

BAB 5

Mencapai Target Global Untuk Pemberian ASI

Pesan kunci

- Menyusui yang optimal meningkatkan pertumbuhan anak dan perkembangan kognitif dan sosio-emosional, mencegah penyakit dan kematian anak, dan melindungi ibu dari morbiditas, termasuk kanker payudara. Ini juga melindungi terhadap penyakit di masa dewasa dan meningkatkan pendapatan masa depan dan produktivitas pasar tenaga kerja anak-anak di masa dewasa.
- *World Health Assembly* menetapkan target peningkatan pemberian ASI eksklusif untuk bayi hingga usia enam bulan dari 37 persen pada tahun 2012 menjadi 50 persen pada tahun 2025.
- Menciptakan budaya dan lingkungan yang mendukung pemberian ASI memerlukan intervensi untuk memberikan pendidikan dan konseling kepada ibu, kampanye media yang luas untuk mempromosikan praktik menyusui yang optimal, serta pengembangan kebijakan dan undang-undang yang tepat untuk melindungi pemberian ASI eksklusif.
- Perkiraan pembiayaan global yang diperlukan untuk meningkatkan serangkaian intervensi inti di semua negara berpenghasilan rendah dan menengah untuk mencapai target Majelis Kesehatan Dunia untuk pemberian ASI eksklusif pada tahun 2025 adalah \$5,7 miliar, atau sekitar \$4,70 untuk setiap bayi baru lahir.
- Biaya jika tidak melakukan investasi ini setidaknya akan ada 520.000 kematian anak dan 105 juta anak yang tidak disusui secara eksklusif, ditambah morbiditas tambahan dari penyakit masa kanak-kanak dan kehilangan kognitif.
- Setiap \$1 yang diinvestasikan diperkirakan menghasilkan pengembalian ekonomi sebesar \$35, menjadikan strategi menyusui sebagai salah satu investasi terbaik yang dapat dilakukan suatu negara.
- Ekstensi manfaat tunai cuti hamil dari status saat ini menjadi durasi enam bulan, yang dapat meningkatkan tingkat menyusui dan menghasilkan manfaat sosial, kesehatan, dan perkembangan lainnya, diperkirakan akan menelan biaya tambahan \$24,1 miliar selama 10 tahun, meskipun sumber daya ini perlu berasal dari sektor lain.
- Meskipun pencapaian target ini membutuhkan usaha yang besar, tampaknya target ini kurang ambisius dibandingkan target nutrisi global lainnya. Analisis sensitivitas yang disajikan dalam bab ini menunjukkan hal itu mungkin ada ruang untuk melampaui target saat ini pada tahun 2025 atau 2030.

Majelis Kesehatan Dunia menetapkan target nutrisi global untuk “meningkatkan tingkat pemberian ASI eksklusif dalam enam bulan pertama menjadi 50 persen” secara global pada tahun 2025 (WHO dan UNICEF 2014). Bab ini melaporkan perkiraan kebutuhan pembiayaan global dari intervensi menyusui utama yang diperlukan untuk mencapai target ini dan menyajikan perkiraan dampak dan pengembalian investasi dari intervensi tersebut. Hasil ini dimaksudkan untuk menginformasikan prioritas investasi oleh pemerintah, bantuan pembangunan resmi, dan pemangku kepentingan lainnya.

Pemberian ASI Optimal dan Manfaatnya

ASI Eksklusif didefinisikan sebagai praktik pemberian ASI saja kepada bayi selama enam bulan pertama kehidupannya, tanpa makanan lain, cairan lain, atau bahkan air putih (UNICEF 2011). Praktik menyusui yang optimal juga mencakup inisiasi menyusui dini segera setelah lahir dan terus menyusui hingga usia dua tahun atau lebih. Menyusui yang optimal dapat memiliki potensi dampak terbesar pada kematian anak dari setiap intervensi pencegahan (Bhutta et al. 2013).

Bukti manfaat kesehatan, nutrisi, kognitif, dan ekonomi jangka panjang dari menyusui sudah jelas. Menyusui memiliki efek perlindungan bagi bayi baru lahir dan anak kecil yang mencegah penyakit umum seperti diare dan pneumonia, yang merupakan penyebab utama kematian anak (Victora et al. 2016). Menyusui juga dapat mengurangi risiko obesitas dan diabetes pada masa kanak-kanak dan, bagi ibu menyusui, mengurangi risiko kanker payudara di kemudian hari. Pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama juga merupakan kontrasepsi alami yang dapat membantu dalam meningkatkan jarak kelahiran (Victora et al. 2016). Bukti terbaru menunjukkan bahwa menyusui juga dikaitkan dengan kecerdasan intelektual (IQ) yang lebih tinggi (Horta, Loret de Mola, dan Victora 2015) dan, dalam jangka panjang, dengan peningkatan pasar tenaga kerja dan hasil ekonomi (Lutter 2016; Rollins et al.

Situasi Pemberian ASI di Seluruh Dunia

Secara global, hanya 43 persen bayi berusia kurang dari enam bulan yang disusui secara eksklusif (UNICEF 2016). Di negara berpenghasilan rendah dan menengah, ini berarti lebih dari 68 juta anak yang lahir tahun ini tidak akan mendapatkan ASI eksklusif. Laporan Gizi Global menunjukkan bahwa 47 negara berada di luar jalur untuk mencapai target menyusui, dan 110 lainnya kehilangan data untuk indikator ini (IFPRI 2016). Namun, tingkat pemberian ASI eksklusif di beberapa kawasan—Asia Selatan dan Afrika Timur dan Selatan misalnya—telah meningkat sejak tahun 2000 dan kini melampaui target 50 persen (UNICEF 2016). Angka di kawasan lain berada di bawah target tetapi berjalan lambat, kecuali kawasan Asia Timur dan Pasifik, yang bertahan di sekitar 30 persen selama 15 tahun terakhir. Meskipun di luar cakupan laporan ini, banyak negara berpenghasilan tinggi juga memiliki tingkat pemberian ASI eksklusif yang sangat rendah, dan data perbandingan untuk banyak negara berpenghasilan tinggi masih kurang.

Seri pemberian ASI *Lancet* baru-baru ini memperkirakan bahwa menyusui optimal dapat membantu mencegah 823.000 kematian anak per tahun dan 20.000

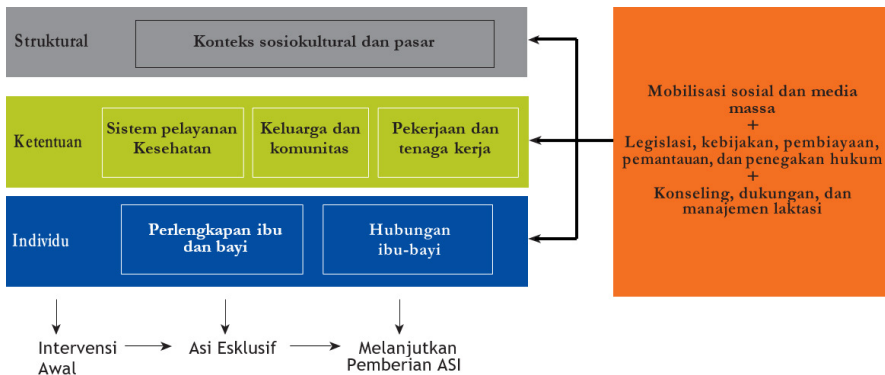
kematian ibu akibat kanker payudara per tahun (Rollins et al. 2016; Victora et al. 2016). Selain itu, tingkat menyusui yang rendah saat ini secara global diperkirakan mengakibatkan kerugian ekonomi sekitar \$302 miliar per tahun, atau 0,49 persen dari pendapatan nasional bruto dunia (Victora et al. 2016).

Faktor penentu menyusui sangat kompleks. Ada banyak kekuatan sosial, budaya, ekonomi, dan komersial yang menghambat pemberian ASI atau mendorong pemberian ASI yang tidak memadai, seperti yang diuraikan dalam Gambar 5.1 (Rollins et al. 2016). Tekanan untuk tidak menyusui juga meningkat seiring transisi negara ke tingkat pendapatan yang lebih tinggi.

Meskipun ada sedikit keuntungan dalam tingkat pemberian ASI eksklusif secara global dalam beberapa tahun terakhir, tren tersebut diperkirakan tidak akan berlanjut tanpa investasi dalam strategi pemberian ASI yang komprehensif. Tingkat investasi dalam pemberian ASI saat ini, meskipun sebagian besar tidak terdokumentasi, dianggap tidak cukup untuk meningkatkan angka di luar saat ini (Holla-Bhar et al. 2015; Piwoz dan Huffman 2015).

Mengingat manfaat menyusui yang tidak dapat disangkal dan pengembalian investasi yang terbukti dalam hal keuntungan ekonomi dan pembangunan manusia, diperlukan investasi yang lebih besar untuk strategi yang sangat hemat biaya ini.

Gambar 5.1 Kerangka Konseptual untuk Lingkungan Kondusif yang Mendukung Pemberian ASI



Source: Rollins et al. 2016, p. 162, © Elsevier. Reproduced with permission from Elsevier; further permission required for reuse.

Intervensi yang Efektif Mempromosikan Pemberian ASI

Memiliki strategi menyusui yang komprehensif di tingkat nasional adalah cara paling efektif untuk mempengaruhi kekuatan sosial, ekonomi, dan budaya yang kuat yang memengaruhi keputusan ibu untuk menyusui (Rollins et al. 2016) (lihat Gambar 5.1). Strategi menyusui yang komprehensif terdiri dari beberapa jenis intervensi; campuran intervensi yang tepat dapat bervariasi dari satu negara ke negara lain, tergantung pada konteks lokal. Untuk keperluan analisis ini, dua intervensi untuk ibu hamil dan ibu dari anak kecil (konseling gizi bayi dan anak kecil dan tunjangan tunai cuti melahirkan),¹ serta dua intervensi yang diarahkan pada seluruh masyarakat (kebijakan sosial pro-menyusui)

dan kampanye promosi ASI nasional) (tabel 5.1), diasumsikan membuat inti minimum dari strategi komprehensif yang berlaku untuk sebagian besar konteks, yang dapat diadaptasi dan ditambahkan sesuai kebutuhan.

Tabel 5.1 Intervensi untuk Memenuhi Target Pemberian ASI

<i>Intervensi</i>	<i>Target Populasi</i>	<i>Deskripsi</i>	<i>Bukti Efektivitas</i>
Untuk ibu yang memiliki bayi			
Konseling gizi untuk bayi dan anak kecil	Ibu dari anak usia 0-11 bulan	Intervensi ini terdiri dari sesi konseling berbasis individu atau kelompok untuk mempromosikan ASI eksklusif yang dilaksanakan di masyarakat dan/atau fasilitas kesehatan, tergantung pada konteks negara.	Analisis ulang oleh Sinha dkk. (2015) untuk LiST menunjukkan bahwa menerima promosi menyusui promosi meningkatkan pemberian ASI eksklusif pada anak usia 0-5 bulan [OR 2,5 dalam sistem kesehatan, OR 2,61 di lingkungan rumah/masyarakat].
Manfaat cuti melahirkan	Ibu dari anak usia 0-11 bulan	Ini terdiri dari perpanjangan dari tunjangan tunai cuti melahirkan dari tingkat dan durasi manfaat diberikan pada awal hingga enam bulan pada tingkat upah 67 persen dari dari pembayar publik sejalan dengan <i>International Labour Organization</i> (ILO).	Sinha et al (2015) menunjukkan bahwa cuti melahirkan dikaitkan dengan 52 persen peningkatan pemberian ASI eksklusif [RR 1,52, 95% CI 1,03-2,03], tetapi ini tidak spesifik untuk efek dari perpanjangan tunjangan cuti melahirkan atau untuk jangka waktu tertentu atau tingkat transfer tunai. Intervensi ini dimasukkan dalam analisis biaya analisis biaya tetapi tidak dalam model dampak.
Untuk masyarakat umum			
Kebijakan sosial yang mendukung pemberian ASI	Masyarakat umum	Intervensi ini terdiri dari kebijakan, legislasi, serta pemantauan dan penegakan kebijakan yang terkait dengan Kode International Pemasaran Produk Pengganti ASI, Sepuluh Langkah Sukses WHO untuk Integrasi Pemberian ASI ke dalam akreditasi rumah sakit, dan perlindungan/cuti melahirkan	Intervensi ini termasuk dalam analisis biaya tetapi tidak termasuk dalam model dampak.
Kampanye nasional promosi pemberian ASI	Masyarakat umum	Intervensi ini menggunakan iklan dan kampanye untuk mempromosikan pemberian	Sinha et al (2015) menunjukkan bahwa strategi dengan intervensi media yang diintegrasikan dengan konseling dan mobilisasi masyarakat mungkin memiliki efek yang signifikan signifikan dalam meningkatkan tingkat pemberian ASI eksklusif [RR eksklusif [RR 1,17, 95% CI 1.01-1.14]. Intervensi ini tidak dimasukkan dalam analisis biaya tetapi tidak dalam model dampak.

Note: CI = confidence interval; LiST = Lives Saved Tool; OR = odds ratio; RR = relative risk; WHO = World Health Organization.

Konseling untuk Ibu dan Pengasuh Bayi dan Anak yang Baik Tentang Nutrisi dan Praktik Kebersihan

Intervensi ini mencakup sesi konseling berbasis individu atau kelompok yang disampaikan di komunitas dan/atau fasilitas kesehatan untuk mempromosikan pemberian ASI eksklusif, tergantung pada konteks negara. Konseling atau pendidikan menyusui yang disampaikan di tingkat masyarakat mungkin diperlukan di negara-negara dengan sistem kesehatan yang lemah dan kurangnya akses ke fasilitas kesehatan. Ulasan oleh Haroon et al. (2013) menunjukkan bahwa konseling menyusui menghasilkan 90 persen peningkatan pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0–5 bulan. Sinha et al. (2015) juga menemukan bahwa konseling yang diberikan di fasilitas kesehatan atau di masyarakat meningkatkan kemungkinan menyusui bila dibandingkan dengan tidak menerima konseling apapun.

Kebijakan Sosial Pro-Menyusui

Kebijakan sosial pro-menyusui dirancang untuk menciptakan lingkungan yang kondusif untuk menyusui dan memotivasi pengambilan keputusan ibu dan rumah tangga menuju praktik pengasuhan dan pemberian makan anak yang optimal. Di antara negara-negara dengan tingkat pemberian ASI eksklusif di bawah 30 persen, negara-negara yang memiliki peringkat tinggi pada indikator gabungan untuk kebijakan sosial pro-menyusui diperkirakan mengalami peningkatan dalam pemberian ASI eksklusif sebesar 1 persen per tahun, atau lima kali lebih tinggi daripada negara-negara tersebut. dengan peringkat rendah pada indikator ini (Rollins et al. 2016). Mengestimasi efek untuk setiap intervensi kebijakan merupakan hal yang menantang mengingat waktu, tingkat implementasi, dan jumlah pendiri. Secara khusus, proses adopsi dan penegakan hukum nasional yang sejalan dengan Kode Internasional Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tentang Pemasaran Produk Pengganti ASI dianggap perlu untuk mengatasi pemasaran produk pengganti ASI yang agresif (Baker et al. 2016).²

Akses ke cuti melahirkan dikaitkan dengan tingkat menyusui yang lebih tinggi (Sinha et al. 2015) dan bahkan kematian bayi yang lebih rendah di beberapa negara (Nandi et al. 2016). Untuk ibu baru yang bekerja, satu studi menemukan bahwa kebijakan nasional yang menjamin jeda menyusui di tempat kerja dikaitkan dengan peningkatan tingkat pemberian ASI eksklusif pada bayi di bawah usia enam bulan sebesar 8,9 poin persentase (Rollins et al. 2016). Meskipun sebagian besar negara berprestasi rendah dan menengah memiliki beberapa bentuk cuti melahirkan dan kebijakan perlindungan, hanya sedikit yang memiliki penegakan hukum yang memadai atau skema pembiayaan yang berkelanjutan.

Inisiatif Rumah Sakit Ramah Bayi, didirikan pada tahun 1991 oleh WHO dan *United Nations Children's Fund* (UNICEF) sebagai program luas yang dirancang untuk memperkuat budaya menyusui di rumah sakit (Labbok 2012), juga dapat menjadi pilihan kebijakan bagi negara tertentu. Integrasi Sepuluh Langkah Sukses Menyusui WHO (WHO 1998) ke dalam sistem akreditasi rumah sakit yang ada merupakan pendekatan kebijakan penting ke arah itu. Orientasi spesifik kebijakan sosial pro-menyusui di setiap negara akan bervariasi karena konteks negara, tetapi kebijakan inti yang menumbuhkan budaya yang mendukung menyusui membutuhkan sumber daya

untuk pengembangan, legislasi, pemantauan, dan penegakan.

Manfaat Cuti Bersalin

Tunjangan tunai cuti hamil mengacu pada transfer tunai kepada perempuan, dari dana publik atau pemberi kerja swasta, untuk jangka waktu dan tingkat kompensasi yang ditentukan, yang sangat bervariasi di setiap negara. Tunjangan tunai mengurangi biaya peluang bagi ibu yang mengambil cuti hamil untuk merawat bayi baru lahir dan bayi. Sinha et al. (2015) menunjukkan bahwa cuti hamil dikaitkan dengan peningkatan pemberian ASI eksklusif sebesar 52 persen, tetapi hal ini tidak secara spesifik terkait dengan efek perpanjangan tunjangan tunai cuti hamil atau durasi atau tingkat bantuan tunai tertentu. Cuti hamil untuk ibu baru mungkin juga menghasilkan manfaat sosial, perkembangan, dan kesehatan yang lebih luas bagi ibu yang bekerja dan bayi mereka yang baru lahir. Lebih-lebih lagi, tingginya tingkat pekerjaan sektor informal di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah menambah rendahnya cakupan tunjangan tunai cuti hamil dan, oleh karena itu, membatasi jangkauan penduduk atas tunjangan ini. Namun, manfaat ini akan semakin penting bagi ibu yang bekerja seiring berkembangnya ekonomi yang lebih kaya dan transisi (Rollins et al. 2016). Diperlukan lebih banyak penelitian tentang efek tunjangan tunai cuti hamil dan intervensi di tempat kerja pada menyusui.

Kampanye Nasional Tentang Promosi ASI

Bukti menunjukkan bahwa kampanye media massa untuk mempromosikan pemberian ASI merupakan elemen penting dalam meningkatkan angka pemberian ASI nasional. Sinha et al. (2015) menunjukkan bahwa strategi dengan intervensi media yang terintegrasi dengan konseling dan mobilisasi komunitas dapat berpengaruh signifikan terhadap peningkatan angka pemberian ASI eksklusif. Sebagai contoh dari apa yang mungkin, program *Alive & Thrive* terintegrasi di Vietnam (lihat kotak 9.3 di bab 9)—yang mencakup kampanye media massa dalam skala besar selain konseling gizi bayi dan anak kecil dan advokasi untuk pro-menyusui. kebijakan sosial—menunjukkan peningkatan total 28,3 poin persentase dalam pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama dibandingkan dengan lokasi kontrol selama periode 2010–14 (Walters et al. 2016).

Pendekatan Analitik Khusus untuk Target Menyusui

Metode untuk memperkirakan biaya, dampak, dan rasio manfaat-biaya disajikan dalam bab 2; bagian ini mengulas definisi penting, pemilihan sampel, dan data spesifik untuk target menyusui.

Mengukur ASI Eksklusif

Pada tahun 2012, indikator yang dipilih untuk mengukur kemajuan pemberian ASI eksklusif adalah prevalensi pemberian ASI eksklusif pada seluruh bayi di enam bulan pertama (WHO dan UNICEF 2014). Sumber utama data praktik menyusui untuk analisis ini, Survei Demografi dan Kesehatan (DHS) dan Survei Rumah Tangga Beberapa Indikator Cluster (MICS), menanyakan para ibu apakah mereka telah menyusui bayinya dalam 24 jam terakhir. Eksklusivitas menyusui ditentukan oleh ibu yang melaporkan bahwa bayinya tidak menerima cairan atau makanan apapun selama

menyusui. Data tentang pemberian ASI eksklusif nasional untuk analisis ini diambil dari Alat Pelacakan Target Global WHO/UNICEF (versi September 2015) (WHO 2015). Tingkat pemberian ASI eksklusif di India sebesar 65 persen, yang dilaporkan dalam Survei Cepat Anak-Anak (RSOC) 2013–14, disertakan dalam analisis ini karena survei sebelumnya dilaporkan satu dekade lalu (Pemerintah India dan UNICEF 2015).

Pemilihan Sampel

Estimasi dalam bab ini didasarkan pada sampel dari 27 negara (20 dengan beban absolut tertinggi dan 7 dengan prevalensi pemberian ASI eksklusif lebih rendah dari 10 persen). Ke-27 negara ini menyumbang 78 persen dari beban bayi yang tidak disusui secara eksklusif (hingga usia enam bulan) (lihat tabel 2.2 untuk daftar negara.) Pengganda 1,28 kemudian digunakan untuk mengekstrapolasi biaya sampel ke semua - dan negara berpendapatan menengah.

Intervensi Termasuk dalam Analisis

Seperti yang telah dibahas di atas, cara yang paling efektif untuk meningkatkan angka pemberian ASI eksklusif adalah dengan menerapkan strategi komprehensif yang mencakup, di tingkat ibu, kebijakan sosial yang pro-ASI, kampanye promosi ASI nasional, serta konseling gizi bayi dan anak untuk ibu hamil dan ibu yang baru melahirkan. Intervensi ini disertakan karena (1) dapat diterapkan di semua negara, (2) menangani berbagai tingkat faktor kompleks yang mempengaruhi pemberian ASI, dan (3) secara bersama-sama dapat secara masuk akal mencapai dampak yang diperkirakan pada tingkat pemberian ASI eksklusif. Dalam jangka panjang, penting juga untuk mengurangi biaya peluang yang dirasakan dari menyusui melalui cuti melahirkan dan tunjangan tunai atau dukungan di tempat kerja. Analisis ini memperkirakan biaya global untuk memperpanjang cuti melahirkan dan tunjangan tunai bagi ibu yang bekerja di sektor formal, tetapi biaya ini tidak termasuk dalam paket intervensi khusus gizi karena ini adalah intervensi yang bertujuan untuk mencapai berbagai hasil sosial, ekonomi, dan kesehatan dan perlu dibiayai dari sektor lain. Lihat tabel 5.1 untuk penjelasan lebih lanjut dan estimasi ukuran dampak yang digunakan dalam analisis dampak. Meskipun semua intervensi ini mungkin memiliki efek independen terhadap pemberian ASI eksklusif, hanya efek dari konseling gizi yang dimasukkan dalam model dampak, sedangkan biaya mencakup biaya perluasan keempat intervensi. Oleh karena itu, rasio manfaat-biaya secara keseluruhan adalah terlalu rendah.

Memperkirakan Biaya Satuan

Karena kurangnya data biaya pada kebijakan dan intervensi media pada skala, biaya satuan nasional tahunan dari kebijakan sosial pro-menyusui dan kampanye promosi menyusui nasional didasarkan pada pengalaman Program Hidup & Berkembang (Alive and Thrive 2013, 2014; Walters et al. 2016). Asumsi berikut dibuat: ada gabungan biaya nasional untuk kebijakan sosial pro-menyusui dan intervensi kampanye promosi menyusui nasional sebesar \$1,0 juta, \$3,0 juta, \$5,0 juta, dan \$10 juta di negara-negara dengan populasi kurang dari 10 juta, 10– 50 juta, 50–250 juta, dan lebih dari 250 juta. Dua puluh persen dari biaya nasional dialokasikan untuk kebijakan sosial pro-menyusui dan 80 persen untuk kampanye promosi menyusui nasional. Diasumsikan bahwa skala ekonomi dapat dicapai untuk kedua intervensi ini di negara-negara yang lebih besar.

Biaya satuan untuk konseling gizi bayi dan anak berasal dari tinjauan literatur tentang data biaya (lihat lampiran C). Karena definisi target khusus untuk pemberian ASI eksklusif sejak lahir hingga enam bulan, dan bukan pemberian ASI yang optimal hingga usia dua tahun, biaya hanya mencakup satu tahun pemberian intervensi konseling gizi bayi dan anak per pasangan ibu dan anak.³ Biaya satuan untuk perpanjangan tunjangan cuti melahirkan mencakup biaya perpanjangan tunjangan tunai dari durasi saat ini hingga enam bulan yang dibayarkan dari sumber publik dengan tingkat 67 persen dari upah minimum di setiap negara (ILO 2015). tingkat upah minimum di setiap negara (ILO 2015).

Memperkirakan Tingkat Cakupan yang Ada

Untuk konseling menyusui, analisisnya mengandalkan tingkat default *Lives Saved Tool* (LiST) untuk cakupan promosi menyusui di setiap negara, yang setara dengan tingkat pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 1–5 bulan. Meskipun ukuran ini memiliki kelemahan, terutama karena ada variasi yang luas dalam apa yang dimaksud dengan “konseling” dan cakupannya bervariasi,⁴ ini dianggap sebagai ukuran terbaik yang tersedia saat ini. Analisis serupa di masa depan akan mendapat manfaat dari data standar tentang cakupan konseling. Cakupan pro-menyusui yang ada diperkirakan berdasarkan bukti kualitatif implementasi penuh atau sebagian dari Kode Internasional Pengganti ASI (WHO, UNICEF, dan IBFAN 2016) dan kebijakan cuti melahirkan (ILO 2015). Cakupan tunjangan tunai cuti melahirkan diperkirakan sebagai hasil kali antara tingkat partisipasi angkatan kerja perempuan dan Cakupan Organisasi Buruh Internasional (ILO) dalam estimasi praktik untuk masing-masing negara.⁵

Memperkirakan Biaya Total

Metodologi penetapan biaya mirip dengan semua target lain yang termasuk dalam analisis. Total kebutuhan pembiayaan tambahan untuk mencapai target adalah jumlah dari biaya tambahan tahunan untuk meningkatkan intervensi inti dari tingkat cakupan dasar ke cakupan penuh, dengan asumsi peningkatan linier yang sama dari cakupan saat ini ke cakupan penuh dalam lima tahun pertama ditambah digunakan fase pemeliharaan lima tahun. Jumlah penerima manfaat (yaitu, pasangan ibu-anak) untuk konseling gizi bayi dan anak kecil dan cuti hamil dihitung dengan mengurangi jumlah pasangan kembar saat lahir dari populasi anak saat lahir (WHO 2015).

Memperkirakan Dampak

Untuk analisis dampak, model Microsoft Excel dikembangkan untuk memparalelkan pendekatan yang digunakan oleh LiST (Bhutta et al. 2013; Walker, Tam, dan Friberg 2013; Winfrey, McKinnon, dan Stover 2011). Meskipun berbagai intervensi memerlukan biaya untuk target menyusui, pada analisis akhir hanya satu intervensi—konseling gizi bayi dan anak kecil—yang dimasukkan dalam model dampak. Intervensi lain yang berorientasi pada kebijakan dan media adalah intervensi yang direkomendasikan, tetapi studi efektivitas yang diselesaikan terlalu sedikit untuk secara meyakinkan memasukkan dampaknya ke dalam model dampak. Rumus dan rasio odds dari analisis ulang estimasi gabungan yang dilakukan oleh Sinha et al. (2015) untuk pembaruan LiST (versi 5.41 beta 13) digunakan dalam model estimasi dampak konseling gizi bayi dan balita terhadap prevalensi pemberian ASI eksklusif (lihat tabel 5.1). Analisis ulang menunjukkan

bahwa anak-anak yang ibunya menerima intervensi promosi menyusui yang diberikan dalam sistem kesehatan, pengaturan rumah/komunitas, dan pengaturan kesehatan dan komunitas masing-masing memiliki rasio odds 2,5, 2,61, dan 5,1, untuk disusui secara eksklusif dibandingkan untuk anak-anak yang ibunya tidak menerima intervensi. Diasumsikan bahwa ukuran efek untuk persalinan dalam sistem kesehatan paling cocok untuk negara berpenghasilan menengah ke atas dan persalinan di lingkungan rumah/masyarakat cocok untuk negara berpenghasilan rendah dan berpenghasilan menengah ke bawah. Agar konservatif dalam proyeksi dampak, opsi ukuran efek yang lebih tinggi yang terkait dengan pemberian kombinasi promosi menyusui di sistem kesehatan dan pengaturan rumah/masyarakat tidak digunakan dalam model untuk analisis. Dalam Daftar, promosi menyusui memiliki efek tidak langsung pada pencegahan kematian neonatal dan bayi melalui diare dan infeksi saluran pernapasan akut (yaitu pneumonia). Oleh karena itu proyeksi cakupan konseling menyusui dari model Microsoft Excel dimasukkan ke dalam List untuk memperkirakan jumlah kematian anak yang dapat dicegah yang disebabkan oleh promosi menyusui.

Analisis Manfaat-Biaya

Analisis manfaat-biaya investasi dalam menyusui mencakup dua jenis utama manfaat moneter dikaitkan dengan peningkatan prevalensi menyusui eksklusif: (1) keuntungan pendapatan terkait dengan semua penyebab kematian anak yang dapat dicegah dan (2) keuntungan pendapatan terkait dengan kerugian kognitif yang dapat dicegah pada anak-anak. Untuk estimasi kerugian kognitif, analisis ini menggunakan pendekatan yang mirip dengan metode yang digunakan dalam Rollins et al. 2016 dan Walters et al. 2016. Namun, analisis ini mengestimasi potensi perolehan pendapatan karena kehilangan kognitif yang dihindari pada anak-anak selama masa kerja dewasa mereka dari usia 18 hingga mereka mencapai usia harapan hidup rata-rata atau usia 65 tahun, mana yang lebih awal, daripada potensi pendapatan dalam periode kondisi mapan satu tahun. Faktor kunci untuk perhitungan ini adalah pernah disusui menghasilkan peningkatan IQ sebesar 2,62 poin dibandingkan dengan tidak disusui (Horta, Loret de Mola, dan Victora 2015), dan 1 standar deviasi peningkatan IQ mengarah pada peningkatan pendapatan upah sebesar 17 persen (Hanushek dan Woessmann 2008). Manfaat potensial yang tidak termasuk adalah penghematan dari pengurangan biaya perawatan kesehatan untuk pengobatan diare dan pneumonia yang dikaitkan dengan pemberian ASI yang tidak memadai, biaya tidak langsung ditanggung oleh keluarga terkait dengan pengobatan menghubungkan penyakit masa kanak-kanak, biayapembelian susu formula bayi, dan biaya kematian dikaitkan dengan risiko kanker payudara yang lebih tinggi pada ibu dari anak yang tidak disusui. Oleh karena itu, analisis biaya-manfaat adalah perkiraan konservatif.

Analisis Sensitivitas

Analisis tersebut menggunakan analisis sensitivitas satu arah untuk mendorong utama hasil rasio biaya, dampak, dan manfaat-biaya. Untuk analisis sensitivitas biaya, asumsi tentang cakupan awal konseling menyusui bervariasi sejalan dengan proksi lain yang masuk akal. Untuk analisis sensitivitas dampak, proyeksi keseluruhan tingkat pemberian ASI eksklusif pada tahun 2025 disajikan, dengan perubahan variabel sebagai berikut: (1) opsi pengaturan persalinan yang kurang konservatif dalam Daftar untuk

ukuran efek promosi menyusui (persalinan gabungan dalam sistem kesehatan dan rumah /pengaturan komunitas) disertakan; (2) Hasil ASI eksklusif India dari RSOC 2013–14 tidak disertakan; (3) pengaruh pertumbuhan produk domestik bruto (PDB) di seluruh negara berpenghasilan rendah dan menengah (berdasarkan tren historis) disertakan, menghasilkan penurunan rata-rata tahunan dalam tingkat pemberian ASI eksklusif sebesar 0,34 poin persentase per tahun pada anak usia 0-5 bulan (Victora et al. 2016);⁶ dan (4) tren historis rata-rata peningkatan tingkat pemberian ASI eksklusif setara dengan +0,40 poin persentase per tahun di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah diperpanjang ke dalam proyeksi masa depan (WHO 2015).

Hasil

Bagian ini menyajikan hasil analisis yang dijelaskan di atas, termasuk biaya dan dampaknya.

Prevalensi Menyusui

Database Alat Pelacakan Target Global WHO melaporkan prevalensi pemberian ASI eksklusif global sebesar 38 persen (WHO 2015), serupa dengan temuan dalam Seri Menyusui Lancet (Victora et al. 2016). Karena ukuran dan pengaruh India terhadap indikator nutrisi global, penyertaan tingkat ASI eksklusif India dari RSOC 2013–14 meningkatkan tingkat negara berpenghasilan menengah ke bawah—dari 38 persen pada 2012 menjadi 43 persen pada 2015. Oleh karena itu, India sendirian mencapai 40 persen dari target Majelis Kesehatan Dunia global untuk menyusui. Hasil untuk India ini termasuk dalam prevalensi dasar pemberian ASI eksklusif untuk analisis.

Biaya Satuan

Perkiraan biaya unit rata-rata tertimbang populasi untuk konseling gizi bayi dan anak yang baik adalah \$7,32 per tahun per pasangan ibu dan anak, tetapi biaya unit tingkat negara berkisar dari \$0,7 per tahun di Guatemala hingga \$13,35 untuk negara-negara Timur Tengah dan Afrika Utara. Kisaran semua biaya satuan untuk intervensi yang disertakan ditunjukkan pada tabel 5.2. Biaya satuan untuk memperpanjang tunjangan tunai cuti hamil menjadi enam bulan sangat bervariasi karena perbedaan kebijakan dan upah di tingkat negara.

Tabel 5.2 Biaya Unit Minimum, Maksimum, dan Rata-Rata untuk Memenuhi Target Menyusui

(Tahunan)

U.S.\$

<i>Intervensi</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>	<i>Satuan biaya rata-rata</i>
Biaya untuk per orang per tahun			
Konseling gizi bayi dan balita	0,70	13,35	7,32
Perpanjangan cuti hamil dari durasi saat ini menjadi enam bulan	0,00	1401,96	273,64
Biaya untuk per negara per tahun			
Kebijakan sosial pro-menyusui	100.000	1.000.000	n.a
Kampanye promosi ASI nasional	2.000.000	8.000.000	n.a

Note: The mean unit costs are population-weighted means; n.a. = not applicable.

Tabel 5.3 Total Kebutuhan Pembiayaan untuk Memenuhi Target Menyusui

<i>Intervensi</i>	<i>Total biaya intervensi 10 tahun (US\$, juta)</i>	<i>Bagian dari total biaya 10 tahun (%)</i>
Konseling gizi bayi dan anak kecil	4159	80
Kebijakan sosial yang mendukung pemberian ASI	111	2
Kampanye nasional pemberian ASI	906	18
Subtotal	5176	100
Program (penguatan kapasitas, evaluasi dan monitoring)	570	n.a.
Total biaya	5746	n.a.

Note: Maternity leave cash benefits are excluded from the package costs; n.a. = not applicable.

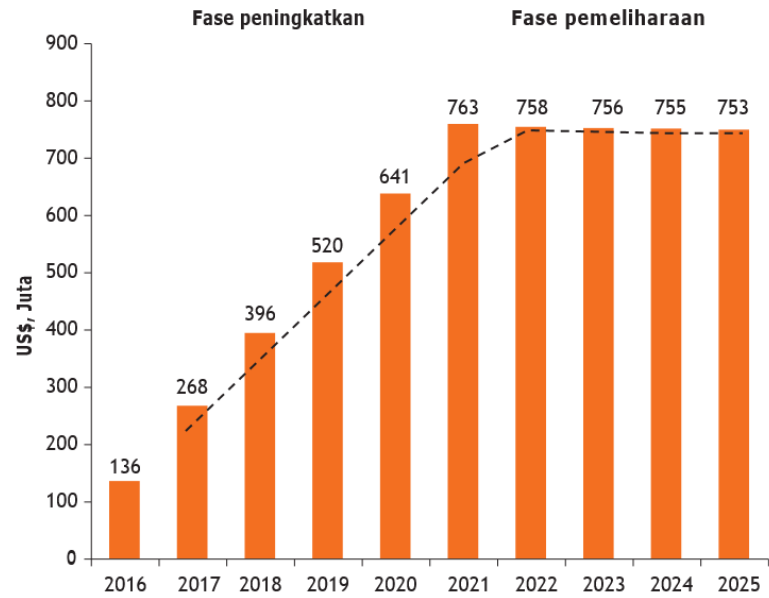
Perkiraan Total Kebutuhan Pembiayaan

Total biaya tambahan untuk meningkatkan rangkaian intervensi inti terpilih yang diperlukan untuk memenuhi target menyusui di negara berpenghasilan rendah dan menengah adalah \$5,7 miliar selama 10 tahun (lihat tabel 5.3). Ini diterjemahkan menjadi kira-kira \$4,70 per bayi baru lahir. Sebagian besar biaya adalah untuk konseling gizi bayi dan anak kecil (\$4,2 miliar) dan jumlah yang lebih kecil untuk kebijakan sosial pro-menyusui (\$111 juta) dan kampanye promosi menyusui nasional (\$906 juta). Biaya tambahan tahunan akan meningkat dari \$136 juta pada tahun 2016 menjadi \$763 juta pada tahun 2021 karena program ditingkatkan ke cakupan penuh selama lima tahun (lihat gambar 5.2).

Total kebutuhan pembiayaan untuk perpanjangan tunjangan tunai cuti hamil dari status saat ini menjadi durasi enam bulan diperkirakan sebesar \$24,1 miliar selama 10 tahun di seluruh negara berpenghasilan rendah dan menengah. Karena tunjangan tunai cuti hamil penting untuk tujuan sosial, tenaga kerja, gender, dan pembangunan lainnya—tidak hanya menyusui—biaya ini tidak termasuk dalam paket intervensi khusus gizi yang tercantum di atas.

Wilayah Asia Timur dan Pasifik membutuhkan bagian 38 persen dari total biaya (\$2,3 miliar), wilayah Sub-Sahara Afrika membutuhkan seperempat (\$1,5 miliar), Asia Selatan (\$0,7 miliar), dan wilayah lain membutuhkan skala total yang lebih kecil- naik biaya (gambar 5.3). Menurut kelompok pendapatan (lihat Gambar 5.4), total biaya dibagi rata antara negara berpenghasilan menengah ke bawah dan negara berpenghasilan menengah ke atas (masing-masing 45 dan 46 persen); negara berpenghasilan rendah membutuhkan bagian yang jauh lebih kecil dari total (9 persen).

Gambar 5.2 Kebutuhan Pembiayaan Tahunan untuk Memenuhi Target Menyusui

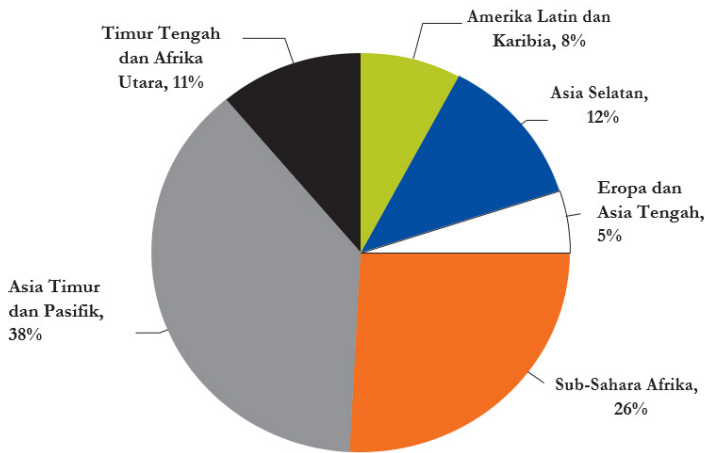


Note: Maternity leave cash benefits are excluded from the package costs.

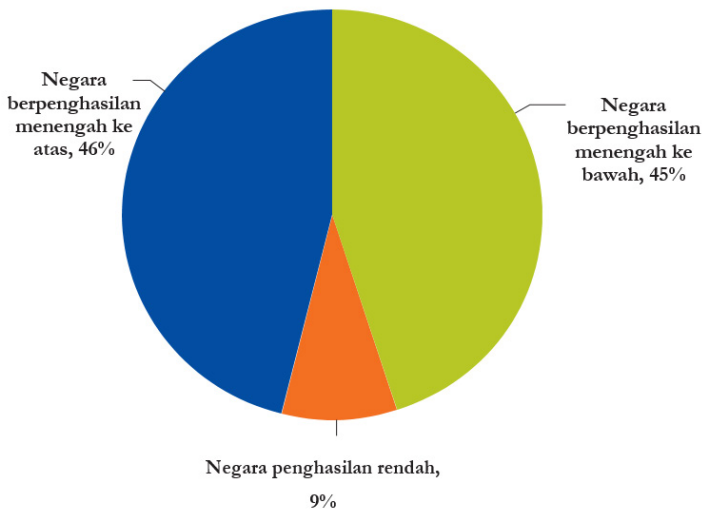
Analisis Sensitivitas untuk Perkiraan Biaya

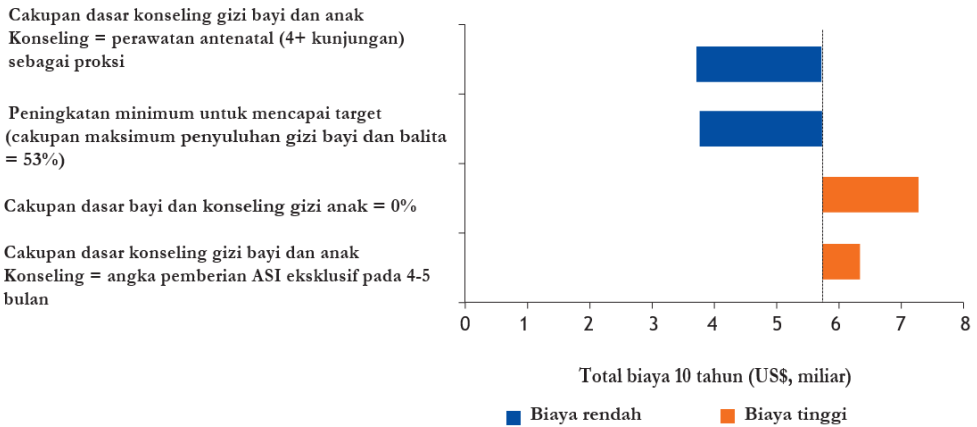
Menambahkan tahun kedua konseling gizi bayi dan anak kecil, sesuai pedoman sejalan dengan penetapan biaya target pengerdilan, meningkatkan biaya menjadi total \$8,7 miliar. Tingkat cakupan konseling gizi bayi dan anak kecil mungkin merupakan sumber ketidakpastian terbesar dalam model ini. Diagram tornado analisis sensitivitas (lihat gambar 5.5) menunjukkan bahwa dengan asumsi tingkat cakupan yang lebih konservatif—seperti pemberian ASI eksklusif pada 4–5 bulan seperti yang dilaporkan oleh DHS dan MICS, atau hanya dengan asumsi tidak ada cakupan sama sekali (cakupan 0 persen)—akan menjadikan total target kebutuhan pembiayaan selama 10 tahun masing-masing menjadi \$6,3 miliar atau \$7,3 miliar. Tingkat cakupan minimum yang diperlukan untuk mencapai target adalah 53 persen, tetapi pengurangan biaya akan menghasilkan penurunan substansial dalam jumlah kematian anak dan pencegahan penyakit.

Gambar 5.3 Total Kebutuhan Pembiayaan Sepuluh Tahun untuk Memenuhi Target Menyusui, Berdasarkan Wilayah



Gambar 5.4 Total Pembiayaan Sepuluh Tahun yang Dibutuhkan untuk Memenuhi Target Menyusui, menurut Kelompok Pendapatan Negara



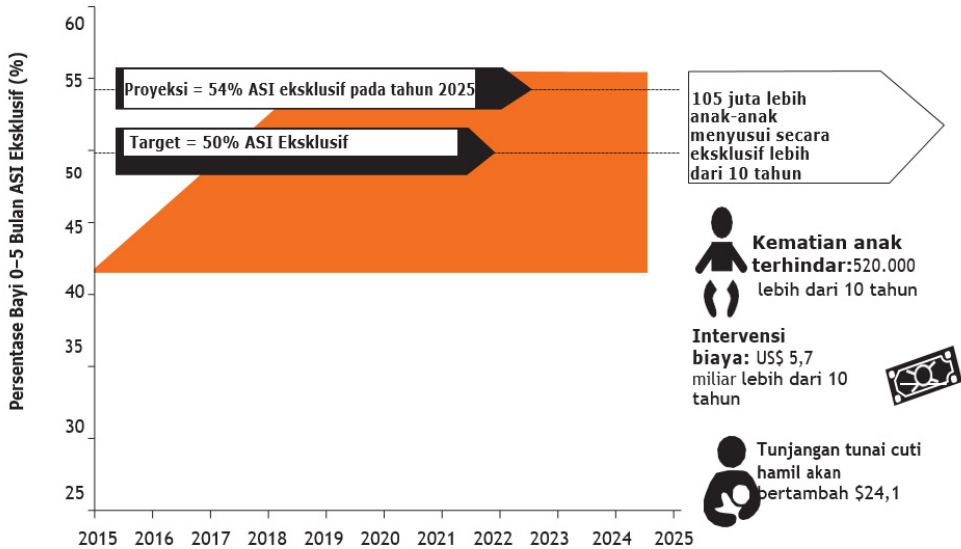
Gambar 5.5 Analisis Sensitivitas untuk Total Kebutuhan Pembiayaan 10 Tahun untuk Memenuhi Target Menyusui

Dampak yang Diharapkan dari Peningkatan Skala

Investasi dalam paket intervensi menyusui ini diperkirakan akan membuahkan hasil dalam 105 juta anak tambahan yang disusui secara eksklusif secara global selama 10 tahun ke depan dan peningkatan tingkat pemberian ASI eksklusif menjadi 54 persen (lihat Gambar 5.6).⁷ Pencapaian tingkat pemberian ASI eksklusif ini di negara berpenghasilan rendah dan menengah akan menghasilkan total kumulatif 520.000 kematian anak dapat dicegah selama 10 tahun ke depan. Selain itu, jutaan kasus diare dan pneumonia akan dapat dicegah, dan lebih banyak anak akan mencapai potensinya dalam hal perkembangan kognitif. Lima negara dengan total kematian anak tertinggi yang dapat dicegah adalah India, Pakistan, Nigeria, Republik Demokratik Kongo, dan Ethiopia, yang bersama-sama menyumbang 57 persen dari perkiraan kematian anak yang dapat dicegah di semua negara berpenghasilan rendah dan menengah. Meskipun tidak dihitung dalam analisis, peningkatan angka pemberian ASI eksklusif juga akan menyebabkan lebih sedikit wanita yang meninggal akibat kanker payudara sebagai akibat dari efek perlindungan yang diberikan ASI oleh ibu.

Perlu dicatat bahwa pendekatan pemodelan saat ini yang digunakan oleh LiST dan dalam model Excel mungkin bermasalah untuk negara-negara tertentu dengan prevalensi pemberian ASI eksklusif yang sangat rendah dalam kisaran 0 hingga 10 persen. Karena formula yang menentukan ukuran efek dari konseling menyusui bergantung pada indikator standar yang bermasalah untuk cakupan (yaitu, prevalensi pemberian ASI eksklusif 1-5 bulan), negara-negara dengan tingkat pemberian ASI eksklusif yang sangat rendah hanya dapat mencapai peningkatan ASI yang terbatas. tingkat makan dalam model ini. Misalnya, dalam model LiST, Djibouti dapat mencapai kenaikan angka pemberian ASI eksklusif dari 1 persen pada tahun 2015 menjadi hanya 3,1 persen pada tahun 2025 meskipun cakupan konseling ditingkatkan hingga 90 persen selama 10 tahun.

Gambar 5.6 Proyeksi Prevalensi Pemberian ASI Eksklusif dan Kematian Anak Dicegah dengan Peningkatan Skala Intervensi untuk Memenuhi Target Menyusui

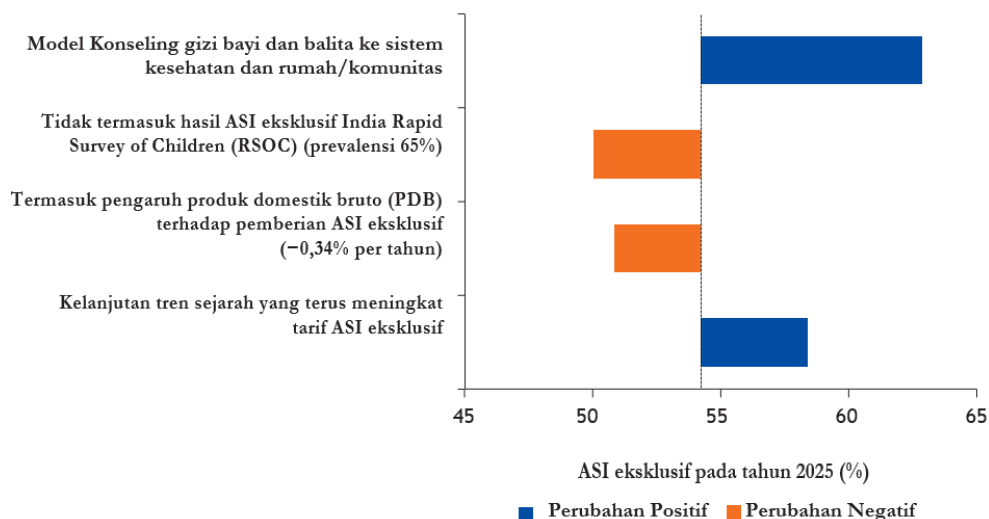


Ini adalah batasan dalam pemodelan Daftar promosi menyusui saat ini yang akan memengaruhi proyeksi tingkat negara untuk negara-negara dengan angka dasar yang rendah. Namun, batasan ini akan berdampak minimal pada hasil global analisis ini karena sebagian besar negara sampel dipilih berdasarkan beban absolut yang tinggi.

Analisis Sensitivitas Dampak Peningkatan Skala

Dengan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku menyusui di berbagai konteks negara, sulit untuk membuat prediksi yang akurat di masa depan. Analisis sensitivitas menunjukkan perubahan proyeksi pemberian ASI eksklusif jika ukuran efek untuk promosi menyusui dalam LiST diatur ke efek gabungan dari konseling baik di sistem kesehatan maupun pengaturan rumah/masyarakat. Tidak termasuk hasil ASI eksklusif RSOC India 2013–14 dari prevalensi pemberian ASI eksklusif dasar mengurangi proyeksi global untuk tahun 2025 dari 54 persen menjadi 50 persen. Hal ini juga menunjukkan potensi perubahan proyeksi tingkat pemberian ASI eksklusif pada tahun 2025 dengan mempertimbangkan dimasukkannya pengaruh PDB pada tingkat pemberian ASI eksklusif di masa mendatang dan memperluas tren historis dalam pemberian ASI eksklusif (lihat Gambar 5.7). Dalam kedua kasus tersebut, target tetap akan tercapai.

Meskipun pencapaian target ini membutuhkan usaha yang besar, tampaknya target ini kurang ambisius dibandingkan target nutrisi global lainnya. Analisis ini menunjukkan bahwa mungkin ada ruang untuk melampaui target menyusui saat ini pada tahun 2025 atau 2030.

Gambar 5.7 Analisis Sensitivitas Estimasi Dampak Intervensi terhadap Angka Pemberian ASI Eksklusif**Tabel 5.4 Rasio Manfaat-Biaya dari Intervensi Scaling Up untuk Memenuhi Target Menyusui, Diskon Tarif 3 dan 5 Persen**

Kelompok	Tingkat diskonto 3%			Tingkat diskonto 5%		
	Keuntungan saat ini (US\$ miliar)	Biaya saat ini (US\$, miliar)	Rasio keuntungan - biaya	Keuntungan saat ini (US\$ miliar)	Biaya saat ini (US\$, miliar)	Rasio keuntungan - biaya
Berdasarkan wilayah						
Sub-Sahara Afrika ^a	20,0	1,1	18,2	8,6	1,0	8,9
Asia Selatan ^a	36,1	0,9	37,0	14,5	0,9	16,8
Asia Timur dan Pasifik ^a	108,2	3,2	33,8	43,3	2,8	15,2
Menurut kelompok pendapatan negara						
Negara berpenghasilan rendah ^a	3,5	0,6	6,3	1,3	0,5	2,5
Negara berpenghasilan menengah ke bawah ^a	81,7	3,0	27,7	33,3	2,6	12,8
Negara berpenghasilan menengah ke atas ^a	147,2	3,2	46,3	59,5	2,8	21,1
Dikumpulkan	297,6	8,6	34,7	120,3	7,6	15,8
Median ^a	n.a.	n.a.	17,5	n.a.	n.a.	7,6

Note: n.a. = not applicable.

a. Sample countries only.

Analisis Manfaat-Biaya

Berinvestasi dalam paket promosi dan dukungan menyusui yang komprehensif merupakan investasi yang sangat baik untuk negara-negara. Dengan asumsi tingkat pertumbuhan PDB 3 persen yang konservatif dan tingkat diskonto 3 persen untuk biaya dan manfaat menghasilkan perkiraan keuntungan bersih sebesar \$298 miliar selama masa produktif penerima manfaat anak, rasio manfaat-biaya gabungan sebesar 34,7, dan rasio manfaat-biaya rata-rata dari 17,5 (lihat tabel 5.4). Menurut wilayah, ini berarti rasio

manfaat-biaya sebesar 18,2 untuk Afrika Sub-Sahara, 37,0 untuk Asia Selatan, dan 33,8 untuk Asia Timur dan Pasifik. Menurut kelompok pendapatan, ini diterjemahkan menjadi rasio manfaat-biaya sebesar 6,3 untuk negara berpenghasilan rendah, 27,7 untuk negara berpenghasilan menengah ke bawah, dan 46,3 untuk negara berpenghasilan menengah ke atas.

Ketika mengasumsikan tingkat diskonto 5 persen yang lebih konservatif, rasio biaya-manfaat rata-rata turun menjadi 7,6 dan tingkat gabungan menjadi 15,8.

Diskusi

Manusia telah mengetahui dan sains telah menunjukkan bahwa menyusui memberikan manfaat nutrisi dan imunologi yang tak tertandingi untuk bayi dan anak kecil. Analisis menunjukkan bahwa, meskipun mungkin ada biaya yang signifikan untuk berinvestasi dalam promosi, perlindungan, dan dukungan menyusui, mencapai target global untuk menyusui dapat dicapai dan akan menghasilkan penyelamatan sejumlah besar nyawa anak dan juga pengurangan substansial dalam morbiditas ibu. Faktanya, ada potensi untuk melampaui target menyusui saat ini dan mungkin ada ruang untuk merevisi target ini menjadi lebih ambisius.

Pengembalian investasi di seluruh negara positif dan kuat: perkiraan menunjukkan bahwa investasi tersebut akan menghasilkan nilai sekarang bersih sebesar \$298 miliar dalam manfaat selama kehidupan produktif penerima manfaat anak, rasio manfaat-biaya gabungan sebesar 34,7, dan rasio biaya-manfaat rata-rata sebesar 17,5 (masing-masing 15,8 dan 7,6, di bawah rasio yang lebih konservatif). asumsi diskonto). Penelitian terbaru menunjukkan bahwa perolehan pendapatan tenaga kerja seumur hidup untuk anak yang disusui akan berjumlah sekitar \$20.000 di Amerika Serikat (Lutter 2016). Meskipun perkiraan peningkatan pendapatan yang diperkirakan dalam analisis lebih rendah daripada di Amerika Serikat mengingat status negara-negara sampel yang berpenghasilan rendah, temuan baru ini semakin menegaskan kembali perlunya promosi pemberian ASI eksklusif.

Keakuratan pola perilaku masa depan dapat diprediksi hanya sebaik alat dan data yang tersedia dan asumsi yang dibuat. Analisis ini dilakukan dengan data terbaik yang tersedia, tetapi ada kebutuhan mendesak untuk data yang lebih baik tentang cakupan intervensi, biaya, dan efektivitas (untuk intervensi tertentu). Intervensi dan kebijakan seperti tunjangan tunai cuti melahirkan saat ini menimbulkan biaya tinggi dan hanya mencakup sektor tenaga kerja formal. Karena sejumlah besar perempuan, terutama di negara berkembang, bekerja di sektor informal, menjangkau perempuan ini sangat penting untuk mencapai dampak yang lebih besar. Pengukuran cakupan konseling gizi bayi dan anak yang lebih baik, dari kehamilan hingga usia dua tahun, sangat dibutuhkan. Diharapkan bahwa pertanyaan survei DHS yang ditambahkan baru-baru ini yang membahas konseling menyusui akan membantu memperkirakan cakupan konseling apa pun, tetapi tidak akan cukup untuk menilai cakupan intervensi konseling komprehensif untuk ibu baru hingga usia dua tahun.

Ada juga kebutuhan mendesak bagi pelaksana dan peneliti untuk mengumpulkan dan mempublikasikan data biaya sehingga studi penetapan biaya di masa mendatang dapat didasarkan pada data yang lebih kuat. Perangkat lunak pemodelan dampak juga harus beradaptasi untuk memasukkan berbagai intervensi menyusui dan membuat proyeksi yang lebih kuat untuk negara dengan beban tertinggi. Kemajuan lebih lanjut dalam metode eksperimental dan kuasi-eksperimental juga diperlukan untuk lebih memahami dampak intervensi seperti kebijakan, media, dan cuti hamil, antara lain. Selama beberapa dekade kurangnya dukungan pembiayaan untuk ibu menyusui telah menghasilkan budaya, terutama di antara negara berpendapatan tinggi dan negara berkembang, yang menstigmatisasi pemberian ASI dan mengecilkan peradangan ibu menyusui dari tidak menyusui. Sekarang kasus untuk berinvestasi dalam kebangkitan menyusui di abad ke-21 sudah jelas. Analisis tersebut menunjukkan bahwa peningkatan serangkaian intervensi inti yang memungkinkan pemberian ASI secara optimal dapat berdampak besar pada pencegahan kematian anak dan menghasilkan pengembalian investasi yang kuat dari waktu ke waktu untuk masyarakat, pasar tenaga kerja, dan ekonomi mereka.

Catatan

1. Dalam analisis, tunjangan tunai cuti hamil mengacu pada transfer tunai aktual kepada perempuan, bukan kebijakan yang mensyaratkannya. Setiap kebijakan atau pedoman tentang tunjangan cuti melahirkan termasuk dalam intervensi kebijakan sosial pro-menyusui.
2. Hingga saat ini, 39 negara telah sepenuhnya mengesahkan Kode Internasional tentang Pemasaran Pengganti ASI sementara 96 negara lainnya memiliki beberapa langkah hukum, meskipun banyak yang terus kekurangan sumber daya untuk memantau implementasi dan penegakan terhadap pelanggaran Kode (WHO, UNICEF, dan IBFAN 2016).
3. Hal ini berbeda dengan biaya yang diperlukan untuk mencapai target stunting, yang mencakup promosi gizi dan kebersihan bayi dan anak yang baik selama dua tahun (lihat bab 3).
4. Untuk beberapa, “konseling” mungkin merupakan interaksi singkat antara wanita hamil dan profesional perawatan kesehatan sebagai bagian dari perawatan antenatal. Di ujung lain dari spektrum, “konseling” dapat memerlukan hingga 15 konsultasi nutrisi sejak kehamilan hingga tahun kedua kehidupan bayi.
5. ILO memperkirakan cakupan dalam praktik tunjangan tunai cuti melahirkan bagi perempuan di setiap negara; ini didefinisikan sebagai jumlah orang yang memiliki hak untuk menerima manfaat tetapi belum tentu menjadi penerima manfaat.
6. Seri Menyusui Lancet menyarankan korelasi terbalik yang kuat antara PDB dan tingkat menyusui dan memperkirakan bahwa untuk “setiap penggandaan produk domestik bruto per kapita, prevalensi menyusui pada 12 bulan menurun sebesar sepuluh poin persentase” (Victora et al. 2016, 477). Untuk penelitian ini, ukuran efek ini dimodifikasi agar sesuai dengan analisis sensitivitas yang berkaitan dengan tingkat pemberian ASI eksklusif dan negara berpenghasilan rendah dan menengah yang menjadi sasaran analisis ini. Dengan asumsi laju pertumbuhan PDB per

kapita historis 10 tahun (2004–14) di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah sebesar 5,5 persen (Bank Dunia 2015) akan terus berlanjut, hal ini diperkirakan hanya akan menghasilkan peningkatan sebesar 70 persen pada tahun 2025, bukan dua kali lipat. . Selanjutnya, seperti yang diperkirakan oleh Victora et al. (2016), korelasi antara PDB per kapita dan pemberian ASI eksklusif kira-kira setengah kuat (yaitu, $-0,41$) dibandingkan pada 12 bulan (yaitu, $-0,84$). Oleh karena itu perhitungan penulis untuk pengaruh pertumbuhan PDB pada pemberian ASI eksklusif dalam konteks penetapan biaya target WHA adalah: $-10\% * 70\% * (-0,41/-0,84)/10$ tahun = $-0,34$ poin persentase per tahun.

7. Penting, proyeksi ini sangat bergantung pada hasil Survei Cepat Anak-Anak India tahun 2013–14 tentang tingkat pemberian ASI eksklusif sebesar 65 persen, yang—karena ukuran populasi India—sangat memengaruhi angka global. Lihat pembahasan di bagian “Analisis Sensitivitas Dampak Peningkatan Skala”.

Referensi

- Alive and Thrive. 2013. *Vietnam Costing Study: Implementation Expenditure and Costs*. Hanoi: Alive & Thrive.
- . 2014. *Country Brief: Alive & Thrive Program Approach and Results in Vietnam, June 2009 to December 2014*. Hanoi: Alive and Thrive. <http://aliveandthrive.org/resources/country-brief-alive-thrives-program-approach-andresults-in-viet-nam-june-2009-to-december-2014/>.
- Baker, P., J. Smith, L. Salmon, S. Friel, G. Kent, A. Iellamo, J. P. Dadhich, and M. J. Renfrew. 2016. “Global Trends and Patterns of Commercial Milk-Based Formula Sales: Is an Unprecedented Infant and Young Child Feeding Transition Underway?” *Public Health Nutrition* 19 (14): 2540–50.
- Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb, A. Lartey, and R. E. Black. 2013. “Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost?” *The Lancet* 382 (9890): 452–77.
- Cai, X., T. Wardlaw, and D. W. Brown. 2012. “Global Trends in Exclusive Breastfeeding.” *International Breastfeeding Journal* 7: 12.
- Government of India and UNICEF (United Nations Children’s Fund). 2015. *Rapid Survey on Children (RSOC) 2013–14: National Report*. Ministry of Women and Child Development, New Delhi. <http://wcd.nic.in/sites/default/files/RSOC%20National%20Report%202013-14%20Final.pdf>.
- Hanushek, E., and L. Woessmann. 2008. “The Role of Cognitive Skills in Economic Development.” *Journal of Economic Literature* 46: 607–68.
- Haroon, S., J. K. Das, R. A. Salam, A. Imdad, and Z. A. Bhutta. 2013. “Breastfeeding Promotion Interventions and Breastfeeding Practices: A Systematic Review.” *BMC Public Health* 13 (Suppl 3): S20.
- Holla-Bhar, R., A. Iellamo, A. Gupta, J. P. Smith, and J. P. Dadhich. 2015. “Investing in Breastfeeding: The World Breastfeeding Costing Initiative.” *International Breastfeeding Journal* 10: 8.
- Horta, B.L., C. Loret de Mola, and C. G. Victora. 2015. “Breastfeeding and Intelligence: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *Acta Paediatrica* 104: 14–19.
- IFPRI (International Food Policy Research Institute). 2016. *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*, Washington, DC: IFPRI. <http://ebrary.ifpri.org/utills/getfile/collection/p15738coll2/id/130354/filename/130565.pdf>.
- ILO (International Labour Organization). 2015. ILOSTAT (database), ILO, Geneva (accessed May 2, 2015), http://www.ilo.org/ilostat/faces/oracle/webcenter/portalapp/pagehierarchy/Page137.jspx?_afriLoop=52211198762802&clean=true#!%40%40%3F_afriLoop%3D52211198762802%26clean%3Dtrue%26_adf.ctrl-state%3Dsept308c4_159.

- Labbok, M. H. 2012. "Global Baby-Friendly Hospital Initiative Monitoring Data: Update and Discussion." *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 7: 210–22.
- Lutter, R. 2016. "Cognitive Performance, Labor Market Outcomes, and Estimates of Economic Value of Cognitive Effects of Breastfeeding." Unpublished manuscript, University of Virginia, Charlottesville, VA.
- Nandi, A., M. Hajizadeh, S. Harper, A. Koski, E. C. Strumpf, and J. Heymann. 2016. "Increased Duration of Paid Maternity Leave Lowers Infant Mortality in Low- and Middle-Income Countries: A Quasi-Experimental Study." *PLoS Medicine* 13: e1001985.
- Piwoz, E. G., and S. L. Huffman. 2015. "The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices." *Food and Nutrition Bulletin* 36 (4): 373–86.
- Rollins, N. C., N. Bhandari, N. Hajeebhoy, S. Horton, C. K. Lutter, J. C. Martines, E. G. Piwoz, L. M. Richter, and C. G. Victora. 2016. "Why Invest, and What It Will Take to Improve Breastfeeding Practices?" *The Lancet* 387 (10017): 491–504.
- Sinha, B., R. Chowdury, M. J. Sankar, J. Martines, S. Taneja, S. Mazumder, N. Rollins, R. Bahl, and N. Bhandari. 2015. "Interventions to Improve Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Acta Paediatrica* 104 (467): 114–34.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2011. *Infant and Young Child Feeding: Programming Guide*. http://www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf.
- . 2016. *From the First Hour of Life: Making the Case for Improved Infant and Young Child Feeding Everywhere*. New York: UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeeding-practices/>.
- Victora, C., R. Bahl, A. Barros, G. V. A. França, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N. Walker, and N. C. Rollins. 2016. "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect." *The Lancet* 387 (10017): 475–490.
- Walker, N., Y. Tam, and I. K. Friberg. 2013. "Overview of the Lives Saved Tool (LiST)." *BMC Public Health* 13 (Suppl 3): S1.
- Walters, D., S. Horton, A. Y. Siregar, P. Pitriyan, N. Hajeebhoy, R. Mathisen, L. T. Phan, and C. Rudert. 2016. "The Cost of Not Breastfeeding in Southeast Asia." *Health Policy and Planning* 31 (8): 1107–16.
- WHO (World Health Organization). 1998. *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Geneva: WHO.
- . 2015. Global Targets Tracking Tool (accessed September 15, 2015), https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=%2FWHO_HQ_Reports/G16/PROD/EXT/Targets_Menu&VSPARAM_varLanguage=E&VSPARAM_varISOCODE=ALB.
- WHO and UNICEF (World Health Organization and United Nations Children's Fund). 2014. *Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149022/1/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?ua=1.
- WHO, UNICEF, and IBFAN (World Health Organization, United Nations Children's Fund, and International Baby Food Action Network). 2016. *Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code*. Status Report 2016. Geneva: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206008/1/9789241565325_eng.pdf?ua=1&ua=1.
- Winfrey, W., R. McKinnon, and J. Stover. 2011. "Methods Used in the Lives Saved Tool (LiST)." *BMC Public Health* 11 (Suppl 3): S32.
- World Bank. 2015. World Development Indicators (database), World Bank, Washington, DC (accessed 2015), <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.