices in urban and rural Nigeria; a population-based cross-sectional study using the 2013 Nigeria demographic and health survey data. *African Health Sciences*, 17(3), 690. <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i3.11>
- Birhan, T. Y., Birhan, N. A., & Alene, M. (2021). Pooled Prevalence and Determinants of Prolactal Feeding Practice in Eastern Africa Evidence from Demographic and

- Health Survey Data: A Multilevel Study. *Risk Management and Healthcare Policy, Volume 14*, 1085–1095. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S297564>
- Boccolini, C. S., Pérez-Escamilla, R., Giugliani, E. R. J., & Boccolini, P. de M. M. (2015). Inequities in Milk-Based Pre-lacteal Feedings in Latin America and the Caribbean: The Role of Cesarean Section Delivery. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 89–98. <https://doi.org/10.1177/0890334414559074>
- Dhir, S., & Batta, M. (2015). Neonatal rearing and breastfeeding practices in Punjab, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 435–440. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20150932>
- El-Gilany, A.-H., & Abdel-Hady, D. M. (2014). Newborn First Feed and Pre-lacteal Feeds in Mansoura, Egypt. *BioMed Research International*, 2014, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/258470>
- Feeley, A. B., Ndeye Coly, A., Sy Gueye, N. Y., Diop, E. I., Pries, A. M., Champeny, M., Zehner, E. R., & Huffman, S. L. (2016). Promotion and consumption of commercially produced foods among children: Situation analysis in an urban setting in Senegal. *Maternal & Child Nutrition*, 12(S2), 64–76. <https://doi.org/10.1111/mcn.12304>
- Flaherman, V. J., Chan, S., Desai, R., Agung, F. H., Hartati, H., & Yelda, F. (2018). Barriers to exclusive breast-feeding in Indonesian hospitals: A qualitative study of early infant feeding practices. *Public Health Nutrition*, 21(14), 2689–2697. <https://doi.org/10.1017/S1368980018001453>
- Gautam, S., Eske, G. S., Singh, P., & Kashyap, A. (2018). Comparison of Feeding Practices Among Rural and Urban Mothers and Their Effect on Nutritional Status of Children. *Indian Journal of Child Health*, 05(05), 328–331. <https://doi.org/10.32677/IJCH.2018.v05.i05.004>
- Green, M., Pries, A. M., Hadihardjono, D. N., Izwardy, D., Zehner, E., & Moran, V. H. (2021). Breastfeeding and breastmilk substitute use and feeding motivations among mothers in Bandung City, Indonesia. *Maternal & Child Nutrition*, 17(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.13189>
- Hervilia, D., & Munifa, D. (2016). Pandangan Sosial Budaya terhadap ASI Eksklusif di Wilayah Panarung Palangkaraya (Social and Cultural Aspect toward Exclusive Breastfeeding in Panarung Palangkaraya). *Indonesian Journal of Human Nutrition*, 3(1), 63–70. <https://doi.org/10.21776/ub.ijhn.2016.003.Suplemen.7>
- Hitachi, M., Honda, S., Kaneko, S., & Kamiya, Y. (2019). Correlates of exclusive breastfeeding practices in rural and urban Niger: A community-based cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 14(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0226-9>
- Inayati, D. A., Scherbaum, V., Purwestri, R. C., Hormann, E., Wirawan, N. N., Suryantan, J., Hartono, S., Bloem, M. A., Pangaribuan, R. V., Biesalski, H. K., Hoffmann, V., & Bellows, A. C. (2012). Infant feeding practices among mildly wasted children: A retrospective study on Nias Island, Indonesia. *International Breastfeeding Journal*, 7(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-7-3>
- Inoue, M., & Binns, C. (2014). Introducing Solid Foods to Infants in the Asia Pacific Region. *Nutrients*, 6(1), 276–288. <https://doi.org/10.3390/nu6010276>
- Jayarama, S., & Ramaiah, R. (2017). Pre lacteal feeding practice among mothers in a rural area of Karnataka: A cross sectional study. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 4(8), 2919. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20173346>
- Legesse, M., Demena, M., Mesfin, F., & Haile, D. (2014). Pre-lacteal feeding practices and associated factors among mothers of children aged less than 24 months in

- Raya Kobo district, North Eastern Ethiopia: A cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 9(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s13006-014-0025-2>
- Martin, S. L., McCann, J. K., Gascoigne, E., Allotey, D., Fundira, D., & Dickin, K. L. (2020). Mixed-Methods Systematic Review of Behavioral Interventions in Low- and Middle-Income Countries to Increase Family Support for Maternal, Infant, and Young Child Nutrition during the First 1000 Days. *Current Developments in Nutrition*, 4(6), nzaa085. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa085>
- Martin, S. L., McCann, J. K., Gascoigne, E., Allotey, D., Fundira, D., & Dickin, K. L. (2021). Engaging family members in maternal, infant and young child nutrition activities in low - and middle - income countries: A systematic scoping review. *Maternal & Child Nutrition*, 17(S1). <https://doi.org/10.1111/mcn.13158>
- McLennan, J. D. (2016). Changes in caesarean section rates and milk feeding patterns of infants between 1986 and 2013 in the Dominican Republic. *Public Health Nutrition*, 19(15), 2688–2697. <https://doi.org/10.1017/S1368980016000847>
- Nguyen, P. H., Keithly, S. C., Nguyen, N. T., Nguyen, T. T., Tran, L. M., & Hajeebhoy, N. (2013). Prolactal feeding practices in Vietnam: Challenges and associated factors. *BMC Public Health*, 13(1), 932. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-932>
- Oakley, L., Benova, L., Macleod, D., Lynch, C. A., & Campbell, O. M. R. (2018). Early breastfeeding practices: Descriptive analysis of recent Demographic and Health Surveys. *Maternal & Child Nutrition*, 14(2). <https://doi.org/10.1111/mcn.12535>
- Pries, A. M., Huffman, S. L., Mengkheang, K., Kroeun, H., Champeny, M., Roberts, M., & Zehner, E. (2016). Pervasive promotion of breastmilk substitutes in Phnom Penh, Cambodia, and high usage by mothers for infant and young child feeding. *Maternal & Child Nutrition*, 12(S2), 38–51. <https://doi.org/10.1111/mcn.12271>
- Rahmartani, L. D., Carson, C., & Quigley, M. A. (2020). Prevalence of prolactal feeding and associated risk factors in Indonesia: Evidence from the 2017 Indonesia Demographic Health Survey. *PLOS ONE*, 15(12), e0243097. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243097>
- Reddy, N., & Sreeramareddy, C. (2017). Perinatal care practices in home deliveries in rural Bangalore, India: A community-based, cross-sectional survey. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 6(1), 75. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.206169>
- Saxena, V., Jelly, P., & Sharma, R. (2020). An exploratory study on traditional practices of families during the perinatal period among traditional birth attendants in Uttarakhand. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(1), 156. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_697_19
- Teshale, A. B., Worku, M. G., Tessema, Z. T., & Tesema, G. A. (2021). Prolactal feeding practice and its associated factors among mothers having children less than 2 years of age in East Africa: A multilevel analysis of the recent demographic and health surveys. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00414-z>
- Vyas, L., & Butakhieo, N. (2020). The impact of working from home during COVID-19 on work and life domains: An exploratory study on Hong Kong. *Policy Design and Practice*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/25741292.2020.1863560>
- World Health Organization & UNICEF. (2009). *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*. World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *State of health inequality: Indonesia*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259685>

Yalçın, S. S., Çaylan, N., Yalçın, S., & Eryurt, M. A. (2020). Trends and determinants of prelacteal feeding in Turkey: Analysis of 2003–2018 demographic and health surveys. *Public Health Nutrition*, 23(18), 3269–3282. <https://doi.org/10.1017/S1368980020002037>

Catatan kaki

Editor Akademis: Adriyani Adam (Jurusan Gizi, Poltekkes Kemenkes Makassar, INDONESIA).

Pernyataan Konflik Kepentingan: Para penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dengan pihak manapun.

Berbagi Data: Permintaan berbagi data dapat melalui korespondensi dengan penulis.

Kontribusi Penulis: RP (Konseptualisasi, Analisis formal, Penyiapan naskah - draft, Penyiapan naskah - reviu & pengeditan); AY (Investigasi); DMK (Investigasi); GCI (Penyiapan naskah - reviu & pengeditan).

Pernyataan Penerbit: Poltekkes Kemenkes Kendari menyatakan tetap netral sehubungan dengan klaim dari perspektif atau buah pikiran yang diterbitkan.