



UNIVERSITY OF INDONESIA

**STRATEGIC ROLES OF FATHERS
IN OPTIMIZING BREASTFEEDING PRACTICES:
A STUDY IN AN URBAN SETTING OF JAKARTA**

SUMMARY OF THE DISSERTATION

**Leading to Doctorate Degree in Nutrition
at the University of Indonesia under the auspices of
the Rector Prof. Dr. der Soz. Drs. Gumilar Rusliwa Somantri
for the public defense at the Academic Senate Committee
University of Indonesia
on Tuesday, 8 January 2008
at 10:00 AM**

JUDHIASTUTY FEBRUHARTANTY

**FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITY OF INDONESIA
POSTGRADUATE PROGRAM
STUDY PROGRAM IN NUTRITION
JAKARTA, 2008**

PROMOTOR

Prof. dr. Rulina Suradi, Sp.A(K), IBCLC

CO-PROMOTORS

Prof. dr. Budi Utomo, MPH, PhD

Ir. Siti Muslimatun, MSc, PhD

EXAMINATION TEAM

Prof. DR. Sudarti Kresna, dra, MA

dr. Sri Durjati Boedihardjo, MSc, DrPH

Dr. Atmarita, MPH

dr. Saptawati Bardosono, MSc, PhD

*Dedicated for every father, mother and infant
involved in this study...*



TABLE OF CONTENTS

	Page
1. Background	5
2. Problem Statement	6
3. Benefits of the Study	6
4. Objectives	6
5. Hypothesis	7
6. Conceptual Framework of the Study	7
7. Methodology	8
8. Results and Discussions	15
9. Conclusions	27
10. Recommendations	27
RINGKASAN (Bahasa Indonesia)	29
REFERENCES	56
LIST OF ABBREVIATIONS AND ACRONYMS	59
ACKNOWLEDGMENTS	60
CURRICULUM VITAE	63

STRATEGIC ROLES OF FATHERS IN OPTIMIZING BREASTFEEDING PRACTICES: A STUDY IN AN URBAN SETTING OF JAKARTA

1. BACKGROUND

Early breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding since birth up to six months of age are two important breastfeeding practices for child's survival (Lawrence and Lawrence, 2005; Edmond et al., 2006) and optimal growth (Le et al., 2000; Villalpando and Lopez-Alarcon, 2000; Bhandari et al., 2003; Sumarno and Prihatini, 2004). Early initiation is likely to be associated with a longer duration of exclusive breastfeeding (Hopkinson et al., 1997; León-Cava et al., 2002).

In Indonesia, both breastfeeding practices are not common. Breastfeeding initiation was practiced only among 8.3% of infants within 30 minutes after birth (Directorate of Community Nutrition Ministry of Health Republic of Indonesia, 2003), 4-36% within one hour (BPS and ORC Macro, 2003; DKI Jakarta Provincial Health Office, 2005; HSP, 2006), and 27% within one day after delivery (BPS and ORC Macro, 2003). A study found that exclusive breastfeeding practiced until 4-6 months was 8.5% (DKI Jakarta Provincial Health Office, 2005); until 6 months was 7.8% (BPS and ORC Macro, 2003). The data suggest that to practice breastfeeding as recommended right after delivery and within the first 6 months, nursing women face various challenges related to services obtained from the place of delivery (WHO, 1998; Taveras et al., 2003; BPS and ORC Macro, 2003; Septiari et al., 2006) and supports provided at home (Bar-Yam and Darby, 1997; Green, 1999; Lawrence and Lawrence, 2005). They are not well-prepared with correct breastfeeding technique and management of lactation related difficulties (Arora et al., 2000; Giugliani, 2004) including challenges faced by working women (Dearden et al., 2002; Ong et al., 2005).

Breastfeeding practices are also influenced by prevailing culture and norms among the family members, peer, and society (Abada et al., 2001; Septiari et al., 2006). Fathers particularly are known to influence breastfeeding decision (Giugliani et al., 1994; Arora et al., 2000), breastfeeding initiation (Schmidt and Sigman-Grant, 1999; Wolfberg et al., 2004) and breastfeeding duration (Dearden et al., 2002; Falceto et al., 2003), as well as the risk factor for bottle feeding (Bar-Yam and Darby, 1997; Septiari et al., 2006). Fathers provide emotional support for the mothers during child birth (Vehvilainen-Julkunen and Liukkonen, 1998). They also participate in infant feeding decision making (Bar-Yam and Darby, 1997; Februhartanty et al., 2007), involve in child care activities

(Pruett, 1998; St. John, 2004; Februhartanty et al., 2007), in some household tasks (Sullivan et al., 2004; Februhartanty et al., 2007), and in the family economy (Nystrom and Ohrling, 2004), as well as nurture their marital relationship with the mothers (Falceto et al., 2004; Sullivan et al., 2004).

Studies conclude that not all fathers can provide good supports for the nursing mothers. Fathers' involvements are associated with the quality of couple's relationship (Jordan and Wall, 1993; Sullivan et al., 2004; Condon, 2006), satisfaction towards parental function (Falceto et al., 2004; Nystrom and Ohrling, 2004), knowledge (Ingram and Johnson, 2004; Wolfberg et al., 2004; Shaker et al., 2004; Pisacane et al., 2005), and primacy of work (Pohlman, 2005; Glenn and Quilin, 2007).

2. PROBLEM STATEMENT

Up to date, information about whether fathers play significant roles in influencing breastfeeding practice is pretty much lacking in Indonesia. Furthermore, what types of roles that are associated with breastfeeding practice are unknown. Understanding what factors determine fathers' roles may help to modify fathers who are less supportive to become more supportive to breastfeeding.

3. BENEFITS OF THE STUDY

This study is the first study to collect responses about breastfeeding related matters directly from the fathers in the setting of Jakarta. The findings of this study may be used by other researchers in the field of public health for generating further hypotheses which may be confirmed by further research such as communication intervention studies. The information obtained from this study may also be used by policy makers to improve breastfeeding promotion strategies and to directly target the fathers as advocates for breastfeeding promotion specifically for the two key breastfeeding behaviors i.e. timely breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding.

4. OBJECTIVES

General objective:

To explore father's roles which are most influential to support timely initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding practices and its determinant factors

Specific objectives:

1. To assess various roles of the father during pregnancy, delivery, and post partum
2. To identify types of father's roles that support timely initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding practices
3. To investigate determinant factors affecting father's roles in breastfeeding practices

5. HYPOTHESIS

Fathers may support breastfeeding practices when they have good knowledge on breastfeeding related matters, have good relationship with the mothers, and involved in the breastfeeding tryads.

6. CONCEPTUAL FRAMEWORK OF THE STUDY

This study's main outcome was father's roles in breastfeeding practices. However, the effects of father's roles on breastfeeding practices were also assessed. Since breastfeeding practices are influenced by factors not only related to father, other factors such as maternal factors and other influences (i.e. from hospital setting, peer, media, etc) were also stipulated in the conceptual framework of the study. Factors influencing father's roles in breastfeeding included maternal factors, other influences, father's knowledge and attitudes, and socio-economic factors (**Figure 1**). Furthermore, **Table 1** provides description of the variables involved in the study.

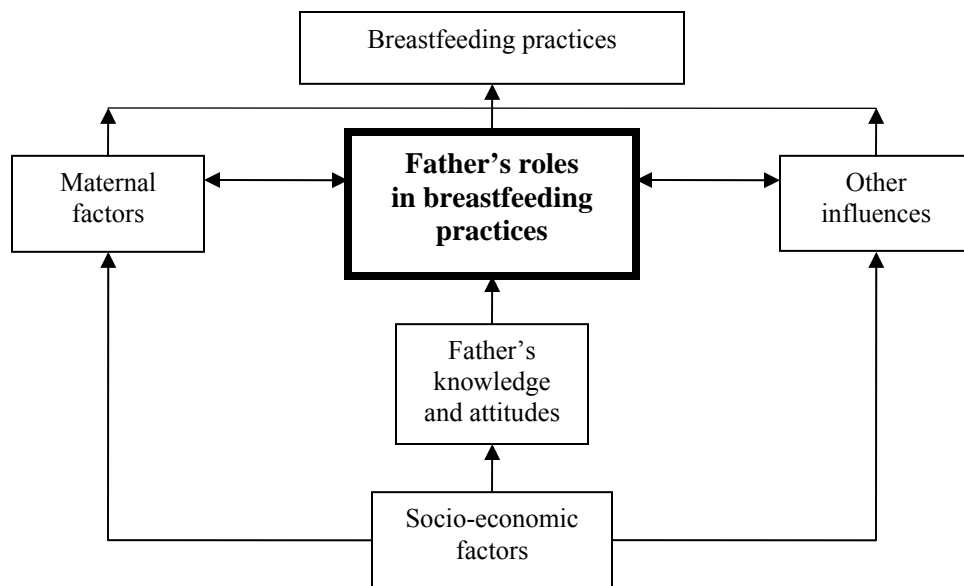


Figure 1. Conceptual framework of the study

Table 1. Description of variables involved in the study

No.	Variable	Description
1	Breastfeeding practices	<ul style="list-style-type: none">▪ Timely breastfeeding initiation was defined as the time when infant did first breastfeeding contact (1 = yes if ≤ 30 minutes after delivery; 0 = no if else)▪ Exclusive breastfeeding practice was decided based on 24 hour food recall and use of teat/pacifier in the last 24 hour (1 = yes if infant only received breast milk and not use teat or pacifier in the last 24 hour; 0 = no if else)
2	Maternal factors	employment status, experience of lactation related difficulties (i.e. perceived breast milk insufficiency, obstructed breast milk flow), parity, maternal education level and maternal knowledge on breastfeeding related matters, and maternal attitude towards breastfeeding related matters
3	Father's roles	actions during the continuum of pregnancy, delivery and post partum that are provided right after delivery and within the first 6 months period
4	Other influences	parental exposures to usual sources of mass media communication, parental exposures to various interpersonal sources of information, services received from health facility during pregnancy, delivery, and post partum (i.e. parents received breastfeeding counseling during ANC and PNC, rooming in facilities for mother and the newborn, and infant not received prelacteal feeding)
5	Father's knowledge and attitudes	<ul style="list-style-type: none">▪ A total of 15 questions constituted father's knowledge which consisted of his understanding about child health and benefits of breastfeeding, information related to breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding, as well as information related to lactation-related difficulties and its management (such as potential solutions for working mothers who would like to resume breastfeeding, frequent feeding, signs of sufficiently breastfed infants, provision of help from the fathers).▪ A total of 30 statements constituted father's attitude towards breastfeeding related matters such as support from fathers during pregnancy-delivery-post partum, practices of immediate breastfeeding and exclusive breastfeeding, factors influencing successful breastfeeding, perception towards breastfeeding versus bottle feeding, male and female domains at home and at work, and influence of health personnel.
6	Socio-economic factors	attributes of the infants (age and sex), household composition, cross-culture marriage, level of family average monthly income, and father's educational level

7. METHODOLOGY

7.1. Study Design

The study design was a cross-sectional study, employing an equivalent status of mixed methods design with sequential strategy (Tashakkori and Teddlie, 1998) in 3 study phases:

- a. Phase 1 of the study was meant to elicit roles of fathers that may influence breastfeeding practices according to mothers and fathers using qualitative approach by means of focus group discussion (FGD). This phase was employed to develop instrument for phase 2.

- b. Phase 2 of the study was aimed at assessing magnitude of father's roles in breastfeeding and its determinant factors using quantitative approach by means of interview with structured questionnaire (i.e. survey).
- c. Phase 3 of the study was employed to explore and confirm specific characteristics of households whose fathers were categorized supportive and mothers practiced breastfeeding as recommended using qualitative approach by means of indepth interview.

The study sites, the whole study phases, the timeline and the steps of data analyses are presented in **Figure 2**.

7.2. Study Population and Areas of the Study

Population of study was fathers and mothers having infant aged 0-6 months. The households included were those with apparently healthy mothers and the fathers who are cohabited, the fathers as the biological parent of the infant, the mothers ever breastfeed the infant and had singleton full-term infant with vaginal mode of delivery. The exclusion criteria were households whose infant had congenital disorder, were put in an incubator right after delivery for more than one day, and were low birth weight.

The study population are those living in South Jakarta i.e. Pejaten Timur, Kebagusan, and Jati Padang villages (of Pasar Minggu subdistrict), and Pondok Pinang, Cipulir, Grogol Selatan villages (of Kebayoran Lama subdistrict).

7.3. Sample Size and Sampling Procedures

7.3.1. Sample Size

Initial information about issues related to fathers and breastfeeding matters were obtained from 6 FGDs (one in each village). Each FGD was attended by 6-8 participants of mixed gender (but not having marital relationship with each other). The final data set covered during structured interviews was 536 couples. The calculation was based on the proportion of fathers involved as a person to discuss about infant's nutrition/health (p) which was the highest i.e. 43% in South Jakarta compared to other municipalities (DKI Jakarta Provincial Health Office, 2005), 5 percentage points of absolute precision (d), 90% confidence level ($\alpha = 10\%$) and design effect of 2 due to the chosen sampling method (Lwanga and Lemeshow, 1991). They were different subjects from the FGDs participants. A total of 11 coupled informants selected from phase 2 of the study were interviewed during phase 3 of the study.

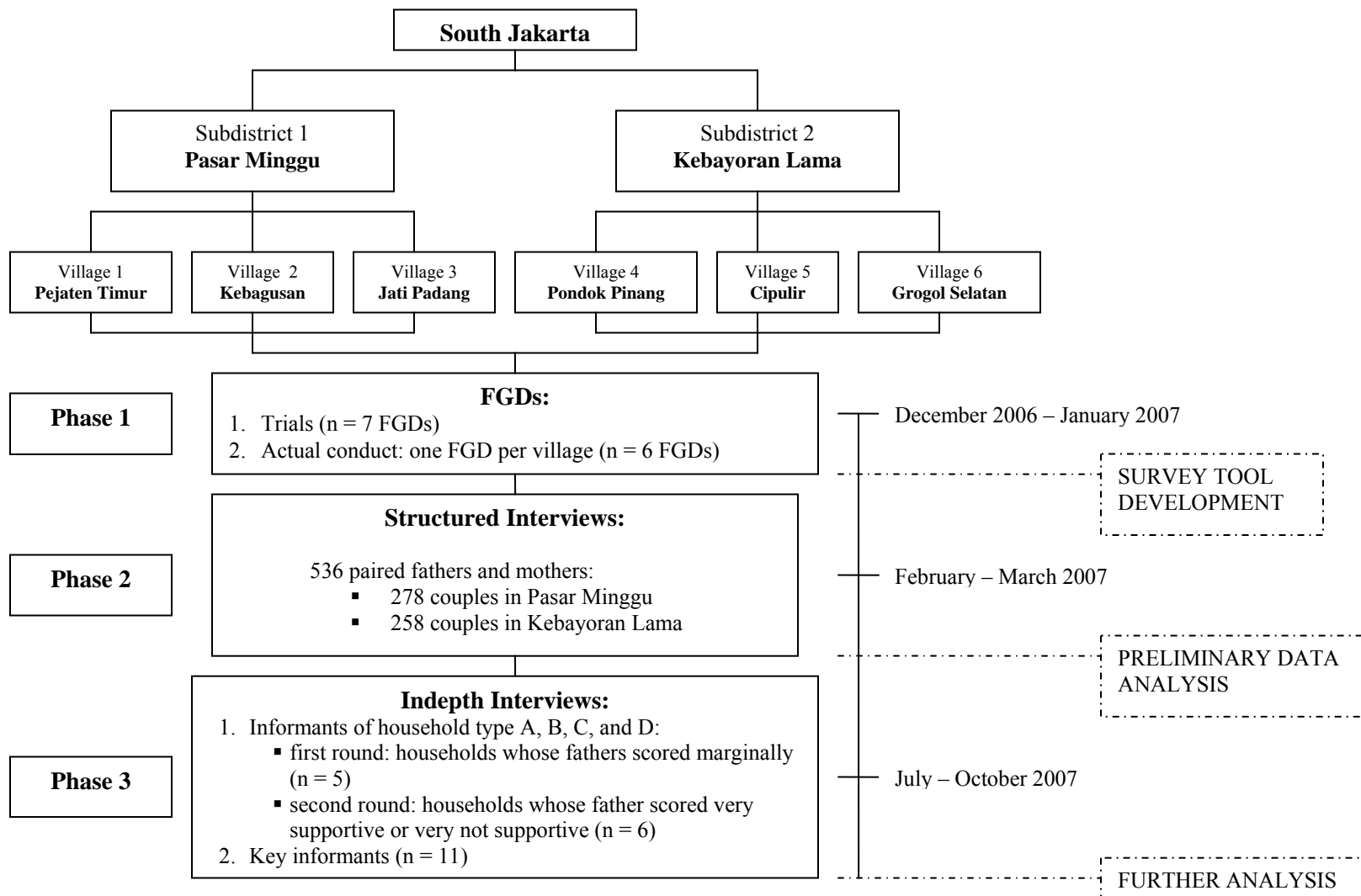


Figure 2. The study sites and flow diagram of the whole study

7.3.2. Sampling Procedures

The subdistricts and villages were purposively chosen based on number of neonates visits and number of deliveries reported at the South Jakarta health office and *Puskesmas Kecamatan*. *RWs/posyandus* were selected based on highest number of infants aged 0-6 months. Since there was no opportunity for conducting random sampling, all subjects meeting the inclusion and exclusion criteria and willing to participate in either phase of the study were recruited.

7.4. Methods of Data Collection

7.4.1. Focus Group Discussion (FGD)

During phase 1, the focus group discussions were guided by 24 pictures about breastfeeding and parenting related issues. Trial sessions were carried out to 1) to familiarize the team with the actual situation of an FGD, 2) to enhance good team work, 3) to train the assistants and note takers to do the transcribing, 4) to pretest the questions route and review the best flow to carry out the discussion, and 5) to find appropriate FGD group composition (either fathers only, mothers only, or mixed).

Two teams did the FGDs separately because some FGDs were conducted in parallel depending on the time availability of the participants and the community health volunteers. Most FGDs were held at the house of the community health volunteers or the house of community leaders during weekend. Each FGD lasted for about 1.5-2 hours. Each FGD was recorded using tape recorder.

7.4.2. Structured Interviews

After refined based on FGDs emerging themes, structured questionnaires were pre-tested prior to data collection and necessary modification was done. Twelve trained enumerators and 4 trained field supervisors involved in the data collection. Data were collected by means of face-to-face interview. Most interviews to the mothers and the fathers were done separately at their houses. Each interview took between 45 minutes to one hour.

7.4.3. Indepth Interview

The subjects who matched with household type A i.e. father not supportive and mother not exclusively breastfeeding, type B i.e. father not supportive but mother exclusively breastfeeding, type C i.e. father supportive but mother not exclusively breastfeeding, and type D i.e. father supportive and mother exclusively breastfeeding (refer to Table 2 in section 7.5.2.1 below) were listed in ascending order based on the mean score of the father's roles. The priority was given to households with

specific socio-economic characteristics who had accessible telephone line (i.e. mobile phone which was quite common in the study areas) so that appointment could be easily made.

Interviews with the fathers and mothers were done at one time by two trained interviewers using semi-structured guidelines. A life history approach was used to examine the influences of life cycle-related experiences on roles of father that are supportive or not supportive to breastfeeding practices. The milestones used to relate the life cycle experiences included paternal and maternal practices during pregnancy, at time of delivery, and during post partum in relation to child growth and development, experience of serious illness, previous and current feeding patterns. For the purpose of verification, a summary card containing information from phase 2 of the study was made for each couple.

Each interview was recorded. During the interview, unstructured observation was made. The key issues to observe included the way the couple responded to the discussed topics during the interview (i.e. who was dominating the discussion), how the couple dealt with child(ren) since most interviews were done in the presence of the child(ren), how the couple dealt with some minor household works since most interviews were done within relatively long duration (around 2 hours), and confirmation on the socio-economic level by observing the housing condition and the availability of household appliances.

Additional indepth interviews with a few opinion leaders and influential persons (i.e. midwife, cadre, nutritionist, head of maternity ward at public health center, private midwife practice, the elder, and village leader) were done ahead the interviews with the fathers and mothers in order to provide better understanding about perceived norms and belief about issues related to father's roles in breastfeeding in the community.

7.5. Data Analyses

7.5.1. Qualitative Data

Qualitative data was derived from recorded discussions and interviews that were transcribed in verbatim. One focus group discussion constituted one transcript. One indepth interview with the couple also formed one transcript. Right after each FDG and indepth interview ended, a preliminary analysis was carried out to list all important information. The listed key issues were compiled in a matrix so that constant comparison could be done. Themes and categories delineation from the text of focus group discussions were used to refine questions and its options in the structured questionnaires. Data from indepth interviews was used to profile the characteristics of household type A, B, C, and D.

Triangulation of source, method, and analyses were employed to ensure the validity of the qualitative data. Information gathered from fathers, mothers, and key informants was used complementarily. Information collected from indepth interviews was cross-checked with the information gathered from the observations and FGDs. Two analysts worked simultaneously to confirm emerging themes and relationship between categories.

7.5.2. Quantitative Data

7.5.2.1. *Scoring of father's roles*

Father's roles are regarded based on father's practices during the life course of his wife's pregnancy, delivery, and post partum periods. Various paternal actions during these periods were included and each positive response was regarded as a supportive action suggesting that the father participated in that particular activity.

Factor analysis was performed to summarize paternal practices into major themes. From originally 21 items, 11 items were grouped into the following types of father's roles:

1. Role 1: seeking information about breastfeeding and infant feeding which consisted of:
 - ever looking for information about breastfeeding and infant feeding
 - continue searching information about breastfeeding and infant feeding now
2. Role 2: participation in decision making of current feeding mode
3. Role 3: selection of place for ANC, delivery, and PNC which consisted of:
 - selection of place for ANC
 - selection of place for delivery
 - selection of place for PNC
4. Role 4: degree of involvement during ANC visits which consisted of:
 - accompanying wife during ANC
 - frequently accompanying wife for ANC
 - being inside the examination room during ANC
5. Role 5: having positive attitude towards their marriage
6. Role 6: involvement in a number of child care activities

Each type of father's role was scored dichotomously either 0 or 1. Since types of father's roles 1, 3, and 4 consisted of more than 1 item, score 0 is given when either item received negative response, whilst score 1 only when all items received positive responses.

Sum of all 6 types of father's roles resulted discrete scores ranging from 0 to 6. The total scores of father's roles were grouped dichotomously as "unsupportive" (scores 0-3) and "supportive"

(scores 4-6). Furthermore, the cross-tabulation between father's dichotomous roles and exclusive breastfeeding practice was done to come to the categorization of households type A, B, C, and D.

Table 2. Categorization of households for phase 3 of the study

	Mother not exclusively breastfeeding	Mother exclusively breastfeeding
Father not supportive	A	B
Father supportive	C	D

7.5.2.2. Scoring of knowledge and attitude

The knowledge score based on the percentage of correct answers ranges from 0% (for those with all wrong answers) to 100% (for those with all correct answers). Knowledge level was defined as poor (lowest – 70%) or good (>70% – highest). The attitude score based on the percentage of father's positivism toward breastfeeding ranges from 0% (for those who were completely against breastfeeding) to 100% (for those who were very positive towards breastfeeding). Attitude was defined as unfavorable (lowest – 70%) or favorable (>70% – highest).

7.5.2.3. Reliability test

Since types of father's role 1, 3, and 4 consisted of several items, a reliability test was performed for each type. The results show that the Cronbach's alpha of role type 1, 3, and 4 were 0.6693, 0.6341, and 0.7816, respectively suggesting that they were acceptably reliable. Furthermore to check its coherence in measuring the concept of father's roles, an overall reliability test was performed to all 11 items. It shows the Cronbach's alpha of 0.6098 suggesting that the items can sufficiently assess the mentioned concept (Leech et al., 2005).

Reliability analyses based on Cronbach's alpha of all 15 items for assessing father's knowledge and 30 items for father's attitude were 0.6045 and 0.5460 respectively.

7.5.2.4. Statistical test

Data entry, processing, and statistical analyses of the quantitative data were carried out SPSS software version 11.5 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Univariate analyses were performed to get proportions of categorical data, mean or median values of continuous data. Bivariate analyses included association of two categorical data using Chi-Square test. A significant level of $p < 0.05$ was used to detect the differences.

Multivariate analyses using logistic regression were performed to get types of father's roles associated with breastfeeding practices, factors influential to father's roles, and factors determined breastfeeding practices. Prior to the analyses, test of colinearity for these variables was performed using non-parametric correlation analysis. All variables had correlation coefficient (r) of below 0.8, so no colinearity between variables was found (Leech et al., 2005). Method of enter was used to

perform the analyses. Odds ratios (OR) with 95% confidence interval (CI) for lower and upper ORs were used to show the likelihood of the independent variables in influencing the dependent variables. P value of below 0.05 was used to assess the significance level.

7.6. Ethical Considerations

Ethical clearance was obtained from the Human Ethics Committee of the Faculty of Medicine, University of Indonesia. Each subject was informed about the purpose of the study and requested to give written consent for their voluntary participation. All identities are held confidential. Recording was performed only with the subjects' approval.

8. RESULTS AND DISCUSSIONS

8.1. Characteristics of the Studied Subjects

Fathers were generally older than mothers when they got married. Most common ethnicities were Javanese (including Madurese) and Betawian. Most of the households were multiparous, and living as nuclear family. More fathers had a slightly better education level than mothers. Around half of the fathers and mothers were senior high school graduates. As expected, more fathers (98.1%) were engaged in income earning activities than those of mothers (23.3%). Around 35% of the working mothers were still in their maternity leave. Majority of the parents worked in a private sector within various positions ranged from run errand, clerical, to professional tasks. A higher proportion of the parents' average monthly income was below Rp 2,000,000 (**Table 3**). Based on the educational and income level, the recruited subjects may be categorized to belong to middle socio-economic group.

Table 3. Characteristics of the surveyed households

Characteristics	n=536	
	Father	Mother
Median years of age when first married (min-max)	26 (17-42)	22 (13-31)
Median years of age when deliver the first child (min-max)	-	23 (15-35)
Ethnicity (%)		
Jawa/Madura	41.2	42.2
Betawi	41.6	40.3
Sunda	8.2	10.3
Sumatera	6.7	5.6
Others (Ambon, NTT, Bugis, Manado, Chinese, etc.)	2.2	1.7
Level of education (%)		
No schooling (illiterate)	0.2	0.4
≤ 3 years	0.6	0.2
> 3-6 years (elementary)	12.9	20.5
> 6-9 years (junior high)	17.9	21.6
> 9-12 years (senior high)	50.9	45.9
> 12 years (college)	17.5	11.4

Table 3. Characteristics of the surveyed households (continued)

Characteristics	n=536	
	Father	Mother
Currently employed (%)	98.1	23.3
Type of occupation (%) ¹		
Daily earner	11.6	7.2
Domestic helper	-	1.6
Trader	16.3	13.6
Driver	6.5	-
Civil servant	5.3	4.0
Private worker	46.8	55.2
Entrepreneur	12.2	7.2
Helping the husband	-	4.0
Others	1.3	7.2
Average monthly income (%) ¹		
<= Rp 500000	10.5	17.6
> Rp 500000 – Rp 1000000	39.9	38.4
> Rp 1000000 – Rp 2000000	34.8	29.6
> Rp 2000000	14.8	14.4
Multiparous households (%)		61.8
Living as nuclear family (%)		51.3

¹ Among working subjects: fathers n=526 and mothers n=125 (including those under maternity leave)

Mean age of the infant was a bit over the midpoint of infant's age interval suggesting that there were slightly higher proportion of older infants. Sex of the infants was comparable. About one-third of the infants were reported to have experienced illness such as fever, ARI, or diarrhea in the last 24 hours. Experience of illness was not related with exclusive breastfeeding practice suggesting that those who experienced illness and those who did not, had similar proportion of exclusively breastfeeding practice (**Table 4**).

Table 4. Characteristics of the infants

Characteristics	n=536
Mean months of age (mean \pm SD)	3.22 \pm 1.69
Age group:	
0-3 months	43.5
>3-6 months	56.5
Sex: % female	49.8
Median grams of birth weight (min-max), n = 534	3100 (2100-4500)
Median cm of birth length (min-max), n = 495	49 (39-55)
Experience of illness in the last 24 hours (%)	35.6
Proportion of breastfeeding and infant feeding practices (%) :	
Breastfed timely within 30 minutes after birth	17.5
Breastfed timely within at most half-hour after birth for at least 30 minutes	4.5
Ever received prelacteal feeding	65.3
Exclusively breastfed	29.1
No longer breastfed	9.1

Furthermore, the proportion of breastfeeding initiation within 30 minutes was nearly one-fifth. In this present study, breast crawl was not the practice to perform breastfeeding initiation since

96.8% of the mothers reported that the newborn baby was directly given the mother’s nipple with the assistance from the birth attendant. And, because of time laps between birth to first breastfeeding contact, as expected, over half of the infants were given prelacteal feeding; 77% of these infants were reported to have been given formula milk. About 80% of the newborn received prelacteal feeds based on suggestion or given by health personnel. Furthermore, nearly 30% of the infants were exclusively breastfed at time of interview. Around 9% of the infants were no longer breastfed (**Table 4**).

8.2. Father’s Roles during the Continuum of Pregnancy, Delivery, and Post Partum

Figure 3 shows that paternal health seeking practices for ANC, delivery and PNC/immunization were generally high. Nearly 90% of fathers involved in the selection of place for ANC, delivery and PNC/immunization. However, active involvements as indicated by father’s company and presence in the examination room were less common throughout the continuum.

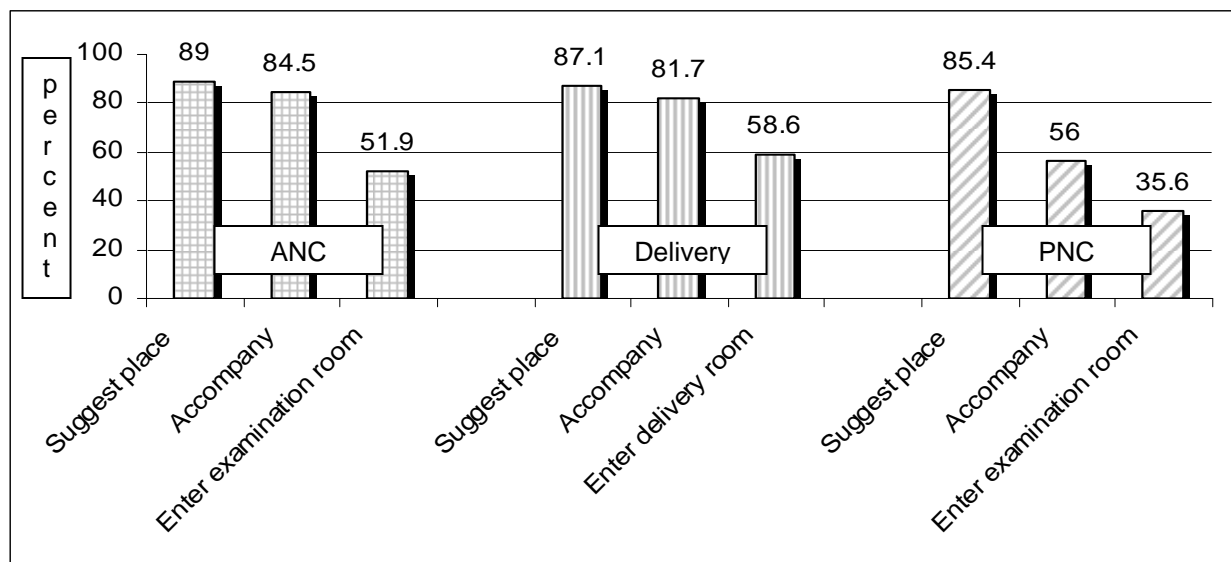


Figure 3. Father’s health seeking practices during ANC, delivery, and PNC

Interestingly, father’s attendance during child birth tended to be more common compared to during pregnancy checks and post natal care (**Figure 3**). During indepth interviews, father’s reasoning for this matter was related to the husband’s responsibility for the wife who was experiencing between-life-and-death event. Around 15% reported to have been forbid to enter the labor room by the health personnel, and 8% did not have the courage to enter the labor room. Although father’s presence was reported to be comforting by the mothers, most fathers were not aware about it. Previous studies found that being part of the childbirth process was reported to be

helpful by the western fathers (Draper, 1997), not only for their partners but also for themselves to help grow into fatherhood (Vehvilainen-Julkunen and Liukkonen, 1998).

Unfortunately, father's presence during delivery was not related with timely breastfeeding initiation. This was due to the fact found during indepth interviews that father's company during delivery was related to his roles for settling some paper works and giving consent if further action is required. Fathers were not aware of his other roles to influence breastfeeding practices early on after child birth. Furthermore, information about what specific roles a father should provide to help initiate first breastfeeding contact immediately is not conclusive in the present study. This may partly due to the questions used to assess this information were not well defined as they reflect more as supports provided during post partum period rather than immediately after delivery. Furthermore, the findings from 2 studies in the developed world are also not confirmatory in terms of the information about the influence of father's attendance during childbirth to timely breastfeeding initiation (Draper, 1997; Vehvilainen-Julkunen and Liukkonen, 1998).

The present study found that the proportion of father's active involvement dropped markedly during post natal care (**Figure 3**). About $\frac{3}{4}$ of fathers who did not accompany the mother to do immunization reported that they could not be present because they went to work. However, data from FGDs found that accompanying during postnatal care visit seemed to be less prioritized by most fathers because mothers were considered empowered to do it on her own. As reported during indepth interviews, fathers did not try to find time to deal with the schedule of immunization visits much harder than that during pregnancy care because fathers were worried more with the wife's condition during pregnancy than that of wife's and child's condition during post partum.

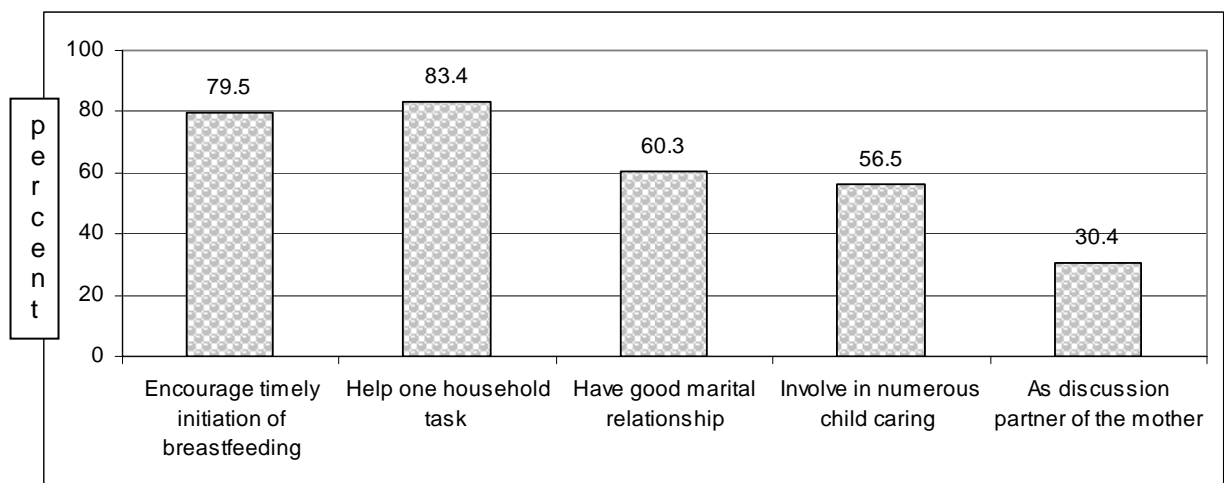


Figure 4. Father's practices right after childbirth and during post partum period

Figure 4 suggests that the first practice deals with father’s support provided right after childbirth at place of delivery which counts for nearly 80%. However, majority of them reported to have only provided verbal support for immediate breastfeeding, and only ¼ reported to have directly request the mothers to immediately breastfeed, help hold the newborn during the first breastfeeding, provide nutritious food to enhance breast milk production, and buy breast pump to stimulate first breast milk.

The rest four practices deal with father’s supports provided at home during the first six-month period. Similar to the findings from the FGDs, nearly 20% of the fathers never got involved with any household works and more than half of fathers were very involved in numerous child caring activities, suggesting that fathers preferred child caring better than helping with household works. Around 60% of fathers were positive towards their marital relationship and 30% were reported by the mothers as the main discussion partner for child’s health issues (**Figure 4**).

Half of the fathers admitted to have ever sought/discussed about breastfeeding/infant feeding and a less more to have continued searching for the information, but much fewer fathers involved in the actual decision making of the current infant feeding mode. This may suggest that mothers predominantly decided the current infant feeding mode. Similar to previous studies (Pruett, 1998; Coleman et al., 2004), this may be related to the fact found during FGDs and indepth interviews that everything regarding the wellbeing of the children was mainly the responsibility of the mother. This strong male versus female domain was also reflected in the survey data that only nearly half of fathers ever dealt with information about infant feeding and even less than half of fathers still cared about this issue at the time of interview (**Figure 5**).

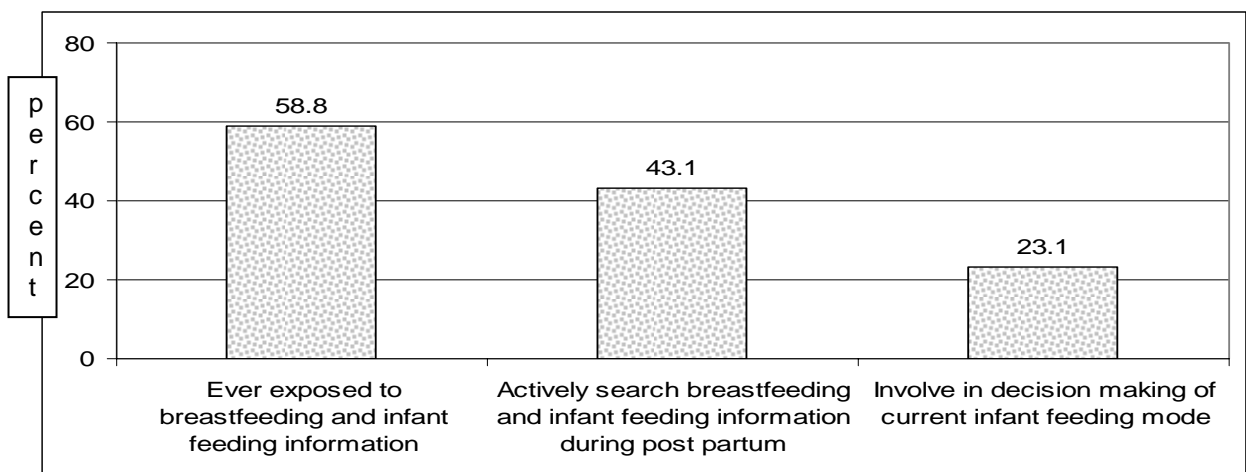


Figure 5. Father’s resources for infant feeding decision making

Furthermore, using typology of father's roles revealed in this study, data from the survey found that role 1 was practiced by 38% of fathers, role 2 by 23.1%, role 3 by 74.8%, role 4 by 53.9, role 5 by 60.3%, and role 6 by 56.5%. **Table 5** reveals that types of fathers' roles positively associated with either breastfeeding practice were their involvement in seeking information about infant feeding (role 1), participation in decision making of current feeding mode (role 2), having positive attitude towards their marriage (role 5). This suggests that types of roles commonly practiced by the fathers did not match with what roles positively related to breastfeeding practice. This also entails that in order to affect breastfeeding practice, fathers should firstly be knowledgeable about breastfeeding related matters so that they can take part in the decision making of the infant feeding mode.

Table 5. Proportion of father's type of roles based on breastfeeding practices

Type of role	Description	Timely Initiation of Breastfeeding		Exclusive Breastfeeding	
		No n = 442	Yes n = 94	No n = 380	Yes n = 156
1	seeking information about breastfeeding and infant feeding	36.4	47.9*	38.9	37.2
2	participation in decision making of current feeding mode	24.7	16.0	20.3	30.1**
3	selection of place for ANC, delivery, and PNC	74.0	78.7	76.6	70.5
4	degree of involvement during ANC visits	55.7	45.7*	57.1	46.2**
5	having positive attitude towards their marriage	59.0	66.0	57.4	67.3**
6	involvement in a number of child care activities	57.7	51.1	58.4	51.9

* significant different $p < 0.05$ for timely breastfeeding initiation practice, Chi-Square test

** significant different $p < 0.05$ for exclusive breastfeeding practice, Chi-Square test

Table 5 elaborates that timely breastfeeding initiation was associated with paternal role in seeking information about infant feeding. Seeking information may mean active engagement in knowledge improving efforts. Interventions in western countries have confirmed that improvement of father's knowledge on breastfeeding matters influenced breastfeeding initiation (Cohen et al., 2002; Ingram and Johnson, 2004; Wolfberg et al., 2004; Stremmler and Lovera, 2004). Types of fathers' roles related with exclusive breastfeeding were their participation in decision making of current feeding mode and their positive attitude towards their marriage life. This finding is consistent with the results from Jordan and Wall (1993) and Sullivan et al. (2004) that the quality of couple's relationship is an important predictor to breastfeeding success. Distress in the couple's relationship may be a marker of significant conflict or support deficits and could undermine the mother's ability to

attend to the demands of breastfeeding (Sullivan et al., 2004). In the present study, among 40% of happily married couples, around $\frac{3}{4}$ of the fathers were categorized as supportive.

Interestingly, **Tables 5** exhibit that degree of father's involvement during ANC visit was related to both breastfeeding practices in the opposite way. Fewer fathers who were actively engaged during ANC visits were associated with breastfeeding practice as recommended. Fathers' passive participation during ANC visits may be one of the causes that this type of role was negatively associated with timely breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding practice. Their being passive was attributed to their lack of knowledge. The survey data revealed that among 20% of fathers with good knowledge, over 80% entered the examination room during ANC checks. This suggests that among those with less knowledge, health personnel's point of view are always perceived 'the best' – data from the survey show that over 80% of the fathers said so. Another argument to cause this unfavorable result may be due to practices and services provided in health facilities that were not in fond of breastfeeding continuation because lack of knowledge on lactation management (Taveras et al, 2003 and 2004), lack of counseling skill and heavy workload (Septiari et al., 2006) from the side of the health providers. Furthermore, use of breast milk substitutes in health facilities were noted (BPS and ORC Macro, 2003), mainly reported to be introduced when the first breast milk does not come yet (Septiari et al., 2006). This information may mean that unless the ANC services are improved to be in favor of breastfeeding, targeting fathers in breastfeeding promotion during pregnancy may have adverse effects. Improvement of ANC services may include the choice of topics delivered as well as counseling skill (Septiari et al., 2006). Similar to an earlier study in DKI Jakarta province (DKI Jakarta Provincial Health Office, 2005), the most visited place for ANC in this study was midwife's practice. Thus, it is relevant to include midwives as the secondary target of any breastfeeding promotion addressed to fathers.

Tables 6 reflects the multivariate analyses of whether father's roles together with other factors influenced breastfeeding practices. It was revealed that types of father's roles were found to be significant factors that influenced both breastfeeding practices in generally similar ways as elaborated in **Table 5**.

Good practices (such as provision of breastfeeding counseling to parents during ANC and during PNC, practice of rooming in, no prelacteal feeding given) from the health facilities increased the chance of infants to be immediately breastfed by 53 times compared to their counterparts who did not received such practices. Interestingly, of the chosen places for delivery, good practices were provided only by 50% of public health centers, 21.9% of midwife's practice, 12.9% of hospital/maternity clinic, and 9.7% of home deliveries.

Table 6. Factors associated with breastfeeding practices (as OR¹)

Description of factor	Timely initiation of breastfeeding	Exclusive breastfeeding
<i>Father's roles:</i>		
Role 1: seeking information about breastfeeding and infant feeding	1.938*	0.992
Role 2: participation in decision making of current feeding mode	0.572	1.817*
Role 3: selection of place for ANC, delivery, and PNC	1.147	0.640
Role 4: degree of involvement during ANC visits	0.470*	0.702
Role 5: having positive attitude towards their marriage	1.506	1.492*
Role 6: involvement in a number of child care activities	0.800	0.766
<i>Maternal factors:</i>		
Mother being a housewife	0.717	2.105*
Maternal good knowledge level about breastfeeding	0.726	1.537*
Maternal positive attitude towards breastfeeding	1.082	1.643*
Experience of at least 1 lactation-related difficulties	0.694	0.194*
Being primiparous	0.809	0.535*
<i>Other influences:</i>		
Father's usual exposure to various means of mass media communication	1.377	0.622
Father's exposure to various means of interpersonal communication during postpartum	0.662	0.831
Mother's exposure to various means of mass media communication	0.295*	3.235*
Mother's exposure to various means of interpersonal communication	1.738	0.639
Supportive practices from health facilities	52.736*	1.107
Constant	0.060*	0.290*

* Significant factor, $p < 0.05$

¹ Odds Ratio (OR) < 1 means negative association; OR > 1 means positive association

During indepth interviews, it was much felt that in order to help breastfeeding initiated immediately after birth, fathers must provide a very specific support within a very short period of time. Most fathers were not aware of his roles during that period. Fathers who were inside the labor room were mainly present for providing emotional support for the mothers or for being physically there if something happen during the process of labor so that the birth attendant can get his consent for further action. None reported to have been informed about importance of breastfeeding, and other related matters to his roles as the husband and the father. Furthermore, when asked about his specific role to prevent prelacteal feeding (i.e. formula milk by the health personnel) when breast milk has not yet come, mostly said difficult – if not impossible – because they believe that the health personnel's action is the best for the baby. As reported earlier, one father who have very good knowledge said that it is possible to talk and discuss about it with the doctor, but not with the midwife. There has

been a strong feeling that midwives are not the type of health personnel who can be partner for discussion, they tend to give command rather than provide two-way communication. This is disheartening because in this present study, about half of the mothers did ANC checks and delivered the baby at midwife's practice.

Table 6 exhibits that exclusive breastfeeding practice was influenced by father's various roles, all maternal factors and exposure to mass media. Experience of lactation related difficulties and being primiparous were negatively associated. In the present study, the reported lactation difficulties that are associated with exclusive breastfeeding included perception of insufficient breast milk and obstructed breast milk flow. These difficulties may not necessarily be overcome by health professionals. Studies have found father's potential roles in helping to manage some common lactation related problems (Picasane et al., 2005; Februhartanty et al., 2006). Interestingly, maternal exposures to various means of mass media communication was negatively associated with breastfeeding initiation within 30 minutes, but positively with exclusive breastfeeding at time of interview. There was more information addressing the importance of exclusive breastfeeding (i.e. exclusive breastfeeding practiced by more celebrities was seen as a profile of modern mothers) compared to information addressing timely breastfeeding initiation. Thus, influence of mass media to timely breastfeeding initiation may be disguised by influence from the health providers.

8.3. Factors Associated with Father's Roles

Based on the conceptual framework of the study, father's roles in breastfeeding practices may be influenced by maternal factors, other influences, paternal knowledge and attitudes towards breastfeeding related matters, and socio-economic factors. **Table 7** elaborates that in this present study all of those factors influenced father's roles in a specific way based on the typology of the roles. Generally, being primiparous, exposed to various means of mass media and interpersonal communication, having sufficient level of knowledge on breastfeeding related matters, and having higher income level were all related to fathers being involved with the family. However, living as nuclear family forbids fathers to perform their roles sufficiently.

The primacy of father's work has been associated as one of important barriers for father to get more involved with the family (St John et al., 2004; Nystrom and Ohrling; 2004; Pohlman, 2005). However in this study, elaboration on the influence of father's functions as bread winner/family provider to his ability to participate more in the life course of the family is lacking. Nevertheless, when elaboration was addressed during indepth interviews towards time availability related to working hours and time spent at home, it was revealed that there was still time for fathers to get more involved at home. Thus, fathers' barrier may not directly related with father's time availability but

more associated with fathers being accessible with appropriate information about breastfeeding related matters and how he can provide positive supports to improve breastfeeding practices. Therefore, it is evident that information on these issues needs to be made available to fathers.

Table 7. Factors associated with father's roles (as OR¹)

Description of factors	Type of father's role ²					
	Role 1	Role 2	Role 3	Role 4	Role 5	Role 6
Maternal factors:						
Being housewife	1.305	1.819*	1.014	1.185	1.234	0.768
Maternal good knowledge level about breastfeeding	1.216	1.438	0.927	1.303	1.207	1.109
Maternal positive attitude towards breastfeeding	0.750	1.159	1.733*	0.858	1.350	1.193
Experience of at least 1 lactation-related difficulties	0.739	1.213	1.037	0.958	0.570	0.913
Being primiparous	1.564*	1.611*	0.814	3.358*	1.773*	0.990
Other influences:						
Father's usual exposure to various means of mass media communication	3.055*	0.739	1.433	2.351*	1.681	1.097
Father's exposure to various means of interpersonal communication during postpartum	2.407*	1.429	1.479	4.288*	0.808	2.472*
Supportive practices from health facilities	1.289	0.618	1.903	2.127*	1.063	0.769
Father's knowledge and attitude:						
Father good knowledge level on breastfeeding related matters	1.700*	1.690*	1.105	1.909*	1.289	1.948*
Father's positive attitudes towards breastfeeding related matters	1.008	0.910	1.321	1.489	0.967	1.048
Socio-economic characteristics:						
Having younger infant	0.905	0.888	0.715	0.849	1.318	1.065
Having male infant	1.033	0.952	0.792	0.901	0.632*	1.392
Living as a nuclear family	1.079	0.712	0.932	0.690*	1.258	0.678*
Cross-culture marriage	1.009	0.613*	0.715	0.744	0.975	1.171
Father's higher education level	1.044	0.657	0.904	0.859	0.958	0.694
Having higher family income level	1.017	1.492	1.564*	1.858*	1.132	0.688
Constant	0.151*	0.196*	2.026	0.176*	0.772	1.173

* Significant factor, p<0.05

¹ OR < 1 means negative association; OR > 1 means positive association

² Role 1: seeking information about breastfeeding and infant feeding; Role 2: participation in decision making of current feeding mode; Role 3: selection of place for ANC, delivery, and PNC; Role 4: degree of involvement during ANC visits; Role 5: having positive attitude towards their marriage; Role 6: involvement in a number of child care activities

Table 8 provides how fathers' roles in this study were associated with timely breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding practice. It highlights the importance of ensuring harmonious relationship among father, mother and infant (known as 'the breastfeeding tryad'). As each breastfeeding practice takes place generally in different setting, the characteristics of the enabling

environment for the breastfeeding triad is also unique depending on what breastfeeding practice to be performed.

Table 8. Relevance of father’s role in timely breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding practices

Breastfeeding practice	Period	Setting	Significant others	Enabling environment
Timely breastfeeding initiation	<ul style="list-style-type: none"> • During childbirth • Immediately after delivery 	At place of delivery i.e. hospital, clinic, midwife’s practice	<ul style="list-style-type: none"> • Health personnel: dominant role • Fathers: what roles (?) <ul style="list-style-type: none"> ○ be present during childbirth ○ encourage timely breastfeeding initiation – assist first breastfeeding contact ○ prevent prelacteal feeding – request for rooming in 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital policy allows the triad to get involved with each other earliest possible. • Fathers have good knowledge on breastfeeding and know their roles at this period.
Exclusive breastfeeding up to 6 months	The first 6 months of post partum	At home	<ul style="list-style-type: none"> • Health personnel: based on practices provided at place of delivery • Fathers: play a role in “allowing sufficient and comfortable time for breastfeeding” • Parents: based on their past experiences 	<ul style="list-style-type: none"> • Triad has formed solid relationship. • Fathers have good knowledge on breastfeeding and are prepared for entering fatherhood.

Based on father’s participation in infant feeding mode decision making and involvement in child care taking, Gamble and Morse in Bar-Yam and Darby (1997) categorize 4 types of fathering style. However, the present study failed to confirm the influence of paternal involvement in child caring to both breastfeeding practices. Nevertheless, the present study elaborated the profiles of households type A, B, C, D based on the characteristics of the fathers and the breastfeeding practice of the mothers. **Table 9** groups the characteristics of these households based on the profile of fathers, mothers, the couples, and the triads. Fathers and mothers who had good knowledge level on breastfeeding related matters, involved with each other, had developed good sense of co-parenting were identified to be the key factors to positively influence exclusive breastfeeding practice. And in contrast, mothers who worked, couples who were lack of knowledge and had strong norm on male versus female domain were identified as key factors that prevented them from practicing exclusive breastfeeding. In terms of magnitude, of the total 536 households, 229 (42.7%) were categorized as household type A, 96 (17.9%) type B, 151 (28.2%) type C and 60 (11.2%) type D.

Table 9. Characteristics of households type A, B, C, and D [as n (%)]

Household type	Type A: Father Not Supportive and Mother Not EBF [229 (42.7)]	Type B: Father Not Supportive and Mother EBF [96 (17.9)]	Type C: Father Supportive and Mother Not EBF [151 (28.2)]	Type D: Father Supportive and Mother EBF [60 (11.2)]
Characteristics of the mothers	<ul style="list-style-type: none"> - Mothers currently worked. - Mothers had poor knowledge about breastfeeding and its related-matters. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mothers were exposed with other influences which were good ones. - Mothers had good knowledge about breastfeeding and its related-matters. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mothers currently worked. - Mothers had negative attitudes about how to overcome breastfeeding-related difficulties. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mothers were full-time housewife. - Mothers had good knowledge about breastfeeding and its related-matters.
Characteristics of the fathers	<ul style="list-style-type: none"> - Fathers had no flexibility and autonomy on his working hours. - Fathers had poor knowledge about breastfeeding and its related-matters. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fathers had poor knowledge about breastfeeding and its related-matters. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fathers had good knowledge about benefits of breastfeeding in general, but lacking on breastfeeding technique and how to overcome breastfeeding-related difficulties. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fathers had flexibility and autonomy on his working hours. - Fathers had good knowledge about breastfeeding and its related-matters.
Characteristics of the couples	<ul style="list-style-type: none"> - Infant feeding mode decided predominantly by mothers, fathers approved. - Mothers' wish towards fathers' support incompatible with fathers' actual practice. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fathers less involved but mothers more dominant in decision making of infant feeding mode. - Mothers' wish towards fathers' support incompatible with fathers' actual practice. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fathers involved in decision making of infant feeding mode. - Mothers' wish towards fathers' support incompatible with fathers' actual practice. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fathers and mothers involved in decision making of infant feeding mode. - Mothers' wish towards fathers' support matched with fathers' actual practice.
Characteristics of the father-mother-infant relationship	<ul style="list-style-type: none"> - Fathers were strongly influenced by norms on male versus female domain 	<ul style="list-style-type: none"> - Fathers' lack of preparation for fatherhood 	<ul style="list-style-type: none"> - Fathers could provide helps in most household tasks including cooking, and most child care activities. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fathers could provide helps in most household tasks including cooking, and most child care activities.
Other characteristics			<ul style="list-style-type: none"> - Health facilities working hours matched with fathers' time availability. 	<ul style="list-style-type: none"> - Health facilities working hours matched with fathers' time availability.

Note: EBF = exclusively breastfeeding

9. CONCLUSIONS

1. *Hypothesis* stating that “Fathers may support breastfeeding practices when they have good knowledge on breastfeeding related matters, have good relationship with the mother, and involve in the breastfeeding tryads” has been **proven**.
2. The types of fathers’ roles include their role in seeking information about breastfeeding and infant feeding (role 1), their participation in decision making of current feeding mode (role 2), in selection of place for ANC, delivery, and PNC (role 3), degree of involvement during ANC visits (role 4), having positive attitude towards their marriage (role 5), and involvement in a number of child care activities (role 6). Type of role 3 was the most common whilst role 2 was the least practiced.
3. Father’s involvement in seeking information about breastfeeding was the most influential to timely breastfeeding initiation. Whilst father’s involvement in decision making of the current infant feeding mode and his positive attitude toward the marital relationship were found to be influential to exclusive breastfeeding practice. Unfortunately, father’s involvement during ANC was found to be unfavorable to breastfeeding practices.
4. Different types of father’s roles were associated with different factors. Generally, being primiparous, exposures to mass media and interpersonal communication, good level of knowledge on breastfeeding related matters, and higher income level were related to father’s roles. However, living as nuclear family forbids fathers to perform their roles sufficiently.
5. Fathers with overall supportive roles were less than half. Furthermore, fathers with influential roles to breastfeeding practice were even fewer.

10. RECOMMENDATIONS

10.1. For Further Studies

1. This study is considered as the first exploration on father’s roles. Therefore, repetition of similar study in different settings (urban/rural, socio-economic, etc) is necessary in order to reconfirm/validate the type of father’s roles in breastfeeding.
2. Further exploration on factors influencing father’s roles in breastfeeding with respect to his function in the family as father of the child, husband, and bread winner/family provider may be worth investigating. Paternal state of mental health, type of work, job title, income level, time spent for work related activities, etc associated with his ability to be more involved with the family needs to be elaborated.
3. An intervention study to confirm the effect of improved knowledge about fathers’ various roles to the improvement of breastfeeding practice is paramount.

10.2. For Programs

1. Fathers should be targeted as one of target audiences in the breastfeeding promotion. Since fathers and mothers communicate with each other, any breastfeeding promotion should address both of them as one entity.
2. Different channels for reaching the fathers may include formal (health care service delivery, work place, etc) or informal structures (peer group, existing community channel such as *arisan*, sport club, religious gathering, etc), also via mass media (audio visual and printed).
3. Type of information crucial to be delivered may cover the know-how matters as the following:
 - a. breastfeeding related issues
 - signs of sufficiently breastfed infant – positioning, latching on, hunger cues
 - effect of breast emptying compared to increasing mother's nutrition on increased breast milk production
 - expression of breast milk for working mothers – also how to store
 - advantages of exclusive breastfeeding versus disadvantages of mixed feeding
 - b. co-parenting issues for preparing fathers to face the transition in fatherhood
4. Prior to educational intervention to fathers, paternal barriers to perform supportive roles needs to be identified and minimized. On the contrary, understanding fathers' potentials is crucial to be multiplied to other fathers. Furthermore, fathers who have shown supportive roles need continuous supports to maintain.

PERAN AYAH DALAM OPTIMALISASI PRAKTEK PEMBERIAN ASI: SEBUAH STUDI DI DAERAH URBAN JAKARTA

1. LATAR BELAKANG

Inisiasi menyusui segera dan pemberian ASI eksklusif sejak lahir hingga usia 6 bulan adalah dua praktek pemberian ASI yang penting untuk kelangsungan hidup (Lawrence dan Lawrence, 2005; Edmond et al., 2006) dan pertumbuhan optimal bayi (Le et al., 2000; Villalpando and Lopez-Alarcon, 2000; Bhandari et al., 2003; Sumarno and Prihatini, 2004). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa inisiasi menyusui segera setelah persalinan berhubungan dengan keberhasilan pemberian ASI secara eksklusif hingga 6 bulan (Hopkinson et al., 1997; León-Cava et al., 2002).

Di Indonesia, praktek inisiasi menyusui segera setelah persalinan dan pemberian ASI eksklusif masih rendah. Proporsi praktek inisiasi menyusui dalam 30 menit setelah persalinan adalah 8.3% (Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Depkes RI, 2003), dalam 1 jam adalah 4-36% (BPS dan ORC Macro, 2003; Dinkes Propinsi DKI Jakarta, 2005; HSP, 2006), dan dalam 1 hari adalah 27% (BPS and ORC Macro, 2003). Data sebuah studi di Jakarta menunjukkan bahwa proporsi praktek pemberian ASI eksklusif hingga usia 4-6 bulan adalah 8.5% (Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta, 2005); hingga usia 6 bulan adalah 7.8% (BPS dan ORC Macro, 2003). Informasi ini menunjukkan bahwa untuk mempraktekkan pemberian ASI sesuai dengan anjuran, yaitu segera setelah melahirkan sampai pada periode 6 bulan pertama, ibu menyusui menghadapi banyak hambatan yang berhubungan dengan pelayanan yang diperoleh di tempat persalinan (WHO, 1998; Taveras et al., 2003; BPS dan ORC Macro, 2003; Septiari et al., 2006) dan dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga di rumah (Bar-Yam dan Darby, 1997; Green, 1999; Lawrence dan Lawrence, 2005). Rintangan lain adalah banyaknya ibu menyusui yang tidak dibekali pengetahuan yang cukup tentang teknik menyusui yang benar dan manajemen kesulitan laktasi (Arora et al., 2000; Giugliani, 2004) termasuk tantangan yang dihadapi oleh ibu bekerja (Dearden et al., 2002; Ong et al., 2005).

Praktek pemberian ASI juga diketahui dipengaruhi oleh budaya dan norma yang berkembang di kalangan anggota keluarga, rekan, dan masyarakat secara umum (Abada et al., 2001; Septiari et al., 2006). Ayah, menurut banyak studi, telah diketahui berperan dalam mempengaruhi keputusan untuk menyusui (Giugliani et al., 1994; Arora et al., 2000), inisiasi praktek menyusui (Schmidt dan Sigman-Grant, 1999; Wolfberg et al., 2004) dan lamanya pemberian ASI (Dearden et al., 2002; Falceto et al., 2003), serta menjadi faktor risiko praktek pemberian susu formula (Bar-Yam dan Darby, 1997;

Septiari et al., 2006). Ayah juga berperan dalam memberikan dukungan emosional pada ibu saat proses persalinan (Vehvilainen-Julkunen dan Liukkonen, 1998). Ayah juga diketahui ikut serta dalam proses pengambilan keputusan tentang pola pemberian makan bayi (Bar-Yam dan Darby, 1997; Februhartanty et al., 2007), terlibat dalam urusan perawatan anak (Pruett, 1998; St. John, 2004; Februhartanty et al., 2007), dalam pekerjaan rumah tangga (Sullivan et al., 2004; Februhartanty et al., 2007), dalam ekonomi keluarga (Nystrom dan Ohrling, 2004), serta berperan dalam menjaga keharmonisan hubungan rumah tangga (Falceto et al., 2004; Sullivan et al., 2004).

Beberapa studi menyimpulkan bahwa tidak semua ayah dapat memberikan dukungan yang diharapkan kepada ibu menyusui. Studi-studi tersebut menemukan bahwa kemampuan ayah untuk memberikan dukungan berhubungan dengan kualitas hubungan pernikahan (Jordan dan Wall, 1993; Sullivan et al., 2004; Condon, 2006), kepuasan terhadap peran masing-masing sebagai orang tua (Falceto et al., 2004; Nystrom dan Ohrling, 2004), pengetahuan ayah (Ingram and Johnson, 2004; Wolfberg et al., 2004; Shaker et al., 2004; Pisacane et al., 2005), dan pekerjaan ayah (Pohlman, 2005; Glenn dan Quilin, 2007).

2. MASALAH PENELITIAN

Hingga saat ini, informasi tentang apakah ayah mempunyai peran yang signifikan dalam mempengaruhi praktek pemberian ASI belum banyak digali di Indonesia. Tipe peran ayah yang seperti apa yang mempengaruhi praktek pemberian ASI juga belum diketahui. Karenanya, pemahaman akan faktor-faktor apa yang mempengaruhi peran ayah penting untuk diketahui sehingga dapat mengubah ayah yang sebelumnya kurang mendukung praktek pemberian ASI menjadi lebih mendukung.

3. MANFAAT PENELITIAN

Studi ini adalah studi yang pertama kali dilakukan di Jakarta yang menggali isu tentang praktek pemberian ASI langsung dari ayah. Temuan dari studi ini dapat menjadi masukan bagi peneliti lain untuk membangun hipotesa lebih lanjut yang dapat dibuktikan dengan studi lanjutan misalnya studi intervensi komunikasi. Informasi yang diperoleh dari studi ini juga dapat digunakan oleh para pengambil kebijakan untuk memperbaiki strategi promosi pemberian ASI dan untuk mulai secara langsung menjadikan ayah sebagai salah satu perantara dalam promosi praktek pemberian ASI, khususnya bagi dua praktek penting pemberian ASI, yaitu inisiasi menyusui segera setelah persalinan dan pemberian ASI eksklusif.

4. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan umum:

Untuk mengetahui peran ayah yang paling berpengaruh dalam mendukung praktek inisiasi menyusui segera dan pemberian ASI eksklusif, serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Tujuan khusus:

1. Untuk mengetahui berbagai peran ayah selama masa kehamilan, persalinan dan pasca persalinan
2. Untuk mengidentifikasi tipe-tipe peran ayah yang mendukung praktek inisiasi menyusui segera dan pemberian ASI eksklusif
3. Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi peran ayah dalam praktek pemberian ASI

5. HIPOTESIS PENELITIAN

Ayah mendukung praktek pemberian ASI bila ayah memiliki pengetahuan yang baik tentang hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI, memiliki hubungan yang baik dengan ibu, dan juga terlibat dalam keharmonisan hubungan pola menyusui tripartit (yaitu antara ayah, ibu, dan bayi).

6. KERANGKA KONSEP PENELITIAN

Hasil utama dari studi ini adalah peran ayah dalam praktek pemberian ASI. Selain itu, juga dilakukan pengukuran tentang pengaruh-pengaruh dari berbagai peran ayah pada praktek tersebut. Mengingat bahwa praktek pemberian ASI juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lain selain faktor ayah, maka faktor lainnya tersebut seperti faktor ibu dan lainnya (misalnya keadaan rumah sakit, rekan, media, dan lainnya) juga dimasukkan pada kerangka konsep penelitian ini. Berbagai faktor yang mempengaruhi peran ayah pada praktek pemberian ASI meliputi faktor ibu, pengetahuan dan sikap ayah, faktor sosial ekonomi, dan faktor lainnya (**Gambar 1** pada halaman 3). Deskripsi dari berbagai variabel yang diukur pada penelitian ini dijabarkan secara lebih terperinci pada **Tabel 1**.

Tabel 1. Deskripsi variabel-variabel pada penelitian ini

No.	Variabel	Deskripsi
1	Praktek pemberian ASI	<ul style="list-style-type: none">▪ Inisiasi menyusui segera didefinisikan sebagai saat dimana bayi melakukan kontak menyusu pertama kali (1 = ya, jika ≤ 30 menit setelah dilahirkan; 0 = tidak, jika selain itu)▪ Praktek pemberian ASI eksklusif ditentukan berdasarkan asupan makanan selama 24 jam terakhir dan penggunaan dot selama 24 jam terakhir (1 = ya, jika bayi hanya mendapatkan ASI dan tidak menggunakan dot selama 24 jam terakhir; 0 = tidak, jika selain itu)

Tabel 1. Deskripsi variabel-variabel pada penelitian ini (lanjutan)

No.	Variabel	Deskripsi
2	Faktor ibu	Status pekerjaan, pengalaman terhadap kesulitan yang berhubungan dengan laktasi (misalnya merasa bahwa produksi ASI tidak mencukupi, gangguan pada pengeluaran ASI), frekuensi melahirkan, tingkat pendidikan ibu, dan pengetahuan ibu mengenai hal-hal yang berhubungan dengan praktek pemberian ASI, serta perilaku ibu terhadap hal-hal tersebut.
3	Peran ayah	Tindakan ayah selama proses kehamilan, persalinan dan pasca persalinan yang berhubungan dengan inisiasi menyusui segera dan praktek pemberian ASI eksklusif
4	Faktor lainnya	Paparan orangtua akan sumber-sumber informasi dari media komunikasi umum, paparan orangtua akan berbagai sumber informasi interpersonal, pelayanan yang diterima dari fasilitas kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan (yaitu orang tua mendapatkan penyuluhan mengenai pemberian ASI pada saat ANC dan PNC, adanya fasilitas rawat gabung bagi ibu dan bayinya, serta bayi tidak menerima makanan/minuman prelakteal)
5	Pengetahuan dan sikap ayah	<ul style="list-style-type: none">▪ Sebanyak 15 pertanyaan diajukan kepada ayah untuk mengukur pengetahuan ayah yang terdiri dari pemahaman ayah mengenai kesehatan anak dan manfaat pemberian ASI, informasi yang berhubungan dengan inisiasi menyusui dan ASI eksklusif, serta informasi yang berhubungan dengan kesulitan-kesulitan pemberian ASI dan manajemennya (misalnya jalan keluar yang potensial bagi ibu bekerja yang ingin tetap memberikan ASI pada bayinya, menyusui sesering mungkin tanpa jadwal, tanda-tanda bayi yang mendapat cukup ASI, adanya bantuan yang diberikan ayah)▪ Terdapat 30 pernyataan yang menggambarkan perilaku ayah terhadap hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI, seperti dukungan ayah selama kehamilan-persalinan-pasca persalinan, praktek menyusui segera dan pemberian ASI eksklusif, faktor-faktor yang mempengaruhi kesuksesan pemberian ASI, persepsi ayah mengenai perbandingan antara pemberian ASI dan susu formula, domain pekerjaan bagi laki-laki dan perempuan baik di rumah maupun di tempat kerja, serta pengaruh yang diberikan oleh tenaga kesehatan.
6	Faktor sosio-ekonomi	Karakteristik bayi (umur dan jenis kelamin), komposisi rumah tangga, pernikahan antar suku, pendapatan rata-rata rumah tangga per bulan, serta tingkat pendidikan ayah

7. METODA PENELITIAN

7.1. Disain Penelitian

Studi ini didisain sebagai studi *cross-sectional*, dengan menerapkan suatu metode pendekatan gabungan kuantitatif dan kualitatif yang berimbang dan berurutan (Tashakkori and Teddlie, 1998) yang terbagi menjadi 3 tahap, yaitu:

- a. Tahap 1. Pada tahap ini, studi dilakukan dengan pendekatan kualitatif melalui Diskusi Kelompok Terarah (*Focus Group Discussion/FGD*) yang melibatkan ibu dan ayah. Tahap ini

- dilakukan untuk mengetahui peran apa saja yang dimiliki ayah yang dapat mempengaruhi praktek pemberian ASI. Hasil yang didapat dari tahap ini digunakan sebagai dasar untuk membuat alat penelitian pada tahap 2.
- b. Tahap 2. Tahap ini bertujuan untuk mengukur besarnya peran ayah terhadap praktek pemberian ASI serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Studi dilakukan dengan pendekatan kuantitatif melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dalam sebuah survey.
 - c. Tahap 3. Tujuan dari tahap ini adalah untuk mengetahui lebih jauh dan menegaskan kembali karakteristik rumah tangga di mana ayah digolongkan sebagai pendukung praktek pemberian ASI dan ibu menjalankan praktek pemberian ASI sesuai dengan yang dianjurkan. Pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam diterapkan pada tahap ketiga ini.

Area penelitian, seluruh tahapan penelitian, waktu, serta langkah-langkah analisis data ditampilkan pada **Gambar 2** (halaman 6).

7.2. Subyek dan Area Penelitian

Subyek pada penelitian ini adalah ayah dan ibu yang memiliki bayi berusia 0-6 bulan. Rumah tangga yang terpilih adalah rumah tangga dengan ibu yang secara umum terlihat sehat dan tinggal dalam satu rumah dengan ayah kandung bayi tersebut, ibu pernah menyusui bayinya, ibu melahirkan bayi tunggal cukup bulan melalui persalinan normal. Kriteria eksklusi adalah rumah tangga dengan bayi yang memiliki kelainan/cacat bawaan, bayi pernah diletakkan dalam inkubator sesaat setelah dilahirkan selama lebih dari satu hari, serta bayi dengan berat badan lahir rendah.

Subyek tinggal di Jakarta Selatan, yaitu di Kelurahan Pejaten Timur, Kebagusan, dan Jati Padang (Kecamatan Pasar Minggu), dan Kelurahan Pondok Pinang, Cipulir, dan Grogol Selatan (Kecamatan Kebayoran Lama).

7.3. Jumlah Subyek dan Prosedur Pemilihan Subyek

7.3.1. Jumlah subyek

Informasi awal mengenai hal-hal yang berhubungan dengan ayah dan pemberian ASI diperoleh dari hasil 6 FGD (1 FGD di tiap kelurahan). Tiap FGD diikuti oleh 6-8 peserta yang terdiri dari laki-laki dan perempuan (namun peserta bukanlah pasangan suami istri). Data akhir yang diperoleh dari pendekatan kuantitatif melalui wawancara berasal dari 536 pasangan suami istri. Penghitungan jumlah subyek didasari pada proporsi ayah yang terlibat dalam diskusi mengenai gizi dan kesehatan bayi (p), dimana proporsi tertinggi adalah di Kotamadya Jakarta Selatan yaitu sebesar

43% (Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta, 2005), 5 persen nilai presisi mutlak (d), 90% selang kepercayaan ($\alpha = 10\%$) dan disain efek = 2 yang disebabkan oleh metode pemilihan subyek yang diterapkan pada penelitian ini (Lwanga dan Lemeshow, 1991). Subyek yang diwawancara pada tahap 2 berbeda dengan subyek pada FGD di studi tahap 1. Sebanyak 11 pasang suami istri dipilih dari studi tahap 2 untuk diwawancara kembali pada studi tahap 3.

7.3.2. Pemilihan Subyek

Pemilihan kelurahan dan kecamatan dilakukan secara purposif berdasarkan jumlah kunjungan neonatus dan jumlah kelahiran yang tercatat di kantor Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan serta Puskesmas Kecamatan. Sedangkan RW/posyandu yang terpilih adalah RW/Posyandu yang memiliki jumlah bayi usia 0-6 bulan terbanyak. Karena pemilihan subyek secara acak tidak memungkinkan untuk dilakukan pada penelitian ini, maka seluruh rumah tangga yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi serta menyatakan kesediaannya untuk berpartisipasi pada salah satu tahap penelitian, dipilih sebagai subyek.

7.4. Metoda Pengumpulan Data

7.4.1. Diskusi Kelompok Terarah (*Focus Group Discussion*/FGD)

Selama tahap 1, FGD dipandu dengan menggunakan 24 gambar mengenai pemberian ASI dan masalah-masalah yang berhubungan dengan *parenting*. Sebelumnya, dilakukan sesi percobaan dengan tujuan 1) untuk membiasakan tim peneliti dengan situasi FGD yang sesungguhnya, 2) untuk meningkatkan kerja sama tim, 3) untuk melatih asisten dan pencatat dalam melakukan penulisan kembali hasil rekaman FGD atau *transcribing*, 4) untuk menguji coba alur pertanyaan serta menemukan alur terbaik untuk melakukan diskusi, serta 5) untuk mencari komposisi peserta FGD yang paling tepat (apakah ayah saja, ibu saja, atau gabungan ayah dan ibu).

FGD dilakukan oleh 2 tim secara terpisah karena beberapa FGD dilakukan secara paralel tergantung dari ketersediaan waktu dari para peserta dan kader posyandu. Sebagian besar FGD dilaksanakan di rumah kader atau di rumah Ketua RW pada akhir pekan. Tiap FGD berlangsung sekitar 1.5-2 jam dan direkam dengan menggunakan tape recorder.

7.4.2. Wawancara Terstruktur

Setelah menemukan topik-topik yang menonjol/paling mengemuka pada FGD di tahap 1, kuesioner terstruktur diujicobakan sebelum digunakan untuk pengumpulan data tahap 2. Bila diperlukan, dilakukan modifikasi kuesioner berdasarkan hasil uji coba tersebut. Pengumpulan data dilakukan oleh 12 orang enumerator dan 4 orang pengawas lapangan yang sudah terlatih. Data

dikumpulkan melalui wawancara langsung pada subyek. Sebagian besar wawancara pada ibu dan ayah dilakukan secara terpisah di rumah mereka. Tiap wawancara berlangsung antara 45 menit hingga 1 jam.

7.4.3. Wawancara Mendalam

Subyek yang sesuai dengan kategori rumahtangga tipe A, yaitu ayah tidak mendukung dan ibu tidak mempraktekkan pemberian ASI eksklusif; tipe B, yaitu ayah tidak mendukung namun ibu mempraktekkan pemberian ASI eksklusif; tipe C, yaitu ayah mendukung namun ibu tidak mempraktekkan pemberian ASI eksklusif; serta tipe D yaitu ayah mendukung dan ibu mempraktekkan pemberian ASI eksklusif (merujuk pada **Table 2** di bagian 7.5.2.1), dicatat dalam bentuk daftar dan diurutkan berdasarkan nilai skor peran ayah mulai dari skor terendah hingga skor tertinggi. Prioritas diberikan pada rumahtangga yang kondisi sosio-ekonomi tertentu yaitu dapat dihubungi lewat telepon (misalnya telepon genggam yang cukup banyak dimiliki warga di area penelitian), sehingga tim peneliti dapat lebih mudah membuat janji untuk pertemuan selanjutnya.

Wawancara dengan ayah dan ibu dilakukan oleh dua orang pewawancara yang sudah terlatih dengan menggunakan panduan semi-terstruktur. Pendekatan pada sejarah perjalanan hidup (*life history*) diterapkan untuk mengetahui pengalaman yang berhubungan dengan masa tertentu dalam kehidupan ayah yang berpengaruh terhadap perannya, baik yang mendukung maupun tidak mendukung praktek pemberian ASI. Kejadian-kejadian penting yang digunakan untuk menghubungkan pengalaman hidup pada masa tertentu meliputi praktek ayah dan ibu selama masa kehamilan, saat persalinan, dan pasca persalinan yang berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan anak, pengalaman pernah menderita penyakit yang berat, pola makan saat ini dan masa sebelumnya. Dengan tujuan untuk melakukan pengecekan ulang, suatu kartu yang berisi ringkasan informasi dari studi tahap 2 dibuat untuk masing-masing pasangan suami istri.

Tiap wawancara direkam. Selama wawancara berlangsung, pewawancara juga melakukan pengamatan yang tidak terstruktur. Hal-hal yang diamati meliputi bagaimana pasangan suami istri merespon topik-topik yang dibicarakan selama wawancara (misalnya siapa yang lebih mendominasi diskusi), bagaimana pasangan menangani anak mereka sebab sebagian besar wawancara dilakukan dengan kehadiran anak mereka, bagaimana pasangan menangani beberapa pekerjaan rumah tangga yang ringan selama wawancara karena wawancara dilakukan dalam jangka waktu yang cukup lama (sekitar 2 jam), serta konfirmasi kondisi sosio-ekonomi rumah tangga dengan cara mengamati keadaan rumah serta barang-barang yang ada di rumah tersebut.

Wawancara mendalam tambahan dilakukan pada beberapa pemimpin masyarakat serta orang yang berpengaruh di masyarakat (misalnya bidan, kader, tenaga gizi, kepala rumah bersalin di

Puskesmas, bidan praktek swasta, sesepuh, serta pemimpin desa). Wawancara tambahan ini dilakukan sebelum dilaksanakannya wawancara terhadap ibu dan ayah. Hal ini bertujuan untuk mendapatkan pengertian yang lebih baik tentang kepercayaan dan norma yang ada di masyarakat tersebut yang berhubungan dengan masalah peran ayah pada praktek pemberian ASI.

7.5. Analisis Data

7.5.1. Data Kualitatif

Data kualitatif didapat dari hasil rekaman FGD dan wawancara mendalam yang sudah dicatat kembali dalam bentuk kata per kata. Hasil diskusi dari satu FGD dibuat dalam satu transkrip. Rekaman dari satu wawancara mendalam dengan pasangan suami istri juga dibuat ke dalam satu transkrip. Segera setelah tiap FGD dan wawancara mendalam berakhir, dilakukan suatu analisis awal untuk mendata semua informasi yang penting. Seluruh daftar hal-hal yang penting tersebut kemudian dikumpulkan dalam suatu matriks sehingga dapat dilakukan suatu perbandingan yang tetap/konstan. Topik dan kategori yang muncul dari catatan hasil FGD tersebut kemudian digunakan untuk menyusun pertanyaan-pertanyaan serta pilihan jawaban yang mungkin ke dalam suatu kuesioner terstruktur. Sedangkan informasi yang didapat dari wawancara mendalam digunakan untuk membuat karakteristik rumahtangga tipe A, B, C, dan D.

Triangulasi sumber informasi, metode, serta analisis, dilakukan untuk menjamin bahwa data yang diperoleh tersebut valid. Informasi yang diperoleh dari berbagai sumber, yaitu ayah, ibu, serta informan kunci, digunakan untuk membuat suatu data yang saling melengkapi. Informasi yang diperoleh melalui wawancara mendalam divalidasi dengan informasi yang diperoleh dari FGD dan hasil pengamatan. Analisis data dilakukan oleh dua orang secara simultan untuk meyakinkan ketepatan topik-topik yang dimunculkan serta hubungan antar kategori.

7.5.2. Data Kuantitatif

7.5.2.1. Penentuan skor pada peran ayah

Peran ayah ditentukan berdasarkan tindakan ayah selama masa kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan ibu. Berbagai tindakan ayah selama masa tersebut dijabarkan dan setiap tindakan positif yang dilakukan oleh ayah dianggap sebagai suatu tindakan yang mendukung. Hal ini bahwa ayah berperan serta pada aktifitas tersebut.

Factor analysis dilakukan untuk merangkum tindakan-tindakan yang dilakukan ayah ke dalam beberapa tipe peran utama. Dari jumlah awal yaitu 21 item, 11 item kemudian digolongkan menjadi tipe-tipe peran ayah berikut:

1. Peran 1: mencari informasi mengenai pemberian ASI dan pola pemberian makan bayi, yang terdiri dari:
 - Pernah mencari informasi mengenai pemberian ASI dan pola pemberian makan bayi
 - Tetap meneruskan pencarian informasi mengenai kedua hal tersebut hingga saat ini
2. Peran 2: berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai cara pemberian makan saat ini
3. Peran 3: memilih tempat untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan pemeriksaan pasca persalinan/imunisasi, yang terdiri dari:
 - Pemilihan tempat untuk pemeriksaan kehamilan
 - Pemilihan tempat untuk bersalin
 - Pemilihan tempat untuk pemeriksaan pasca persalinan/imunisasi
4. Peran 4: tingkat keterlibatan ayah selama kunjungan pemeriksaan kehamilan, yang terdiri dari:
 - Menemani istri saat melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan
 - Menemani istri melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin/sering
 - Ikut masuk ke dalam kamar periksa saat kunjungan pemeriksaan kehamilan
5. Peran 5: memiliki sikap positif terhadap kehidupan pernikahan mereka
6. Peran 6: terlibat dalam berbagai kegiatan perawatan anak

Tiap tipe dari peran ayah tersebut diberikan nilai/skor 0 atau 1. Mengingat bahwa tipe peran ayah nomor 1, 3 dan 4 terdiri lebih dari 1 item, maka nilai/skor 0 diberikan jika ayah menunjukkan respon yang negatif pada salah satu item, sedangkan nilai/skor 1 diberikan jika ayah memberikan respon positif pada seluruh item.

Keenam tipe peran ayah tersebut menghasilkan suatu nilai yang diskret yaitu mulai dari 0 hingga 6. Nilai/skor total dari peran ayah tersebut kemudian dikelompokkan kembali secara dikotomis menjadi “tidak mendukung” (nilai 0-3) dan “mendukung” (nilai 4-6). Selanjutnya, dilakukan tabulasi silang antara peran ayah yang sudah dikategorikan secara dikotomis tersebut dengan praktek pemberian ASI eksklusif oleh ibu. Tabulasi ini menghasilkan penggolongan rumah tangga subyek ke dalam tipe A, B, C, dan D.

Tabel 2. Kategorisasi rumah tangga untuk studi tahap 3

	Ibu tidak mempraktekkan pemberian ASI eksklusif	Ibu mempraktekkan pemberian ASI eksklusif
Ayah tidak mendukung	A	B
Ayah mendukung	C	D

7.5.2.2. Penilaian pengetahuan dan sikap

Pemberian nilai untuk variabel pengetahuan diberikan berdasarkan persentase jawaban benar dari subyek, yang berkisar mulai dari 0% (bagi subyek yang memberikan jawaban yang salah bagi semua pertanyaan) hingga 100% (bagi subyek yang memberikan jawaban yang benar bagi semua pertanyaan). Selanjutnya, tingkat pengetahuan subyek dikategorikan sebagai buruk (untuk nilai 70% atau lebih rendah) atau baik (untuk nilai yang lebih tinggi dari 70%). Pemberian nilai untuk variabel sikap diberikan berdasarkan tingkat keberpihakan ayah terhadap praktek pemberian ASI. Nilai dimulai dari 0% (untuk ayah yang betul-betul menentang praktek pemberian ASI) hingga 100% (untuk ayah yang menunjukkan sikap sangat positif terhadap praktek pemberian ASI). Variabel sikap ini kemudian digolongkan sebagai sikap tidak baik (untuk nilai 70% atau lebih rendah) atau baik (untuk nilai yang lebih tinggi dari 70%).

7.5.2.3. Uji reliabilitas

Karena tipe peran ayah nomor 1, 3, and 4 terdiri dari beberapa item, perlu dilakukan uji reliabilitas untuk tiap tipe. Hasil yang didapat memperlihatkan bahwa nilai Cronbach's alpha dari peran ayah tipe 1, 3, and 4 berturut-turut adalah 0.6693, 0.6341, dan 0.7816, yang menandakan bahwa item-item tersebut mempunyai kekuatan kepercayaan yang cukup baik. Selanjutnya, untuk memeriksa koherensi/hubungan item tersebut dalam mengukur konsep peran ayah dalam praktek pemberian ASI, dilakukan uji reliabilitas secara menyeluruh pada seluruh item (11 item). Hasil uji memperlihatkan bahwa nilai Cronbach's alpha dari kesebelas item yang diuji adalah sebesar 0.6098 yang berarti kesebelas item tersebut dapat digunakan untuk mengukur konsep yang dimaksud pada penelitian ini (Leech et al., 2005).

Analisis reliabilitas dengan Cronbach's alpha terhadap 15 pertanyaan tentang pengetahuan dan 30 pernyataan tentang sikap ayah berturut-turut adalah 0.6045 and 0.5460.

7.5.2.4. Uji statistik

Data entry, processing, dan analisis statistik untuk data kuantitatif dilakukan menggunakan program SPSS versi 11.5 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh data dalam bentuk proporsi untuk data kategorikal, serta dalam bentuk nilai rata-rata atau median untuk data kontinyu. Analisis bivariat yang dilakukan, meliputi asosiasi antara dua data kategorikal dengan menggunakan uji Chi-Square. Nilai signifikan $p < 0.05$ digunakan untuk mengetahui perbedaan yang ada dari variabel-variabel yang diujikan.

Analisis multivariat dengan menggunakan regresi logistik dilakukan untuk mengetahui tipe peran ayah mana yang berhubungan dengan praktek pemberian ASI, faktor-faktor yang mempengaruhi peran ayah, serta faktor-faktor yang menentukan praktek pemberian ASI. Sebelum semua uji dilakukan, terlebih dahulu dilakukan uji kolinearitas dari seluruh variabel yang akan dianalisis dengan menggunakan analisis korelasi non-parametrik. Hasil uji memperlihatkan bahwa seluruh variabel memiliki koefisien korelasi (r) dibawah 0.8, yang berarti tidak ditemukan adanya kolinearitas antar variabel (Leech et al., 2005). Analisis faktor-faktor ini dilakukan dengan metode 'enter'. *Odds ratios* (OR) dengan selang kepercayaan (*Confidence Interval/CI*) 95% pada batas bawah dan batas atas OR digunakan untuk memperlihatkan kecenderungan variabel independen mempengaruhi variabel dependen. Nilai p di bawah 0.05 digunakan untuk menentukan tingkat signifikan analisis.

7.6. Pertimbangan Etik

Keterangan lolos etik diperoleh dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Tiap subyek mendapatkan informasi mengenai tujuan dari penelitian ini dan mereka diminta untuk menyatakan kesediaannya berpartisipasi secara sukarela dalam bentuk tertulis. Seluruh identitas subyek dijaga kerahasiaannya. Wawancara dan diskusi hanya direkam setelah mendapat persetujuan subyek.

8. HASIL DAN PEMBAHASAN

8.1. Karakteristik Subyek

Secara umum, ayah berusia lebih tua dibandingkan ibu saat mereka menikah. Sebagian besar subyek berasal dari suku Jawa (termasuk Madura) dan Betawi. Sebagian besar rumah tangga memiliki lebih dari satu anak/multipara, dan hidup dengan keluarga inti. Ayah memiliki tingkat pendidikan yang sedikit lebih baik dibandingkan ibu. Sekitar setengah dari jumlah total ayah dan ibu adalah lulusan sekolah menengah atas. Seperti yang sudah diduga, proporsi ayah yang bekerja untuk memperoleh penghasilan lebih besar dibandingkan ibu (98.1% vs 23.3%). Sebanyak 35% ibu bekerja masih dalam masa cuti melahirkan. Mayoritas orang tua bekerja di sektor swasta dengan berbagai posisi, mulai dari pesuruh, staf administrasi, hingga pekerja profesional. Sebagian besar subyek memiliki rata-rata pendapatan bulanan kurang dari Rp 2,000,000 (**Tabel 3**). Berdasarkan tingkat pendidikan dan pendapatan tersebut, maka subyek pada penelitian ini dapat dikategorikan sebagai kelompok masyarakat dengan kondisi sosio-ekonomi kelas menengah.

Tabel 3. Karakteristik rumah tangga subyek

Karakteristik	n=536	
	Ayah	Ibu
Median umur (dalam tahun) saat menikah (min-max)	26 (17-42)	22 (13-31)
Median umur (dalam tahun) saat melahirkan anak pertama (min-max)	-	23 (15-35)
Suku (%)		
Jawa/Madura	41.2	42.2
Betawi	41.6	40.3
Sunda	8.2	10.3
Sumatera	6.7	5.6
Lainnya (Ambon, NTT, Bugis, Manado, Cina, dll)	2.2	1.7
Tingkat pendidikan (%)		
Tidak sekolah (buta huruf)	0.2	0.4
≤ 3 tahun	0.6	0.2
> 3-6 tahun (sekolah dasar)	12.9	20.5
> 6-9 tahun (sekolah menengah pertama)	17.9	21.6
> 9-12 tahun (sekolah menengah atas)	50.9	45.9
> 12 tahun (universitas)	17.5	11.4
Bekerja pada saat ini (%)	98.1	23.3
Jenis pekerjaan (%) ¹		
Pekerja harian	11.6	7.2
Pembantu rumah tangga	-	1.6
Pedagang	16.3	13.6
Supir	6.5	-
Pegawai negeri sipil	5.3	4.0
Pekerja swasta	46.8	55.2
Wiraswasta	12.2	7.2
Membantu suami	-	4.0
Lainnya	1.3	7.2
Rata-rata pendapatan per bulan (%) ¹		
≤ Rp 500000	10.5	17.6
> Rp 500000 – Rp 1000000	39.9	38.4
> Rp 1000000 – Rp 2000000	34.8	29.6
> Rp 2000000	14.8	14.4
Rumah tangga multipara (%)		61.8
Hidup dalam keluarga inti (%)		51.3

¹ Di antara subyek yang bekerja: ayah n=526 dan ibu n=125 (termasuk ibu yang masih dalam masa cuti melahirkan)

Pada penelitian ini terdapat lebih banyak bayi yang berumur lebih dari 3 bulan. Jumlah bayi laki-laki dan perempuan adalah berimbang. Sekitar sepertiga bayi dilaporkan mengalami sakit selama 24 jam terakhir, misalnya demam, ISPA, atau diare. Kejadian sakit ini tidak berhubungan dengan praktek pemberian ASI eksklusif, yang berarti proporsi praktek pemberian ASI eksklusif antara bayi yang menderita sakit dengan yang tidak menderita sakit adalah sama (**Tabel 4**).

Table 4. Karakteristik bayi

Karakteristik	n=536
Rata-rata umur dalam bulan (mean \pm SD)	3.22 \pm 1.69
Kelompok umur:	
0-3 bulan	43.5
>3-6 bulan	56.5
Jenis kelamin: % perempuan	49.8
Median berat badan dalam gram (min-max), n = 534	3100 (2100-4500)
Median panjang badan dalam cm (min-max), n = 495	49 (39-55)
Mengalami sakit dalam 24 jam terakhir (%)	35.6
Praktek pemberian ASI dan pemberian makan (%):	
Disusui dalam 30 menit setelah lahir	17.5
Disusui kurang dari 30 menit setelah lahir setidaknya selama 30 menit	4.5
Pernah mendapatkan makanan prelakteal	65.3
Disusui secara eksklusif	29.1
Tidak menyusui lagi	9.1

Proporsi inisiasi pemberian ASI dalam 30 menit mendekati seperlima. Pada studi ini, praktek inisiasi pemberian ASI tidak terjadi dalam bentuk dimana bayi dibiarkan merangkak sendiri menuju puting susu ibunya (*breast crawl*). Sebab, 96.8% ibu mengatakan bahwa segera setelah dilahirkan, bayi mereka langsung disodorkan puting susu ibu dengan dibantu tenaga penolong persalinan. Karenanya istilah ”inisiasi menyusui dini (IMD)” yang lebih menggambarkan metoda *breast crawl* tidak digunakan dalam penelitian ini. Selanjutnya, seperti yang sudah diperkirakan sebelumnya, adanya rentang waktu antara saat bayi dilahirkan dan saat kontak menyusui pertama kali dilakukan, menyebabkan lebih dari setengah bayi menerima makanan prelakteal; dimana sebanyak 77% bayi tersebut menerima susu formula. Sekitar 80% bayi baru lahir ini menerima makanan/minuman prelakteal berdasarkan anjuran dari petugas kesehatan. Untuk praktek pemberian ASI eksklusif, hampir 30% bayi disusui secara eksklusif saat wawancara dilakukan. Dan sekitar 9% bayi sudah tidak lagi menerima ASI (**Tabel 4**).

8.2. Peran Ayah Selama Masa Kehamilan, Persalinan, dan Pasca Persalinan

Gambar 3 (pada halaman 13) memperlihatkan bahwa praktek pencarian layanan kesehatan yang dilakukan ayah dalam hal pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan pemeriksaan pasca persalinan/imunisasi, secara umum tergolong tinggi. Hampir 90% ayah terlibat dalam pemilihan tempat untuk pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan pemeriksaan pasca persalinan/imunisasi. Namun, keterlibatan aktif ayah seperti mendampingi atau mengantarkan ibu dan ikut masuk bersama ibu ke dalam kamar periksa, kurang banyak dilakukan pada ketiga masa tersebut.

Menariknya, kehadiran ayah saat persalinan cenderung lebih tinggi dibandingkan saat pemeriksaan kehamilan dan imunisasi (**Gambar 3** halaman 13). Dari hasil wawancara mendalam,

diketahui bahwa hal tersebut disebabkan karena para ayah merasa bahwa mendampingi istri saat bersalin merupakan tanggung jawab mereka sebagai suami terhadap istri yang sedang menjalani peristiwa penting yang menyangkut hidup dan mati sang istri. Sekitar 15% ayah menyatakan bahwa mereka tidak diperbolehkan masuk ke dalam ruang bersalin oleh petugas kesehatan, dan sebanyak 8% ayah menyatakan tidak mempunyai keberanian untuk masuk ke dalam ruang bersalin. Walaupun kehadiran ayah saat persalinan diakui ibu sebagai hal yang menenangkan mereka, sebagian besar ayah tidak menyadarinya. Studi-studi sebelumnya menemukan bahwa kehadiran saat proses kelahiran anak dianggap sebagai suatu hal yang membantu para ayah (Draper, 1997), bukan hanya membantu pasangannya tapi juga membantu para ayah itu sendiri dalam memunculkan rasa/naluri kebapakan mereka (Vehvilainen-Julkunen dan Liukkonen, 1998).

Sayangnya, kehadiran ayah saat proses persalinan tidak berkaitan dengan inisiasi menyusui segera. Sebab, berdasarkan fakta yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam diketahui bahwa kehadiran ayah saat persalinan adalah sehubungan dengan peranannya untuk melengkapi beberapa dokumen administrasi dan memberikan pernyataan kesediaan dilakukannya suatu tindakan tertentu pada sang istri bila diperlukan. Ayah tidak menyadari peran mereka yang lainnya yaitu mempengaruhi praktek menyusui segera setelah bayi dilahirkan. Lebih lanjut lagi, informasi mengenai peran spesifik apa yang seharusnya dilakukan oleh ayah untuk membantu agar segera tercipta kontak menyusu pertama kali, tidak konklusif ditemukan pada studi ini. Hal ini sebagian kemungkinan disebabkan karena pertanyaan-pertanyaan yang digunakan untuk mengukur informasi ini kurang dirancang dengan tepat, dimana pertanyaan-pertanyaan tersebut lebih menggambarkan tentang dukungan yang diberikan ayah pada masa pasca persalinan dibandingkan sebagai dukungan pada masa segera setelah bayi dilahirkan. Penemuan dari 2 studi terdahulu di negara maju juga tidak konklusif dalam hal informasi mengenai pengaruh kehadiran ayah saat kelahiran anak terhadap inisiasi menyusui segera setelah persalinan (Draper, 1997; Vehvilainen-Julkunen dan Liukkonen, 1998).

Studi ini juga memperlihatkan bahwa proporsi keterlibatan aktif ayah menurun secara drastis pada periode perawatan pasca kelahiran (**Gambar 3** halaman 13). Sekitar $\frac{3}{4}$ ayah mengatakan bahwa mereka tidak dapat mendampingi ibu saat bayi mendapatkan imunisasi karena mereka harus pergi bekerja. Namun, data dari FGD menunjukkan bahwa kehadiran ayah pada periode perawatan pasca kelahiran tidak terlalu diprioritaskan oleh sebagian besar ayah karena mereka menganggap para ibu sudah cukup mampu untuk melakukannya sendiri. Seperti yang ditemukan dalam wawancara mendalam, usaha ayah untuk menyesuaikan jadwal kerjanya dengan jadwal imunisasi tidak segigih usaha mereka saat menyesuaikan jadwal kerjanya dengan jadwal perawatan saat kehamilan. Sebab

ayah lebih merasa khawatir terhadap kondisi istrinya di masa kehamilan dibandingkan kondisi istri dan anaknya pasca kelahiran.

Gambar 4 (pada halaman 14) menunjukkan bahwa praktek yang pertama, yaitu mendorong inisiasi menyusui segera, dilakukan ayah sebagai bentuk dukungannya yang diberikan segera setelah anak lahir di tempat persalinan, dengan proporsi hampir mencapai 80%. Namun, mayoritas ayah mengaku hanya memberikan dukungan dalam bentuk saran pada ibu untuk segera menyusui, dan hanya ¼ ayah yang menyatakan bahwa mereka secara langsung meminta ibu untuk segera menyusui, membantu menggendong bayi saat menyusui pertama kali, menyediakan makanan bergizi bagi ibu untuk meningkatkan produksi ASI, dan membeli alat pemompa ASI untuk menstimulasi ASI pertama keluar.

Sedangkan dukungan ayah dalam bentuk keempat tindakan lainnya (merujuk pada **Gambar 4** halaman 14) dilakukan di rumah selama enam bulan pertama. Serupa dengan temuan dari FGD, hampir 20% ayah tidak pernah terlibat dalam mengerjakan tugas-tugas rumah tangga, dan lebih dari setengah ayah sangat sering terlibat dalam berbagai kegiatan pengasuhan anak. Artinya, ayah lebih memilih untuk mengasuh anak dibandingkan membantu ibu mengerjakan tugas rumah tangga. Sekitar 60% ayah memandang pernikahan mereka secara positif dan 30% ibu menganggap bahwa ayah adalah teman/rekan utama dalam membahas hal-hal yang berhubungan dengan masalah kesehatan anak.

Satu dari dua ayah menyatakan bahwa mereka pernah mencari informasi/berdiskusi mengenai masalah pemberian ASI atau pemberian makan, namun lebih sedikit ayah yang tetap melakukan pencarian informasi mengenai masalah tersebut. Selanjutnya, keterlibatan ayah dalam pembuatan keputusan tentang pola pemberian makan pada anak, jauh berkurang lagi. Hal ini menunjukkan bahwa ibu lebih dominan dalam memutuskan cara pemberian makan pada anak. Tidak berbeda dengan studi-studi sebelumnya (Pruett, 1998; Coleman et al., 2004), temuan yang didapat dari FGD dan wawancara mendalam pada studi ini memperlihatkan bahwa segala sesuatu yang berhubungan dengan kesejahteraan anak lebih menjadi tanggung jawab ibu. Adanya pembagian domain laki-laki dan perempuan yang kuat ini juga tercermin dari hasil studi ini dimana hanya sekitar 50% ayah yang pernah berusaha mencari informasi tentang hal-hal seputar masalah pemberian makan pada anak. Bahkan, kurang dari 50% ayah yang masih menaruh perhatian mengenai masalah tersebut pada saat wawancara (**Gambar 5** pada halaman 15).

Berdasarkan tipologi peran ayah yang diterapkan pada studi ini, hasil yang didapat memperlihatkan bahwa peran 1 dipraktikkan oleh 38% ayah, peran 2 oleh 23.1% ayah, peran 3 oleh 74.8% ayah, peran 4 oleh 53.9% ayah, peran 5 oleh 60.3% ayah, dan peran 6 oleh 56.5% ayah. **Tabel 5** menunjukkan bahwa tipe-tipe peran ayah yang secara positif berhubungan dengan praktek

pemberian ASI adalah keterlibatan mereka dalam mencari informasi mengenai pemberian makan bayi (peran 1), keterlibatan mereka dalam pembuatan keputusan mengenai pola pemberian makan bayi saat ini (peran 2), memiliki sikap yang positif terhadap pernikahan mereka (peran 5). Hal ini menunjukkan bahwa tipe-tipe peran yang secara umum dipraktekkan ayah tidak sesuai dengan peran-peran yang secara positif berhubungan dengan praktek pemberian ASI. Hal ini juga berarti bahwa untuk dapat memberi pengaruh pada praktek pemberian ASI, hal yang pertama kali harus dimiliki ayah adalah pengetahuan tentang masalah-masalah yang berhubungan dengan pemberian ASI. Dengan begitu, mereka kemudian dapat mengambil bagian dalam proses pembuatan keputusan mengenai pola pemberian makan bagi bayinya.

Tabel 5. Proporsi tipe peran ayah berdasarkan praktek pemberian ASI

Tipe peran	Deskripsi	Inisiasi Menyusui Segera		Pemberian ASI Eksklusif	
		Tidak n = 442	Ya n = 94	Tidak n = 380	Ya n = 156
1	pencarian informasi mengenai pemberian ASI dan pemberian makan bayi	36.4	47.9*	38.9	37.2
2	keterlibatan dalam pembuatan keputusan tentang cara pemberian makan saat ini	24.7	16.0	20.3	30.1**
3	pemilihan tempat untuk ANC, persalinan, dan PNC	74.0	78.7	76.6	70.5
4	tingkat keterlibatan ayah pada kunjungan ANC	55.7	45.7*	57.1	46.2**
5	memiliki sikap/perilaku yang positif terhadap pernikahan	59.0	66.0	57.4	67.3**
6	keterlibatan dalam berbagai kegiatan pengasuhan anak	57.7	51.1	58.4	51.9

* berbeda secara bermakna $p < 0.05$ untuk praktek inisiasi menyusui segera

** berbeda secara bermakna $p < 0.05$ untuk praktek pemberian ASI eksklusif

Tabel 5 menjelaskan bahwa inisiasi menyusui segera berasosiasi dengan peran ayah dalam pencarian informasi mengenai pemberian makan bayi. Pencarian informasi ini bisa diartikan sebagai adanya usaha ayah secara aktif guna menambah pengetahuannya. Studi-studi intervensi di negara-negara barat memperlihatkan bahwa peningkatan pengetahuan ayah tentang hal-hal seputar pemberian ASI mempengaruhi inisiasi menyusui (Cohen et al., 2002; Ingram dan Johnson, 2004; Wolfberg et al., 2004; Stremler dan Lovera, 2004). Tipe-tipe peran ayah yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif adalah partisipasi ayah dalam pembuatan keputusan mengenai pola pemberian makan bayi saat ini, serta sikap positif ayah terhadap kehidupan pernikahannya. Temuan ini serupa dengan hasil studi yang dilakukan oleh Jordan dan Wall (1993) serta Sullivan *et al.* (2004) dimana kualitas hubungan suami istri merupakan suatu prediktor yang penting terhadap keberhasilan pemberian ASI. Ketidakharmisan hubungan suami istri dalam rumah tangga dapat menunjukkan

adanya konflik yang signifikan atau juga menunjukkan kurangnya dukungan, yang dapat mengurangi kemampuan ibu untuk menyusui (Sullivan et al., 2004). Data kuantitatif pada studi ini memperlihatkan bahwa di antara 40% pasangan suami istri yang bahagia dengan perkawinannya, sekitar $\frac{3}{4}$ ayah masuk ke dalam kategori ayah yang mendukung.

Tabel 5 memperlihatkan sesuatu yang menarik dimana derajat keterlibatan ayah selama kunjungan pemeriksaan kehamilan memiliki hubungan yang negatif dengan kedua praktek pemberian ASI. Praktek pemberian ASI yang sesuai dengan anjuran lebih sedikit dilakukan oleh ibu yang pasangannya terlibat secara aktif selama kunjungan pemeriksaan kehamilan. Keterlibatan ayah yang pasif selama kunjungan pemeriksaan kehamilan pada studi ini mungkin merupakan salah satu penyebab mengapa tipe peran ayah ini berasosiasi secara negatif dengan inisiasi menyusui segera dan praktek pemberian ASI eksklusif. Kepasifan ayah ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan mereka. Data memperlihatkan bahwa di antara 20% ayah yang memiliki pengetahuan yang baik, lebih dari 80% ikut masuk ke dalam ruang periksa saat kunjungan ANC. Hal ini dapat berarti bahwa ayah yang kurang memiliki pengetahuan beranggapan saran/apa yang dikatakan oleh tenaga kesehatan adalah ‘yang terbaik’— data kuantitatif dari studi ini juga mendukung pernyataan ini dimana lebih dari 80% ayah menyatakan hal yang sama. Penyebab lain yang mungkin dari hal ini adalah praktek dan pelayanan yang diberikan di fasilitas kesehatan tidak begitu mendukung praktek pemberian ASI akibat kurangnya pengetahuan tentang manajemen laktasi (Taveras et al, 2003 dan 2004), kurangnya kemampuan memberikan penyuluhan, serta banyaknya beban kerja (Septiari et al., 2006) dari sisi penyedia pelayanan kesehatan. Terlebih lagi, pemberian pengganti ASI di berbagai tempat fasilitas kesehatan umum dilakukan (BPS dan ORC Macro, 2003) terutama ketika ASI pertama belum keluar (Septiari et al., 2006). Informasi ini dapat diartikan bahwa kecuali jika pelayanan kesehatan saat kehamilan ditingkatkan agar kondusif bagi pemberian ASI, menjadikan ayah sebagai salah satu sasaran dalam promosi pemberian ASI dapat memberikan hasil yang tidak sesuai dengan yang diharapkan. Peningkatan pelayanan kesehatan saat kehamilan dapat dilakukan dengan pemilihan topik penyuluhan yang tepat serta peningkatan kemampuan tenaga kesehatan untuk memberikan penyuluhan/konseling (Septiari et al., 2006). Serupa dengan hasil studi sebelumnya di propinsi DKI Jakarta (Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta, 2005), tempat yang paling banyak dikunjungi untuk pemeriksaan ANC pada studi ini adalah tempat praktek bidan. Sehingga, akan sangat relevan untuk melibatkan bidan sebagai sasaran sekunder dari segala kegiatan promosi pemberian ASI yang ditujukan untuk ayah.

Tabel 6 memperlihatkan analisis multivariat untuk melihat apakah peran ayah dan juga faktor-faktor lainnya mempengaruhi praktek pemberian ASI. Hasil analisis menunjukkan bahwa tipe-

tipe peran ayah merupakan faktor yang signifikan yang mempengaruhi kedua praktek pemberian ASI dengan cara yang secara umum sama dengan yang dijabarkan pada **Tabel 5**.

Praktek-praktek yang baik yang didapat dari fasilitas kesehatan (yaitu mendapatkan konseling pemberian ASI pada saat pemeriksaan kehamilan dan pasca persalinan/imunisasi, mendapatkan fasilitas rawat gabung, tidak ada makanan prelakteal yang diberikan pada bayi) meningkatkan kesempatan bayi untuk disusui dengan segera sebesar 52 kali dibandingkan dengan bayi yang tidak mendapatkan praktek-praktek tersebut (**Tabel 6**). Menariknya, dari tempat-tempat persalinan yang dipilih subyek, praktek-praktek yang baik tersebut didapatkan hanya di 50% Puskesmas, 21.9% tempat praktek bidan, 12.9% rumah sakit/klinik bersalin, dan 9.7% kelahiran di rumah.

Tabel 6. Faktor-faktor yang berhubungan dengan praktek pemberian ASI (dalam OR¹)

Deskripsi dari faktor	Inisiasi Menyusui Segera	Pemberian ASI Eksklusif
<i>Peran ayah:</i>		
Peran 1: pencarian informasi tentang pemberian ASI dan pemberian makan bayi	1.938*	0.992
Peran 2: keterlibatan dalam pembuatan keputusan tentang cara pemberian makan bayi saat ini	0.572	1.817*
Peran 3: pemilihan tempat untuk pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan/imunisasi	1.147	0.640
Peran 4: tingkat keterlibatan selama kunjungan pemeriksaan kehamilan	0.470*	0.702
Peran 5: memiliki sikap yang positif terhadap pernikahan	1.506	1.492*
Peran 6: keterlibatan dalam berbagai kegiatan pengasuhan anak	0.800	0.766
<i>Faktor ibu:</i>		
Ibu adalah ibu rumah tangga	0.717	2.105*
Tingkat pengetahuan ibu yang baik tentang pemberian ASI	0.726	1.537*
Sikap positif ibu terhadap pemberian ASI	1.082	1.643*
Mengalami setidaknya 1 kesulitan yang berhubungan dengan proses menyusui	0.694	0.194*
Ibu adalah primipara	0.809	0.535*
<i>Faktor-faktor lainnya:</i>		
Paparan ayah dari berbagai media massa	1.377	0.622
Paparan ayah dari berbagai komunikasi interpersonal	0.662	0.831
Paparan ibu dari berbagai media massa	0.295*	3.235*
Paparan ibu dari berbagai komunikasi interpersonal	1.738	0.639
Praktek yang mendukung dari penyedia fasilitas kesehatan	52.736*	1.107
Konstanta	0.060	0.290*

* Faktor signifikan, $p < 0.05$

¹ Odds Ratio (OR) < 1 berarti hubungan negatif; OR > 1 berarti hubungan positif

Dari wawancara mendalam yang dilakukan pada studi ini, amat dirasakan bahwa untuk dapat membantu ibu mempraktekkan inisiasi menyusui segera setelah bayi dilahirkan, ayah harus memberikan suatu tindakan dukungan tertentu yang sangat spesifik dalam periode waktu yang sangat singkat. Sebagian besar ayah, sayangnya, tidak mengetahui peran mereka pada periode tersebut. Keberadaan ayah di dalam ruang bersalin sebagian besar karena ingin memberikan dukungan secara emosional kepada ibu atau karena ayah ingin ada secara fisik sehingga dapat memberikan persetujuannya sewaktu-waktu jika pada persalinan tersebut diperlukan tindakan lebih jauh oleh penolong persalinan. Dalam studi ini dilaporkan tidak ada seorangpun ayah yang pernah diberikan informasi mengenai hal tersebut, serta hal-hal lain yang berhubungan dengan perannya sebagai suami dan juga ayah pada periode tersebut. Selain itu, ketika ditanya mengenai peran spesifik ayah untuk mencegah pemberian makanan prelakteal kepada bayinya (yaitu pemberian susu formula oleh tenaga kesehatan) ketika ASI belum keluar, sebagian besar ayah menyatakan ‘sulit’– jika tidak ingin mengatakan ‘tidak mungkin’– karena para ayah percaya bahwa tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan adalah yang terbaik untuk si bayi. Seperti yang sudah disebutkan sebelumnya, terdapat seorang ayah yang mempunyai pengetahuan yang sangat baik yang mengatakan bahwa mereka mungkin saja dapat berbicara dan berdiskusi dengan dokter mengenai hal tersebut, namun tidak dengan bidan. Terdapat suatu kesan yang sangat kuat bahwa bidan bukanlah tipe petugas kesehatan yang dapat dijadikan rekan untuk berdiskusi karena mereka cenderung memilih untuk memberikan perintah dibandingkan membangun komunikasi dua arah dengan pasien atau keluarga pasien. Hal ini tentu saja sangat disayangkan, terutama karena sekitar 50% ibu yang berpartisipasi pada studi ini melakukan pemeriksaan kehamilan dan melakukan persalinan di tempat praktek bidan.

Tabel 6 menjelaskan bahwa praktek pemberian ASI eksklusif dipengaruhi oleh berbagai tipe peran ayah, seluruh faktor ibu, serta paparan terhadap media massa. Adanya pengalaman yang berhubungan dengan kesulitan laktasi, serta menjadi ibu primipara, berasosiasi secara negatif terhadap praktek pemberian ASI eksklusif. Pada studi ini, kesulitan laktasi yang pernah dialami yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif meliputi persepsi ASI yang kurang mencukupi serta aliran ASI yang tidak lancar. Kesulitan-kesulitan ini tidak selalu harus ditangani oleh tenaga kesehatan profesional. Studi-studi sebelumnya menemukan bahwa ayah dapat berperan secara potensial dalam membantu mengatasi beberapa kesulitan yang berhubungan dengan laktasi (Picasane et al., 2005; Februhartanty et al., 2006). Hal menarik lain yang ditemui pada studi ini adalah paparan ibu terhadap berbagai media massa berasosiasi secara negatif dengan inisiasi menyusui segera, tetapi berasosiasi secara positif dengan praktek pemberian ASI eksklusif. Ibu lebih sering memperoleh informasi mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif (misalnya adanya kecenderungan makin banyaknya selebriti yang mempraktekkan pemberian ASI eksklusif dipandang sebagai profil ibu masa

kini) dibandingkan dengan informasi mengenai inisiasi menyusui segera. Dengan demikian, pengaruh media massa mengenai inisiasi menyusui segera mungkin menjadi terkalahkan oleh pengaruh yang diberikan oleh penyedia fasilitas kesehatan.

8.3. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Peran Ayah

Tabel 7. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Peran Ayah (dalam OR¹)

Deskripsi faktor	Tipe peran ayah ²					
	Peran 1	Peran 2	Peran 3	Peran 4	Peran 5	Peran 6
<i>Faktor ibu:</i>						
Ibu adalah ibu rumah tangga	1.305	1.819*	1.014	1.185	1.234	0.768
Tingkat pengetahuan ibu yang baik mengenai pemberian ASI	1.216	1.438	0.927	1.303	1.207	1.109
Sikap ibu yang positif terhadap pemberian ASI	0.750	1.159	1.733*	0.858	1.350	1.193
Mengalami setidaknya 1 kesulitan yang berhubungan dengan proses menyusui	0.739	1.213	1.037	0.958	0.570	0.913
Ibu adalah primipara	1.564*	1.611*	0.814	3.358*	1.773*	0.990
<i>Other influences:</i>						
Paparan ayah dari berbagai media massa	3.055*	0.739	1.433	2.351*	1.681	1.097
Paparan ayah dari berbagai komunikasi interpersonal	2.407*	1.429	1.479	4.288*	0.808	2.472*
Praktek yang mendukung dari penyedia fasilitas kesehatan	1.289	0.618	1.903	2.127*	1.063	0.769
<i>Pengetahuan dan sikap ayah:</i>						
Tingkat pengetahuan ayah yang baik tentang hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI	1.700*	1.690*	1.105	1.909*	1.289	1.948*
Sikap positif ayah terhadap hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI	1.008	0.910	1.321	1.489	0.967	1.048
<i>Karakteristik sosio-ekonomi:</i>						
Memiliki bayi yang berumur < 3 bulan	0.905	0.888	0.715	0.849	1.318	1.065
Memiliki bayi laki-laki	1.033	0.952	0.792	0.901	0.632*	1.392
Hidup dalam keluarga inti	1.079	0.712	0.932	0.690*	1.258	0.678*
Pernikahan antar suku	1.009	0.613*	0.715	0.744	0.975	1.171
Tingkat pendidikan ayah yang tinggi	1.044	0.657	0.904	0.859	0.958	0.694
Tingkat pendapatan keluarga yang tinggi	1.017	1.492	1.564*	1.858*	1.132	0.688
Konstanta	0.151*	0.196*	2.026	0.176*	0.772	1.173

* Faktor signifikan, p<0.05

¹ OR < 1 berarti asosiasi negatif; OR > 1 berarti asosiasi positif

² Peran 1: pencarian informasi tentang pemberian ASI dan pemberian makan bayi; Peran 2: keterlibatan dalam pembuatan keputusan tentang cara pemberian makan saat ini; Peran 3: pemilihan tempat untuk ANC, persalinan, dan PNC; Peran 4: tingkat keterlibatan selama kunjungan ANC; Peran 5: memiliki sikap yang positif terhadap perkawinan; Peran 6: keterlibatan dalam berbagai kegiatan pengasuhan anak

Merujuk pada kerangka konsep dari studi ini, peran ayah pada praktek pemberian ASI dapat dipengaruhi oleh faktor ibu, faktor lainnya, pengetahuan dan sikap ayah terhadap hal-hal yang

berhubungan dengan pemberian ASI, serta faktor sosio-ekonomi. **Tabel 7** memaparkan bahwa pada studi ini, seluruh faktor tersebut mempengaruhi peran ayah dengan cara tertentu berdasarkan tipologi peran ayah. Secara umum, menjadi ayah dari satu anak (primipara), terpapar dengan berbagai sarana komunikasi media massa dan juga interpersonal, memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI, serta memiliki tingkat pendapatan yang lebih tinggi, adalah semua hal yang berhubungan dengan keterlibatan ayah dalam rumah tangga atau keluarga. Namun, hidup dalam keluarga inti membuat ayah tidak bisa menampilkan peran-perannya dengan baik.

Kesibukan ayah dalam bekerja sebagai upaya mencari nafkah diketahui merupakan salah satu hambatan yang dihadapi ayah untuk lebih dapat terlibat dalam keluarga (St John et al., 2004; Nystrom dan Ohrling; 2004; Pohlman, 2005). Namun, pada studi ini, tidak begitu terlihat adanya pengaruh fungsi ayah sebagai pencari nafkah bagi keluarga terhadap kemampuannya untuk lebih terlibat dalam kehidupan keluarga. Namun demikian, saat informasi ini digali lebih jauh dalam wawancara mendalam tentang ketersediaan waktu ayah sehubungan dengan jam bekerja dan waktu yang dihabiskan di rumah bersama keluarga, diketahui bahwa masih ada waktu bagi ayah untuk bisa terlibat lebih banyak di rumah. Sehingga, hambatan yang dihadapi ayah tidak secara langsung berkaitan dengan ketersediaan waktu ayah, namun lebih kepada aksesibilitas ayah untuk mendapatkan informasi yang tepat mengenai hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI, serta bagaimana ayah bisa memberikan dukungan yang positif untuk meningkatkan praktek pemberian ASI. Dengan begitu, menjadi sangat jelas bahwa informasi yang berhubungan dengan masalah tersebut harus diusahakan ada bagi ayah.

Tabel 8 memperlihatkan bagaimana peran ayah pada studi ini berasosiasi dengan inisiasi menyusui segera dan praktek pemberian ASI eksklusif. Hal ini menekankan pentingnya menciptakan hubungan yang harmonis antara ayah, ibu dan bayi (biasa disebut dengan *'the breastfeeding triad'*). Mengingat bahwa masing-masing praktek pemberian ASI secara umum dilakukan pada *setting* yang berbeda, maka karakteristik lingkungan yang mendukung bagi ayah, ibu dan bayi juga unik tergantung dari praktek pemberian ASI mana yang dilakukan.

Tabel 8. Relevansi peran ayah dalam inisiasi menyusui segera dan pemberian ASI eksklusif

Praktek Pemberian ASI	Periode	Setting	Orang yang berperan	Lingkungan yang Mendukung
Inisiasi menyusui segera	<ul style="list-style-type: none"> • Saat kelahiran anak • Segera setelah anak dilahirkan 	Di tempat persalinan, misalnya rumah sakit, klinik, tempat praktek bidan	<ul style="list-style-type: none"> • Tenaga kesehatan: berperan dominan • Ayah: peran apa yang berpengaruh masih perlu digali, mungkin beberapa di bawah ini: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hadir saat proses persalinan ○ Mendorong inisiasi menyusui segera – membantu kontak menyusui pertama kali ○ Mencegah pemberian makanan prelakteal – meminta fasilitas rawat gabung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan rumah sakit membolehkan kontak ayah, ibu, dan bayi (<i>tryad</i>) sesegera mungkin. • Ayah memiliki pengetahuan yang baik mengenai pemberian ASI dan mengetahui perannya pada periode ini
Pemberian ASI eksklusif hingga bayi berusia 6 bulan	6 bulan pertama pasca persalinan	Di rumah	<ul style="list-style-type: none"> • Petugas kesehatan: berdasarkan dukungan-dukungan yang disediakan di tempat persalinan • Ayah: berperan dalam “menciptakan waktu yang cukup dan suasana yang nyaman selama proses menyusui” • Orang tua: berdasarkan pengalaman mereka di masa lampau 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tryad</i> sudah memiliki hubungan yang solid. • Ayah memiliki pengetahuan yang baik tentang pemberian ASI dan sudah siap menjalankan perannya sebagai ayah..

Berdasarkan partisipasi ayah dalam pembuatan keputusan mengenai cara pemberian makan bayi serta keterlibatan ayah dalam pengasuhan anak, Gamble dan Morse dalam Bar-Yam dan Darby (1997) mengkategorikan pola *fathering* ke dalam 4 tipe. Namun, dalam studi ini tidak ditemukan pengaruh keterlibatan ayah dalam pengasuhan anak terhadap kedua praktek pemberian ASI. Namun demikian, studi ini berhasil membuat profil rumah tangga tipe A, B, C, D berdasarkan karakteristik yang dimiliki ayah dan praktek pemberian ASI oleh ibu. **Tabel 9** mengelompokkan karakteristik rumah tangga subyek berdasarkan profil ayah, ibu, ayah dan ibu sebagai pasangan, serta *tryad*. Ayah dan ibu yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik mengenai hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI, saling berinteraksi satu sama lain, telah membangun suatu hubungan yang baik dalam pengasuhan anak secara bersama-sama antara ayah dan ibu (*co-parenting*) diketahui sebagai faktor kunci yang mempengaruhi secara positif praktek pemberian ASI eksklusif. Sebaliknya, ibu yang bekerja, pasangan suami istri yang kurang memiliki pengetahuan serta memiliki pembagian yang

sangat kaku mengenai domain laki-laki dan perempuan, diketahui sebagai faktor kunci kegagalan ibu dalam mempraktekkan pemberian ASI eksklusif. Dalam hal jumlah, dari total 536 rumah tangga, 229 (42.7%) dikategorikan sebagai rumah tangga tipe A, 96 (17.9%) tipe B, 151 (28.2%) tipe C dan 60 (11.2%) tipe D.

Tabel 9. Karakteristik rumah tangga tipe A, B, C, dan D [dalam n (%)]

Tipe rumahtangga	Tipe A: Ayah Tidak Mendukung dan Ibu tidak EBF [229 (42.7)]	Tipe B: Ayah Tidak Mendukung dan Ibu EBF [96 (17.9)]	Tipe C: Ayah Mendukung dan Ibu tidak EBF [151 (28.2)]	Tipe D: Ayah Mendukung dan Ibu EBF [60 (11.2)]
Karakteristik ibu	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu saat ini bekerja. - Ibu kurang memiliki pengetahuan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu terpapar dengan pengaruh-pengaruh lain dari luar yang positif. - Ibu memiliki pengetahuan yang baik mengenai hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu saat ini bekerja. - Ibu memiliki sikap yang negatif tentang bagaimana mengatasi kesulitan yang berhubungan dengan pemberian ASI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu adalah ibu rumah tangga. - Ibu memiliki pengetahuan yang baik mengenai hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI.
Karakteristik ayah	<ul style="list-style-type: none"> - Ayah tidak memiliki keleluasaan dan otonomi dengan jam kerjanya. - Ayah kurang memiliki pengetahuan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayah kurang memiliki pengetahuan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayah memiliki pengetahuan yang baik mengenai pemberian ASI secara umum, namun kurang mengerti mengenai teknik menyusui dan bagaimana mengatasi kesulitan yang berhubungan dengan pemberian ASI 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayah memiliki keleluasaan dan otonomi akan jam kerjanya. - Ayah memiliki pengetahuan yang baik mengenai hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI.
Karakteristik ayah dan ibu sebagai pasangan	<ul style="list-style-type: none"> - Pola pemberian makan anak saat ini secara dominan diputuskan oleh ibu, ayah hanya menyetujuinya. - Harapan ibu terhadap dukungan dari ayah tidak sesuai dengan tindakan yang dilakukan ayah. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayah kurang terlibat dan ibu lebih dominan dalam pembuatan keputusan mengenai pola pemberian makan anak. - Harapan ibu terhadap dukungan dari ayah tidak sesuai dengan tindakan yang dilakukan ayah. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayah terlibat dalam pembuatan keputusan mengenai pola pemberian makan anak. - Harapan ibu terhadap dukungan dari ayah tidak sesuai dengan tindakan yang dilakukan ayah. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayah dan ibu terlibat dalam pembuatan keputusan mengenai pola pemberian makan anak. - Harapan ibu terhadap dukungan dari ayah sesuai dengan tindakan yang dilakukan ayah.
Karakteristik hubungan ayah-ibu-bayi	<ul style="list-style-type: none"> - Ayah sangat dipengaruhi oleh norma pembagian domain laki-laki dan perempuan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kurangnya persiapan ayah memasuki masa <i>fatherhood</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayah membantu mengerjakan berbagai tugas pekerjaan rumah tangga termasuk memasak, dan mengasuh anak. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayah membantu mengerjakan berbagai tugas pekerjaan rumah tangga termasuk memasak, dan mengasuh anak.
Karakteristik lainnya			<ul style="list-style-type: none"> - Jam buka tempat fasilitas kesehatan sesuai dengan ketersediaan waktu ayah. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jam buka tempat fasilitas kesehatan sesuai dengan ketersediaan waktu ayah

Catatan: EBF = *exclusively breastfeeding* (pemberian ASI secara eksklusif)

9. KESIMPULAN

1. *Hipotesis* yang menyatakan bahwa “Ayah mendukung praktek pemberian ASI bila ayah memiliki pengetahuan yang baik tentang hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI, memiliki hubungan yang baik dengan ibu, dan juga terlibat dalam keharmonisan hubungan pola menyusui tripartit (yaitu antara ayah, ibu, dan bayi)” telah **terbukti**.
2. Tipe-tipe peran ayah meliputi perannya dalam mencari informasi mengenai pemberian ASI dan pemberian makan bayi (peran 1), keterlibatan ayah dalam pembuatan keputusan mengenai cara pemberian makan anak saat ini (peran 2), pemilihan tempat untuk pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan/imunisasi (peran 3), tingkat keterlibatan ayah dalam kunjungan untuk pemeriksaan kehamilan (peran 4), memiliki sikap yang positif terhadap kehidupan pernikahannya (peran 5), dan keterlibatan dalam berbagai kegiatan pengasuhan anak (peran 6). Tipe peran 3 adalah peran yang paling umum dilakukan ayah, sedangkan peran 2 adalah yang paling jarang dilakukan.
3. Keterlibatan ayah dalam mencari informasi mengenai pemberian ASI diketahui sebagai faktor yang paling berpengaruh terhadap praktek inisiasi menyusui segera. Sedangkan keterlibatan ayah dalam pembuatan keputusan mengenai cara pemberian makan anak saat ini serta adanya sikap yang positif terhadap kehidupan pernikahannya adalah dua faktor yang mempengaruhi praktek pemberian ASI eksklusif. Namun, sangat disayangkan bahwa partisipasi ayah selama kunjungan untuk pemeriksaan kehamilan ditemukan sebagai faktor yang tidak mendukung praktek pemberian ASI.
4. Perbedaan tipe peran ayah berhubungan dengan faktor yang berbeda-beda. Secara umum, memiliki satu anak, paparan terhadap media massa dan komunikasi interpersonal, pengetahuan yang baik mengenai hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI, serta tingkat pendapatan yang lebih tinggi, berasosiasi positif dengan peran-peran ayah. Namun, hidup dalam keluarga inti menyebabkan ayah tidak dapat menjalankan perannya dengan baik.
5. Secara umum, proporsi ayah yang memiliki semua peran yang mendukung adalah kurang dari setengah. Selain itu, proporsi ayah yang memiliki peran yang berpengaruh terhadap praktek pemberian ASI jauh lebih rendah lagi.

10. REKOMENDASI

10.1. Untuk Studi Selanjutnya

1. Studi ini dianggap sebagai studi pertama yang mengeksplorasi peran ayah. Sehingga pengulangan studi yang serupa dengan setting yang berbeda (daerah perkotaan/pedesaan,

tingkat sosio-ekonomi yang berbeda, dan lainnya) diperlukan untuk mengkonfirmasi kembali atau memvalidasi tipe peran-peran ayah dalam praktek pemberian ASI

2. Penggalan informasi lebih dalam mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi peran ayah dalam praktek pemberian ASI dalam hal fungsi mereka dalam keluarga sebagai ayah, suami, dan pencari nafkah, perlu dilakukan. Selain itu, perlu digali juga informasi mengenai kondisi kesehatan mental ayah, jenis pekerjaan, jabatan dalam pekerjaan, tingkat pendapatan, waktu yang dihabiskan untuk kegiatan yang berhubungan dengan pekerjaan, dan faktor lain yang berasosiasi dengan kemampuannya untuk lebih terlibat lagi dalam keluarga
3. Sangat perlu dilakukan suatu studi intervensi untuk mengkonfirmasi pengaruh peningkatan pengetahuan tentang berbagai peran ayah dalam meningkatkan praktek pemberian ASI.

10.2. Untuk Program

1. Ayah sebaiknya menjadi salah satu kelompok sasaran dalam kegiatan promosi/kampanye pemberian ASI. Mengingat bahwa ayah dan ibu saling berkomunikasi, setiap kegiatan promosi pemberian ASI harus ditujukan kepada mereka berdua sebagai satu kesatuan.
2. Berbagai *channel* informasi untuk dapat ‘menyentuh’ ayah dalam kegiatan promosi meliputi jalur yang formal (melalui penyedia pelayanan kesehatan, tempat kerja, dan lainnya) atau jalur informal (misalnya *peer group*, jalur yang sudah ada di masyarakat seperti arisan, kelompok olahraga, perkumpulan keagamaan, dan lainnya), atau juga melalui media massa (audio visual dan media cetak).
3. Tipe informasi yang penting untuk disampaikan kepada ayah dapat mencakup hal-hal berikut:
 - a. Hal-hal yang berhubungan dengan pemberian ASI
 - Tanda-tanda bayi telah cukup disusui ASI – juga menyangkut posisi menyusui yang benar, pelekatan, tanda-tanda bayi yang lapar
 - Pengaruh pengosongan payudara (disusukan ke bayi atau dipompa) dibandingkan dengan meningkatkan nutrisi ibu menyusui dalam usaha meningkatkan produksi ASI
 - Proses memerah ASI bagi ibu bekerja atau ibu yang harus terpisah dari bayinya – juga menyangkut cara penyimpanan ASI perah
 - Keuntungan pemberian ASI secara eksklusif serta kerugian mencampur pemberian ASI dengan pemberian makanan/minuman lain sebelum waktunya

- b. Hal-hal seputar *co-parenting* untuk mempersiapkan ayah memasuki masa transisi dalam periode “menjadi ayah”
4. Sebelum dilakukan suatu intervensi pendidikan pada ayah, perlu diidentifikasi dan diminimalkan hambatan-hambatan yang dihadapi ayah untuk menjalankan perannya yang mendukung. Sebaliknya, memahami potensi yang dimiliki ayah dalam mendukung praktek pemberian ASI perlu ditularkan kepada ayah yang lain. Selain itu, para ayah yang sudah menunjukkan perannya yang mendukung, perlu terus disemangati dan dibantu untuk mempertahankannya.

REFERENCES

- Abada TSJ, Trovato F, and Lalu N (2001). Determinants of breastfeeding in the Philippines: A survival analysis. *Soc Sci Med* 52: 71-81.
- Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 2000; 106 (5): 67-DOI: 10.1542/peds.106.5.e67. Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/5/e67. Accessed on May 29, 2006.
- Badan Pusat Statistik-Statistics Indonesia (BPS) and ORC Macro. Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003. Calverton, Maryland, USA: BPS and ORC Macro, 2003.
- Bar-Yam NB and Darby L. Fathers and breastfeeding: A review of literature. *J Hum Lact* 1997; 13 (1): 45-50.
- Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomized controlled trial. Infant Feeding Study Group. *Lancet* 2003; 361: 1418–1423. (Abstract).
- Cohen R, Lange L, Slusser W. A description of a male-focused breastfeeding promotion corporate lactation program. *J Hum Lact* 2002; 18: 61–65.
- Coleman WL, Garfield C, and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Fathers and Pediatricians: Enhancing men's roles in the care and development of their children. *Pediatrics* 2004; 113 (5): 1406-1411. Available at <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/5/1406>. Accessed on August 7, 2006.
- Condon J. What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Aust Fam Physician* 2006; 35 (9): 690-692.
- Dearden KA, Quan LN, Do M, et al. Work outside the home is the primary barrier to exclusive breastfeeding in rural Viet Nam: Insights from mothers who exclusively breastfed and worked. *F Nutr Bull* 2002; 23 (4): 99-106.
- Directorate of Community Nutrition. *Gizi dalam Angka sampai tahun 2002*. (Nutrition in Numbers until Year 2002). Jakarta, Indonesia: Directorate of Community Nutrition, MoH RI, 2003. (In Indonesian).
- DKI Jakarta Provincial Health Office. *Survey cepat cakupan ASI eksklusif di Jakarta*. (Rapid survey on exclusive breastfeeding rate in Jakarta). Jakarta: DKI Jakarta Provincial Health Office, 2005. (In Indonesian).
- Draper J. Whose welfare in the labour room? A discussion of increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery* 1997; 13: 132-138.
- Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga_etego S, Owusu-Agyei S and Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006; 117: 380-386. Available at <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/3/e380>. Accessed on March 30, 2006.
- Ertem IO, Votto N and Leventhal JM. The timing and predictors of early termination of breastfeeding. *Pediatrics* 2001; 107: 543-548. Available at <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/3/543>. Accessed on October 17, 2006.
- Falceto OG, Giugliani ERJ, and Fernandes CLC. Couples relationships and breastfeeding: Is there an association? *J Hum Lact* 2004; 20 (1): 46-55.
- Februhartanty J, Bardosono S, Septiari AM. Problems during lactation are associated with exclusive breastfeeding in DKI Jakarta Province: Father's potential roles in helping to manage these problems. *Mal J Nutr* 2006; 12 (2): 167-180.
- Februhartanty J, Bardosono S, and Septiari AM. Support for exclusive breastfeeding practice: Do fathers in Jakarta provide this support? *Majalah Kesehatan Perkotaan* 2007; 14 (1): 25-33.
- Giugliani ERJ. Common problems during lactation and their management. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80 (5 Suppl): S147-S154.

- Giugliani ERJ, Bronner Y, Caiaffa WT, Bogelhut J, Witter FR, Perman JA. Are fathers prepared to encourage their partners to breastfeed? A study about fathers' knowledge of breastfeeding. *Acta Paediatr* 1994; 83:1127–1131. (Abstract).
- Glenn LL and Quillin SIM. Opposing effects of maternal and paternal socioeconomic status on neonatal feeding method, place of sleep, and maternal sleep time. *J Perinat Neonat Nurs* 2007; 21 (2): 165-172.
- Green CP. Improving breastfeeding behaviors: Evidence from two decades of intervention research. Washington DC, USA: LINKAGES Project, 1999.
- Health Service Program (HSP). Basic Human Services Baseline Household Survey 2005/2006 in 30 districts of 6 provinces in Indonesia: Report of results. Jakarta: HSP, USAID, 2006.
- Hector D, King L, and Webb K. Factors affecting breastfeeding practices: Applying a conceptual framework. *N S W Public Health Bull* 2005; 16 (3-4): 52-55.
- Hopkinson J, James K, and Zimmer JP. Management of breastfeeding. In: *Nutrition during infancy: Principles and practice*. Tsang RC, Zlotkin SH, Nichols BL, and Hansen JW (eds). Ohio, USA: Digital Educational Publishing Inc., 1997.
- Ingram J and Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breastfeeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery* 2004; 20 (4): 367-379.
- Jordan PL and Wall VR. Supporting the father when an infant is breastfed. *J Hum Lact* 1993; 9 (1): 31-34. (Abstract).
- Lawrence RA and Lawrence RM. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. 6th edition. Philadelphia, USA: Mosby Inc., 2005.
- Leech NL, Barrett KC, and Morgan GA. *SPSS for intermediate statistics. Use and interpretation*. Second edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2005.
- León-Cava N, Lutter C, Ross J, and Martin L. *Quantifying the Benefits of Breastfeeding: A Summary of the Evidence*. Washington DC, USA: Food and Nutrition Program/Health Promotion and Protection Division, Pan American Health Organization (PAHO), 2002.
- Le TH, Gross R, Giay T, Sastroamidjojo S, Schultink W, and Nguyen TL. Premature complementary feeding is associated with poorer growth of Vietnamese children. *J Nutr* 2000; 130: 2683-2690.
- Lwanga SK and Lemeshow S. *Sample size determination in health studies: A practical manual*. Geneva: World Health Organization, 1991.
- Nystrom K and Ohrling K. Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *J Adv Nurs* 2004; 46 (3): 319-330.
- Ong G, Yap M, Li FL, and Choo TB. Impact of working status on breastfeeding in Singapore: Evidence from the National Breastfeeding Survey 2001. *Eur J Public Health* 2005; 15 (4): 424-430.
- Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, et al. A controlled trial of father's role in breastfeeding promotion. Electronic article. *Pediatrics* 2005; 116(4): e494-e498. Available at <http://www.pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/116/4/e494>. Accessed on October 31, 2005.
- Pohlman S. The primacy of work and fathering preterm infants: Findings from an interpretive phenomenological study. *Adv Neonat Care* 2005; 5 (4): 204-216.
- Pruett KD. Role of the father. *Pediatrics* 1998; 102: 1253-1261. Available at <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/5/SE1/1253>. Accessed on October 18, 2006.
- Schmidt MM and Sigman-Grant M. Perspectives of low-income fathers' support of breastfeeding: An exploratory study. *J Nutr Ed* 1999; 31: 31-37.
- Septiari AM, Febrihartanty J and Bardosono S. Practice and attitude of midwives towards the current exclusive breastfeeding recommendation until 6 months: A qualitative study in North Jakarta. MSc Thesis. Jakarta: SEAMEO-TROPED Regional Center for Community Nutrition, University of Indonesia, 2006.
- Shaker I, Scott JA, and Reid M. Infant feeding attitudes of expectant parents: breastfeeding and formula feeding. *J Adv Nurs* 2004; 45 (3): 260-268.
- Sood S, Chandra U, Palmer A, and Molyneux I. *Measuring the effects of the SIAGA behavior change campaign in Indonesia with population-based survey results*. Maryland, USA: JHPIEGO, 2004.

- St John W, Cameron C and McVeigh C. Meeting the challenge of new fatherhood during the early weeks. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34 (2): 180–189.
- Stremler J and Lovera D. Insight from a breastfeeding peer support pilot program for husbands and fathers of Texas WIC participants. *J Hum Lact* 2004; 20 (4): 417-422.
- Sullivan ML, Leathers SJ, and Kelley MA. Family characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. *J Hum Lact* 2004; 20 (2): 196-205.
- Sumarno I and Prihatini S. *Studi longitudinal pola pemberian makanan bayi dari lahir sampai usia empat bulan di Kabupaten Sukabumi dan Cirebon.* (Longitudinal study on feeding pattern among children from birth up to 4 months old in Sukabumi and Cirebon). Presented at the Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII: Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi at Jakarta on 17-19 May 2004. (In Indonesian).
- Tashakkori A and Teddlie C. *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches.* Applied social research methods series, volume 46. California, USA: SAGE Publications Inc., 1998.
- Taveras EM, AM Capra, PA Bravemen, NG Jensvold, GJ Escobar, and TA Lieu. Clinicians support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003; 112 (1): 108-115.
- Taveras EM, R Li, LG Strawn, M Richardson, R Marshall, VH Rego, I Miroshnik, and TA Lieu. Opinion and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004; 113 (4): e283-e290.
- The American Academy of Pediatrics. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115 (2): 496-506. Available at <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/2/496>. Accessed on October 31, 2005.
- Vehvilainen-Julkunen K and Liukkonen A. Father's experiences of childbirth. *Midwifery* 1998; 14: 10-17.
- Villalpando S and Lopez-Alarcon M. Growth faltering is prevented by breastfeeding in underprivileged infants from Mexico City. *J Nutr* 2000; 130: 546-552.
- WHO. *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding.* Geneva, Switzerland: Family and reproductive health, Division of child health and development, WHO, 1998.
- Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: results of a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 708–712.

LIST OF ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

ANC	:	antenatal care
ARI	:	acute respiratory tract infection
BCC	:	Behavior Change Communication
BFHI	:	Baby Friendly Hospital Initiative
BPS	:	<i>Badan Pusat Statistik</i> in Bahasa Indonesia (Indonesian statistical bureau in English)
CI	:	confidence interval
DKI	:	<i>Daerah Khusus Ibukota</i> in Bahasa Indonesia
FGD	:	focus group discussion
IDHS	:	Indonesian Demography and Health Survey
OR	:	odds ratio
ORC Macro	:	Oracle Macro
PNC	:	postnatal care
Posyandu	:	integrated health post
Puskesmas	:	<i>Pusat Kesehatan Masyarakat</i> in Bahasa Indonesia (public health center in English)
RT	:	<i>Rukun Tetangga</i> in Bahasa Indonesia (smallest neighboring unit in English)
RW	:	<i>Rukun Warga</i> in Bahasa Indonesia (hamlet in English)
SD	:	standard deviation
SIAGA	:	a behavior change communication project which means alert/ready and is formed from the Indonesian words <i>Siap</i> (ready), <i>Antar</i> (take, transport), and <i>jaGA</i> (stand by or guard)
TBA	:	traditional birth attendant
TV	:	television
WHO	:	The World Health Organization

ACKNOWLEDGEMENTS

Alhamdulillahirabbil aalamiin. Verily, in every difficulty there is relief (Al-Insyirah: 6). Indeed, this journey has been full of learning experiences that I have managed to complete the work and am presenting the meaningful findings of my research today in front of my beloved family, dearest friends, also cooperative and helpful co-workers and supervisors. Then, which of the blessings of ALLAH SWT will I deny?

First and foremost, my gratefulness is for ALLAH SWT, God the Almighty, for giving me continuous guidance and blessing to this particular journey that I believe has been really planned for me. And without such guidance and blessing I do not know where I will end up.

I would like to extend my acknowledgements to dr. Widjaja Lukito, PhD, SpGK, the Acting Director of SEAMEO-TROPMED Regional Center for Community Nutrition, University of Indonesia for giving me the liberty to pursue and finalize this doctorate program, dr. Menaldi Rasmin, SpP(K), Dean of Faculty of Medicine for giving me the opportunity to participate in this doctorate program.

My sincere appreciation goes to my promotor, Prof. dr. Rulina Suradi, SpA(K), IBCLC for giving me valuable guidance in the-meat-and-butter contents of breastfeeding topic and moral support during the whole phase of this undertaking. It has been a pleasure to personally meet and know her who is one among the seven of the International Board Certified Breastfeeding Counselor (IBCLC) holders in Indonesia.

My deepest gratitude is extended to my first co-promotor, Prof. dr. Budi Utomo, MPH, PhD for introducing me with his very organized thoughts and concepts about conducting and reporting a study. It has been a long and sweating learning process which ends fruitfully that I managed to shape the final dissertation as it is now.

Another special gratitude goes to my second co-promotor, Ir. Siti Muslimatun, MSc, PhD who was formerly my direct supervisor and has been very inspirational in the beginning of my plan for continuing further study and especially during the initial stage of research proposal development which was finally granted. Thanks a lot Mbak!

I am sincerely thankful to Prof. DR. Sudarti Kresna, dra, MA, dr. Sri Durjati Boedihardjo, MSc, DrPH, IBCLC, Dr. Atmarita, MPH, and dr. Saptawati Bardosono, MSc, PhD, who have been acting more as friends than as examiners. I am grateful to have been set (by God, I believe) to meet such generous and cooperative characters like all of you. Special thanks to Prof. Darti who had introduced me with a very digestible book on the concept and use of “Mixed Methodology” which I would recommend every researcher to take a look. Sincere thanks to Ir. Umi Fahmida, MSc, PhD who has been very helpful and facilitating during the whole doctorate training program and during consultations for data analyses. Great thanks to Risang Rimbatmaja for being so resourceful with all the advice and help during the proposal development, tools development, and data analyses, also for the idea of using pictures for the focus group discussions.

I would like to extend my heart-felt appreciation to Prof. dr. Soemilah Sastroamidjojo who was our former Acting Director, Prof. dr. Johanna SP Rumawas who was my former supervisor in the Education Division, and dr. Drupadi Dillon, PhD who was my advisor in my master training program; they all had helped me realize that community nutrition is the field of my interest.

This study was accomplished in collaboration between SEAMEO-TROPMED RCCN and the Nestle Foundation. I am grateful to Paolo M Suter, MD of the Nestle Foundation who have been very cooperative with the financial matters and given sincere encouragement in the management of the good quality research and financial accountability of this study; also to Gomgom and Gustina of SEAMEO-TROPMED RCCN for their assistance in financial and personnel matters during my being “staff on study assignment”.

Many thanks are due to people who had been cooperative during the research implementation in the field. The official supports from DKI Jakarta Provincial Health Office,

especially South Jakarta Health Office, Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama and Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu are appreciated. Special thankfulness goes to the helping hands from Puskesmas Kelurahan Pondok Pinang, Cipulir 2, Grogol Selatan, Pejaten Timur, Pasar Minggu 2 (Jati Padang), and Kebagusan, also to all helpful and motherly Posyandu cadres in the six villages. For my partner in crime, Andi, who have been helping me with almost everything, my FGD team, Lia, Mirza, Dewi Pengasih and Warwin, my 'funky' graphic designer, Rengga, thanks a million for the helps during the initial stage of understanding the phenomena of breastfeeding fathers. My enumerators during the survey, Rini, Yenny, Eka, Ratna, Didi, Yulia, Kiky (assigned to wander in Kebayoran Lama surroundings), Sri, Diah, Isna, Dewi, Mul, Dhian (assigned to deal with Pasar Minggu areas), thanks a zillion for your willingness to go home late at night because you were waiting for the husbands to be interviewed after they reached home from work. It was tough, I know! For my data entry staff, Umi and Devi, many thanks for your efforts to work during weekends and skip your Saturday-night date with your boyfriend. Finally, for my co-interviewer, Andi (again!), my sincere thanks may not be sufficient to express my heart-felt gratitude for your help during the preparation of the indepth interviews, the conduct of the interviews, the debriefing process, the development of matrices, the transcript double-checking, and the analyses.

I am enormously grateful for the sincere willingness of all the father- mother-infant tryads from the above villages to participate in this study. Thank you very much. I dedicate this work for all of you!

I truly thank the support from my (current and former) friends and colleagues at SEAMEO-TROPMED RCCN, mbak Avita (currently affiliated with Danone Nutrition Institute Indonesia), mbak Elvina (currently affiliated with Micronutrient Initiative, Jakarta), mbak Iis, Rosnani, Duma (currently based in Kupang with Plan International), Linda (currently on study assignment at Cornell University, USA), Maria Wijaya-Erhardt, Airin (currently on study assignment at Queensland University, Australia), Nia (currently affiliated with Faculty of Medicine, Brawijaya University, Malang), Ade (my translator), Lupi, Dady (currently affiliated with American Soybean Association International Marketing), Yuli, Andi, Otte and Puthut for being my substitute when I had to be absent, for constructive comments and discussions, and above all for the emotional supports. For my classmates especially mbak Ririn, mbak Ella, mbak Dini, Ayu, Lina, mbak Een, Pak Rony Corputi and others, thanks for the true friendship and for the 'sweet' memory during the courses and exams at Pegangsaan Timur Cikini and FKM UI Depok. For my colleagues in PhD room at SEAMEO-TROPMED RCCN, Rina Agustina, mbak Rina Kusumaratna, mbak Risa Kolopaking, also Helda Khusun who has moved to University of Queensland for her doctorate training, thanks for the pep talks and serious discussions about our research projects with which I conclude that this room is NOT for the **Permanent Head Damage** dwellers! I highly appreciate the support from the staff in the library, mbak Rindra, mbak Lasmini, and pak Suhad (who is now retired), the immense help from staff of the education division, Riri, Lucky, Susy (now Lia), the computer boys Kuple and Joko whom always been bothered whenever I had troubles with my PC, printer, or laptop, as well as from staff of nutrition study program, mbak Movarina and Yuni, also the security guards who had been bothered when I suddenly had to come to SEAMEO during weekends, thanks for your patience.

To my father 'Oom' and mother 'Ibu', thank you for always having faith in me that this is really what I want and that I am capable of finalizing it, also for the endless supports and prayers. For 'Mami', thank you for being such an understanding and very supporting mother-in-law. If there were a "Mother-In-Law of the Year" competition, certainly I would give my vote to you. To my sisters, mbak Evi, Susi, Eneng, Rina and sisters-in-law, mbak Nina, Ina Aisyah (a working mother who practiced exclusive breastfeeding for 6 months), Ade, Linda, Ani (who was also one of my transcribers), Minar (whose friend helped develop the breastfeeding tryad logo for this study), my brother, Aa, and brothers-in-law, Bang Parulian, Bang Efrinal, Ama Aisyah, Iswan, my nieces, Keke, Pipit, Aisyah (who were exclusively breastfed for 6 months), and nephews, Agung, Ryan, Aang, Iqbal, Daus, my sincere thanks for all the understanding during my absence in some family gathering occasions and many thanks for the moral supports. I'll catch up what I've missed!

Finally, this undertaking would not be successfully accomplished without the constant supports and prayers from my dearest hubby, Yasman Zendratö. Thank you for provoking me to take this doctorate program, for being my back-up funding agency, for being my personal driver and a pseudo FGD participant, for being a shoulder to cry on. After all, that is what a husband is for. Of continuous score ranged from 0 to 1, certainly you are scored "1" indicating that you are A VERY SUPPORTIVE HUSBAND. Congratulations to us, for being able to get through this chapter of our lives.

Should I have left out names of some people who have contributed to this work, kindly forgive me. I would like you to know that I appreciate all of you and thank you for the generous contribution.

Last but not least, I do hope that this research would benefit the upcoming programs in maternal and child health, thus it will benefit the breastfeeding tryads.

January 2008

Judhiastuty Februhartanty

CURRICULUM VITAE

Name : Judhiastuty Februhartanty
Nicknames : Judhi or Tanty
Place/date of birth : Maumere/February 24, 1972
Marital status : Married
Residence : Taman Cipayung Blok 14 No. 100, Depok II Tengah, Depok 16417
Tel+6221-77823703
E-mail:judhiastuty@yahoo.com
Affiliation : SEAMEO-TROPED RCCN University of Indonesia
Jl. Raya Salemba 6 Jakarta 10430, Indonesia,
Tel+6221-31930205 Fax+6221-3913933
E-mail:jfebruhartanty@seameo-rccn.org

EDUCATION

Master of Science in Community Nutrition : SEAMEO-TROPED Regional Center for Community Nutrition, University of Indonesia, Jakarta, 1997-1999
Bachelor Degree : Departement of Agroindustrial Technology, Faculty of Agricultural Technology, Bogor Agricultural University (IPB), Bogor, 1990-1994

EMPLOYMENT RECORD

1999-present : Academic staff at SEAMEO-TROPED RCCN University of Indonesia, Jakarta
- Teaching team for courses: Health Promotion for Nutrition Program, Health and Nutrition Project Planning, Introduction to Nutritional Anthropology (1999-present), Food Economics and Food Security (2001-2002), Research Methodology (2002-2005)
- Head of Nutrition and Health Promotion Unit, Program Development and Consultancy Division (2002-2004)
- MSc Training Program Coordinator (2000-2002)
1995-1999 : Part-time English teacher at LB-LIA, Bekasi

RESEARCH EXPERIENCE

2007 – present : A formative research of exclusive breastfeeding practice among working and non-working mothers in an urban setting (Research team)
2006 – 2008 : Promoting breastfeeding: A formative research among women and their husbands Having Infants Aged 0-6 months in Urban Households (Principle investigator, PhD study)
2006 : Attitudes of health providers towards the current exclusive breastfeeding recommendation: A qualitative study in Jakarta (Research team)
2006 : Behavior change communication for improving the complementary feeding practices of 9-18 month old children living in peri-urban area in Bogor (Advisor of a field research student from University of Ottago)
2005 : Rapid survey on exclusive breastfeeding rate in Jakarta (Research team)
2001– 2004 : Childcare of underfive among patrilineal and matrilineal family: A study among Batak and Minangkabau households (Principle investigator)
2000-2001 : Multi-center study on Dual Forms of Malnutrition in the Same Households (Principle investigator)

VOLUNTEER WORK

1. Member of 'Board of Supervisor' at Yayasan Balita Sehat (Foundation for Mother and Child Health - FMCH), Cipete since July 2003-now.
2. Nutritionist at TKIT (Islamic Kindergarten) Al-Izzah, Depok since 2001-now.

COURSES, TRAININGS, AND CONFERENCES

1. Presented a poster titled “Male involvements in exclusive breastfeeding practice” at Malaysia, Indonesia, and Brunei Darussalam Medical Science Conference in Bandar Seri Begawan on 28-29 July 2007 sponsored by the Nestle Foundation.
2. Attended training on Lactation Management by Perinasia, Jakarta on August 12-13, 2006
3. Attended and presented Prolead Project of the SEAMEO-TROPED Network at the Regional Consultation on Regional Strategy for Health Promotion for South-East Asia in Chiang Mai, Thailand, on 26-29 June 2006, organized by WHO SEARO (attendance was sponsored by SEAMEO-TROPED Network Bangkok)
4. As a team presented a project proposal on “Promoting and enhancing human resource development in health promotion at the SEAMEO-TROPED Regional Centers in Indonesia, Malaysia, the Philippines and Thailand” at the 44th SEAMEO-TROPED Governing Board Meeting on September 7-9, 2005 in Bali, Indonesia.
5. Attended “The 6th Global Conference on Health Promotion” on August 7-11, 2005 in Bangkok, Thailand based on the invitation from WHO Geneva.
6. Presented a paper titled “Household food security of rural and urban Minangkabau households” at the second Neys-van Hoogstraten Foundation International Workshop on May 2-5, 2005 in Hanoi, Vietnam. Full paper is published at <http://www.neys-vanhoogstraten.nl>. Last accessed on January 2, 2006.
7. Attended the 2nd South East Asian Nutrition Leadership Program, SEAMEO-TROPED RCCN-UI, Lido, Sukabumi Oct. 13-19, 2003

PUBLICATIONS

1. **Judhiastuty Februhartanty**, Saptawati Bardosono, and Andi Mariyasari Septiari. Support for exclusive breastfeeding practice: Do fathers in Jakarta provide this support? *Majalah Kesehatan Perkotaan* 2007; 14 (1): 25-33.
2. **Judhiastuty Februhartanty**, Siti Muslimatun, and Andi Mariyasari Septiari. Fathers help to improve breastfeeding practices: Can Indonesian fathers provide the same help? *UNIVERSA MEDICINA* 2007; 26 (2): 90-100.
3. **Judhiastuty Februhartanty**, Tri Nisa Widyastuti and Dwi Nastiti Iswarawanti. Attitudes of agricultural scientists in Indonesia towards genetically modified foods. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2007; 16 (2): 375-80.
4. **Judhiastuty Februhartanty**, Avita A. Usfar, Ermita Dianawati, Duma O. Fransisca, Airin Roshita and Umi Fahmida. Psychosocial care and nutritional status of children aged 6-36 months among patrilineal (Karo) and matrilineal (Minangkabau) households in Jakarta. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2007; 16 (2): 293-300.
5. Avita A Usfar, Umi Fahmida, and **Judhiastuty Februhartanty**. Household food security status measured by the US-Household Food Security/Hunger Survey Module (US-FSSM) is in line with coping strategy indicators found in urban and rural Indonesia. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2007; 16 (2): 368-74.
6. **Judhiastuty Februhartanty**, Saptawati Bardosono, and Andi Mariyasari Septiari. Problems During Lactation are Associated with Exclusive Breastfeeding in DKI Jakarta: Father’s Potential Roles in Helping to Manage These Problems. *Mal J Nutr* 2006; 12(2): 167-180.
7. **Judhiastuty Februhartanty**. Nutrition education: It has never been an easy case for Indonesia. *F Nutr Bull* 2005; 26 (2) Supplement 2: S267-S274.
8. **Februhartanty J**, Dillon D, and Khusun H. Will iron supplementation given during menstruation improve iron status better than weekly supplementation? *Asia Pac J Clin Nutr* 2002, 11(1): 36-41.

BOOKS

1. Nutrition and Health Project Planning Handbook: The Application of Objective-Oriented Project Planning (OOPP). 2007. SEAMEO-TROPED RCCN, University of Indonesia.
2. *Pedoman Penyelenggaraan Pameran Kesehatan dengan Konsep Edutainment: Untuk Program Vitamin A* (Guidelines of Edutainment for Vitamin A Program). 2005. Departemen Kesehatan RI and Helen Keller International.
3. *Pedoman Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) Keamanan Pangan* (Guidelines of Communication Planning for Food Safety Program). 2002. Badan Pengawasan Obat dan Makanan, Direktorat Surveilans dan Penyuluhan Keamanan Pangan