

TESIS

**PENGARUH INISIASI MENYUSU DINI (IMD) TERHADAP
BONDING ATTACHMENT, PRODUKSI ASI DAN
HIPOTHERMI DI RUANG BERSALIN
RSIA KENDANGSARI SURABAYA**



Oleh :

PUJI HASTUTI

NIM : 131041045

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

TESIS

**PENGARUH INISIASI MENYUSU DINI (IMD) TERHADAP
BONDING ATTACHMENT, PRODUKSI ASI DAN
HIPOTHERMI DI RUANG BERSALIN
RSIA KENDANGSARI SURABAYA**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh:

PUJI HASTUTI

NIM : 131041045

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Puji Hastuti

NIM. : 131041045

Tanda Tangan : 

Tanggal : 23 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

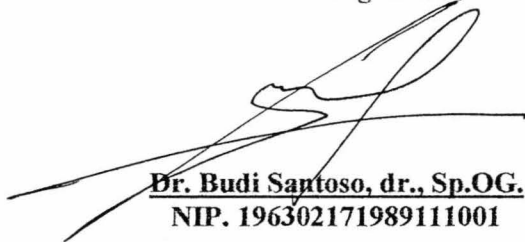
**PENGARUH INISIASI MENYUSU DINI (IMD) TERHADAP *BONDING ATTACHMENT*, PRODUKSI ASI DAN HIPOTHERMI
DI RUANG BERSALIN RSIA KENDANGSARI
SURABAYA**

PENELITIAN TESIS INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, JULI 2012


Oleh

Pembimbing Ketua,



Dr. Budi Santoso, dr., Sp. OG.
NIP. 196302171989111001

Pembimbing Anggota,



Esty Yunitasari, SKp., M. Kes
NIP. 197708172003122002

**Mengetahui,
KETUA PROGRAM STUDI,**



Prof. Dr. Suharto, dr., MSc., DTM&H., Sp. PD-KPTL, FINASIM
NIP. 194708121974121001

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Puji Hastuti
NIM : 131041045
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh Inisiasi menyusui dini terhadap bonding attachment, produksi ASI dan hipotermi di RSIA Kendangsari Surabaya

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada tanggal 24 Juli 2012

Panitia Penguji,

1. Dr. Nursalam., M.Nurs (Honour)



(.....)

2. Dr. Budi Santoso, dr., Sp. OG. (K)



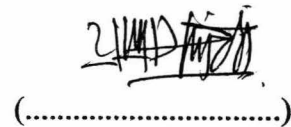
(.....)

3. Esty Yunitasari, SKp., M.Kes.



(.....)

4. Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes.



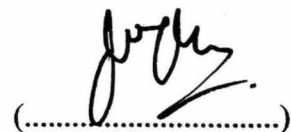
(.....)

5. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.,Ns., MANP




(.....)

6. Dini Adityarini, dr., Sp. A.



(.....)

Mengetahui,
Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., M.PDK., DTM&H, Sp.PD-KPTI, FINASIM
NIP. 19470812.197412.1.001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Pengaruh inisiasi menyusui dini (IMD) terhadap *bonding attachment*, produksi ASI dan hipothermi di ruang bersalin RSIA Kendangsari Surabaya”** dimana merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep.) pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Penyelesaian tesis ini tidak lepas dari bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini dengan segala kerendahan hati kami sampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Dr. Budi Santoso, dr., Sp., OG. (K), selaku pembimbing I yang dengan kesabaran memberikan motivasi dan bimbingan dalam penyusunan tesis ini. Demikian juga kepada Esty Yunitasari, SKp., MKes., selaku pembimbing II yang banyak memberikan bimbingan dan semangat dalam penyusunan tesis ini, kiranya Allah SWT senantiasa memberikan kesehatan dan kebahagiaan kepada beliau berdua bersama keluarga.

Ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya juga kami sampaikan kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga, Prof. Dr. Fasich, Apt., atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk menempuh pendidikan program magister keperawatan.
2. Kepala Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya, yang telah berkenan memberikan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk melakukan penelitian.

3. dr. Moch. Djumhana, Sp.M, Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk mengembangkan diri.
4. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, sebagai Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang memberikan kesempatan untuk melakukan studi pada Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga.
5. Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc, MPDK, DTM&H, Sp.PD-KPTI, FINASIM, Ketua Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang banyak memfasilitasi proses perkuliahan pada Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga.
6. Dr. Nursalam, MNurs (Honour), Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes., dan Dini Adityarini dr., Sp.A., Ninuk Dian K., Skep., Ns., MANP., selaku panitia penguji yang berkenan memberikan banyak masukan demi kesempurnaan tesis ini.
7. Prof. Istiyati, selaku ketua penguji laik etik beserta anggota komite etik LPPM Universitas Airlangga yang memberikan banyak masukan demi kesempurnaan pengambilan data tesis ini.
8. Seluruh Bidan Ruang Bersalin (VK) RSIA Kendangsari Surabaya yang telah berkenan berpartisipasi dan membantu dalam melakukan penelitian, serta responden Ibu Bersalin dan Bayinya yang telah bersedia dengan tulus menjadi peserta penelitian.
9. Seluruh civitas akademika Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah berkenan membantu dalam penyusunan tesis ini.
10. Seluruh civitas akademika Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan rekan-rekan pada program Magister Keperawatan yang telah berkenan memberikan masukan dalam penyusunan tesis ini.

11. Kedua orang tua yang selalu mendoakan sehingga saya mampu menjalani studi dengan baik dan selesai tepat waktu
12. Suami tercinta (Sukiran) dan malaikat kecil tersayang (Syakirana Safia Maharani) yang selalu memberikan dukungan do'a, moral, material sehingga saya kuat dalam menghadapi situasi apapun sehingga studi ini selesai dengan baik
13. Serta semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu-persatu dan telah banyak membantu peneliti sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini.

Peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan tesis ini, untuk itu kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari segenap pembaca. Akhirnya semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Surabaya, Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Puji Hastuti
NIM : 131041045
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen :
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap *bonding attachment*, produksi ASI dan hipotermi di Ruang Bersalin RSIA Kendangsari Surabaya

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : Juli 2012

Yang menyatakan



(Puji Hastuti)

SUMMARY

THE EFFECT OF EARLY BREASTFEEDING INITIATION ON BONDING ATTACHMENT OF MOTHER AND BABY, BREAST MILK PRODUCTION, AND NEWBORN HYPOTHERMIA

By :Puji Hastuti

The provision rate of exclusive breastfeeding tends to decrease from one year to another. In Indonesia, studies on exclusive breastfeeding reveals lower rate of provision due to less optimum facilitation of early breastfeeding initiation. The initiation has not been included explicitly within the policy (Fikawati and Syafiq, 2010). Post-partum problems in the mothers and the babies are mostly due to less optimum facilitation from health ace agencies and providers. RSIA Kendangsari is one of mother and child health care center that has already applied early breastfeeding initiation. Early breastfeeding initiation is a program recommended by the government for the neonates, and directly performed immediately after birth, without delay due to baby scaling and measuring activities. Early breastfeeding initiation may safe at least 30,000 infants in Indonesia who die at the first month after delivery (Arifah, 2009). Early breastfeeding initiation controls baby's temperature. The benefit of skin contact during the early breastfeeding for mothers is that it stimulate oxytocin and prolactin production in the mothers. Oxytocin helps uterine contraction, so that post-partum bleeding can be reduced, stimulates colostrums discharge, and important for close relations between the mother and the baby. The mother may be more calm and less pain is present during the discharge of the placenta and during undergoing other post-partum procedures. Prolactin increases breastmilk production, and breastmilk helps mothers to overcome stress, drives them to sleep and relaxation after breastfeeding is done, and delays ovulation.

The design used in this study was pre-experimental design. Samples were collected using non-random sampling method with consecutive sampling, in which the samples were recruited based on the availability. The method was done by recruiting all available samples who met the inclusion criteria during the study (Portney& Watkins, 2000). Samples taken were all parturient women found and they met the selection criteria until the required number during the research period from May 1 to June 30, 2012, had been met as many as 30 mothers and children.

The result of Friedman test showed $p = 0.000$ ($p < 0.05$), indicating difference between early body weight, discharge body weight, and control. The result of Friedman test showed $p = 0.000$ ($p < 0.05$), indicating difference between early bonding attachment, discharge bonding attachment, and control. The result of Friedman test showed $p = 0.016$ ($p < 0.05$), indicating difference between the temperature of neonates between the early, middle, and the end of early breastfeeding initiation. Skin contact between mother and baby is a stimulus that will be brought to the brain. Furthermore, the stimulus triggers oxytocin release that provides positive impact on breastmilk production. The benefit of skin contact during the early breastfeeding for mothers is that it stimulate oxytocin and prolaction

production in the mothers. Oxytocin helps uterine contraction, so that post-partum bleeding can be reduced, stimulates colostrum discharge, and important for close relations between the mother and the baby. The mother may be more calm and less pain is present during the discharge of the placenta and during undergoing other post-partum procedures. Prolactin increases breastmilk production, and breastmilk helps mothers to overcome stress, drives them to sleep and relaxation after breastfeeding is done, and delays ovulation. Factors affecting breastmilk production depend on maternal diet, activity, rest, and level of satisfaction. Suggested adequate diet with high protein, calcium, iron, and vitamin, as well as sufficient fluid intake (2500-3000 ml/day). Breastfeeding mothers need good night sleep quality, taking a rest on the middle of the day, and normal activities. Anxiety, emotion, and excessive activity may have adverse effect on lactation. Body temperature loss may occur either at delivery ward or babies ward. Factors affecting baby's temperature was, among others, environment, activity and baby's birthweight. This study was conducted in babies with normabodweight, ranging from 2800 to 4300 grams. Babies in such bodyweight may have subcutaneous lipid later sufficient to minimize temperature loss due to evaporation.

In conclusion, early breastfeeding initiation increases bonding attachment of mother and babies, increased breastmilk production, and stabilizes baby's body temperature to prevent hypothermia in neonates. Early breastfeeding facility for parturient women may support the success of exclusive Bank, so that the babies may obtain perfect nutrition from the mother for the first six-months for his growth and development.

ABSTRACT**THE EFFECT OF EARLY BREASTFEEDING INITIATION ON BONDING ATTACHMENT OF MOTHER AND BABY, BREAST MILK PRODUCTION, AND NEWBORN HYPOTHERMIA***Pre experimental study at Delivered ward RSIA Kendangsari Surabaya***By :Puji Hastuti**

The provision rate of exclusive breastfeeding tends to decrease from one year to another. In Indonesia, studies on exclusive breastfeeding reveals lower rate of provision due to less optimum facilitation of early breastfeeding initiation. The initiation has not been included explicitly within the policy (Fikawati and Syafiq, 2010). Post-partum problems in the mothers and the babies are mostly due to less optimum facilitation from health ace agencies and providers. RSIA Kendangsari is one of mother and child health care center that has already applied early breastfeeding initiation. The objective of this study was to study the effect of early breastfeeding initiation on bonding attachment between the mother and the baby, breastmilk production, and hypothermia.

This study used pre-experimental design. Samples were collected using non-random sampling method with consecutive sampling, in which the samples were recruited based on the availability. Samples taken were all parturient women found and they met the selection criteria until the required number during the research period from May 1 to June 30, 2012, had been met as many as 30 mothers and children. The independent variable was early breastfeeding initiation, and the dependent variables were bonding attachment, breastmilk production, and hypothermia. Data collection was undertaken using questionnaire and observation level. Data were analyzed with Friedman, t-test and Wilcoxon sum rank test with significance level of 0.05

The result of Friedman test showed $p = 0.000$ ($p < 0.05$), indicating difference between early body weight, discharge body weight, and control. The result of Friedman test showed $p = 0.000$ ($p < 0.05$), indicating difference between early bonding attachment, discharge bonding attachment, and control. The result of Friedman test showed $p = 0.016$ ($p < 0.05$), indicated differences among the temperature of neonates the early, middle, and the end of early breastfeeding initiation.

In conclusion, early breastfeeding is able to increase bonding attachment between mother and baby, increase breastmilk production, and stabilizes nenonates temperature, preventing from the incidence of hypothermia. The implication of this finding from nursing practive is that facility for early breastfeeding initiation should be provided to normal as well as secio caesarean deliveries according to standard staging in early breastfeeding initiation.

Keywords : Early breastfeeding initiation, Bonding attachment, Breast Milk Production, Newborn Hipothermia

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar	iii
Pernyataan Orisinalitas	iv
Persetujuan	v
Penetapan Panitia Penguji	vi
Kata Pengantar	vii
Pernyataan Persetujuan Publikasi Karya Ilmiah untuk Kepentingan Akademis	x
Ringkasan	xi
<i>Abstract</i>	xiii
Daftar Isi	xiv
Daftar Gambar	xvii
Daftar Tabel	xviii
Daftar Lampiran	xx
Daftar Singkatan	xxi
Bab 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
Bab 2 Tinjauan Pustaka	7
2.1 Konsep Inisiasi Menyusu Dini	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Tahapan inisiasi menyusu dini	7
2.1.3 Teknik inisiasi menyusu dini	8
2.1.4 Langkah inisiasi menyusu dini	9
2.1.5 Keuntungan inisiasi menyusu dini	12
2.2 Manajemen Laktasi	17
2.2.1 Mekanisme laktasi	17
2.2.2 Faktor yang mempengaruhi produksi ASI	21
2.2.3 Pengukuran produksi ASI	24
2.2.4 Cara pengosongan payudara	25
2.2.5 Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan laktasi	27
2.3 Konsep Air Susu Ibu	28
2.3.1 Pengertian	28
2.3.2 Komposisi ASI	29
2.3.3 Aspek imunologi ASI	30
2.3.4 Pemberian ASI eksklusif	32
2.3.5 Manfaat Pemberian ASI eksklusif	32

2.4 <i>Bonding Attachment</i>	33
2.4.1 Pengertian.....	34
2.4.2 Tahap-tahap <i>bonding attachment</i>	35
2.4.3 Elemen-elemen <i>bonding attachment</i>	35
2.4.4 Prinsip-prinsip dan upaya meningkatkan <i>bonding attachment</i>	37
2.4.5 Dampak positif <i>bonding attachment</i>	38
2.4.6 Hambatan <i>bonding attachment</i>	38
2.5 Hipothermi.....	40
2.5.1 Pengertian.....	40
2.5.2 Kategori hipothermi.....	41
2.5.3 Pengukuran suhu.....	41
2.5.4 Tanda dan gejala hipothermi.....	42
2.5.5 Pencegahan hipothermi pada bayi baru lahir.....	42
2.5.6 Manajemen hipothermi.....	44
2.6 Aplikasi Teori Keperawatan Barnard.....	45
Bab 3 Kerangka Konseptual dan Hipotesis Penelitian	49
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	49
3.2 Hipotesis Penelitian.....	51
Bab 4 Metode Penelitian	52
4.1 Rancangan Penelitian.....	52
4.2 Populasi dan Sampel.....	53
4.3 Variabel Penelitian.....	54
4.4 Definisi Operasional.....	55
4.5 Tempat Penelitian.....	56
4.6 Waktu Penelitian.....	57
4.7 Pengumpulan Data.....	57
4.7.1 Alat pengumpul data.....	57
4.7.2 Prosedur pengumpulan data.....	58
4.7.3 Analisis data.....	60
4.8 Kerangka Kerja Penelitian.....	61
4.9 Etika Penelitian.....	62
Bab 5 Analisis Hasil Penelitian	64
5.1 Analisis Univariat.....	64
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	64
5.1.2 Data umum.....	65
5.1.3 Data khusus.....	67
5.2 Analisis Inferensial.....	77
5.2.1 Pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap produksi ASI.....	77
5.2.2 Pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap <i>bonding attachment</i>	78
5.2.3 Pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap hipotermi.....	79

Bab 6 Pembahasan	80
6.1 Pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap <i>bonding attachment</i>	80
6.2 Pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap produksi ASI.....	82
6.3 Pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap hipotermi.....	85
6.4 Keterbatasan Penelitian	87
Bab 7 Kesimpulan dan Saran	88
7.1 Kesimpulan	88
7.2 Saran	88
DAFTAR PUSTAKA	90
LAMPIRAN-LAMPIRAN	95

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Reflek isapan mulut bayi terhadap kadar oksitosin	19
Gambar 2.2 Model keperawatan <i>mother child interaction</i> Barnard.....	46
Gambar 3.1 Kerangka konseptual	49
Gambar 4.1 Desain penelitian	52
Gambar 4.2 Kerangka kerja penelitian	61
Gambar 5.1 Perubahan berat badan bayi saat lahir, saat pulang perawatan dan saat kontrol post partum	68

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kenaikan berat badan bayi	25
Tabel 2.2	Standarisasi penilaian interaksi ibu dan bayi	38
Tabel 4.1	Definisi operasional	55
Tabel 5.1	Deskripsi ibu berdasarkan usia	65
Tabel 5.2	Deskripsi ibu berdasarkan pendidikan	65
Tabel 5.3	Deskripsi ibu berdasarkan suku bangsa	66
Tabel 5.4	Deskripsi ibu berdasarkan paritas	66
Tabel 5.5	Deskripsi ibu berdasarkan jenis persalinan	66
Tabel 5.6	Deskripsi ibu berdasarkan usia kehamilan	67
Tabel 5.7	Deskripsi ibu berdasarkan jenis kelamin bayi	67
Tabel 5.8	Hasil pengukuran berat badan bayi di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012	68
Tabel 5.9	Hasil pengukuran <i>bonding attachment</i> pada ibu setelah melahirkan di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012.....	69
Tabel 5.10	Hasil pengukuran suhu tubuh bayi setelah melahirkan di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012	69
Tabel 5.11	Hasil pengukuran produksi ASI pada ibu setelah melahirkan di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012 ...	70
Tabel 5.12	Status nutrisi ibu setelah melahirkan di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012	70
Tabel 5.13	Stres pada ibu setelah melahirkan di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012	71
Tabel 5.14	Hasil pengukuran oksitosin pada ibu setelah melahirkan di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012 ...	71

Tabel5.15	Hasil crosstabs data umum dengan produksi ASI di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012	72
Tabel5.16	Hasil Hasil crosstabs data umum dengan bonding di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012	74
Tabel5.17	Hasil crosstabs stres dan status nutrisi dengan produksi ASI di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012 ...	76
Tabel5.18	Hasil uji anova pengaruh terhadap produksi ASI di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012	77
Tabel5.11	Perbedaan antara bonding attachment awal, tengah dan kontrol	78
Tabel5.11	Perbedaan antara suhu awal, tengah dan akhir IMD di RSIA Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012	79

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Ijin Fasilitas Penelitian	95
Lampiran 2	Keterangan Kelaikan etik (<i>Ethical Clearance</i>)	96
Lampiran 3	Penjelasan untuk Mendapatkan Persetujuan	97
Lampiran 4	Informed consent	99
Lampiran 5	Persetujuan Menjadi Responden Penelitian	100
Lampiran 6	Instrumen Penelitian	101
Lampiran 7	Standar operasional prosedur inisiasi menyusu dini	110
Lampiran 8	Tabulasi Data Penelitian	130
Lampiran 9	Hasil Analisis Statistik	133

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
BBLR	: Bayi berat lahir rendah
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
JNPK-KR	: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi
MDGs	: Millenium Development Goals
MP-ASI	: Makanan Pendamping Air Susu ibu
WHO	: World Health Organization

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manfaat pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif dalam hal menurunkan mortalitas bayi, menurunkan morbiditas bayi, mengoptimalkan pertumbuhan bayi, membantu perkembangan kecerdasan anak, dan membantu memperpanjang jarak kehamilan bagi ibu sudah banyak dibuktikan melalui berbagai penelitian. Hasil penelitian Pearson (2011) menyebutkan interaksi ibu-bayi terjadi setelah kelahiran. Data yang didapatkan dari pengamatan banyak ibu yang tidak menggendong bayinya dalam pelukan, tetapi menggunakan tempat tidur yang dimodifikasi untuk bisa dibawa kemana-mana. Sebagian ibu juga tidak menggendong sendiri bayinya, melainkan dengan *baby sitter*.

Angka pemberian ASI eksklusif dari tahun ke tahun cenderung terus menurun. Hasil kajian tentang kebijakan ASI eksklusif menunjukkan masih rendahnya pemberian ASI eksklusif di Indonesia dikarenakan masih kurang optimalnya fasilitasi inisiasi menyusui dini. IMD belum masuk secara eksplisit dalam kebijakan (Fikawati dan Syafiq, 2010). Studi kualitatif Fikawati & Syafiq melaporkan faktor predisposisi kegagalan ASI eksklusif salah satunya karena ibu tidak difasilitasi melakukan IMD. Masalah yang terjadi pada ibu dan bayi pasca melahirkan, lebih banyak terjadi karena fasilitasi dari instansi pelayanan kesehatan dan petugas yang belum optimal. Kostyra *et. al* (2002) menyebutkan bahwa *skin to skin* meningkatkan lama pemberian ASI. RSIA Kendangsari merupakan salah satu pusat pelayanan kesehatan ibu anak yang sudah menerapkan

pelaksanaan inisiasi menyusui dini. Fenomena yang ditemukan dilapangan, banyak orangtua dari ibu yang melahirkan di RSIA Kendangsari menginginkan cucunya untuk segera mendapat pengganti ASI pada saat mendapati ASI dari ibu belum keluar. Hal ini disebabkan karena mereka tidak mengetahui bahaya pemberian cairan prelaktal, dan karena kekhawatiran terjadi kekurangan cairan pada bayi. Kebutuhan bayi 24 jam setelah kelahiran sebanyak satu sendok atau lima cc dan bisa dicukupi dari produksi kolostrum ibu.

Inisiasi menyusui dini merupakan program yang sedang dianjurkan pemerintah pada bayi baru lahir, dan dilakukan langsung setelah lahir, tidak boleh ditunda dengan kegiatan menimbang atau mengukur bayi. Manfaat inisiasi menyusui dini juga bisa dilihat dari penelitian yang dilakukan Bystrova *et. al* (2007) menyebutkan bahwa *skin to skin* mengurangi kejadian hipotermi. Hipotermi neonatal dikarenakan kurangnya perhatian oleh penyedia layanan kesehatan terus menjadi penyebab yang sangat penting dari kematian neonatal (NTF, 2004). Kejadian hipotermi pada bayi baru lahir belum pernah ditemukan di RSIA Kendangsari Surabaya. Penelitian yang dilakukan di Ghana dan diterbitkan dalam jurnal ilmiah *Pediatrics* menyebutkan 22% kematian bayi yang baru lahir - yaitu kematian bayi yang terjadi dalam satu bulan pertama - dapat dicegah bila bayi disusui oleh ibunya dalam satu jam pertama kelahiran.

Program inisiasi menyusui dini dapat menyelamatkan sekurang-kurangnya 30.000 bayi Indonesia yang meninggal dalam bulan pertama kelahiran (Arifah, 2009). Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui program perbaikan gizi masyarakat telah menargetkan cakupan ASI eksklusif 6 bulan sebesar 80%. Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997-2007 memperlihatkan terjadinya

penurunan prevalensi ASI eksklusif dari 40,2% pada tahun 1997 menjadi 39,5% dan 32% pada tahun 2003 dan 2007 (Fikawati dan Syafiq, 2010). Hasil survei menunjukkan Ibu yang melahirkan di RSIA Kendangsari pada saat pulang perawatan, 90% bayinya diberikan ASI.

Kematian balita pada usia bayi baru lahir (dibawah satu bulan) sebanyak 40%. Hal ini sesuai dengan *The World Health Report 2005*, angka kematian bayi baru lahir di Indonesia adalah 20 per 1.000 kelahiran hidup. Sekitar 20 per 1.000 x 5 juta = 246 bayi meninggal dan kematian balita 46 per 1.000 kelahiran hidup atau 430 balita meninggal setiap tahun. Penelitian WHO (2000) di enam negara berkembang menyebutkan risiko kematian bayi antara usia 9-12 bulan meningkat 40% jika bayi tersebut tidak disusui. Bayi berusia dibawah 2 bulan, angka kematian tersebut meningkat menjadi 480% (Arifah, 2009).

Pemberian ASI eksklusif membantu mengurangi angka kejadian kurang gizi dan pertumbuhan yang terhenti yang umumnya terjadi pada usia ini. Bayi yang diberi kesempatan menyusu dini akan delapan kali lebih berhasil dalam menyusu eksklusif. Keberhasilan menyusu eksklusif menjadikan bayi kontinyu menyusu sehingga mempengaruhi efek *let down* reflex, semakin sering bayi disusukan, pengosongan payudara sempurna, produksi ASI semakin banyak sesuai dengan yang dikeluarkan. Inisiasi menyusu dini yang dilakukan dengan benar meningkatkan interaksi antara ibu dan bayi. Sentuhan kulit ibu, cara ibu melihat bayinya merangsang hormon oksitosin yang membuat ibu rileks sehingga tumbuh ikatan kasih sayang antara ibu dengan bayi. Posisi bayi di dada ibu saat inisiasi menyusu dini mencegah bayi hipotermi. Suhu tubuh ibu 1 derajat lebih tinggi pada saat melahirkan. Suhu tubuh ibu menyesuaikan suhu tubuh bayi. Suhu

tubuh ibu akan turun 1 derajat ketika suhu tubuh bayi lebih tinggi sehingga terjadi perpindahan suhu tubuh bayi ke ibu. Suhu tubuh ibu naik dua derajat ketika suhu tubuh bayi rendah untuk menghangatkan bayi (Roesli, 2008).

Permasalahan pemberian ASI eksklusif yang belum optimal mendorong untuk melakukan penelitian selanjutnya tentang pengaruh IMD terhadap *bonding attachment*, produksi ASI dan hipothermi. Penelitian ini menggunakan model Barnard "*Mother Infant Interaction*" sebagai kerangka kerja penelitian untuk menguji bentuk intervensi keperawatan inisiasi menyusui dini terhadap *bonding attachment*, produksi ASI, dan hipothermi. Penggunaan teori ini dikarenakan seorang bayi dalam hubungan yang seimbang akan berpartisipasi dengan memberikan tanda/isyarat (*cue*) kepada petugas kesehatan dan orangtua. Isyarat tersebut akan memudahkan atau sebaliknya mempersulit orangtua dalam menginterpretasikannya, dan membuat modifikasi yang sesuai. Isyarat yang diberikan bayi dapat berupa tidur, bangun, lapar dan lain-lain. Isyarat yang di tunjukkan jika membingungkan, maka dapat mengganggu adaptasi petugas kesehatan (Tomey & Alligood, 1998). Keberhasilan intervensi terlihat dengan ikatan kasih sayang yang kuat antara ibu-bayi, kemampuan ibu dalam menerima peran barunya, sehingga pemberian ASI eksklusif enam bulan bisa dilaksanakan, bayi mendapat ASI sampai usia dua tahun.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah ada pengaruh IMD terhadap peningkatan *bonding attachment* antara ibu dan bayi?

2. Apakah ada pengaruh IMD terhadap peningkatan produksi ASI Ibu setelah melahirkan?
3. Apakah ada pengaruh IMD terhadap penurunan hipothermi pada bayi baru lahir?

3.1 Tujuan Penelitian

3.1.1 Tujuan Umum

Mempelajari pengaruh IMD terhadap *bonding attachment*, produksi ASI dan hipothermi di RSIA Kendangsari Surabaya

3.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi oksitosin ibu postpartum di RSIA Kendangsari Surabaya
2. Mengidentifikasi stres ibu postpartum di RSIA Kendangsari Surabaya
3. Mengidentifikasi nutrisi ibu postpartum di RSIA Kendangsari Surabaya
4. Membuktikan peningkatan *bonding attachment* ibu dan bayi setelah dilakukan IMD
5. Membuktikan peningkatan produksi ASI setelah dilakukan IMD
6. Membuktikan penurunan kejadian hipothermi setelah dilakukan IMD

3.2 Manfaat Penelitian

3.2.1 Manfaat Teoritis

Inisiasi menyusui dini yang dilakukan dengan benar memfasilitasi pembentukan ikatan awal sehingga meningkatkan interaksi antara ibu dan bayi pada kehidupan selanjutnya. Isapan puting susu ibu oleh bayi merangsang

hormon prolaktin sehingga meningkatkan produksi ASI yang akan mempengaruhi pengeluaran ASI. Produksi ASI yang mencukupi jumlah sesuai kebutuhan bayi mendorong ibu memberikan ASI eksklusif, hal ini membantu mengurangi angka kejadian kurang gizi dan pertumbuhan yang terhenti yang umumnya terjadi pada usia ini. Bayi yang diberi kesempatan menyusu dini akan delapan kali lebih berhasil dalam menyusu eksklusif.

3.2.2 Manfaat Praktis

1. Bagi pasien dan keluarga

Inisiasi menyusu dini meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi. Pelaksanaan inisiasi menyusu dini yang melibatkan pasangan membantu pasangan terlibat sejak awal secara fisik dan emosi sehingga meningkatkan hubungan keluarga.

2. Bagi pelayanan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan pada pelayanan keperawatan dalam mengembangkan intervensi keperawatan yang menunjang peningkatan produksi ASI, ikatan kasih sayang ibu dengan bayinya setelah melahirkan.

3. Bagi penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar atau rujukan dalam pengembangan penelitian selanjutnya tentang IMD dan pengaruhnya terhadap *bonding attachment*, produksi ASI dan hipothermi.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Inisiasi menyusui dini (IMD) mempunyai pengaruh baik bagi ibu maupun bayi. Pengetahuan yang baik dari petugas kesehatan dan pasien mengenai IMD mendukung keberhasilan pelaksanaan IMD, sehingga memberikan kontribusi yang baik untuk tercapainya keberhasilan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, meningkatkan ikatan kasih sayang (*bonding attachment*) ibu dan bayi.

2.1 Konsep Inisiasi Menyusui Dini

2.1.1 Pengertian

Inisiasi menyusui dini (*early initiation*) atau permulaan menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri setelah lahir. Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara (Roesli, 2008).

2.1.2 Tahap inisiasi menyusui dini

Tahapan inisiasi menyusui dini menurut Roesli, 2008 terbagi atas 30 menit pertama, antara 30-40 menit, mengeluarkan air liur, bayi mulai bergerak ke arah payudara, menemukan puting, menjilat, mengulum, membuka mulut lebar, dan melekat dengan baik pada auring susu ibu. Stadium 30 menit pertama, bayi pada stadium istirahat atau diam dalam keadaan siaga (*rest/quite alert stage*). Bayi diam tidak bergerak sesekali matanya terbuka lebar melihat ibunya. Masa tenang yang istimewa ini merupakan penyesuaian peralihan dari keadaan dalam kandungan ke keadaan lingkungan luar kandungan. *Bonding attachment* ini

merupakan dasar pertumbuhan bayi dalam suasana aman. Hal ini meningkatkan kepercayaan diri ibu terhadap kemampuan menyusui dan mendidik bayinya. Kepercayaan diri ayah pun menjadi bagian keberhasilan menyusui dan mendidik anak bersama-sama ibu

Stadium selanjutnya antara 30-40 menit, bayi mengeluarkan suara, gerakan mulut seperti mau minum, mencium, dan menjilat tangan. Bayi mencium dan merasakan cairan ketuban yang ada ditangannya. Bau ini sama dengan bau cairan yang dikeluarkan payudara ibu. Bau dan rasa ini akan membimbing bayi untuk menemukan payudara dan puting susu ibu. Bayi mengeluarkan air liur saat menyadari bahwa ada makanan disekitarnya. Bayi mulai bergerak kearah payudara dengan *areola* (kalang payudara) sebagai sasaran. Kaki menekan perut ibu, menghentak-hentakkan kepala ke dada ibu, menoleh ke kanan dan kekiri, serta menyentuh dan meremas daerah puting susu dan sekitarnya dengan tangannya yang mungil.

2.1.3 Teknik inisiasi menyusui dini

Roesli (2008) menyebutkan, saat ini praktek Inisiasi menyusui dini kurang tepat dilakukan, dikarenakan begitu lahir, bayi diletakkan di perut ibu yang sudah di alasi kain kering. Bayi segera dikeringkan dengan kain kering, tali pusat dipotong, lalu diikat. Bayi dibungkus (dibedong) dengan selimut bayi karena takut kedinginan, dalam keadaan dibedong, bayi diletakkan di dada ibu (tidak terjadi kontak dengan kulit ibu). Bayi dibiarkan didada ibu (*bonding*) untuk beberapa lama (10-15 menit), atau sampai tenaga kesehatan selesai menjahit perineum kemudian diangkat dan disusukan pada ibu dengan cara memasukkan puting susu ibu kemulut bayi. Bayi dibawa ke kamar transisi atau kamar pemulihan (*recovery*

room) untuk ditimbang, diukur, dicap, diadzankan oleh ayah, diberi suntikan vitamin K, dan kadang diberi tetes mata.

Teknik inisiasi menyusu dini yang dianjurkan diantaranya begitu lahir, bayi diletakkan di perut ibu yang sudah dialasi kain kering. Seluruh tubuh bayi termasuk kepala dikeringkan secepatnya, kecuali kedua tangannya. Tali pusat dipotong, lalu diikat. *Vernix* (zat lemak putih) yang melekat di tubuh bayi sebaiknya tidak dibersihkan karena zat ini membuat nyaman kulit bayi. Bayi ditengkurapkan di dada atau perut ibu dengan kontak kulit bayi dan kulit ibu tanpa dibedong. Ibu dan bayi diselimuti bersama-sama. Bayi diberi topi untuk mengurangi pengeluaran panas dari kepalanya.

2.1.4 Langkah inisiasi menyusu dini dalam asuhan bayi baru lahir

Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR) 2008 menyebutkan langkah inisiasi menyusu dini dalam asuhan bayi normal meliputi beberapa langkah. Langkah pertama adalah melahirkan, mengeringkan dan melakukan penilaian pada bayi, mencatat waktu kelahiran kemudian meletakkan bayi di perut bawah ibu. Penilaian usaha nafas dan pergerakan bayi untuk mengetahui apakah diperlukan resusitasi atau tidak (2detik), setelah itu bayi dikeringkan. Bayi diselimuti dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat di klem. Tubuh bayi dikeringkan mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya dengan halus tanpa membersihkan *vernix* yang akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Tangan bayi dihindari untuk dikeringkan karena bau cairan amnion pada tangan bayi juga membantunya mencari puting ibunya yang berbau sama.

Lendir cukup dilap dengan kain bersih, menghindari mengisapnya baik yang berada didalam mulut atau mulut bayi karena penghisap dapat merusak selaput lendir hidung bayi dan meningkatkan risiko infeksi pernapasan. Rangsang taktil dilakukan dengan menepuk atau menyentil telapak kaki bayi, menggosok punggung, perut, dada atau tungkai bayi dengan telapak tangan. Rangsangan ini dapat memulai pernapasan bayi serta membantu bayi dapat bernapas lebih baik. Pemeriksaan kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal) dilakukan setelah satu menit mengeringkan dan menilai bayi, kemudian memberi suntikan intramuskular sepuluh unit oksitosin pada ibu dan membiarkan bayi di atas handuk atau kain bersih di perut ibu.

Langkah kedua adalah melakukan kontak kulit dengan kulit selama paling sedikit satu jam. Dua menit pasca persalinan, penjepitan tali pusat dengan klem dilakukan pada sekitar tiga cm dari dinding perut bayi. Tali pusat ditekan dengan dua jari dari titik jepitan, kemudian mendorong isi tali pusat ke arah ibu. Penjepitan kedua dilakukan dengan jarak dua cm dari tempat jepitan pertama pada sisi ibu. Pemotongan tali pusat ditunda sampai tali pusat berhenti berdenyut agar nutrien dan oksigen yang mengalir dari plasenta ibu ke bayi lebih optimal. Tali pusat dipegang diantara dua klem tersebut. Satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, dan tangan yang lain memotong tali pusat di antara kedua klem tersebut.

Puntung tali pusat di ikat dengan jarak kira-kira satu cm dari dinding perut bayi dengan tali yang steril. Tali dilingkarkan di sekeliling puntung tali pusat dan diikat untuk kedua kalinya dengan simpul mati di bagian yang berlawanan. Bayi diletakkan tengkurap didada ibu. Bahu bayi diluruskan sehingga bayi menempel

di dada ibu. Kepala bayi harus berada di antara payudara ibu, tapi lebih rendah dari puting. Ibu dan bayi di selimuti dengan kain hangat bersama. Bayi dipasang topi di kepala. Bayi dibiarkan tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit satu jam. Ibu diminta untuk memeluk dan membelai bayinya, bila perlu meletakkan bantal di bawah kepala ibu untuk mempermudah kontak visual antara ibu dan bayi. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Payudara ibu dihindari untuk dibasuh atau diseka sebelum bayi menyusui. Langkah manajemen aktif kala tiga persalinan dilanjutkan selama kontak kulit ke kulit tersebut.

Langkah ketiga membiarkan bayi mencari, menemukan puting ibu, memulai menyusui dan menganjurkan ibu dan orang lain untuk tidak menginterupsi saat bayi menyusui misalnya memindahkan bayi dari satu payudara ke payudara lainnya. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara. Semua asuhan bayi baru lahir normal lainnya ditunda hingga bayi selesai menyusui termasuk menunda memandikan bayi 6-24 jam setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya hipotermi. Ibu dan bayi diusahakan untuk tetap ditempatkan di ruang bersalin hingga bayi selesai menyusui. Bayi dan ibu akan merasa mengantuk pada saat segera setelah bayi baru lahir selesai menghisap, berhenti menelan dan melepaskan puting. Bayi dibungkus dengan kain bersih lalu lakukan penimbangan dan pengukuran bayi, memberikan suntikan vitamin K pertama, dan mengoleskan salep antibiotik pada mata bayi.

Hal yang dilakukan jika bayi belum dilakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu satu jam adalah memosisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan membiarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya, dan jika

bayi masih belum melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu dua jam, pindahkan ibu ke ruang pemulihan dengan bayi tetap di dada ibu, kemudian melanjutkan asuhan bayi baru lahir dan bayi dikembalikan kepada ibu untuk menyusui. Bayi dikenakan pakaian atau tetap diselimuti untuk menjaga kehangatannya. Kepala bayi ditutupi dengan topi selama beberapa hari pertama, bila suatu saat kaki bayi terasa dingin saat disentuh, pakaiannya dibuka kemudian bayi ditelungkupkan kembali di dada ibu sampai bayi hangat kembali. Satu jam kemudian, berikan bayi suntikan Hepatitis B pertama.

2.1.5 Keuntungan inisiasi menyusui dini bagi ibu dan bayi

Keuntungan kontak kulit dengan kulit untuk bayi menurut Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR), 2008 diantaranya mengoptimalkan keadaan hormonal ibu dan bayi. Kontak memastikan perilaku optimum menyusui berdasarkan insting dan bisa diperkirakan, menstabilkan pernapasan, mengendalikan temperatur tubuh bayi, memperbaiki atau mempunyai pola tidur yang lebih baik, mendorong ketrampilan bayi untuk menyusui yang lebih cepat dan efektif, meningkatkan kenaikan berat badan (kembali ke berat lahirnya lebih cepat), meningkatkan hubungan antara ibu dan bayi. Bayi tidak perlu banyak menangis selama satu jam pertama, menjaga kolonisasi kuman yang aman dari ibu di dalam perut bayi sehingga memberikan perlindungan terhadap infeksi, bilirubin akan lebih cepat normal dan mengeluarkan mekonium lebih cepat menurunkan kejadian ikterus bayi baru lahir. Kadar gula dan parameter biokimia lain lebih baik selama beberapa jam pertama hidupnya.

Keuntungan kontak kulit dengan kulit untuk ibu, merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu. Oksitosin membantu kontraksi uterus sehingga

perdarahan pasca persalinan lebih rendah, merangsang pengeluaran kolostrum, dan penting untuk kelekatan hubungan ibu dan bayi. Ibu lebih tenang dan lebih tidak merasa nyeri pada saat plasenta lahir dan saat menjalani prosedur pasca persalinan lainnya. Prolaktin meningkatkan produksi ASI, membantu ibu mengatasi stress, mendorong ibu untuk tidur dan relaksasi setelah bayi selesai menyusui, dan menunda ovulasi.

Keuntungan menyusui dini untuk bayi di antaranya bayi mendapat makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal agar kolostrum segera keluar yang disesuaikan dengan kebutuhan bayi, memberikan kesehatan bayi dengan kekebalan pasif yang segera kepada bayi. Kolostrum adalah imunisasi pertama bagi bayi, meningkatkan kecerdasan, membantu bayi mengkoordinasikan reflek hisap, telan dan napas, meningkatkan jalinan kasih sayang ibu-bayi, mencegah kehilangan panas, merangsang kolostrum segera keluar.

Keuntungan menyusui dini untuk ibu merangsang produksi oksitosin dan prolaktin, meningkatkan keberhasilan produksi ASI, meningkatkan jalinan kasih sayang ibu-bayi. Manfaat memulai menyusui dini akan mengurangi 22% kematian bayi berusia 28 hari kebawah, meningkatkan keberhasilan menyusui secara eksklusif dan meningkatkan lamanya bayi disusui, merangsang produksi susu, memperkuat reflek menghisap bayi. Reflek menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir

Roesli, 2008 menyebutkan kontak kulit dengan kulit segera setelah lahir dan bayi menyusui sendiri dalam satu jam pertama penting dalam kehidupan. Dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat selama bayi merangkak mencari payudara. Hal ini akan menurunkan kematian bayi karena kedinginan (hipothermi). Ibu dan

bayi merasa lebih tenang. Pernapasan dan detak jantung bayi lebih stabil. Bayi lebih jarang menangis sehingga mengurangi pemakaian energi. Bayi saat merangkak mencari payudara, memindahkan bakteri dari kulit ibunya dan ia akan menjilat-jilat kulit ibu, menelan bakteri “baik” di kulit ibu. Bakteri “baik” ini akan berkembang biak membentuk koloni di kulit dan usus bayi, menyaingi bakteri “jahat” dari lingkungan. “*Bonding*” (ikatan kasih sayang) antara ibu-bayi akan lebih baik karena pada satu sampai dua jam pertama, bayi dalam keadaan siaga, setelah itu, biasanya bayi tidur dalam waktu yang lama.

Bayi yang diberi kesempatan menyusu dini lebih berhasil menyusu eksklusif dan akan lebih lama disusui. Hentakan kepala bayi ke dada ibu, sentuhan tangan bayi di puting susu dan sekitarnya, emutan, dan jilatan bayi pada puting ibu merangsang pengeluaran hormon oksitosin. Bayi mendapatkan ASI, kolostrum-ASI yang pertama kali keluar. Cairan emas ini kadang juga dinamakan *the gift on life*. Bayi yang diberi kesempatan inisiasi menyusu dini lebih dulu mendapatkan 20 kolostrum daripada yang tidak diberi kesempatan. Kolostrum, ASI istimewa yang kaya akan daya tahan tubuh, penting untuk ketahanan terhadap infeksi, penting untuk pertumbuhan usus, bahkan kelangsungan hidup bayi. Kolostrum akan membuat lapisan yang melindungi dinding usus bayi yang masih belum matang sekaligus mematangkan dinding usus. Ibu dan ayah akan merasa sangat bahagia bertemu dengan bayinya untuk pertama kali dalam kondisi seperti ini. Ayah mendapat kesempatan mengadzankan anaknya di dada ibunya yang merupakan suatu pengalaman batin bagi ketiganya yang amat indah.

Roesli (2008) menyebutkan ada beberapa pendapat yang menghambat terjadinya kontak dini kulit ibu dengan kulit bayi diantaranya bayi kedinginan. Bayi berada dalam suhu yang aman jika melakukan kontak kulit dengan sang ibu, suhu payudara ibu meningkat 0,5 derajat dalam dua menit jika bayi diletakkan di dada ibu. Hasil penelitian Bergman (2005) dalam Roesli 2008, ditemukan bahwa suhu dada ibu yang melahirkan menjadi 1°C lebih panas daripada suhu dada ibu yang tidak melahirkan. Bayi yang diletakkan di dada ibu apabila merasa kepanasan, suhu dada ibu akan turun 1°C, apabila bayi kedinginan, suhu dada ibu akan meningkat 2°C untuk menghangatkan bayi.

Faktor penghambat dilakukan inisiasi menyusui dini juga disebabkan factor ibu setelah melahirkan terlalu lelah untuk segera menyusui bayinya. Hal ini bertentangan, karena seorang ibu jarang terlalu lelah untuk memeluk bayinya segera setelah lahir. Keluarnya oksitosin saat kontak kulit ke kulit serta saat bayi menyusui dini membantu menenangkan ibu. Faktor tenaga kesehatan kurang tersedia sehingga tidak bisa melakukan prosedur selanjutnya menjadi penghambat yang lain. Hal ini tidak tepat karena pada saat bayi di dada ibu, penolong persalinan dapat melanjutkan tugasnya. Bayi dapat menemukan sendiri payudara ibu, libatkan ayah atau keluarga terdekat untuk menjaga bayi sambil memberi dukungan pada ibu. Faktor kamar bersalin atau kamar operasi bisa diselesaikan dengan memindahkan ibu ke ruang pulih sadar atau kamar perawatan dengan bayi di dada ibu sambil memberi kesempatan pada bayi untuk meneruskan usahanya mencapai payudara dan menyusui dini. Ibu harus dijahit tidak menghalangi pelaksanaan inisiasi menyusui dini, karena kegiatan merangkak mencari payudara terjadi di area payudara, yang dijahit adalah bagian bawah

tubuh ibu. Suntikan vitamin K dan tetes mata untuk mencegah penyakit gonore harus segera diberikan setelah lahir tidak benar. *American College of Obstetrics and Gynecology* dan *Academy Breastfeeding Medicine* (2007), tindakan pencegahan ini dapat ditunda setidaknya selama satu jam sampai bayi menyusu sendiri tanpa membahayakan bayi. Bayi harus segera dibersihkan, dimandikan, ditimbang, dan diukur. Bayi ditunda untuk dimandikan berarti menghindarkan hilangnya panas pada bayi. Selain itu, kesempatan *vernix* meresap, melunakkan, dan melindungi kulit bayi lebih besar. Bayi dapat dikeringkan segera setelah lahir, penimbangan dan pengukuran dapat ditunda sampai menyusu awal selesai.

Pendapat bahwa bayi kurang siaga adalah tidak benar karena pada satu sampai dua jam pertama kelahirannya bayi sangat siaga (*alert*), setelah itu bayi tidur dalam waktu yang lama. Bayi mengantuk akibat obat yang diasup ibu, kontak kulit akan lebih penting lagi karena bayi memerlukan bantuan lebih untuk *bonding*. Kolostrum tidak keluar atau jumlah kolostrum tidak memadai sehingga diperlukan cairan lain (cairan prelaktal). Hal ini tidak tepat karena kolostrum cukup dijadikan makanan pertama bayi baru lahir. Bayi dilahirkan dengan membawa bekal air dan gula yang dapat dipakai pada saat itu. Pendapat bahwa kolostrum tidak baik bahkan berbahaya untuk bayi sangat tidak tepat, karena kolostrum sangat diperlukan untuk tumbuh kembang bayi. Kolostrum selain sebagai imunisasi pertama dan mengurangi kuning pada bayi baru lahir, juga melindungi dan mematangkan dinding usus yang masih muda.

Roesli, 2008 menyebutkan inisiasi menyusu dini berperan dalam pencapaian tujuan *Millenium Development Goals (MDGs)*. Tujuan MDGs adalah membantu mengurangi kemiskinan, membantu mengurangi kelaparan, membantu

mengurangi angka kematian anak balita. Peran inisiasi menyusui dini adalah sekitar 40% kematian balita terjadi pada satu bulan pertama kehidupan bayi. Inisiasi menyusui dini dapat mengurangi 22% kematian bayi 28 hari. Hal ini berarti inisiasi menyusui dini mengurangi angka kematian balita 8,8%. Inisiasi menyusui dini meningkatkan keberhasilan menyusui eksklusif dan lama menyusui sampai dua tahun sehingga dapat menurunkan kematian anak secara menyeluruh.

Intervensi yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka kematian anak diantaranya inisiasi menyusui dini yang memberikan kesempatan kepada bayi untuk menyusui sendiri. Kontak kulit dengan ibu setidaknya satu jam akan menurunkan kematian bayi baru lahir sebanyak 22%. Penurunan 8,8% angka kematian balita bisa dihitung dari data tersebut. Intervensi juga bisa dilakukan dengan memberikan bayi menyusui eksklusif enam bulan dan tetap diberi ASI sampai 11 bulan saja dengan makanan pendamping ASI pada usia enam bulan menurunkan kematian balita sebanyak enam%. Makanan pendamping ASI (MP-ASI) dari makanan keluarga dengan gizi seimbang dapat menurunkan kematian bayi sebanyak 13%. IMD, ASI eksklusif enam bulan, diteruskan dengan pemberian ASI sampai 11 bulan dan MP-ASI menyelamatkan setidaknya 27,8% kematian balita Indonesia.

2.2 Manajemen Laktasi

2.2.1 Mekanisme laktasi

1. Fisiologi laktasi (sekresi, supresi)

Reeder dan Martin (1997) menyebutkan ada sekitar enam hormon berperan dalam perkembangan payudara dan laktasi. Prolaktin, hormon

adenocorticotropin, *growth* hormon, *thyroid stimulating* hormon, *luteinizing* hormon, *human chorionic somatotropin*, hormon *placental lactogen* dan hormon steroid disekresi oleh kelenjar adrenal, ovarium dan plasenta memiliki peran sebagian, seperti juga insulin pankreas. Prolaktin mempersiapkan payudara untuk laktasi dengan meningkatkan ukuran payudara dan jumlah serta kompleksitas saluran dan alveoli selama kehamilan. Kemajuan usia kehamilan menyebabkan prolaktin merangsang sekresi dari sel alveolar mammae, dan *estrogen* dan *progesteron* merangsang pertumbuhan duktus dan *alveolus*, tetapi secara berlawanan, *estrogen* dan *progesteron* menghambat sekresi ASI.

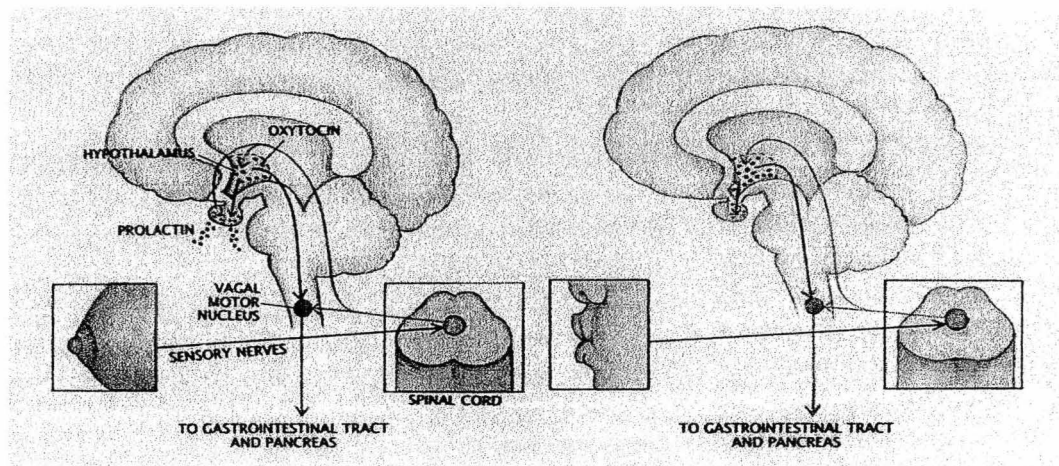
Placenta sebagai penghasil utama *estrogen* dan *progesteron* selama kehamilan secara tiba-tiba hilang dengan lahirnya placenta. Kadar hormon tersebut dalam darah menurun secara cepat, tetapi sekresi prolaktin oleh kelenjar pituitary anterior berlangsung terus. Pembentukan dan sekresi ASI diawali ketika efek penghambat dari estrogen dan progesteron hilang dan selanjutnya dibawah pengaruh prolaktin.

Sekresi ASI bermula pada sel alveolus dimana tetesan kecil terbentuk dan bermigrasi ke membran sel, selanjutnya masuk ke duktus alveolus untuk disimpan. Penyemburan ASI (*let down*) adalah proses kontraksi dari sel myoepithel yang mendorong ASI melewati duktus lalu masuk ke dalam sinus laktiferus. Sinus laktiferus terletak dibawah areola mammae, dan ASI keluar dari sinus tersebut dengan isapan mulut bayi. Suatu reflek neurohormonal mengontrol pengeluaran ASI (*let down reflex*) dan bekerja melalui jalur syaraf *afferent* menuju hipotalamus. Isapan adalah stimulus utama *afferent*, tetapi reflek pengeluaran diaktifkan oleh stimulus auditori (tangisan bayi) dan stimulus visual

(melihat bayi). Cabang *efferent* dari jalur ini secara jelas dipengaruhi oleh hormon, karena oksitosin yang dihasilkan dari kelenjar *pituitary posterior* menyebabkan kontraksi sel myoepithel payudara.

Manfaat pusat kortikal yang lebih tinggi pada otak ditunjukkan oleh sensitifitas reflek *let down* terhadap berbagai stimulus yang membahayakan,. Kecemasan dan ketegangan, rasa dingin yang sangat, dan nyeri menghambat refleks *let down*, dan mengurangi pengeluaran ASI. Tempat yang nyaman dan santai diperlukan untuk menyusui. Stres yang berkepanjangan akibat situasi hidup juga berkontribusi terhadap tidak efektifnya respons laktasi.

Prolaktin lebih penting pada periode awal laktasi daripada untuk mempertahankan laktasi saat laktasi berlangsung. Menyusui yang dilakukan terus menerus, tidak begitu meningkatkan pelepasan prolaktin dalam kadar yang signifikan sebagai respon terhadap isapan dibanding saat permulaan, akhirnya kadar prolaktin tidak naik sama sekali dengan berbagai stimulasi isapan.



Gambar 2. 1 Reflek isapan mulut bayi pada puting yang merangsang pelepasan oksitosin dan prolaktin

2. Persediaan ASI

ASI bervariasi secara nyata dari kualitas dan kuantitas tidak hanya pada individu yang berbeda, tetapi juga pada masing-masing individu pada waktu yang berlainan. Pada umumnya jumlah ASI meningkat sesuai peningkatan kebutuhan bayi. Pada dua hari pertama, diperlukan koordinasi dan perhatian khusus antara kebutuhan ibu untuk istirahat dan kebutuhan makan bayi berupa kolostrum yang diproduksi pada saat itu. Isapan bayi pada puting menstimulasi laktasi. Produksi ASI secara alami akan terbentuk, tetapi tanpa stimulasi dan pengosongan yang sempurna akan mempengaruhi produksi dan keberlangsungan program laktasi selanjutnya.

Produksi ASI pada akhir minggu pertama 200ml sampai dengan 300ml per hari. Akhir minggu keempat jumlahnya dua kali lipat sekitar 600ml per hari. Produksi ASI didasari antara *supply* dan *demand*, ini berarti jumlah yang diproduksi diperkirakan sesuai dengan rata-rata kebutuhan makan bayi. Pertumbuhan bayi menyebabkan ibu memproduksi ASI sekitar 900ml per hari. Produksi ASI seperti yang tersebut diatas adalah jika bayi secara konsisten menyusu (Reeder dan Martin, 1997).

Perkumpulan Perinatologi Indonesia (2004) menyebutkan volume ASI dari waktu ke waktu berubah, yaitu pada enam bulan pertama: 500-700ml ASI/24jam, enam bulan kedua: 400-600ml ASI/24jam dan setelah satu tahun: 300-500ml ASI/24jam. Kondisi normal kira-kira 100ml ASI diproduksi pada hari kedua setelah melahirkan, dan jumlahnya akan meningkat sampai kira-kira 500ml dalam minggu kedua. Produksi ASI yang efektif dan terus-menerus akan dicapai pada kira-kira 10-14 hari setelah melahirkan. Selama beberapa bulan berikutnya

bayi yang sehat akan mengkonsumsi sekitar 700-800ml ASI setiap 24 jam. Volume ASI yang dapat dikonsumsi bayi dalam satu kali menyusui selama sehari penuh sangat bervariasi.

Ada dua cara untuk mengukur produksi ASI yaitu penimbangan berat badan bayi sebelum dan setelah menyusui dan pengosongan payudara. Kurva berat badan bayi merupakan cara termudah untuk menentukan cukup tidaknya produksi ASI (Packard, 1982).

2.2.2 Faktor yang mempengaruhi produksi ASI

Faktor yang mempengaruhi produksi ASI tergantung pada diet ibu, aktivitas dan istirahat, dan tingkat kepuasannya. Diet adekuat yang dianjurkan tinggi protein, calcium, besi dan vitamin, asupan cairan yang cukup (2500-3000ml/hari). Ibu menyusui membutuhkan kualitas tidur malam yang bagus, waktu istirahat pada tengah hari dan aktivitas normal. Kecemasan, tegangan emosi, dan aktivitas yang berlebihan mempunyai efek merugikan bagi laktasi (Reeder & Martin, 1997).

Ukuran payudara tidak ada hubungannya dengan volume air susu yang dapat diproduksi, meskipun umumnya payudara yang berukuran sangat kecil, terutama yang ukurannya tidak berubah selama masa kehamilan, hanya memproduksi sejumlah kecil ASI. Produksi ASI tergantung jumlah jaringan glandula mammae yang menghasilkan ASI bukan lemak (Reeder & Martin 1997). Emosi seperti tekanan (stress) atau kegelisahan merupakan faktor penting yang mempengaruhi jumlah produksi ASI selama minggu-minggu pertama menyusui.

Faktor-faktor yang mempengaruhi produksi ASI antara lain:

1. Frekuensi Penyusuan

Penelitian Hopkinson *et. al*, 1988 dalam ACC/SCN, 1991 dan De Carvalho, *et. al*, 1982 dalam ACC/SCN, 1991 merekomendasikan penyusuan paling sedikit 8 kali perhari pada periode awal setelah melahirkan. Frekuensi penyusuan ini berkaitan dengan kemampuan stimulasi hormon dalam kelenjar payudara.

2. Berat Lahir

Prentice (1984) mengamati hubungan berat lahir bayi dengan volume ASI. Hal ini berkaitan dengan kekuatan untuk mengisap, frekuensi, dan lama penyusuan dibanding bayi yang lebih besar. De Carvalho (1982) menemukan hubungan positif berat lahir bayi dengan frekuensi dan lama menyusui selama 14 hari pertama setelah lahir. Bayi berat lahir rendah (BBLR) mempunyai kemampuan mengisap ASI yang lebih rendah dibanding bayi yang berat lahir normal (> 2500 gr). Kemampuan mengisap ASI yang lebih rendah ini meliputi frekuensi dan lama penyusuan yang lebih rendah dibanding bayi berat lahir normal yang akan mempengaruhi stimulasi hormon prolaktin dan oksitosin dalam memproduksi ASI.

3. Umur Kehamilan saat Melahirkan

Umur kehamilan dan berat lahir mempengaruhi kebutuhan ASI. Hal ini disebabkan bayi yang lahir prematur (umur kehamilan kurang dari 34 minggu) sangat lemah dan tidak mampu mengisap secara efektif sehingga produksi ASI lebih rendah daripada bayi yang lahir tidak prematur. Lemahnya kemampuan

mengisap pada bayi prematur dapat disebabkan berat badan yang rendah dan belum sempurnanya fungsi organ.

4. Umur dan Paritas

Umur dan paritas tidak berhubungan atau kecil hubungannya dengan produksi ASI yang diukur sebagai kebutuhan bayi terhadap ASI. Lipsman *et. al* (1985) dalam ACC/SCN (1991) menemukan bahwa pada ibu menyusui usia remaja dengan gizi baik, kebutuhan ASI tercukupi berdasarkan pengukuran pertumbuhan 22 bayi dari 25 bayi. Pada ibu yang melahirkan lebih dari satu kali, produksi ASI pada hari keempat setelah melahirkan lebih tinggi dibanding ibu yang melahirkan pertama kali (Zuppa *et. al*, 1989 dalam ACC/SCN, 1991).

5. Stres dan Penyakit Akut

Ibu yang cemas dan stres dapat mengganggu laktasi sehingga mempengaruhi produksi ASI karena menghambat pengeluaran ASI. Pengeluaran ASI akan berlangsung baik pada ibu yang merasa rileks dan nyaman. Penyakit infeksi baik yang kronik maupun akut yang mengganggu proses laktasi dapat mempengaruhi produksi ASI.

6. Konsumsi Rokok

Merokok dapat mengurangi volume ASI karena akan mengganggu hormon prolaktin dan oksitosin untuk produksi ASI. Merokok akan menstimulasi pelepasan adrenalin dimana adrenalin akan menghambat pelepasan oksitosin. Anderson *et. al* (1982) mengemukakan bahwa ibu yang merokok lebih dari 15 batang rokok/hari mempunyai prolaktin 30-50% lebih rendah pada hari pertama dan hari ke 21 setelah melahirkan dibanding dengan yang tidak merokok.

7. Konsumsi Alkohol

Meskipun minuman alkohol dosis rendah disatu sisi dapat membuat ibu merasa lebih rileks sehingga membantu proses pengeluaran ASI namun disisi lain etanol dapat menghambat produksi oksitosin. Kontraksi rahim saat penyusuan merupakan indikator produksi oksitosin. Pada dosis etanol 0,5-0,8 gr/kg berat badan ibu mengakibatkan kontraksi rahim hanya 62% dari normal, dan dosis 0,9-1,1 gr/kg mengakibatkan kontraksi rahim 32% dari normal (Matheson, 1989).

8. Pil Kontrasepsi

Penggunaan pil kontrasepsi kombinasi estrogen dan progesterin berkaitan dengan penurunan volume dan durasi ASI (Koetsawang, 1987 dan Lonerdal, 1986 dalam ACC/SCN, 1991), sebaliknya bila pil hanya mengandung progesterin maka tidak ada dampak terhadap volume ASI (WHO *Task Force on Oral Contraceptives*, 1988 dalam ACC/SCN, 1991). WHO merekomendasikan pil progesterin untuk ibu menyusui yang menggunakan pil kontrasepsi.

2.2.3 Pengukuran produksi ASI

Pengukuran produksi ASI dilakukan pada hari ke-3 setelah persalinan, Ibu diberi kesempatan menyusui bayinya sepuasnya, kemudian diistirahatkan selama dua jam, selanjutnya payudara diperah secara manual sampai terasa pengosongan sempurna, hasil perahan diukur ke dalam gelas ukur dan dinyatakan ke dalam cc. Pengukuran produksi ASI juga bisa digunakan selama 24 jam dilakukan dengan menimbang berat badan bayi sebelum dan sesudah menyusui. Selisih berat badan bayi antara sebelum dengan sesudah menyusui selama 24 jam dibagi dengan berat jenis ASI merupakan volume ASI yang dikeluarkan selama 24 jam. Hal yang

dilakukan untuk menghindari tidak tertimbangnya air kencing dan kotoran bayi, pada saat menyusui bayi diberi alas kain yang cukup tebal, sehingga air kencing dan kotoran dapat ikut ditimbang. *Recall* konsumsi makan dan air minum subjek selama 24 jam terakhir, pola/kebiasaan makan subjek sebulan terakhir dan kecukupan ASI subjek pada kelahiran terdahulu didata dengan menggunakan formulir isian (Sa'roni dkk., 2004).

Ibu tidak dapat melihat berapa banyak ASI yang telah masuk ke perut bayi. Banyaknya produksi ASI menurut Soetjiningsih (1997) dapat diketahui dari beberapa kriteria yang dapat dipakai sebagai patokan untuk mengetahui jumlah ASI cukup atau tidak yaitu air susu ibu yang banyak dapat merembes keluar melalui puting, sebelum disusukan payudara merasa tegang, berat badan bayi naik dengan memuaskan sesuai dengan umur. Tabel 2.1 dapat memperlihatkan kenaikan berat badan bayi dengan lebih jelas.

Tabel 2.1 Kenaikan berat badan bayi rata-rata menurut umur

Umur	Kenaikan
1-3 bulan	700 gr/ bulan
4-6 bulan	600 gr/ bulan
7-9 bulan	400 gr/ bulan

Sumber : Soetjiningsih, 1997

Banyaknya produksi ASI juga bisa dilihat jika setelah menyusui bayi akan tertidur tenang selama tiga sampai empat jam dan bayi kencing lebih sering, sekitar delapan kali sehari.

2.2.4 Cara pengosongan payudara

Kegiatan menyusui menjadi kebijakan dari berbagai unit pelayanan kesehatan ibu-anak, tetapi ada beberapa alasan dimana bayi tidak bisa menyusui

sehingga ASI harus dikeluarkan secara manual ataupun dengan alat. Ibu difasilitasi untuk merangsang *let down reflex* dengan mandi air hangat, minum minuman hangat, atau memasase payudara akan membantu sebelum dilakukan pengosongan payudara. Reeder & Martin (1997) menyebutkan tiga cara mengosongkan payudara yaitu dengan pengeluaran manual, pengeluaran dengan pompa elektrik, dan pengeluaran dengan pompa tangan.

Pengosongan payudara secara manual dilakukan dengan salah satu tangan digunakan untuk menyokong payudara dan untuk memeras susu, sedangkan tangan yang lain digunakan untuk memegang wadah penampung ASI. Tangan harus dicuci menyeluruh dengan air hangat dan sabun serta dikeringkan dengan handuk bersih sebelum memeras ASI. Wadah penampung ASI dengan mulut lebar dalam keadaan steril memudahkan ASI masuk ke dalamnya. Jari telunjuk di bawah dan ibu jari diletakkan diatas ujung areola. Langkah pertama adalah melakukan penekanan dengan lembut tetapi mantap ke arah dinding dada, dan langkah yang kedua adalah gerakkan jari dan ibu jari saling berlawanan, memijat ke arah depan searah dengan gerak seperti memerah susu. Jari telunjuk tetap lurus sehingga tekanan dapat dikeluarkan dari bagian tengah jari ini dan bantalan ibu jari. Telunjuk dan ibu jari bergerak memijat bergantian dilepaskan, pada saat itu antara kedua jari tersebut menekan area sinus laktiferus, ASI dikeluarkan sesuai dengan aliran susu.

Payudara yang menyusui dimungkinkan untuk merasakan adanya sinus-sinus, yang bentuknya seperti polong-polongan atau kacang tanah, bila ibu dapat merasakannya maka dapat menekan disitu. Menekan dan melepaskan tidak boleh menyakiti, kalau sampai sakit berarti tekniknya salah. ASI pada awalnya mungkin

tidak ada yang keluar tetapi setelah menekan beberapa kali, ASI mulai menetes. ASI mungkin mengalir bercucuran bila refleks oksitosinnya positif. Menekan areola dengan cara yang sama dari arah samping untuk memastikan ASI terperah dari seluruh bagian payudara. Jari tidak perlu bergerak ke arah depan areola atau puting selama proses mengeluarkan susu. Hal yang harus dihindari adalah gerakan menarik, memencet, atau meremas karena menyebabkan lecet.

Memerah satu payudara sekurangnya tiga menit hingga alirannya melambat, kemudian memerah sisi satunya, dan kemudian mengulangi memerah keduanya. Ibu dapat memakai tiap tangan untuk tiap payudara dan menukarnya bila kedua tangannya lelah. Ibu dijelaskan bahwa memerah ASI secara memadai membutuhkan waktu 20-30menit, khususnya pada hari-hari pertama ketika ASI yang dihasilkan sedikit. Penting untuk tidak mencoba memerah ASI dalam waktu yang singkat.

2.2.5 Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan laktasi

Soetjiningsih (1997) menyebutkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ibu memberikan ASI kepada bayinya antara lain perubahan sosial budaya (ibu bekerja atau kesibukan sosial lainnya. Faktor lain adalah meniru teman, tetangga atau orang terkemuka yang memberikan susu botol), faktor psikologis (takut kehilangan daya tarik sebagai seorang wanita, tekanan batin), faktor fisik ibu (sakit seperti mastitis biasanya enggan menyusui bayinya karena payudaranya terasa nyeri bila digunakan untuk menyusui bayinya). Faktor kurangnya petugas kesehatan, sehingga masyarakat kurang mendapat penerangan atau dorongan tentang manfaat pemberian ASI, meningkatnya promosi susu kaleng sebagai

pengganti ASI, penerangan yang salah justru datangnya dari petugas kesehatan sendiri yang menganjurkan penggantian ASI dari susu kaleng.

2.3 Konsep Air Susu Ibu (ASI)

2.3.1. Pengertian ASI

Secara alamiah, seorang ibu mampu menghasilkan ASI segera setelah melahirkan. ASI diproduksi oleh alveoli yang merupakan bagian hulu dari pembuluh kecil air susu. ASI merupakan makanan yang paling cocok bagi bayi karena mempunyai nilai gizi yang paling tinggi dibandingkan dengan makanan bayi yang dibuat oleh manusia ataupun susu yang berasal dari hewan seperti susu sapi, susu kerbau, atau susu kambing. Pemberian ASI secara penuh sangat dianjurkan oleh ahli gizi diseluruh dunia. Susu buatan manusia (susu formula) tidak dapat menggantikan perlindungan kekebalan tubuh seorang bayi, seperti yang diperoleh dari susu kolostrum (Sarwono, 2002).

ASI merupakan makanan yang mutlak untuk bayi yaitu pada usia empat sampai enam bulan pertama kehidupannya. ASI mengandung semua zat gizi yang diperlukan oleh bayi dengan komposisi yang sesuai dengan kebutuhan bayi. ASI mempunyai kelebihan jika dibandingkan dengan susu sapi, antara lain mampu mencegah penyakit infeksi, ASI mudah didapat dan tidak perlu dipersiapkan terlebih dahulu. ASI dapat membina kasih sayang, ketentraman jiwa bagi bayi yang sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan jiwa bayi. ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi dan mempunyai kelebihan yang tidak dimiliki oleh susu sapi. ASI harus diberikan pada bayi, sekalipun produksi ASI pada hari-hari pertama baru sedikit, namun mencukupi kebutuhan bayi.

Pemberian air gula, air teh, air tajin dan makanan prelaktal (sebelum ASI lancar produksi) lain, harus dihindari untuk mendapatkan manfaat maksimal dari ASI, maka sebaiknya menyusui dilakukan setelah bayi lahir (dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir) karena daya hisap pada saat itu paling kuat untuk merangsang pengeluaran ASI selanjutnya (Roesli, 2008).

2.3.2 Komposisi ASI.

ASI memiliki komposisi yang berbeda-beda dari hari ke hari. ASI yang pertama keluar disebut kolostrum, selanjutnya ASI transisi, ASI matur.

1. Kolostrum

Kolostrum merupakan cairan pertama yang berwarna kekuning-kuningan (lebih kuning dibandingkan susu matur). Cairan ini dari kelenjar payudara dan keluar pada hari kesatu sampai hari keempat-tujuh dengan komposisi yang selalu berubah dari hari kehari. Kolostrum mengandung zat anti infeksi 10-17 kali lebih banyak dibandingkan ASI matur. Kolostrum dapat berfungsi sebagai pencakar yang ideal untuk membersihkan zat yang tidak terpakai dari usus bayi yang baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan bayi bagi makanan yang akan datang.

2. ASI transisi (peralihan)

ASI transisi diproduksi pada hari ke-4 sampai 7 hari ke-10 sampai 14. Pada masa ini kadar protein berkurang, sedangkan kadar karbohidrat dan lemak serta volumenya semakin meningkat.

3. ASI matur

ASI matur merupakan ASI yang diproduksi sejak hari ke-14 dan seterusnya dengan komposisi yang relatif konstan. Pada ibu yang sehat dan

memiliki jumlah ASI yang cukup, ASI ini merupakan makanan satu-satunya yang paling baik bagi bayi sampai umur enam bulan (Roesli, 2001).

2.3.3 Aspek imunologik air susu ibu

Imunoglobulin adalah suatu golongan protein yang mempunyai daya zat anti terhadap infeksi. Tubuh manusia ada lima macam imunoglobulin. Imunoglobulin G sudah terbentuk pada kehamilan bulan ketiga, dapat menembus plasenta pada waktu bayi lahir kadarnya sudah sama dengan kadar IgD ibunya. Fungsi dari pada IgG ini ialah anti bakteri, anti jamur, anti virus dan anti toksik. Imunoglobulin M mulai dibentuk pada kehamilan minggu ke-14 dan mencapai kadar seperti orang dewasa pada umur satu sampai dua tahun. Fungsi dari pada IgM ini ialah untuk aglutinasi. Imunoglobulin A sudah dibentuk pula oleh janin tetapi jumlahnya masih sangat sedikit. Ada dua macam IgA ialah serum (di dalam darah) dan IgA sekresi (berasal dari sel mukosa) yang selanjutnya disebut SigA. IgA serum mencapai kadar seperti pada orang dewasa pada usia 12 tahun, sedangkan SigA sudah mencapai puncaknya pada usia satu tahun. Imunoglobulin D belum banyak diketahui, baik pembentukannya maupun fungsinya. Imunoglobulin E belum diketahui tetapi diduga berfungsi seperti anti alergik.

Perpindahan Immunoglobulin dari ibu ke bayi, terdapat bukti yang nyata bahwa ada hubungan yang erat antara imunoglobulin ibu dan anak, baik pada manusia maupun pada binatang menyusui (mamalia). Selama janin masih didalam kandungan, janin telah mendapat imunoglobulin dari pada ibunya melalui plasenta, terutama imunoglobulin G, oleh karena itulah janin tidak pernah sakit (infeksi) selama didalam kandungan (Sarwono, 2002).

ASI mengandung pula faktor-faktor kekebalan seperti faktor *bifidus* merupakan suatu karbohidrat yang mengandung nitrogen, diperlukan untuk pertumbuhan bakteri *lactobacillus bifidus*. Usus bayi yang diberi ASI didominasi flora bakteri dan memproduksi asam laktat dari laktosa. Asam laktat ini akan menghambat pertumbuhan bakteri yang berbahaya dan parasit lainnya. Faktor *Laktoferin*, suatu protein yang mengikat zat besi ditemukan terdapat dalam ASI. Zat besi yang terikat tersebut tidak dapat digunakan oleh bakteri-bakteri usus yang berbahaya, yang membutuhkannya untuk pertumbuhan. Pemberian zat besi tambahan kepada bayi yang disusui harus dicegah, karena mungkin dapat mempengaruhi daya perlindungan yang diberikan *laktoferin*. Faktor *Laktospirosidase*, yang merupakan enzim yang terdapat dalam ASI dan bersama-sama dengan *peroksidase* hydrogen dan *ion tiosinat* membantu membunuh *streptokokus*. Faktor *Anti Stafilokokus* merupakan asam lemak yang melindungi bayi terhadap penyerbuan stafilokokus. Faktor Sel -Sel *Fagosit* merupakan pemakan bakteri yang bersifat patogen. Sel *Limfosit* dan *Makrofag* berfungsi untuk mengeluarkan zat antibodi untuk meningkatkan imunitas terhadap penyakit. Lisozim merupakan salah satu enzim yang terdapat dalam ASI sebanyak 6-300 mg/100 ml, dan kadarnya bisa naik hingga 3000-5000 kali lebih banyak dibandingkan dengan kadar lisozim dalam susu sapi. Enzim demikian memiliki fungsi bakteristatik terhadap enterobakteria dan kuman gram negatif mungkin juga berperan sebagai pelindung terhadap berbagai macam virus. *Interferon* berfungsi menghambat pertumbuhan virus (Sarwono, 2002).

2.3.4 Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif atau lebih tepatnya pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim. Pemberian ASI eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu minimal empat bulan dan akan lebih baik lagi apabila diberikan sampai bayi berusia enam bulan. Bayi setelah berusia enam bulan harus mulai diperkenalkan dengan makanan padat, dan pemberian ASI dapat diteruskan sampai ia berusia dua tahun (Roesli, 2008).

2.3.5 Manfaat pemberian ASI eksklusif bagi bayi.

Reeder & Martin (1987) menyampaikan bahwa keuntungan dari ASI antara lain dari pertimbangan biokimiawi dan nutrisi, faktor pertumbuhan otak dan perkembangan intelektual, faktor antialergi dan imunologi, aspek psikologi serta aspek lain bagi bayi dari segi keamanan, tidak perlu menunggu, perkembangan mulut dan rahang yang lebih baik dari pada menyusu dengan botol, dan bagi ibu yaitu mempercepat involusio uterus, kenyamanan, pengontrolan kelahiran, menurunkan biaya dalam membeli susu formula.

Roesli, 2008 menyebutkan manfaat pemberian ASI sangat banyak antara lain sebagai nutrisi terbaik. ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang karena disesuaikan dengan kebutuhan bayi pada masa pertumbuhannya. ASI adalah makanan yang paling sempurna, baik kualitas maupun kuantitasnya. Pelaksanakan tata laksana menyusui yang tepat dan benar, produksi ASI seorang ibu akan cukup sebagai makanan tunggal bagi bayi normal sampai dengan usia enam bulan. ASI meningkatkan daya tahan tubuh. Bayi yang

baru lahir secara alamiah mendapat zat kekebalan atau daya tahan tubuh dari ibunya melalui plasenta. Kadar zat tersebut akan cepat menurun setelah kelahiran bayi. Kemampuan bayi membantu daya tahan tubuhnya sendiri menjadi lambat, selanjutnya akan terjadi kesenjangan daya tahan tubuh. Kesenjangan tersebut dapat diatasi apabila bayi diberi ASI sebab ASI adalah cairan yang mengandung zat kekebalan tubuh yang dapat melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi bakteri, virus, dan jamur.

ASI steril dan tidak mudah tercemar, sedangkan susu formula mudah dan sering tercemar bakteri, terutama bila ibu kurang mengetahui cara pembuatan susu formula yang benar dan baik. Melindungi bayi dari infeksi, karena ASI mengandung berbagai antibodi terhadap penyakit yang disebabkan bakteri, virus, jamur dan parasit yang menyerang manusia. ASI mudah dicerna, sedangkan susu sapi sulit dicerna karena tidak mengandung enzim pencernaan. ASI menghindarkan bayi dari alergi, bayi yang diberi susu sapi terlalu dini mungkin menderita lebih banyak masalah alergi, misalnya asma dan alergi.

2.4 Bonding Attachment

Kelahiran adalah sebuah momen yang dapat membentuk suatu ikatan antara ibu dan bayinya. Pada saat bayi dilahirkan adalah saat yang sangat menakjubkan bagi seorang ibu ketika ia dapat melihat, memegang dan memberikan ASI pada bayinya untuk pertama kali. Masa tenang setelah melahirkan disaat ibu merasa rileks, memberikan peluang ideal untuk memulai pembentukan ikatan batin. Seorang bayi yang baru lahir mempunyai kemampuan yang banyak misalnya bayi dapat mencium, merasa, mendengar dan melihat.

Kulit mereka sangat sensitif terhadap suhu dan sentuhan dan selama satu jam pertama setelah melahirkan mereka sangat waspada dan siap untuk mempelajari dunia baru mereka. Komplikasi yang serius tidak terjadi setelah bayi lahir sehingga dapat langsung diletakkan diatas perut ibu, kontak segera ini akan sangat bermanfaat baik bagi ibu maupun bayinya karena kontak kulit dengan kulit membantu bayi tetap hangat Ikatan antara ibu dan bayinya telah terjadi sejak masa kehamilan dan pada saat persalinan ikatan itu akan semakin kuat. Perawat sebagai tenaga kesehatan dapat memfasilitasi perilaku ikatan awal ini dengan cara menyediakan sebuah lingkungan yang mendukung sehingga kontak dan interaksi yang baik dari orang tua kepada anak dapat terjadi.

2.4.1 Pengertian

Bonding attachment terjadi pada kala IV, diadakan kontak antara ibu-ayah-anak dan berada dalam ikatan kasih. Brazelton, 1978 menyebutkan *bonding* merupakan suatu ketertarikan mutual pertama antar individu, misalnya antara orang tua dan anak, saat pertama kali mereka bertemu. *Attachment* adalah suatu perasaan menyayangi atau loyalitas yang mengikat individu dengan individu lain. Nelson & May, 1996 menyebutkan *attachment* merupakan ikatan antara individu meliputi pencurahan perhatian serta adanya hubungan emosi dan fisik yang akrab. Klaus & Kenell, 1992 menjelaskan bahwa *bonding attachment* bersifat unik, spesifik, dan bertahan lama. Mereka juga menambahkan bahwa ikatan orangtua terhadap anaknya dapat terus berlanjut bahkan selamanya walau dipisah oleh jarak dan waktu dan tanda-tanda keberadaan secara fisik tidak terlihat. Saxton and Pelikan, 1996 juga menyampaikan bahwa ikatan antara ibu dan bayinya telah

terjadi sejak masa kehamilan dan pada saat persalinan ikatan itu akan semakin kuat.

Mercer, 1996 menjelaskan prakondisi yang mempengaruhi ikatan diantaranya kesehatan emosional orang tua, sistem dukungan sosial yang meliputi pasangan hidup, teman dan keluarga, suatu tingkat keterampilan dalam berkomunikasi dan dalam memberi asuhan yang kompeten, kedekatan orang tua dengan bayi, kecocokan orang tua-bayi (keadaan, temperamen, dan jenis kelamin).

2.4.2 Tahap *bonding attachment*

Klaus & Kenell, 1982 menjelaskan bagian penting dari ikatan ialah perkenalan. Perkenalan (*acquaintance*) dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara, dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya. *Bonding* (keterikatan), *attachment* yaitu perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.

2.4.3 Elemen-elemen *bonding attachment*

1. Sentuhan

Sentuhan, atau indera peraba, dipakai secara ekstensif oleh orang tua dan pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya. Suatu pola sentuhan yang hampir sama yakni pengasuh memulai eksplorasi jari tangan ke bagian kepala dan tungkai kaki. Tidak lama kemudian pengasuh memakai telapak tangannya untuk mengelus badan bayi dan akhirnya memeluk dengan tangannya (Rubin, 1963; Klaus, Kennell, 1982, Tulman, 1985). Gerakan ini dipakai untuk menenangkan bayi.

2. Kontak mata

Bayi baru lahir mampu secara fungsional mempertahankan kontak mata, orang tua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan, dengan melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya (Klaus & Kennell, 1982).

3. Suara

Orang tua dan bayi saling mendengar dan merespon suara juga merupakan hal penting. Orang tua menunggu tangisan pertama bayinya dengan tegang, bayi akan menjadi tenang dan berpaling ke arah orang tua mereka saat orang tua mereka berbicara dengan suara bernada tinggi.

4. Aroma

Perilaku lain yang terjalin antara orang tua dan bayi ialah respon terhadap aroma/bau masing-masing. Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik (Porter, Cernoch, Perry, 1983). Bayi belajar dengan cepat untuk membedakan aroma susu ibunya (Stainto, 1985).

5. *Entrainment*

Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyang tangan, mengangkat kepala, menendang-nendangkan kaki, seperti sedang berdansa mengikuti nada suara orang tuanya. *Entrainment* terjadi saat anak mulai berbicara. Irama ini berfungsi memberi umpan balik positif kepada orang tua dan menegakkan suatu pola komunikasi efektif yang positif.

6. Bioritme

Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alamiah ibunya. Salah satu tugas bayi baru lahir ialah membentuk ritme personal (bioritme). Orang tua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang *responsive*. Hal ini dapat meningkatkan interaksi sosial dan kesempatan bayi untuk belajar.

7. Kontak dini

Bukti alamiah bahwa kontak dini setelah lahir merupakan hal yang penting belum menunjukkan untuk hubungan orang tua-anak. Klaus & Kennell, 1982 menyebutkan ada beberapa keuntungan fisiologis yang dapat diperoleh dari kontak dini yaitu kadar oksitosin dan prolaktin meningkat, reflek menghisap dilakukan dini, pembentukan kekebalan aktif dimulai, mempercepat proses ikatan antara orang tua dan anak, *Body warmth* (kehangatan tubuh), waktu pemberian kasih sayang, dan stimulasi hormonal.

2.4.4 Prinsip & upaya meningkatkan *bonding attachment*

Upaya meningkatkan *bonding attachment* bisa dilakukan dengan memperhatikan waktu, menit pertama jam pertama, sentuhan orang tua pertama kali, adanya ikatan yang baik dan sistematis, terlibat proses persalinan, persiapan *Pre Natal Care* sebelumnya, adaptasi, kontak sedini mungkin sehingga dapat membantu dalam memberi kehangatan pada bayi, menurunkan rasa sakit ibu, serta memberi rasa nyaman. Fasilitas untuk kontak lebih lama, penekanan pada hal-hal positif, perawat maternitas khusus (bidan), melibatkan anggota keluarga lainnya,

dan informasi bertahap mengenai *bonding attachment* yang diberikan kepada ibu dan keluarga.

2.4.5 Dampak positif *bonding attachment*

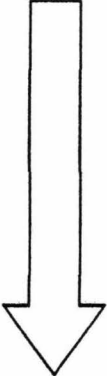

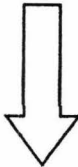
Dampak positif dari *bonding attachment* adalah bayi merasa dicintai, diperhatikan, mempercayai, menumbuhkan sikap sosial, bayi merasa aman, berani mengadakan eksplorasi.

2.4.6 Hambatan *bonding attachment*

Hambatan terjalannya *bonding attachment* disebabkan kurangnya support system, ibu dengan risiko, bayi dengan risiko, kehadiran bayi yang tidak diinginkan.

Standardisasi cara mengevaluasi interaksi orang tua – bayi telah dikemukakan oleh Tessier (1998).

Tabel 2.2 Standarisasi evaluasi interaksi ibu-bayi menurut Tessier (1998)

Skor <i>Bonding</i>	Bagaimana Tindakan Ibu Terhadap Bayinya		
	Memandang	Berkata	Melakukan Sesuatu
1. Sangat negatif, tidak tepat	Penampilan umum: depresi, ketakutan, marah, apatis	Membuat suatu sebutan bagi bayi dan suaminya : memperlihatkan permusuhan atau rasa kecewa terhadap jenis kelamin bayinya	Memfokuskan perhatian pada dirinya : menolak untuk melihat ke arah bayinya, menangis
2. Agak negatif, tidak tepat			
3. Agak positif, sesuai			
4. Sangat positif, sesuai			
		Sangat gembira, bahagia, antusias	Berbicara langsung pada bayi, menggunakan nama bayinya, memperlihatkan reaksi positif

Tiga observasi yang dibuat di ruang bersalin selama dan segera setelah bayi lahir dan kembali selama dua sampai tiga hari periode post partum. Nilai 1-4 diberikan dalam setiap observasi dan nilai tersebut dijumlahkan dalam setiap periode. Interaksi yang baik akan memberikan nilai 10 sampai 12 untuk setiap periode, interaksi sedang bila memberikan nilai 7-9, interaksi kurang akan memberikan skor 3-6, sedangkan buruk bila < 3 . Konseling tindak lanjut bagi orang tua dengan skor yang rendah merupakan indikasi untuk mencegah penyalahgunaan dan megajarkan cara pengasuhan anak.

Brockington juga menyusun bentuk evaluasi untuk menilai bonding ibu-bayi berupa 25 pertanyaan yang harus dijawab ibu dengan skala Likert, pengkajian dilakukan segera setelah bayi lahir, berlangsung sampai dengan satu tahun kedepan. Skor yang tinggi pada faktor satu (faktor umum) menunjukkan bahwa wawancara adalah penting untuk menggali kualitas hubungan ibu-bayi dan keberadaan bayi berpusat kecemasan, kemarahan, atau obsesi. Skor yang tinggi pada faktor dua menunjukkan bahwa penolakan terhadap bayi setidaknya ada, dan pengobatan fokus mungkin diperlukan. Skor yang tinggi pada faktor empat menandakan perlunya penyelidikan mendesak. Dalam kesehatan ibu anak, ikatan mengacu pada hubungan emosional antara keduanya. Bayi memberi respon pada ibu dengan meremas jari, tersenyum, menangis yang diperkirakan sebelum delapan minggu. Perilaku yang bisa ditunjukkan ibu mengindikasikan sentuhan positif termasuk menyentuh, memeluk, mencium, menggendong, mengajak bicara dan menyanyi, kontak mata, dan merasa bangga dengan bayinya.

Mal-attachment juga bisa terjadi pada ibu yang ditunjukkan berupa menolak melihat bayinya, menolak memeluk dan menyentuh bayinya, menolak

memanggil nama bayi, memberikan penilaian negatif pada bayi, memberikan respon negatif saat bayi menangis atau tersenyum. Penilaian *bonding* ibu-bayi menurut Brockington diwujudkan dalam bentuk kuisioner.

2.5 Hipothermia

2.5.1 Pengertian

Bayi baru lahir adalah *homoeothermic*, tetapi kemampuannya untuk tetap hangat dipengaruhi oleh suhu lingkungan ekstrim. Bayi baru lahir kehilangan panas melalui penguapan terutama segera setelah lahir (karena penguapan cairan ketuban dari permukaan kulit), konduksi (kontak dengan benda-kain dingin, baki dan lain-lain), konveksi (oleh arus udara di mana udara dingin menggantikan udara hangat sekitar bayi, jendela terbuka, kipas) dan radiasi (untuk benda padat lebih dingin di sekitarnya, dinding). Kehilangan panas tubuh dapat terjadi baik pada waktu masih berada di kamar bersalin maupun di kamar bayi. Perpindahan panas dari permukaan tubuh ke lingkungan dapat terjadi dengan 4 cara yakni radiasi, konduksi, konveksi dan evaporasi (Klaus *et. al*, dalam Klaus & Fanaroff, 1998). Radiasi adalah kehilangan panas bayi karena tubuh bayi yang lebih panas berhubungan langsung dengan permukaan yang lebih dingin. Terjadi apabila bayi berada pada ruangan yang dingin.

Konduksi merupakan kehilangan panas bayi karena tubuh bayi berhubungan langsung dengan benda atau alat yang lebih dingin, oleh karena popok/celana bayi yang basah tidak segera diganti dengan yang kering. Konveksi adalah kehilangan panas terjadi apabila bayi yang telanjang berada di tempat yang relatif dingin (25°C atau kurang) terjadi bila bayi berada di dekat pintu atau

jendela terbuka. Evaporasi merupakan kehilangan panas bayi karena menguapnya cairan dari kulit yang basah oleh air ketuban/air karena bayi tidak segera dikeringkan. Pada bayi yang sangat kecil (<1500 gram) kehilangan panas melalui evaporasi meningkat pada hari pertama kehidupan disebabkan kulit yang sangat tipis dan sangat permiabel.

2.5.2 Kategori hipothermi

Kategori hipotermi dibagi dalam beberapa tingkat, yaitu suhu ketiak normal adalah 36,5-37,5°C. Hipotermi dalam, suhunya di bawah 36,5°C. Stres hipotermi 36,0°C sampai 36,4°C, hipotermia moderat 32,0°C sampai 35,9°C, hipotermia parah <32 ° C.

2.5.3 Pengukuran Suhu

Penggunaan termometer lebih bisa membaca suhu yang rendah yang dapat merekam suhu serendah 30°C.

1. Suhu aksila sama bagusnya dengan suhu rektal dan mungkin lebih aman (lebih sedikit risiko cedera atau infeksi). Hal ini dicatat dengan menempatkan bola termometer terhadap atap ketiak kering, bebas dari kelembaban. Lengan bayi dipegang dekat dengan tubuh untuk menjaga termometer di tempat. Suhu dibaca setelah tiga menit.
2. Suhu rektal: Jangan gunakan metode ini untuk pemantauan rutin. Namun, itu adalah panduan terbaik untuk suhu inti dalam hipotermia neonatus yang sakit. Hal ini dicatat dengan memasukkan ujung dari termometer ke belakang dan ke bawah hingga kedalaman tiga cm panjang bayi (dua cm pada bayi prematur). Simpan termometer di tempat setidaknya selama dua

menit. Suhu rektal tidak dicatat sebagai prosedur standar dalam neonatus.

Catat suhu rektal hanya untuk neonatus sakit dengan hipotermia.

3. Suhu kulit dicatat oleh Thermister, Probe dari thermister melekat pada kulit di atas perut bagian atas. Thermister mencatat suhu kulit dan menampilkannya pada panel. Suhu bayi dapat dinilai dengan cukup cermat oleh sentuhan manusia, keandalan yang dapat ditingkatkan dengan pelatihan. Suhu perut merupakan wakil dari suhu inti dan dapat diandalkan dalam diagnosis hipotermia.

2.5.4 Tanda dan gejala hipothermi

Tanda dan gejala hipotermi adalah peripheral vasokonstriksi (acrocyanosis, ekstremitas dingin, penurunan perfusi perifer) depresi SSP (lethargi, bradikardia, apnea), tidak mampu makan, peningkatan metabolisme (hipoglikemia, hipoksia, asidosis metabolik), meningkatkan tekanan arteri pulmonalis (distress, takipnea). Tanda-tanda kronis meliputi penurunan berat badan yang buruk.

2.5.5 Pencegahan hipothermi pada bayi baru lahir

1. Di ruang bersalin

Melakukan pengiriman di ruangan yang hangat. Segera keringkan bayi dengan handuk hangat sebaiknya bersih dan lembut. Gunakan handuk hangat untuk membungkus bayi dalam dua lapisan. Pastikan pusat tertutup baik. Letakkan bayi di sisi ibu (suhu ibu akan menjaga bayi tetap hangat) Memandikan bayi saat lahir adalah praktik berbahaya dan harus dihindari.

2. Kulit-ke-kulit (Metode Kanguru)

"*Kangarooing*" membantu dalam mempertahankan suhu bayi, memfasilitasi pemberian ASI, membantu meningkatkan durasi menyusui, meningkatkan ikatan ibu bayi

3. Memandikan bayi

Mandi harus dihindari segera setelah lahir. Pastikan sebelum memberikan mandi, suhu bayi normal. Bayi sebaiknya diberikan mandi untuk bayi normal pada hari kedua di musim panas. Pada musim dingin mandi dapat dihindari selama beberapa hari.

4. Bayi harus mendapat perawatan di rumah sakit (ibu sakit)

Pakaian bayi (termasuk kepala, ekstremitas) cukup untuk melindungi bayi. Suhu ruangan sekeliling hangat untuk usia pasca kelahiran (28-32°C), monitor suhu tubuh minimal tiga jam selama hari-hari setelah awal kelahiran. Bayi dibungkus dalam cuaca dingin, tapi dalam cuaca panas (atau ketika bayi mengalami demam) cukup menggunakan pakaian longgar.

5. Pemeliharaan suhu selama transportasi

Suhu bayi selalu distabilkan sebelum transportasi. Rekam suhu sebelum transportasi dan mengambil tindakan perbaikan. Suhu tidak dapat didokumentasikan, menggunakan sentuhan untuk menilai suhu. Tangan dan kaki harus sehangat perut. Mendekatkan bayi dengan dada ibu. Penutup kepala, kaki dan tangan. Hindari membuka baju bayi untuk membersihkan, mengukur berat badan atau pemeriksaan. Menundanya sampai bayi menjadi hangat. *Baby term* dengan linen dihangatkan

sebelumnya atau lembaran gelembung plastik atau swaddler perak dapat digunakan selama transportasi. Kasur air yang diisi dengan termostat untuk mengendalikan suhu dapat digunakan saat transportasi, jika tersedia.

2.5.6 Manajemen hipothermi

Serangkaian prosedur saling terkait dilakukan saat lahir, yang akan meminimalkan kemungkinan hipotermia di semua bayi baru lahir. Pengiriman disuhu ruangan hangat ($> 25^{\circ}\text{C}$), resusitasi, pengeringan segera, Kulit ke kulit antara bayi dan ibu, menyusui, menunda memandikan dan penimbangan berat badan, pakaian dan selimut yang sesuai, *rooming in* Ibu dan bayi, transportasi hangat, pelatihan/kesadaran penyedia layanan kesehatan. Metode yang dipilih tergantung pada tingkat keparahan hipotermia dan ketersediaan staf dan peralatan. Metode mencakup kulit ke kulit, ruang yang hangat atau tempat tidur, lampu 200 watt, pemanas bercahaya atau inkubator. Infeksi harus dicurigai jika hipotermia berlanjut meskipun tindakan di atas sudah dilakukan. Monitor temperatur aksila setiap $\frac{1}{2}$ jam sampai suhu mencapai $36,5^{\circ}\text{C}$, tiap jam untuk 4 jam selanjutnya, 2 jam selama 12 jam dan 3 jam setelah itu sebagai rutinitas.

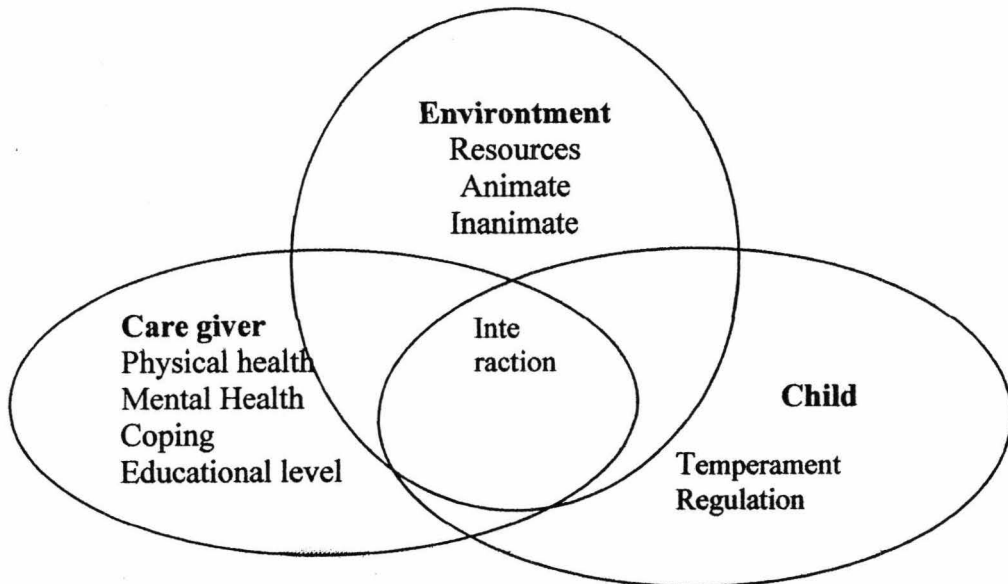
Hipotermi sedang (>32 hingga $<36^{\circ}\text{C}$), dilakukan dengan kontak kulit ke kulit dan bayi harus berada dalam ruangan yang hangat dan tempat tidur yang hangat. Incubator hangat dapat digunakan, jika tersedia. *Rewarming* dilanjutkan sampai suhu mencapai batas normal. Melakukan monitor setiap 15-30 menit. Hipotermi parah ($<32^{\circ}\text{C}$), diatasi dengan menggunakan inkubator yang diatur panasnya (suhu udara $35-36^{\circ}\text{C}$) atau dioperasikan secara manual. Set termostatik dikendalikan, kasur dipanaskan pada suhu $37-38^{\circ}\text{C}$. Suhu bayi mencapai 34°C maka proses rewarming harus diperlambat. Kita bisa menggunakan pemanas

ruangan atau lampu 200 watt atau lampu inframerah secara bergantian. Memantau tekanan darah, denyut jantung, suhu dan glukosa (jika fasilitas tersedia). Tindakan untuk mengurangi kehilangan panas dengan memberi intra vena 10% Dextrose @ 60-80 ml/kg/hari, memberikan injeksi Vitamin K satu mg untuk bayi normal; 0,5 mg untuk prematur, dan menyediakan oksigen.

2.6 Aplikasi Teori Keperawatan Barnard

Fokus utama teori keperawatan Barnard adalah pengembangan alat pengkajian untuk menilai kesehatan, pertumbuhan anak dan pengembangan yang melibatkan orang tua dan anak sebagai system interaktif. Karakteristik individu dipengaruhi oleh sistem ibu-bayi yang terjadi dan perilaku adaptifnya memodifikasi karakteristik tersebut untuk menemukan kebutuhan-kebutuhan sistem yang ada. Teori Barnard dikembangkan dari psikologi dan perkembangan manusia. Teori ini didasarkan skala perkembangan untuk mengukur efek pemberian makan, pendidikan kesehatan dan lingkungannya (Tomey & Alligood, 1998)

Model keperawatan Barnard pada awalnya dikembangkan untuk bayi/*infant*, dan selanjutnya berkembang menjadi teori interaksi pengkajian pada anak. Model ini difokuskan pada pengembangan perangkat atau suatu format pengkajian untuk mengevaluasi kesehatan anak, perkembangan dan pertumbuhannya dengan melihat hubungan orangtua – anak sebagai suatu interaksi. Karakteristik orang tua dan anak dimodifikasi sedemikian rupa sesuai dengan kebutuhan sistem. Barnard menekankan modifikasi sebagai perilaku adaptif (Tomey & Alligood, 1998).



Gambar 2.2 *Child health assessment* model (Tomey & Alligood, 1998).

Diagram di atas dapat didefinisikan sebagai berikut:

1. Bahasa isyarat bayi yang jelas

Seorang bayi berpartisipasi dalam hubungan yang seimbang, bayi harus memberikan tanda/isyarat (*cue*) kepada orang tua/pengasuhnya. Isyarat tersebut akan memudahkan atau sebaliknya mempersulit orangtua dalam menginterpretasikannya, dan membuat modifikasi perilaku yang sesuai. Isyarat yang diberikan bayi dapat berupa tidur, bangun, lapar, merubah aktifitas tubuhnya dan lain-lain. Isyarat yang di tunjukkan jika membingungkan, maka dapat mengganggu adaptasi orang tua/pengasuh (Tomey & Alligood, 1998).

2. Kemampuan bayi dalam merespon pengasuh

Bayi tidak hanya mengirimkan isyarat kepada orang tua untuk memodifikasi perilaku, tetapi bayi juga harus dapat membaca isyarat tersebut sehingga dapat memodifikasi kembali perilakunya. Bayi tidak

berespon terhadap perilaku dari pengasuhnya, maka adaptasi tidak mungkin terjadi (Tomey & Alligood, 1998).

3. Kesensitifan orang tua terhadap bahasa isyarat anak

Orang tua juga harus dapat menginterpretasikan dengan tepat isyarat yang ditunjukkan bayi, seperti halnya bayi, sehingga dapat memodifikasi perilaku dengan tepat pula. Kesensitifan orang tua dalam hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya status keuangan, emosi, stress perkawinan dan sebagainya. Masalah tersebut dapat mengurangi kemampuan orang tua untuk membaca isyarat yang ditunjukkan bayi (Tomey & Alligood, 1998).

4. Kemampuan orang tua untuk meredakan distres yang dialami anak

Kemampuan orang tua mengurangi distres anaknya tergantung pada kemampuan mengenali distres yang sedang terjadi, kemampuan mengambil tindakan yang tepat untuk mengurangi stres, kemampuan melaksanakan tindakan sesuai dengan pengetahuannya.

5. Aktivitas sosial dan emosional orang tua dalam membantu tumbuh kembang anak

Orang tua bisa beradaptasi secara optimal, jika mampu memadukan pertumbuhan sosial-ekonomi terhadap aktivitas yang dilakukan dengan anaknya, sehingga stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak dapat terus berlangsung. Orang tua harus dapat menyesuaikan perilaku dengan kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan anak (Tomey & Alligood, 1998).

6. Aktifitas kognitif orang tua dalam membantu tumbuh kembang anak

Orang tua harus mampu memahami batas kemampuan anak untuk mengerti tentang suatu hal, dan orang tua memiliki sumber-sumber energi untuk menggunakan keahliannya. Pertumbuhan kognitif anak yang difasilitasi dengan stimulasi atau pemberian rangsangan secara terus-menerus dapat membantu meningkatkan pemahaman anak tentang suatu hal (Tomey & Alligood, 1998).

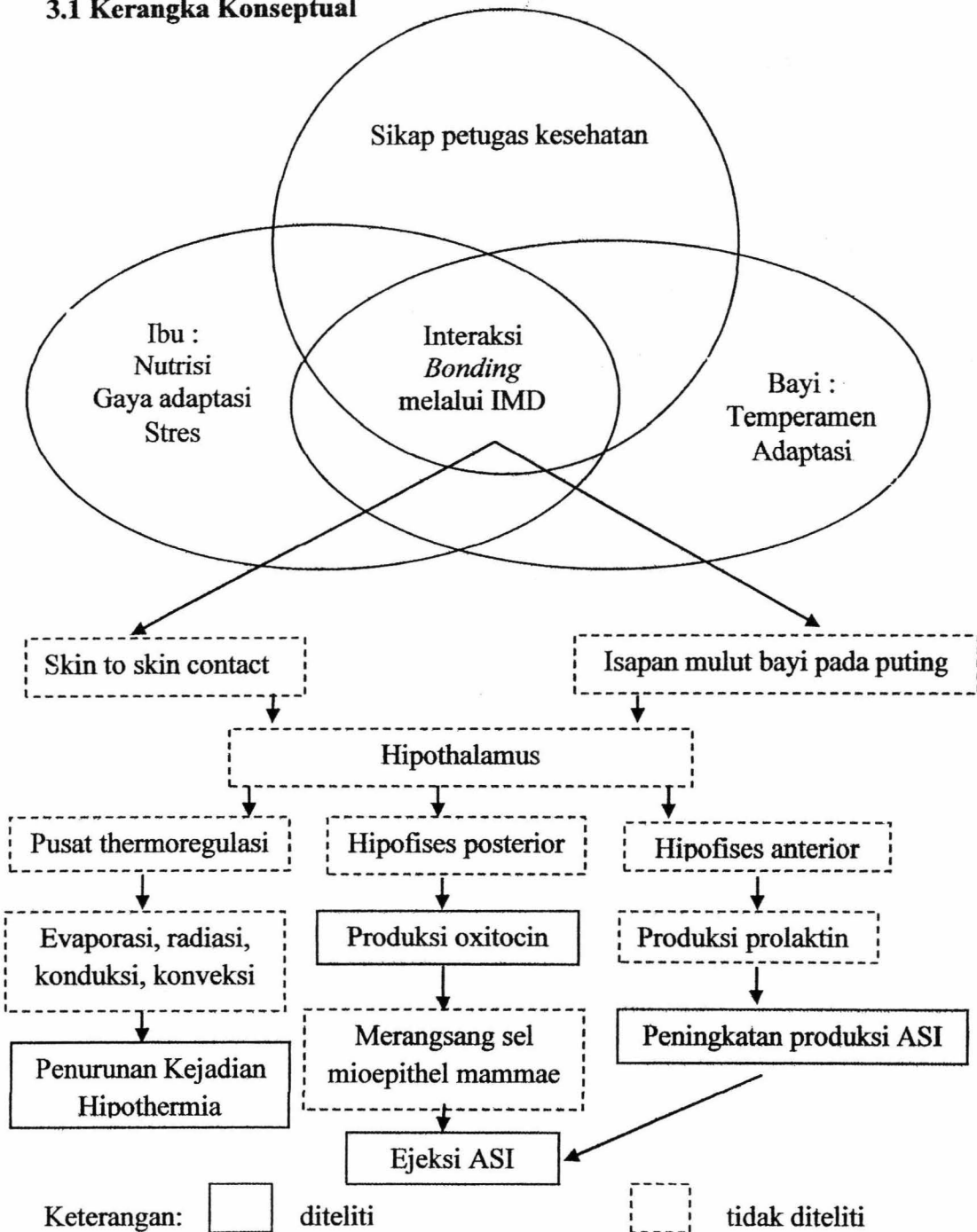
Model Barnard tersebut selanjutnya berkembang menjadi dasar teori interaksi pengkajian kesehatan anak (*Child Health Assessment Interaction Theory*). Konsep utama/asumsi dari teori ini adalah : anak (*child*), ibu atau pengasuh (*mother/care giver*), dan lingkungan (*environment*) (Tomey & Alligood, 1998). Anak (*Child*), digambarkan Barnard dengan karakteristik perilaku baru lahir, pola makan dan tidur, tampilan fisik, temperamen dan kemampuan anak beradaptasi terhadap pengasuh dan lingkungannya. Ibu/pengasuh (*Mother/care giver*), karakteristiknya digambarkan Barnard sebagai aspek psikososial, perhatian terhadap anak, kesehatan ibu sendiri, pengalaman ibu yang mengubah kehidupannya, harapan ibu terhadap anaknya, dan yang paling penting adalah pola hubungan orang tua-anak dan kemampuan adaptasinya. Lingkungan (*Environment*), meliputi lingkungan yang hidup terdiri aktivitas pengasuh, petugas kesehatan yang digunakan untuk menggerakkan dan mengarahkan anak kepada dunia luar, keterlibatan ayah, dan derajat hubungan orang tua untuk menghormati anaknya; lingkungan tidak hidup terdiri dari aspek lingkungan fisik dan objek yang tersedia untuk anak bisa melakukan eksplorasi dan manipulasi.

B A B 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTHESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian pengaruh IMD terhadap *bonding attachment* ibu-bayi, produksi ASI dan hipothermia (Tomey & Alligood, 1998; Hockeberry & Wilson, 2007)

Barnard menjelaskan bahwa konsep utama/asumsi *parent-child interaction* adalah: anak (*child*), ibu atau pengasuh (*mother/care giver*), dan lingkungan (*environment*). Ketiga konsep utama saling mempengaruhi dengan mengadakan interaksi. Anak (*child*), dilihat karakteristik perilakunya pada saat baru lahir dan kemampuan anak beradaptasi terhadap lingkungannya. Ibu (*mother/care giver*), karakteristiknya dilihat dari psikososial, perhatian terhadap anak, harapan ibu terhadap anaknya, dan yang paling penting adalah pola hubungan orang tua-anak. Lingkungan (*environment*), meliputi lingkungan yang hidup terdiri aktivitas petugas kesehatan yang menggerakkan dan mengarahkan anak kepada dunia luar. Faktor lingkungan berupa keterlibatan ayah dan lingkungan tidak hidup terdiri dari aspek lingkungan fisik dan objek yang tersedia.

Sekresi ASI bermula pada sel alveolus dimana tetesan kecil terbentuk dan bermigrasi ke membran sel, selanjutnya masuk ke duktus alveolus untuk disimpan. Penyemburan ASI (*let down*) adalah proses kontraksi dari sel myoepithel yang mendorong ASI melewati duktus lalu masuk ke dalam sinus laktiferus. Sinus laktiferus terletak dibawah areola mammae, dan ASI keluar dari sinus tersebut dengan isapan mulut bayi. Suatu reflek neurohormonal mengontrol pengeluaran ASI (*let down reflex*) dan bekerja melalui jalur syaraf *afferent* menuju hipotalamus. Isapan adalah stimulus utama *afferent*, tetapi reflek pengeluaran diaktifkan oleh stimulus auditori (tangisan bayi) dan stimulus visual (melihat bayi). Cabang *efferent* dari jalur ini secara jelas dipengaruhi oleh hormon, karena oksitosin yang dihasilkan dari kelenjar pituitary posterior menyebabkan kontraksi sel myoepithel payudara menghasilkan ejeksi ASI.

Kontak memastikan perilaku optimum menyusu berdasarkan insting dan bisa diperkirakan, menstabilkan pernapasan, mengendalikan temperatur tubuh bayi, memperbaiki atau mempunyai pola tidur yang lebih baik, mendorong ketrampilan bayi untuk menyusu yang lebih cepat dan efektif, meningkatkan kenaikan berat badan (kembali ke berat lahirnya lebih cepat), meningkatkan hubungan antara ibu dan bayi. Keuntungan kontak kulit dengan kulit untuk ibu, merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu. Oksitosin membantu kontraksi uterus sehingga perdarahan pasca persalinan lebih rendah, merangsang pengeluaran kolostrum, dan penting untuk kelekatan hubungan ibu dan bayi. Ibu lebih tenang dan lebih tidak merasa nyeri pada saat plasenta lahir dan saat menjalani prosedur pasca persalinan lainnya. Prolaktin meningkatkan produksi ASI, membantu ibu mengatasi stres, mendorong ibu untuk tidur dan relaksasi setelah bayi selesai menyusu, dan menunda ovulasi.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada pengaruh IMD dalam meningkatkan *bonding attachment* ibu-bayi
2. Ada pengaruh IMD dalam meningkatkan produksi ASI ibu setelah melahirkan
3. Ada pengaruh IMD dalam menurunkan kejadian hipothermi bayi baru lahir

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Setiadi, 2007). Rancangan dalam penelitian ini menggunakan *Pre Experimental Design* dengan *post test only*. Penggunaan rancangan ini dengan cara menguji coba suatu intervensi pada sekelompok subjek dengan atau tanpa kelompok pembanding namun tidak dilakukan randomisasi untuk memasukkan subjek ke dalam kelompok perlakuan atau kontrol (Dharma, 2011).

Subjek	Perlakuan	Pasca
R	I	O1

Skema 4.1. Rancangan penelitian *post test only design*

Keterangan :

R = Responden kelompok perlakuan/intervensi

O = Observasi sebelum perlakuan

I = Perlakuan

O1= Observasi setelah perlakuan

4.2 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu bersalin di RSIA Kendangsari Surabaya. Sampel merupakan bagian dari populasi yang dilakukan penelitian. Sampel merupakan kelompok yang dapat menunjukkan perkiraan karakteristik populasi atau gambaran populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu bersalin yang melahirkan di RSIA Kendangsari Surabaya yang memenuhi kriteria inklusi.

Cara pengambilan sampel disebut *sampling*. Dalam penelitian ini cara pengambilan sampel yang digunakan metode *non random sampling* dengan *consecutive sampling*, yaitu pengambilan sampel berdasarkan ketersediannya. Metode ini dilakukan dengan cara mengambil semua sampel yang ada yang memenuhi kriteria inklusi selama penelitian dilakukan (Portney & Watkins, 2000). Sampel yang diambil pada penelitian ini adalah semua ibu bersalin yang ditemui dan memenuhi kriteria pemilihan sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi selama periode penelitian yaitu bulan 01 Mei sampai 30 Juni 2012 sebanyak 30 ibu dan bayi.

4.2.1 Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini diberlakukan untuk bayi dan ibu.

Kriteria inklusi untuk bayi adalah:

Bayi lahir usia gestasi > 37 minggu sampai dengan 40 minggu, Berat badan ≥ 2500 gram, *Apgar score* ≥ 7 , tidak asfiksia.

Kriteria inklusi untuk Ibu adalah:

Ibu bersedia menjadi responden penelitian, Ibu bersalin dengan persalinan pervaginam dan atau Ibu dengan *sectio cesar* yang menggunakan anesthesia SAB.

4.2.2 Kriteria eksklusi

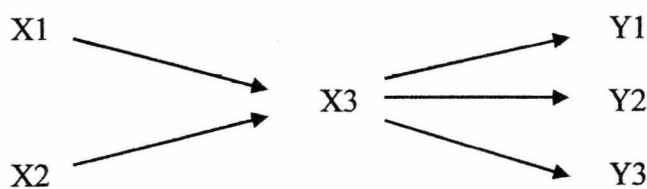
Kriteria eksklusi untuk bayi adalah:

bayi lahir yang mengalami kelainan kongenital, bayi dengan penyakit penyerta lain seperti penyakit jantung bawaan, bayi dengan asfiksia.

Kriteria eksklusi untuk ibu adalah:

Ibu yang mengalami depresi, ibu bersalin dengan ketuban pecah prematur lebih dari 24 jam, ibu bersalin *sectio cesar* dengan anestesi umum, ibu tidak melakukan kontrol postpartum di RSIA Kendangsari Surabaya.

4.3 Variabel Penelitian



Keterangan :

X1 : faktor ibu dilihat nutrisi dan stres ibu

X2 : Faktor petugas kesehatan, penelitian tidak mengukur faktor petugas

X3 : *Bonding attachment* pada saat IMD

Y1 : *Bonding attachment* pada postpartum

Y2 : Produksi ASI

Y3 : Hipotermi bayi

Variabel independen penelitian adalah inisiasi menyusui dini. Variabel dependen terdiri dari *bonding attachment*, produksi ASI, hipotermi. Penelitian ini juga mengukur variabel eksogen yang bisa mempengaruhi pelaksanaan inisiasi menyusui dini yaitu faktor ibu dilihat dari nutrisi dan stres ibu.

4.4 Definisi Operasional

Variabel yang telah didefinisikan perlu dijelaskan secara operasional, sebab setiap istilah variabel dapat diartikan secara berbeda-beda oleh orang yang berlainan. Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2008). Definisi operasional pada penelitian ini disampaikan secara rinci pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian pengaruh IMD terhadap *bonding attachment*, produksi ASI, hipothermi

Variabel	Indikator	Alat ukur	skor	Skala
Variabel exogen: X1 Faktor Ibu X1' Nutrisi	Asupan : makanan dan minuman yang dikonsumsi ibu postpartum yang diukur melalui <i>recall</i> nutrisi selama 24jam	Jumlah Jenis Frekuensi	Kuisisioner Baik Cukup Kurang	Ordinal
X1'' Stress	Kondisi psikis ibu postpartum	Perasaan takut Perasaan tidak bahagia Perasaan bersalah	Kuisisioner Tidak ada Ringan Sedang Berat	Ordinal
Variabel Independen: Inisiasi menyusu dini	Bayi menyusu sendiri pada ibunya dengan cara bayi diletakkan di dada ibu, merayap dan diarahkan mencari puting susu sampai menemukan dan menghisap putting	Protap Inisiasi - Menyusu Dini	- -	
Variabel dependen :				
<i>Bonding attachme</i>	Ikatan antara ibu dan bayi	1. Memandang 2. Berkata	Lembar Observasi	- Ordinal

<i>nt</i>	meliputi pencurahan perhatian serta adanya hubungan emosi dan fisik yang akrab		3. Melakukan sesuatu tindakan terhadap bayi			
Produksi ASI	Jumlah ASI yang dihasilkan oleh payudara Ibu yang diukur melalui pengeluaran ASI (ejeksi) pada hari kontrol postpartum	ASI	Observasi pengeluaran ASI	Lembar observasi pengeluara n ASI, Lembar observasi BB bayi Uji ELISA pada saliva	Banyak cukup Sedikit Tinggi Rendah	Ordinal Nominal
Hipother mi	Keadaan bayi yang dilihat dari suhu tubuh bayi diukur melalui axilla selama 3menit diukur menit ke-0 pelaksanaan IMD, menit ke-30 IMD dan menit ke-60 IMD		Suhu tubuh	Thermome ter digital Lembar Observasi	Hasil dinyatakan kedalam nilai absolut	Rasio

4.5 Tempat Penelitian

Penelitian ini direncanakan dilaksanakan di RSIA Kendangsari Surabaya. Pemilihan lokasi penelitian ini karena di RSIA Kendangsari sudah menerapkan IMD yang dianjurkan. Ibu bersalin di RSIA Kendangsari jumlahnya cukup banyak dengan rata-rata perbulan sebanyak 70 ibu bersalin pervaginam maupun dengan tindakan operasi *sectio cesar*.

3.5 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dibagi menjadi tiga tahap, yaitu penyusunan proposal, pengambilan data dan pelaporan hasil penelitian. Penyusunan proposal dimulai bulan Januari–Pebruari 2012, pengambilan data dibagi menjadi dua tahap, tahap pertama penyelesaian administrasi pada bulan Maret dan tahap kedua pengambilan data responden pada bulan 1 Mei sampai dengan 30 Juni 2012, dan pelaporan hasil penelitian, sidang hasil dan penyelesaian revisi laporan hasil bulan Juli 2012.

3.6 Pengumpulan Data

3.6.1 Alat pengumpul data

Alat pengumpul data pada penelitian ini dengan menggunakan kuesioner data demografi, lembar observasi produksi ASI, thermometer digital dan lembar observasi suhu tubuh bayi dan lembar observasi *bonding* ibu-bayi. Data demografi pasien dituliskan dalam kuesioner data demografi berisi tentang usia Ibu, masa gestasi, paritas, pekerjaan dan penghasilan. Pengukuran produksi ASI dilakukan pada hari ibu kontrol setelah persalinan, dilakukan dengan memberikan lembar kuisisioner observasi pengeluaran ASI, mengukur berat badan bayi lahir, berat badan bayi saat pulang perawatan dan berat badan saat kontrol postpartum.

Lembar observasi *bonding* ibu dan bayi terdiri dari tiga observasi yang dibuat di ruang bersalin segera setelah bayi lahir dan dinilai kembali 24 jam periode post partum dan dinilai pada saat ibu kembali untuk kontrol postpartum. Penilaian dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan lembar observasi. *Bonding* terlihat pada hubungan emosional antara keduanya, pada lembar

observasi dikatakan *bonding* baik apabila didapatkan nilai 8 – 10, *bonding* cukup nilai 5-7 dan *bonding* kurang nilai 0 – 4.

Pengukuran kadar oksitosin dilakukan pada saat ibu mau pulang perawatan. Pengambilan spesimen dengan cara mengambil saliva responden kurang lebih satu ml, yang dimasukkan ke dalam tip, kemudian saliva disimpan dalam suhu *freezer*, selama transportasi juga dalam kondisi *freezer*. Kemudian sediaan saliva dimasukkan ke dalam uji ELISA untuk mengetahui kadar oksitosinnya.

Instrumen pengukur suhu bayi yang digunakan adalah thermometer digital, dilakukan per axila, selama tiga menit kemudian didokumentasikan ke dalam lembar observasi suhu pada menit ke-0 perlakuan IMD, menit ke-30 dan menit ke-60. Hasil pengukuran dinyatakan dalam nilai absolut dengan satuan derajat celsius.

4.7.2 Prosedur pengumpulan data

1. Prosedur administrasi

Penelitian akan dilakukan setelah lulus kaji etik oleh lembaga etik penelitian keperawatan/kesehatan di Universitas Airlangga, mengajukan permohonan ijin untuk melakukan pengambilan data di RSIA Kendangsari Surabaya. Pengambilan data dilakukan setelah ijin dari tempat penelitian didapat. Peneliti menentukan responden penelitian yaitu ibu yang melahirkan di RSIA Kendangsari pada bulan Mei 2012.

Langkah selanjutnya memperkenalkan diri kepada calon responden yaitu ibu yang melakukan kontrol kehamilan pada usia kehamilan 35-36 minggu, selanjutnya meminta ijin kesediaan calon responden untuk berpartisipasi dalam

penelitian dan menjelaskan manfaat, tujuan dan prosedur penelitian serta hak etik responden. Responden yang bersedia menandatangani lembar persetujuan dilakukan wawancara untuk mengisi kuesioner data demografi.

2. Prosedur pengambilan data

Responden ibu dan bayi pada waktu persalinan mendapat IMD sesuai prosedur tetap pelaksanaan IMD yang dianjurkan. Penilaian hipothermi, pengukuran produksi ASI, dan *bonding* ibu dan bayi menggunakan instrument yang sudah dibuat dan dilaksanakan sesuai rancangan penelitian.

- a. Pengukuran produksi ASI dilakukan pada hari ibu kontrol setelah persalinan, dilakukan dengan memberikan lembar kuisisioner observasi pengeluaran ASI, mengukur berat badan bayi lahir, berat badan bayi saat pulang perawatan dan berat badan saat control postpartum. Produksi ASI bisa dipengaruhi oleh nutrisi yang dikonsumsi ibu, sehingga pada saat pengumpulan data, ibu diberikan nutrisi yang sama atau hampir sama dengan cara melakukan pendataan nutrisi yang dikonsumsi 24 jam sebelum produksi ASI diukur dengan menggunakan *recall* nutrisi. Stres ibu diukur menggunakan kuisisioner EPDS (*Edinburg's Postnatal Depression scale*).

- b. Pengukuran *bonding attachment* Lembar observasi *bonding* ibu dan bayi terdiri dari tiga observasi yang dibuat di ruang bersalin segera setelah bayi lahir dan dinilai kembali 24 jam periode post partum dan dinilai pada saat ibu kembali untuk kontrol postpartum. Pengukuran *bonding* dilakukan dengan menggunakan lembar observasi. *Bonding* terlihat pada hubungan emosional antara keduanya, pada

lembar observasi dikatakan *bonding* baik apabila didapatkan nilai 8 – 10, *bonding* cukup nilai 5-7 dan *bonding* kurang nilai 0 – 4. Pengukuran kadar oksitosin dilakukan sebelum dan sesudah dilaksanakan inisiasi menyusui dini dengan cara mengambil saliva responden sebagai spesimen, saliva disimpan dalam suhu *freezer*, selama transportasi spesimen juga dalam kondisi *freezer*. Sediaan saliva dimasukkan ke dalam uji ELISA untuk mengetahui kadar oksitosinnya. Setelah diketahui kadarnya, dicari nilai rata-rata kemudian dikategorikan menjadi dibawah rata-rata dikatakan sedikit, di atas rata-rata dikatakan banyak.

- c. Instrumen pengukur suhu bayi yang digunakan adalah thermometer digital, dilakukan melalui axila selama tiga menit kemudian didokumentasikan ke dalam lembar observasi suhu pada menit ke-0 perlakuan IMD, menit ke-30 dan menit ke-60. Hasil pengukuran dinyatakan dalam nilai absolut dengan satuan derajat celcius.
3. Data yang didapat selanjutnya dilakukan pengolahan dan analisa data sesuai dengan tujuan penelitian.

4.7.3 Analisis data

Tahap setelah dilakukan pengolahan data adalah analisis data. Analisis data pada penelitian ini meliputi analisis deskriptif dan analisis inferensial.

1. Analisis deskriptif

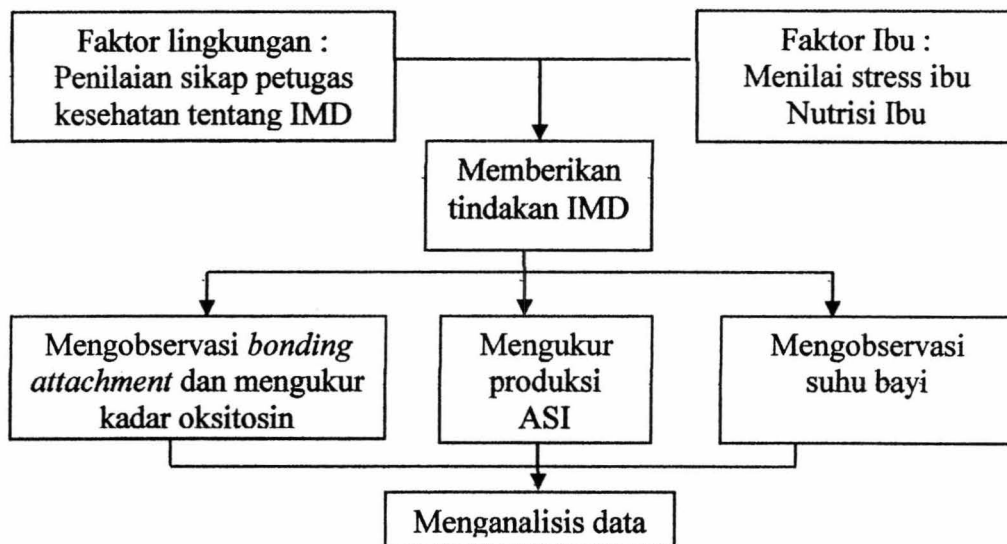
Analisis deskriptif dilakukan untuk menggambarkan karakteristik responden ibu dan bayi. Karakteristik responden ibu terdiri dari usia, pendidikan, paritas, pekerjaan, penghasilan. Karakteristik responden bayi meliputi usia gestasi, berat

badan dan jenis kelamin bayi. Nutrisi dan stress ibu juga dinilai secara deskriptif. Analisis univariat dijadikan dasar mendapatkan data-data karakteristik responden. Pada data kategorik akan didapatkan distribusi frekuensi dan proporsi, sedangkan pada data numerik akan didapatkan mean, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dan interval kepercayaan.

2. Analisis inferensial

Analisis analitik dalam penelitian ini akan menggunakan Uji *friedman* untuk menganalisis *bonding*. Berat badan bayi antara pada saat awal, pulang dan kontrol, suhu tubuh bayi pada saat awal, pertengahan dan akhir pada saat pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD) dianalisis dengan annova kemudian di post hoc menggunakan *paired T test*.

4.8 Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian pengaruh IMD terhadap *bonding attachment*, produksi ASI dan hipothermi

4.9 Etika Penelitian

Portney dan Watkins, 2007 menyebutkan bahwa penelitian memiliki potensi menciderai responden dan peneliti. Cara untuk mengurangi risiko menciderai pada responden dan peneliti, dapat dilakukan dengan memberikan *informed consent*, memperhatikan prinsip *confidentiality*, *data protection*, *right to withdraw*, *potensial benefit* dan *potensial harm*.

4.9.1 Confidentiality

Kerahasiaan responden dijaga dengan mempertahankan *anonymity* responden baik data ibu maupun bayinya pada pengambilan data.

4.9.2 Potential benefit

Penelitian yang dilakukan harus membawa manfaat bagi pasien. Sebelum pelaksanaan pengambilan data, dijelaskan kepada responden tentang tujuan dan manfaat IMD yang dapat dipahami oleh responden. Penjelasan manfaat IMD yang diberikan meliputi efek positif dan efek negatif yang kemungkinan bisa ditimbulkan.

4.9.3 Informed consent

Informed consent diberikan kepada calon responden sebelum bersalin. Calon responden yang telah mendapat penjelasan dan memahami tujuan, manfaat penelitian serta efek bahaya yang mungkin timbul, diminta kesediaannya untuk menjadi responden. Calon responden yang menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian, selanjutnya diminta untuk menandatangani lembar persetujuan atau *informed consent*.

4.9.4 *Potential harm*

Penelitian yang dilakukan tidak boleh mencederai responden. Penelitian ini menggunakan IMD yang merupakan metode yang aman dan tidak membahayakan bayi. IMD merupakan tindakan yang dianjurkan dan menjadi bagian dari prosedur tetap pada asuhan persalinan normal. Antisipasi adanya bahaya akibat penelitian dilakukan dengan pembatasan responden dengan menetapkan kriteria inklusi yang dipandang aman bagi bayi. Pada saat pelaksanaan IMD terjadi tanda bahaya, maka petugas kesehatan melakukan tindakan penanggulangan dan IMD pada bayi tersebut tidak akan dilanjutkan.

4.9.5 *Right to withdraw*

Responden dalam penelitian ini berhak untuk berhenti, tidak melanjutkan sebagai responden penelitian atau keluar dari penelitian yang dilakukan. Penjelasan diberikan pada responden bahwa jika responden merasa tidak nyaman dengan penelitian yang dilakukan, maka responden berhak untuk berhenti. Responden diberikan penjelasan bahwa penelitian ini tidak bersifat paksaan meskipun responden telah menandatangani *informed consent*.

4.9.6 *Data Protection*

Perlindungan atas hasil penelitian yang telah didapatkan, sepenuhnya dijaga. Data yang didapatkan dari hasil penelitian hanya disimpan dan hanya dapat diakses oleh pihak yang berkepentingan.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendang Sari merupakan rumah sakit di bawah naungan PT Sandra Buana Medika dengan lingkup bidang usaha jasa rumah sakit, yang didirikan pada tanggal 4 April 2009 atas prakarsa dokter – dokter spesialis kebidanan dan kandungan dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan reproduksi kaum perempuan, khususnya ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Rumah sakit ini merupakan sebagian usaha pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pada umumnya, dan didukung oleh tenaga medis yang ahli dan berpengalaman dalam suatu *teamwork* yang profesional dan didukung peralatan modern. Rumah sakit ibu dan anak kendang sari berdiri dengan akte perusahaan no 21, tanggal 04 april 2009 dengan notaris Kusdiono S.H dan memiliki surat izin kepala dinas kesehatan nomor 13.01.1.85.22232, dikeluarkan pada tanggal 22 Maret 2010. Rumah sakit ibu dan anak kendangsari memiliki sarana prasana berupa ruang medis yaitu 2 ruang kamar operasi, 4 kamar ruang bersalin, kamar bayi, kamar inap yang terdiri dari 12 kamar yang terbagi atas 1 kamar VVIP, 1 kamar VIP, 5 kamar kelas 1, 3 kamar kelas 2, 1 kamar kelas 3A, dan 1 kamar kelas 3B, selain itu juga terdapat poli kebidanan dan kandungan, poli anak, laboratorium dan instalasi farmasi.

RSIA Kendangsari Surabaya menjadi pusat pelayanan kesehatan ibu dan anak yang menerapkan inisiasi menyusui dini (IMD) untuk ibu melahirkan dengan bayi baru lahir baik proses persalinan normal maupun sectio caesar. Pengenalan IMD diberikan pada saat ibu hamil mengikuti kelas senam hamil oleh dokter spesialis obstetri ginekologi dan dokter spesialis anak. Pamflet IMD dipasang di dinding kamar

ruang bersalin sebagai upaya mensosialisasikan IMD dengan tahapannya sehingga pasien dan keluarga mendapatkan informasi awal dengan melihat dan membaca pamflet yang ada. Responden penelitian ini adalah 30 ibu bersalin dan 30 bayi baru lahir yang diambil pada tanggal 01 Mei sampai dengan 30 Juni 2012.

5.2 Data Umum

1. Usia Ibu

Tabel 5.1 Deskripsi usia ibu di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari periode 01 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia Ibu		
- 21 - 30	22	74
- 31 - 40	7	23
- > 41	1	3
Total	30	100
<i>Shapiro Wilk</i>	$p = 0,000$	

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 30 ibu, sebagian besar berusia 21- 30 tahun yaitu sebanyak 22 orang (74%). Usia ibu sebagian besar dalam rentang usia produktif dimana waktu yang tepat untuk hamil dan melahirkan. Hasil uji homogenitas dengan menggunakan *Shapiro Wilk* didapatkan $p = 0,000$ yang berarti bahwa usia ibu berdistribusi normal

2. Pendidikan Ibu

Tabel 5.2 Deskripsi pendidikan ibu di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari periode 01 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pendidikan Ibu		
- Tidak Sekolah	0	0
- SD	0	0
- SMP	0	0
- SMA	12	40
- PT	18	60
Total	30	100
<i>Shapiro Wilk</i>	$p = 0,000$	

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 30 ibu, sebagian besar mempunyai pendidikan setingkat perguruan tinggi yaitu sebanyak 18 orang (60 %) dan sisanya sebanyak 12 orang (40 %) mempunyai pendidikan SMA. Pendidikan tinggi merupakan faktor awal yang menentukan seseorang untuk dapat menerima informasi kemudian menerapkannya dalam perilaku sehari-hari. Hasil uji homogenitas dengan menggunakan *Shapiro wilk* didapatkan $p = 0,000$ yang berarti bahwa data pendidikan ibu mempunyai distribusi normal.

3. Suku bangsa ibu

Tabel 5.3 Deskripsi suku bangsa ibu di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari periode 01 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Suku Bangsa Ibu		
- Jawa	21	70
- Madura	6	20
- Cina	3	10
Total	30	100
<i>Shapiro Wilk</i>	$p = 0,000$	

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 30 ibu, sebagian besar ibu mempunyai suku bangsa Jawa yaitu sebanyak 21 orang (70%), suku bangsa Cina sebanyak 6 orang (20%) dan suku bangsa Madura sebanyak 3 orang (10%). Suku bangsa mempunyai tradisi yang berbeda dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Perawatan bayi dalam keluarga mempunyai ciri khas pada suku bangsa yang berbeda. Hasil uji homogenitas dengan menggunakan *Shapiro Wilk* didapatkan $p = 0,000$ yang berarti bahwa ibu sebagian besar tidak berasal dari suku bangsa yang sama.

4. Paritas

Tabel 5.4 Deskripsi ibu berdasarkan paritas di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari periode 01 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Gravida Ibu		
- Primipara	15	50
- Multipara	15	50
Total	30	100
<i>Shapiro Wilk</i>	$p = 0,000$	

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 30 ibu, jumlah ibu dengan primipara sebanyak 15 orang (50%), sama dengan ibu yang multipara sebanyak 15 orang (50%). Data menunjukkan ibu primipara dengan multipara berjumlah sama. Paritas merupakan faktor yang dapat mempengaruhi produksi ASI, stres dalam menghadapi persalinan dan cara merawat bayi. Uji homogenitas dengan menggunakan *Shapiro Wilk* didapatkan $p = 0,002$ yang berarti bahwa paritas ibu mempunyai distribusi normal, tetapi tidak homogen.

5. Jenis Persalinan

Tabel 5.5 Deskripsi jenis persalinan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari periode 01 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Jenis Persalinan		
- Spontan	13	43,3
- <i>Sectio cesarea</i> (SC)	17	56,7
Total	30	100
<i>Shapiro Wilk</i>	$p = 0,000$	

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 30 ibu, sebagian besar ibu melakukan persalinan dengan cara *Sectio Cesarea* (SC) yaitu sebanyak 17 orang (56,7%) dan yang melakukan persalinan dengan cara spontan sebanyak 13 orang (43,3%). Ibu mempunyai hak dalam memilih jenis persalinan yang akan dijalankannya. *Sectio cesarea* menjadi pilihan paling aman bagi ibu dan bayi pada saat persalinan normal tidak bisa dilakukan. Hasil uji homogenitas dengan menggunakan *Shapiro Wilk* didapatkan $p =$

0,000 yang berarti bahwa jenis persalinan ibu mempunyai distribusi normal dan homogen.

6. Usia Kehamilan

Tabel 5.6 Deskripsi usia kehamilan ibu saat melahirkan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari periode 01 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia Kehamilan		
- 37 – 38 mgg	13	43
- 38 – 39 mgg	8	27
- 39 – 40 mgg	5	17
- > 40 mgg	4	13
Total	30	100
<i>Shapiro Wilk</i>	$p = 0,000$	

Tabel 5.6 menunjukkan dari 30 ibu, sebagian besar usia kehamilannya saat melahirkan antara 37 – 38 mgg sebanyak 13 orang (43%). Data pada tabel 5.6 menunjukkan usia kehamilan ibu pada saat melahirkan semua dalam rentang kehamilan aterm dimana bayi sudah siap untuk dilahirkan. Hasil uji homogenitas dengan menggunakan *Shapiro Wilk* didapatkan $p = 0,000$ yang berarti bahwa usia kehamilan ibu saat melahirkan berdistribusi normal tetapi tidak homogen.

7. Jenis Kelamin Bayi

Tabel 5.7 Deskripsi jenis kelamin bayi yang dilahirkan ibu di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari periode 01 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Jenis Kelamin Bayi		
- Laki – Laki	13	43
- Perempuan	17	57
Total	30	100
<i>Shapiro Wilk</i>	$p = 0,000$	

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 30 ibu, sebagian besar ibu melahirkan anak perempuan yaitu sebanyak 17 orang (57%) dan anak laki – laki sebanyak 13 orang (43%). Jenis kelamin bayi lebih banyak perempuan dibanding laki-laki. Konsumsi nutrisi menjelang konsepsi dapat menjadi faktor penentu jenis kelamin bayi

yang dikandung. Hasil uji homogenitas dengan menggunakan *Shapiro Wilk* didapatkan $p = 0,000$ yang berarti bahwa jenis kelamin bayi mempunyai distribusi normal tetapi tidak homogen.

5.3 Data Khusus

1. *Bonding attachment* pada ibu dan bayi

Tabel 5.8 : Hasil pengukuran *bonding attachment* saat IMD, pada saat diruang nifas, dan saat kontrol nifas pada ibu di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012

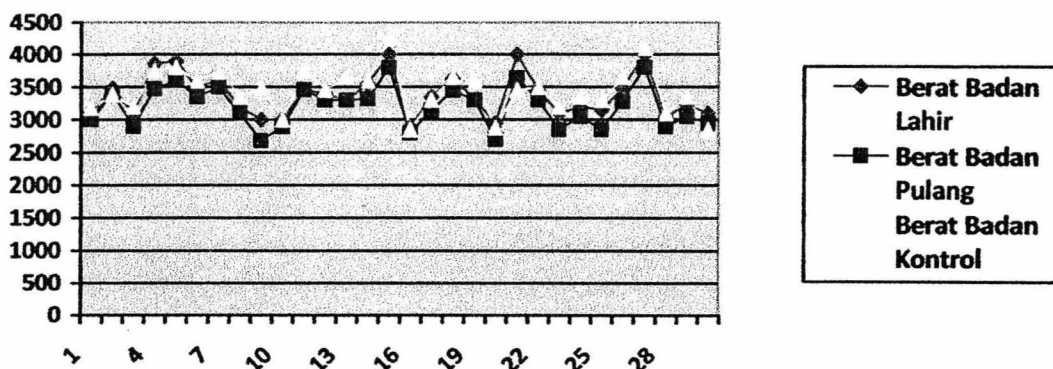
Kategori	Saat IMD	%	saat diruang nifas	%	saat kontrol nifas	%
Baik	23	76,7	30	100	26	86,7
Sedang	7	23,3	0	0	4	13,3
Kurang	0	0	0	0	0	0
Total	30	100	30	100	30	100

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 30 responden menunjukkan *bonding attachment* pada ibu dan bayi yang diobservasi pada saat IMD sebagian besar mempunyai kategori baik yaitu sebanyak 23 orang (76,7%), kemudian pada saat diobservasi diruang nifas, *bonding attachment* dalam kategori baik meningkat jumlahnya sebanyak 30 orang (100%). *Bonding attachment* pada kategori baik yang diobservasi pada saat kontrol nifas mengalami penurunan yaitu sebanyak 26 orang (86,7%).

2. Berat badan bayi

Tabel 5.9 : Deskripsi berat badan bayi pada saat lahir, pulang dan kontrol di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari periode 01 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal
Berat badan Lahir	3378,33	328,687	2890 – 4000
Berat badan pulang	3205	313,190	2680 – 3800
Berat badan kontrol	3445,33	338,961	2850 – 4280



Gambar 5.1 Perubahan berat badan bayi yang diukur pada saat lahir, pulang perawatan dan kontrol setelah pulang di Rumah Sakit Kendangsari Surabaya periode 01 Mei s/d 30 Juni 2012

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 30 bayi bahwa berat badan bayi pada saat lahir mempunyai rata – rata 3378,33, sedangkan berat badan bayi pada saat pulang mempunyai rata – rata 3205, dan berat badan bayi pada saat kontrol mempunyai rata – rata 3445,33. Gambar 5.1 menunjukkan penurunan rata-rata berat badan bayi didapatkan pada saat bayi pulang perawatan, kemudian meningkat kembali pada saat datang kontrol ke rumah sakit. Berat badan bayi mengalami penurunan dan kenaikan sesuai dengan asupan ASI yang diminum. Penurunan berat badan pada saat bayi pulang dikarenakan adaptasi ibu dan bayi. Ibu belum terampil menyusui, produksi ASI masih berupa kolostrum belum merupakan ASI matur, dan bayi juga belum pintar menyusu.

3. Suhu bayi pada saat awal, tengah dan akhir pelaksanaan inisiasi menyusui dini

Tabel 5.10 : Hasil pengukuran suhu pada bayi pada saat awal, tengah dan akhir pelaksanaan IMD di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal
Suhu awal	36,373	,3965	35,7 – 37,7
Suhu Tengah	36,433	,3407	35,7 – 37,4
Suhu akhir	36,637	,3275	36,1 – 37,6

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari 30 bayi, suhu bayi pada awal saat dilakukan inisiasi menyusui dini rata – rata adalah 36,373. Pengukuran suhu tubuh bayi pada pertengahan dilakukan inisiasi menyusui dini rata – rata adalah 36,433 dan suhu tubuh bayi pada akhir pelaksanaan inisiasi menyusui dini rata – rata adalah 36,637. Hasil pengukuran suhu tubuh menggambarkan adanya peningkatan rata-rata suhu tubuh bayi selama inisiasi menyusui dini. Kontak kulit bayi dengan dada ibu menstabilkan suhu tubuh bayi.

4. Produksi ASI

Tabel 5.11 Hasil pengukuran produksi ASI dengan lembar pengeluaran ASI pada ibu di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Produksi ASI		
- Baik	25	83,3
- Cukup	2	6,7
- Kurang	3	10
Total	30	100

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa dari 30 ibu, produksi ASI pada ibu sebagian besar mempunyai kriteria baik yaitu sebanyak 25 orang (83,3%). Produksi ASI diobservasi menggunakan lembar pengeluaran ASI dimana belum menggambarkan kuantitas ASI yang diproduksi pada saat pengukuran.

5. Status Nutrisi

Tabel 5.12 Status nutrisi ibu melalui *recall* nutrisi 24 jam diukur pada kontrol postpartum di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Status Nutrisi		
- Baik	28	93,3
- Cukup	2	6,7
Total	30	100

Tabel 5.12 dapat dilihat status nutrisi 30 ibu diukur melalui *recall* nutrisi 24 jam pada saat datang kembali kontrol postpartum menunjukkan status nutrisi ibu sebagian besar mempunyai kriteria baik yaitu sebanyak 28 orang (93,3%). Ibu yang melahirkan di RSIA Kendangsari Surabaya rata-rata berasal dari ekonomi menengah ke atas. Konsumsi makanan yang bergizi dipengaruhi oleh tingkat status ekonomi. Penelitian mendata status nutrisi 24 jam sebelum pengukuran, sehingga hasil tidak mewakili konsumsi gizi selama kehamilan yang bisa mempengaruhi produksi ASI setelah melahirkan.

6. Stres pada ibu

Tabel 5.13 Stres pada ibu setelah melahirkan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Stres pada ibu		
- Tidak Stres	27	90
- Ringan	3	10
- Sedang	0	0
- Berat	0	0
Total	30	100

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa dari 30 ibu sebagian besar tidak mengalami stres yaitu sebanyak 27 orang (90%) dan ibu yang mengalami stres tingkat ringan sebanyak 3 orang (10%). Stres ibu diidentifikasi dalam penelitian ini karena merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi produksi ASI. Faktor yang

mempengaruhi stres tidak bisa dikendalikan, karena diukur pada saat ibu kembali kontrol postpartum sehingga kondisi pada saat ibu dirumah tidak bisa dihomogenkan.

7. Oksitosin

Tabel 5.14 : Hasil Pengukuran Oksitosin ibu pada hari pulang perawatan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal
Oksitosin	9,12	2,31	5,46 – 13,8

Berdasarkan tabel 5.14 menunjukkan bahwa dari 30 ibu rata – rata oksitosin 9,21 dengan standart deviasi sebesar 2,31. Nilai oksitosin paling rendah sebesar 5,46 dan paling tinggi sebesar 13,8. Kadar oksitosin pada ibu berbeda antara ibu yang satu dengan ibu yang lain pada saat pengukuran. Standar normal nilai oksitosin tidak ada, oleh karena itu setiap individu memiliki kadar yang berbeda-beda.

8. Tabulasi silang antara stres ibu dengan produksi ASI

Tabel 5.15 : Hasil *crosstab* antara antara tingkat stres ibu dengan produksi ASI di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012

		Produksi ASI				
		Baik	Cukup	Kurang	Total	
Stres	Tidak Stres	Count	23	1	3	27
		% of Total	76,7%	3.3%	10.0%	90.0%
	Ringan	Count	2	1	0	3
		% of Total	6.7%	3.3%	.0%	10.0%
Total		Count	25	2	3	30
		% of Total	83.3%	6.7%	10.0%	100.0%

Spearman rank test p = 0,135

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa dari *crosstab* antara stres ibu dengan produksi ASI didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna. Hal ini berarti tingkat stres ibu yang melahirkan di RSIA Kendangsari tidak mempengaruhi produksi ASI ibu.

9. Tabulasi silang antara status nutrisi ibu dengan produksi ASI

Tabel 5.16 : Hasil *crosstab* antara status nutrisi ibu dengan produksi ASI di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012

		Produksi ASI				
		Baik	Cukup	Kurang	Total	
Nutrisi	Baik	Count	24	2	2	28
		% of Total	80,0%	6,7%	6,7%	93,3%
	Cukup	Count	1	0	1	2
		% of Total	3,3%	0%	3,3%	6,7%
Total		Count	25	2	3	30
		% of Total	83,3%	6,7%	10,0%	100,0%

Spearman rank test p = 0,162

Tabel 5.16 menunjukkan bahwa dari *crosstab* antara status nutrisi ibu dengan produksi ASI didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna. Nutrisi yang dikonsumsi ibu didata 24 jam terakhir sebelum pengukuran, dimana tidak menggambarkan nutrisi selama ibu hamil yang merupakan persiapan ASI dibentuk.

10. Hubungan kadar oksitosin dengan produksi ASI

Tabel 5.17 : Hasil *crosstab* antara kadar oksitosin dengan produksi ASI di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012

		Produksi ASI				
		Baik	Cukup	Kurang	Total	
Oksitosin	Tinggi	Count	13	1	0	14
		% of Total	43,3%	3,3%	0%	46,7%
	Rendah	Count	12	1	3	16
		% of Total	40,0%	3,3%	10,0%	53,3%
Total		Count	25	2	3	30
		% of Total	83,3%	6,7%	10,0%	100,0%

Spearman rank test p = 0,172

Tabel 5.17 menunjukkan bahwa antara kadar oksitosin ibu yang diukur pada saat ibu pulang perawatan dengan produksi ASI tidak ada hubungan yang bermakna.

5.4 Analisis Inferensial

Analisis data menggunakan *friedman test* untuk melihat pengaruh inisiasi menyusui dini (IMD) terhadap *bonding attachment*, dan uji *annova* untuk melihat pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap produksi ASI dan hipothermi.

5.4.1 *Bonding attachment* pada saat pelaksanaan IMD, saat pulang perawatan, dan saat kontrol setelah kelahiran.

Tabel. 5.18 Perbedaan antara *bonding attachment* saat pelaksanaan IMD, saat pulang perawatan dan saat kontrol pada ibu dan bayi di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012

Kategori	Awal	%	Pulang	%	Kontrol	%
Baik	23	76,7	30	100	26	86,7
Sedang	7	23.3	0	0	4	13,3
Kurang	0	0	0	0	0	0
Jumlah	30	100	30	100	30	100
<i>Friedman test</i>				$p = 0.000$		

Tabel 5.18 menunjukkan bahwa dari 30 ibu sebagian besar mempunyai *bonding attachment* baik yaitu pada awal sebanyak 23 ibu, pulang sebanyak 30 responden dan kontrol sebanyak 26 ibu. Hasil uji *friedman test* didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0.05$) yang berarti bahwa terdapat perbedaan antara *bonding attachment* awal, pulang dan kontrol. Perbedaan hasil pengukuran *bonding attachment* disebabkan karena banyak faktor. *Bonding attachment* awal pelaksanaan IMD tidak semua baik, beberapa ibu tidak menunjukkan interaksi yang positif dengan bayinya bisa disebabkan karena pada persalinan melalui *sectio caesar* setelah proses kelahiran selesai ibu ditidurkan untuk kepentingan proses penjahitan. Pengukuran diruang nifas didapatkan semuanya baik, ibu mulai belajar berperan dalam merawat bayi.

5.4.2 Pengaruh inisiasi menyusui dini (IMD) terhadap produksi ASI dilihat dari perubahan berat badan bayi.

Tabel 5.19 : Hasil uji *annova* pengaruh IMD terhadap produksi ASI dilihat dari berat badan bayi saat lahir, pulang dan kontrol di RSIA Kendangsari Surabaya 1 Mei s/d 30 Juni 2012

No Responden	BB Lahir	BB Pulang	BB Kontrol
1	3100	3000	3180
2	3480	3400	3380
3	3100	2900	3200
4	3860	3470	3750
5	3900	3600	3800
6	3500	3350	3600
7	3610	3500	3730
8	3200	3100	3350
9	3000	2680	3500
10	3000	2900	3000
11	3460	3460	3750
12	3400	3300	3460
13	3300	3300	3650
14	3550	3320	3600
15	4000	3800	4280
16	2890	2800	2850
17	3350	3150	3300
18	3630	3450	3650
19	3310	3300	3600
20	2950	2700	2880
21	4000	3640	3450
22	3450	3300	3500
23	3100	2850	3200
24	3200	3050	3350
25	3150	2850	3300
26	3480	3280	3650
27	4000	3800	4100
28	3050	2900	3100
29	3230	3050	3350
30	3100	2950	2850

Anova test p = 0,025

Tabel 5.19 menunjukkan bahwa hasil uji *Annova* didapatkan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$) yang berarti bahwa terdapat perbedaan antara berat badan awal, pulang dan kontrol. Berat badan bayi menurun pada pengukuran kedua yaitu saat bayi pulang perawatan. Kemudian meningkat pada saat kembali datang kontrol. Indikator

kecukupan ASI pada bayi salah satunya peningkatan berat badan. Hasil analisis data perubahan berat badan bayi menunjukkan bayi mendapat kecukupan ASI, yang berarti produksi ASI baik.

5.4.3 Suhu tubuh bayi pada pengukuran awal, pertengahan dan akhir pelaksanaan inisiasi menyusui dini

Tabel 5.20 Perbedaan antara suhu awal, tengah dan akhir pelaksanaan inisiasi menyusui dini di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya periode 1 Mei s/d 30 Juni 2012

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal
Suhu awal	36,373	0,3965	35,7 – 37,7
Suhu Tengah	36,433	0,3407	35,7 – 37,4
Suhu akhir	36,637	0,3275	36,1 – 37,6
<i>Friedman</i>			$p = 0,016$

Berdasarkan tabel 5.20 menunjukkan hasil uji *Friedman test* didapatkan nilai $p = 0,016$ ($p < 0,05$) yang berarti bahwa terdapat perbedaan antara suhu tubuh bayi baru lahir pada saat awal, pertengahan dan akhir pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD). Peningkatan suhu tubuh bayi dari awal, tengah dan akhir pelaksanaan IMD membuktikan pengaruh positif inisiasi menyusui dini terhadap kestabilan suhu tubuh bayi. Suhu tubuh mengalami peningkatan walaupun tidak tinggi, hal ini bisa disebabkan karena suhu ruangan yang tidak distandarkan pada saat pelaksanaan inisiasi menyusui dini. Suhu ruangan ideal untuk inisiasi menyusui dini adalah 25°C-32°C.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Pengaruh IMD terhadap *bonding attachment* ibu dan bayi

Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh inisiasi menyusui dini (IMD) terhadap *Bonding Attachment* yang ditunjukkan dari analisis *Friedman* dengan nilai $p = 0.016$ ($p < 0.05$), yang berarti bahwa dari ketiga pengukuran *Bonding Attachment* ibu dan bayi terdapat perbedaan yang signifikan.

Keuntungan kontak kulit dengan kulit untuk bayi menurut Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR), 2008 diantaranya mengoptimalkan keadaan hormonal ibu dan bayi. Menurut Correia dan Linhares (2007), perpisahan dengan bayi merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap *bonding attachment*. inisiasi menyusui dini (IMD) merupakan tindakan yang melibatkan orang tua dan anaknya. Kontak kulit yang dekat akan mempengaruhi ikatan orang tua dalam hal ini adalah ibu dengan bayinya. Kemampuan interaksi bayi yang belum adekuat berpengaruh terhadap psikologis orang tua. Hal ini sesuai dengan pendapat Brazelton (1994) Posisi bayi yang dekat membuat ibu melihat sendiri bagaimana kondisi bayi, sehingga muncul suatu ikatan batin ibu-bayi. Keadaan ini juga dapat dilihat dari adanya peningkatan oksitosin pada ibu.

Berdasarkan hasil penelitian dengan menggunakan uji analisis *wilcoxon sign rank test* antara *Bonding Attachment* pengukuran awal dan tengah didapatkan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$), yang berarti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara *bonding* saat pelaksanaan IMD dengan saat ibu dan bayi mau pulang perawatan, selain itu pada *Bonding Attachment* tengah dan saat kontrol post partum didapatkan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$), yang berarti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara *bonding* saat ibu pulang perawatan dan saat kontrol post partum. Hasil

penelitian menunjukkan ikatan yang terjadi pada ibu dan bayi dari hari pertama bayi lahir sampai pada bayi usia tujuh hari kontrol post partum, sebagian besar mengalami peningkatan. Pengukuran *bonding* pada saat pelaksanaan IMD dari observasi beberapa ibu terlihat kurang bisa mengungkapkan kasih sayang kepada bayinya. Hal ini dikarenakan pada ibu dengan persalinan normal kondisi fisiknya yang lelah selama menjalani kala satu persalinan sehingga pada saat bayi lahir energi terkuras. Ibu yang menjalani persalinan dengan *sectio caesarea* lebih terlihat kurang dalam penilaian *bonding* dengan bayinya jika dibandingkan dengan ibu bersalin normal, hal ini karena pada pertengahan pelaksanaan IMD proses operasi sudah hampir selesai, dilanjutkan penjahitan jaringan dimana ibu dikondisikan tidur sehingga beberapa ibu tidak mengikuti sampai pelaksanaan IMD selesai.

Pengukuran *bonding* pada saat ibu dan bayi sudah kembali diruang nifas didapatkan hampir seluruhnya baik, dikarenakan kondisi ibu sudah pulih, ibu mulai fokus pada perawatan bayinya. Hal ini sesuai dengan tahapan adaptasi psikologis post partum menurut Rubin dimana pada hari kedua dan ketiga post partum, ibu sudah memulai mempelajari bagaimana cara merawat bayinya. Fasilitas *rooming in* atau rawat gabung yang dilaksanakan di RSIA Kendangsari Surabaya juga menjadi faktor penentu *bonding* ibu dan bayi yang mengalami peningkatan pada saat diruang nifas. Ibu lebih leluasa memberikan perawatan kepada bayinya. Sebagian besar ibu *bonding* dengan bayinya meningkat. Ibu sudah mampu menjalankan perannya sebagai ibu baru. Mereka terlihat bahagia walaupun menyampaikan bahwa sedikit merepotkan harus beradaptasi dengan kegiatan yang menguras energi. Beberapa ibu mengalami penurunan *bonding* dengan bayinya saat diukur pada kontrol post partum, terlihat dari hasil observasi bayi digendong oleh pengasuh atau neneknya, ibu sedikit menunjukkan ekspresi ketertarikan untuk berinteraksi dengan bayinya.

6.2. Pengaruh IMD terhadap produksi ASI

Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh inisiasi menyusui dini (IMD) terhadap produksi ASI yang ditandai dengan adanya perubahan berat badan bayi pada saat lahir, saat pulang dan saat kontrol, yang ditunjukkan dari analisis *Annova* dengan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$), yang berarti bahwa dari ketiga pengukuran berat badan bayi tersebut terdapat perbedaan yang signifikan.

Menurut Venancio dan Almeida (2004) kontak kulit antara ibu dengan bayinya merupakan stimulus yang akan dibawa ke otak. Selanjutnya stimulus ini akan memicu pelepasan oksitosin yang akan berdampak positif terhadap produksi ASI. Keuntungan kontak kulit dengan kulit untuk ibu, merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu. Oksitosin membantu kontraksi uterus sehingga perdarahan pasca persalinan lebih rendah, merangsang pengeluaran kolostrum. Prolaktin meningkatkan produksi ASI, membantu ibu mengatasi stress, mendorong ibu untuk tidur dan relaksasi setelah bayi selesai menyusui, dan menunda ovulasi.

Hasil penelitian dengan menggunakan uji analisis *paired T test* antara berat badan lahir dan pulang didapatkan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$), yang berarti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara berat badan lahir dan pulang, selain itu pada berat badan pulang dan kontrol didapatkan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$), yang berarti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara berat badan pulang dan kontrol. Kurva berat badan bayi merupakan cara termudah untuk menentukan cukup tidaknya produksi ASI (Packard, 1982). Penurunan berat badan bayi ditemukan pada pengukuran kedua yaitu saat pulang perawatan dibanding berat badan bayi waktu lahir, dan mengalami kenaikan pada saat diukur kembali setelah datang kontrol. Hal ini menunjukkan produksi ASI yang kurang mencukupi pada masa setelah lahir

sampai dengan ibu dan bayi pulang perawatan. Produksi ASI pada masa ini memang belum adekuat karena secara fisiologis ke'enjar mammae pada tahap menghasilkan kolostrum, disusul pada tiga hari setelah melahirkan hormon penghasil ASI (prolaktin) mulai diproduksi seiring dengan frekuensi bayi menyusu. Bayi menyusu minimal delapan kali sehari akan meningkatkan produksi ASI. Hal ini sesuai dengan penelitian Hopkinson *et. al*, 1988 dalam ACC/SCN, 1991 dan De Carvalho, *et. al*, 1982 dalam ACC/SCN, 1991 merekomendasikan penyusuan paling sedikit delapan kali perhari pada periode awal setelah melahirkan. Frekuensi penyusuan ini berkaitan dengan kemampuan stimulasi hormon dalam kelenjar payudara.

Kondisi normal kira-kira 100ml ASI diproduksi pada hari kedua setelah melahirkan, dan jumlahnya akan meningkat sampai kira-kira 500ml dalam minggu kedua. Produksi ASI yang efektif dan terus-menerus akan dicapai pada kira-kira 10-14 hari setelah melahirkan. Selama beberapa bulan berikutnya bayi yang sehat akan mengkonsumsi sekitar 700-800ml ASI setiap 24 jam. Volume ASI yang dapat dikonsumsi bayi dalam satu kali menyusu selama sehari penuh sangat bervariasi. Prentice (1984) mengamati hubungan berat lahir bayi dengan volume ASI. Hal ini berkaitan dengan kekuatan untuk mengisap, frekuensi, dan lama penyusuan dibanding bayi yang lebih besar. De Carvalho (1982) menemukan hubungan positif berat lahir bayi dengan frekuensi dan lama menyusui selama 14 hari pertama setelah lahir. Bayi berat lahir rendah (BBLR) mempunyai kemampuan mengisap ASI yang lebih rendah dibanding bayi yang berat lahir normal (> 2500 gr). Kemampuan mengisap ASI yang lebih rendah ini meliputi frekuensi dan lama penyusuan yang lebih rendah dibanding bayi berat lahir normal yang akan mempengaruhi stimulasi hormon prolaktin dan oksitosin dalam memproduksi ASI. Ibu sebaiknya menyusui segera setelah bayi lahir (dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir) karena daya hisap

pada saat itu paling kuat untuk merangsang pengeluaran ASI selanjutnya (Roesli, 2008).

Faktor yang mempengaruhi produksi ASI tergantung pada diet ibu, aktivitas dan istirahat, dan tingkat kepuasannya. Diet adekuat yang dianjurkan tinggi protein, calcium, besi dan vitamin, asupan cairan yang cukup (2500-3000 ml/hari). Ibu menyusui membutuhkan kualitas tidur malam yang bagus, waktu istirahat pada tengah hari dan aktivitas normal. Kecemasan, tegangan emosi, dan aktivitas yang berlebihan mempunyai efek merugikan bagi laktasi (Reeder & Martin, 1997). Emosi seperti tekanan (stress) atau kegelisahan merupakan faktor penting yang mempengaruhi jumlah produksi ASI selama minggu-minggu pertama menyusui, hal tersebut terlihat pada hasil penelitian, pada saat dilakukan pengukuran tingkat stress pada ibu setelah melahirkan di RSIA Kendangsari dari 30 responden menunjukkan bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 27 orang (90%) tidak terjadi stress, hal ini menunjukkan bahwa tidak terjadi tekanan emosi dan kegelisahan pada ibu, dari 27 orang tersebut didapatkan produksi ASI dengan kriteria baik sebanyak 25 orang dan kriteria cukup sebanyak 2 orang.

Diet atau nutrisi ibu juga menjadi faktor yang sangat penting dalam mempengaruhi produksi ASI, karena dengan asupan nutrisi yang adekuat, maka produksi ASI juga akan meningkat, hal ini ditunjukkan dari hasil penelitian bahwa dari 30 responden sebagian besar yaitu sebanyak 27 orang (90%) mempunyai status nutrisi yang baik dan 3 orang (10%) mempunyai status nutrisi cukup, selain itu semua responden menambahkan suplemen pelancar ASI dalam menu sehari-harinya. Dengan kriteria produksi ASI baik sebanyak 25 orang (83.3%) orang dan cukup sebanyak 2 orang (6.7%) dan 3 orang (10%) dengan kriteria kurang. Pada responden dengan kriteria produksi ASI kurang, apabila dilihat dari status nutrisi dan tingkat

stress terdapat 2 responden yang mempunyai status nutrisi baik dan tidak stress, hal ini kemungkinan disebabkan karena paritas dimana ibu adalah primipara.

Pengalaman pertama mempunyai anak akan mempengaruhi kemampuan menyusui bayi dengan benar, pada fase akhir menyusui bayi, mendapatkan komposisi susu yang mengandung lemak yang berguna meningkatkan berat badan, apabila ibu tidak memahami, maka ibu akan mengakhiri proses menyusui sebelum ASI terakhir diminum oleh bayi. Ibu yang melahirkan lebih dari satu kali, produksi ASI pada hari keempat setelah melahirkan lebih tinggi dibanding ibu yang melahirkan pertama kali (Zuppa *et. al*, 1989 dalam ACC/SCN, 1991)

Inisiasi menyusui dini (IMD) mempengaruhi produksi ASI yang dapat dilihat dari perubahan berat badan bayi disamping beberapa faktor yang dapat mempengaruhi produksi ASI pada ibu antara lain status nutrisi dan stress. Ibu yang cemas dan stres dapat mengganggu laktasi sehingga mempengaruhi produksi ASI karena menghambat pengeluaran ASI. Pengeluaran ASI akan berlangsung baik pada ibu yang merasa rileks dan nyaman. Soetjiningsih (1997) mengungkapkan faktor psikologis (takut kehilangan daya tarik sebagai seorang wanita, tekanan batin) mempengaruhi pelaksanaan laktasi.

6.3. Pengaruh IMD terhadap hipothermi

Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh inisiasi menyusui dini (IMD) terhadap hipotermi ditunjukkan dari analisis *friedman* dengan nilai $p = 0.016$ ($p < 0.05$), yang berarti bahwa dari ketiga pengukuran suhu tubuh bayi terdapat perbedaan yang signifikan. Hasil penelitian dengan menggunakan uji analisis *paired T test* untuk mengetahui perbedaan antara ketiga pengukuran didapatkan antara suhu bayi awal dan pertengahan didapatkan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$), yang berarti bahwa terdapat

perbedaan yang signifikan antara suhu bayi awal dan pertengahan, selain itu pada suhu bayi pertengahan dan akhir pelaksanaan IMD didapatkan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$), yang berarti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara suhu bayi pertengahan dan akhir. Hasil pengukuran suhu tubuh yang dilakukan tiga kali pada bayi menunjukkan penurunan pada pengukuran kedua. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh adaptasi bayi terhadap suhu lingkungan dikarenakan fasilitas kamar bersalin yang menggunakan pendingin ruangan. Inisiasi menyusui dini diberikan dengan kondisi pendingin ruangan dimatikan, tetapi suhu ruangan masih dingin. Suhu tubuh bayi meningkat pada pengukuran selanjutnya, dikarenakan kontak kulit bayi dengan kulit dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat selama bayi merangkak mencari payudara. Suhu lingkungan yang dianjurkan adalah suhu 25 - 32 derajat celsius. Hasil penelitian mendukung pendapat Roesli (2005) dan JNPKR (2008) yang menyebutkan bahwa inisiasi menyusui dini memberi keuntungan dalam mengendalikan temperatur bayi.

Bayi baru lahir kehilangan panas melalui penguapan terutama segera setelah lahir (karena penguapan cairan ketuban dari permukaan kulit), konduksi (kontak dengan benda-kain dingin, baki dan lain-lain), konveksi (oleh arus udara di mana udara dingin menggantikan udara hangat sekitar bayi, jendela terbuka, kipas) dan radiasi (untuk benda padat lebih dingin di sekitarnya, dinding). Kehilangan panas tubuh dapat terjadi baik pada waktu masih berada di kamar bersalin maupun di kamar bayi. Perpindahan panas dari permukaan tubuh ke lingkungan dapat terjadi dengan 4 cara yakni radiasi, konduksi, konveksi dan evaporasi (Klaus *et. al*, dalam Klaus & Fanaroff, 1998).

Evaporasi merupakan kehilangan panas bayi karena menguapnya cairan dari kulit yang basah oleh air ketuban/air karena bayi tidak segera dikeringkan. Pada bayi

yang sangat kecil (<1500 gram) kehilangan panas melalui evaporasi meningkat pada hari pertama kehidupan disebabkan kulit yang sangat tipis dan sangat permeabel. (Klaus *et. al*, dalam Klaus & Fanaroff, 1998). Faktor yang mempengaruhi suhu tubuh bayi diantaranya lingkungan, aktivitas dan berat badan bayi. Penelitian dilakukan pada bayi dengan berat badan normal rentang antara 2500 gram sampai dengan 4300 gram. Bayi dengan berat badan tersebut sudah memiliki bantalan lemak sub kutan cukup untuk meminimalkan kehilangan panas melalui evaporasi. Upaya untuk mengurangi penguapan panas melalui evaporasi dengan menambahkan selimut yang berlapis plastik pada selimut yang digunakan untuk pelaksanaan inisiasi menyusui dini.

6.4. Keterbatasan

Penelitian ini tidak lepas dari kekurangan dan keterbatasan yang tidak bisa dihindari selama pelaksanaan penelitian. Keterbatasan tersebut antara lain desain yang digunakan peneliti adalah *pre eksperimental post test only* dimana merupakan desain penelitian yang paling lemah untuk dilakukan generalisasi sehingga hasil penelitian tidak bisa digeneralisasikan pada kelompok lain. Pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling*, hambatan teknis yang dihadapi adalah pada saat ibu yang sudah diambil data dan diikuti dari awal kemudian tidak datang kontrol post partum di RSIA Kendangsari sehingga data untuk variabel *bonding attachment* dan produksi ASI tidak lengkap sehingga ibu harus di drop out dari daftar responden dan mengurangi jumlah responden yang seharusnya bisa mencapai lebih banyak. Variabel berat badan dan suhu tubuh bayi diukur dalam waktu yang berbeda-beda antara bayi satu dengan yang lain dikarenakan jenis persalinan yang berbeda membuat pengambilan data disesuaikan keberadaan ibu dan bayi selama masa perawatan dan disesuaikan waktu

kontrol post partumnya, sehingga ketepatan peningkatan dan penurunan hasil pengukuran kurang homogen.

B A B 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Kadar oksitosin Ibu tidak mempengaruhi pengeluaran ASI pada ibu postpartum
2. Stres tidak mempengaruhi pengeluaran ASI pada ibu postpartum
3. Nutrisi ibu selama 24jam sebelum pengukuran tidak mempengaruhi pengeluaran ASI pada ibu postpartum
4. Inisiasi menyusui dini meningkatkan *bonding attachment* ibu dan bayi ditunjukkan peningkatan hasil pengukuran *bonding attachment* dari waktu ke waktu
5. Inisiasi menyusui dini meningkatkan produksi ASI ditunjukkan dengan perbedaan signifikan berat badan bayi lahir dibanding berat badan bayi waktu kembali kontrol postpartum
6. Inisiasi menyusui dini menstabilkan suhu tubuh bayi sehingga tidak terjadi hipotermi bayi baru lahir yang ditunjukkan dengan suhu tubuh bayi normal pada akhir pelaksanaan IMD

7.2 Saran

1. Bagi Pasien dan Keluarga
Mengikuti kelas kehamilan dapat menjadi alternatif penambah wawasan ibu terutama masalah inisiasi menyusui dini sehingga pada saat persalinan pasien bisa meminta fasilitas inisiasi menyusui dini kepada petugas kesehatan.

2. Bagi pelayanan keperawatan (Rumah Sakit)
 - a. Mempertimbangkan hasil penelitian sebagai dasar pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD)
 - b. Mengembangkan SOP pelaksanaan inisiasi menyusui dini (IMD) yang disesuaikan dengan jenis persalinan dan melibatkan pasangan untuk meningkatkan ikatan antara ibu, bayi dan keluarga
3. Bagi penelitian dan pengembangan ilmu
 - a. Penelitian selanjutnya diharapkan menggunakan desain yang berbeda dengan membandingkan kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol sehingga lebih menghasilkan kesimpulan yang lebih bervariasi
 - b. Penelitian selanjutnya diharapkan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi *bonding attachment* dan hipotermi, sehingga dapat melihat dengan lebih tepat sejauh mana pengaruh Inisiasi Menyusui Dini (IMD) terhadap *bonding attachment* dan hipotermi.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

Amin R. M., Said Z. M., Rosnah S., Azhar S.S., Azlan D., Khadijah S., (2011) *Work related determinants of breastfeeding discontinuation among employed mothers in Malaysia*. International Breastfeeding Journal

Arifah I.N., (2009), *Perbedaan waktu keberhasilan inisiasi menyusui dini antara persalinan normal dengan caesar di Ruang An-nisa RSI Sultan Agung Semarang*; thesis; Universitas Diponegoro, Semarang

Anonim (2008), *Inisiasi menyusui dini*, (www.cpddokter.com/home diperoleh tanggal 31 Januari 2012)

Baston H., & Hall J., 2012. *Persalinan*. Jakarta: EGC

Bhaakoo O.N., Pershad D., Mahajan R., Gambhir S.K., (1994) *Development of mother infant attachment scale*, Department of Pediatric, PGIMER, Chandigarh, Indian Pediatrics, vol. 31

Bobak, L., & Jensen. (2005), *Buku ajar keperawatan maternitas*, Jakarta: EGC. hal 493

Brazelton T.B. & Nugent J.K. (1995), *Neonatal behavior assessment scale, 3rd Edition*. London : The lavenham Press Ltd, Mac Keith Press

Bystrova K, Matthiesen AS, Vorontsov I, Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Uvnas-Moberg K. (2007), *Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature*; Acta Paediatrica, 2003; 92 (3) : 320-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18021144> diperoleh tanggal 27 Pebruari 2012

Bystrova K, Matthiesen AS, Vorontsov I, Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Uvnas-Moberg K. (2007), *Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg*; Acta Paediatrica 2003;92(3):272-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18021144> diperoleh tanggal 27 Pebruari 2012

Cadwel, K., & Turner-Maffei, C., (2008) alih bahasa Tiar, E., (2011) *Manajemen laktasi: buku saku*, Jakarta, EGC

Craig, J,V & Smyth,R, L (ed) 2007, 2th *The evidence based practice manual for nurses*, Beasley ,C & Mullally,S

Dahlan M.S., (2011), *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*, Jakarta: Salemba Medika, edisi 5 hal, 69, 75

Darma K. K., (2011), *Metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta: CV. Trans Info Media. hal,116

De Carvalho. M., Robertson, S., Friedman, A., Klaus, M., (1983) *Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain*, Pediatrics, diperoleh dari <http://pediatrics.aappublications.org/content/72/3/307> tanggal 7 pebruari 2012

Ferber dan Makhoul (2004), *The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized controlled trial*. Pediatric Official Journal of The American Academy of Pediatrics (<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/4/858> diperoleh tanggal 25 Januari 2012)

Figueiredo B., Costa R., Pachecho A., and Pais A., (2007) *Mother-to-infant and father-to-infant initial emotional involvement*, Early Child Development and Care, vo. 77 No. 5, pp 521-532

Fikawati S., & Syafiq A., (2010) *Kajian implementasi dan kebijakan air susu ibu eksklusif dan inisiasi menyusui dini di Indonesia*; Makara Kesehatan, vol. 14; No. 1; 17-24

Fitria S.Y., (2010) *Efektifitas inisiasi menyusui dini terhadap peningkatan produksi ASI di klinik bersalin Maryani, Skripsi*, Universitas Sumatra Utara, Sumatra Utara

Gabriel M., Martin I.L., Escobar A.L., Vilalba E. F., Blanco I.R., and Pol P.T., (2010) *Randomized controlled trial of early skin to skin contact : effects on the mother and the newborn*; Acta Paediatrica, vol. 99, pp. 1630-1634

Gangal P., Bhagat K., Prabhu S., and Rajlakshmi N., (2007), *Initiation of breastfeeding by breast crawl*, UNICEF Maharashtra Vol 19

Gant N. F., & Cunningham F.G., (2011), *Dasar-dasar ginekologi dan obstetri*. Jakarta : EGC

Grewen K. M., Davenport R.E., and Light K. C., (2011), *An investigation of plasma and salivary oxytocin responses inbreast- and formula-feeding mothers of infants department of psychiatry*, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NorthCarolina, USA; Department of Anesthesiology, University of Utah, Salt Lake City, Utah, USA

Gribble K. D., (2006) *Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers*, International Breastfeeding Journal, (<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/5> diperoleh 2 Pebruari 2012

Hidayat, A.A., (2007), *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika. hal.58, 59

Johan C.H., Bussel V., Spitz B., Demyttenaere., (2010) *Three self report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the dutch version of the MPAS, PBQ, and MIBS*, *Arc womens ment Health* 13: 373-384 <http://springerverlag.com> diperoleh tanggal 31 Januari 2012

Keister D., Robert K. T., and Werner S. L., (2008), *Strategies for breastfeeding success*, *American academy of family Physicians* (<http://www.aafp.org/afp> diperoleh tanggal 10 Januari 2012)

Kennel., J.H., & Klaus, M.H., (1998), *Recent observations that alter perinatal care*, *Pediatrics* in review, diperoleh dari <http://pedsinreview.aappublications.org/content/19/1/4> tanggal 13 desember 2011

Kent, J.C., Mitoulas, L.R., Cregan, M.D., Ramsay, D.T., Doherty, D.A., & Hartman, P.E., (2006) *Volume, frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day*, *Pediatrics*, diperoleh dari <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/3/e387.full.html> tanggal 29 pebruari 2012

Kostyra K.M., Mazur J., Boltruszko I., (2002) *Effect of early skin to skin contact after delivery on duration of breastfeeding : a prospective cohort study*, *Acta Paediatrica* vol. 91: 1301-1306

Millennium Development Goals 2015, <http://www.mdgs.org> diperoleh 28 Januari 2012

Mullany L.C., Katz J., Khatry S.K., Clerq S.C.L., Darmstardt G.L., and Tielsch J.M., (2010) *Neonatal hypothermia and associated risk factors among newborns of southern Nepal*, *BMC Medicine* (<http://www.biomedcentral.com/> vol.8 No. 43) diperoleh 2 Pebruari 2012

Naylor, A.J., & Wester, R.A., (2009) *Lactation management self study modules level I*, third edition, Wellstart International, Shelburne, Vermont

Nursalam (2008), *Konsep dan metode penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal, 95-97

Pearson R.M., Lightman S.L., dan Evans J., (2011), *Attentional processing of infant emotion during late pregnancy and mother-infant relations after birth*, *Arch Womens Ment Health* vol. 14; pp. 23-31

Reeder, S.J., Martin, L.L., Koniak-Griffin, (1987) *Maternity Nursing; family, newborn, and women's health care*, ed. 18, USA: Lippincot Williams &Wilkins Inc.

Reeder, S.J., Martin, L.L., Koniak-Griffin, (1997); alih bahasa Afyanti, A., Rachmawati, I.N., Lusyana, A., Kurnianingsih, S., Subekti, N.B., Yulianti, D., (2011) *Keperawatan maternitas; kesehatan wanita, bayi dan keluarga*, ed 18, vol2, Jakarta, EGC

Roesli, U., (2008), *Inisiasi menyusui dini Plus ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda

Sarwono P., (2002) *Ilmu kebidanan*, Jakarta, Yayasan Bina Pustaka

Sastroasmoro, S dan Sofyan I., (1995), *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: binarupa

Sentra Laktasi Indonesia (selasi), *Panduan peserta: pelatihan konseling laktasi*, terjemahan dari WHO dan UNICEF, (1993)

Setiadi, (2007) *Riset dan metodologi penelitian keperawatan*, Yogyakarta : Graha Ilmu

Sinusas K., dan Gagliardi A., (2001) *Initial management of breastfeeding*, (www.aafp.org/afp) vol. 64 No. 6 pp. 981-991

Tomey, A (2006), *Nursing theorist and their work*, 6th edition. Philadelphia: Mosby Year – Book Inc.

White T. R., Watanabe K., Pournajafi-N. H., Schwertz D., Bell A., and Carter C.S., (2010), *Detection of salivary oxytocin levels in lactating women*, NIH publik Acces Vol. 51.no.4

Yegen B. C., (2010), *Oxytocin and hypothalamo-pituitary-adrenal axis*. Marmara Pharm J 14: 61-66, 2010

LAMPIRAN



Jl. Raya Kendangsari No.33 Surabaya

No. : 15/SK-RSKS/IV/2012
Lampiran : -
Perihal : Ijin Bantuan Fasilitas Penelitian

Kepada Yth.

Ibu Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.M.Kes
PUDEK III Program Magister Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya

Dengan hormat,

Bersama ini Kami dari Direksi Rumah Sakit Ibu & Anak Kendangsari Surabaya menginformasikan bahwa Permohonan Ijin Bantuan Fasilitas Penelitian 3 (tiga) mahasiswa Ibu yang sedang menempuh Program Study Magister atas nama :

1. Nama : Abeñ B.Y.H. Romana, S.Kep.Ns
NIM : 131041060
Judul Penelitian : Pengaruh model laktasi beco ning a mother terhadap keberhasilan Inisiasi menyusui dini, teknik menyusui dan pengeluaran ASI
2. Nama : Nufi Wikdatusa'biyah, S.Kep.Ns
NIM : 131041032
Judul Penelitian : Modul Pengembangan penerapan inisiasi menyusui dini terhadap Peningkatan kadar oksitosin dan penurunan jumlah darah pada Ibu pasca bersalin normal
3. Nama : Puji Hastuti, S.Kep.Ns
NIM : 131041045
Judul Penelitian : Pengaruh Inisiasi menyusui dini terhadap bonding Attachment Produksi ASI, Hipotermi

sudah Kami pelajari dan memberikan waktu Penelitian kepada ke-3 (ketiga) mahasiswa tersebut di atas selama 2 (dua) bulan yang dimulai pada tanggal **01 Mei s/d 30 Juni 2012**.

Demikian informasi ini Kami sampaikan untuk bisa dipergunakan dan dilaksanakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya Kami mengucapkan terima kasih.

Surabaya, 27 April 2012

Hormat kami,


KENDANGSARI
Demi Bunda dan Buah Hati Tercinta
Dr. Muhammad Fahrudin, SpOG



**KOMISI ETIKA PENELITIAN
KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 47-752/H3.13/PPd/2012

Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa proposal yang berjudul :

**“Pengaruh Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Terhadap
Bonding Attachment (Kadar Oksitusin), Produksi ASI dan Hipothermi
di Ruang Bersalin RSIA Kendangsari Surabaya”**

Peneliti Utama : Puji Hastuti, S.Kep., Ns.
Program Studi / Fakultas : Magister Keperawatan – FKp Universitas Airlangga
Unit/Lab. Tempat Penelitian : Rumah Sakit Ibu Anak Kendangsari Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 12 Juni 2012

Komis Etik Penelitian LPPM UNAIR
Ketua,


Prof. Dr. G.N. Astika, Apt.
NIP. 19430524 197302 1 001

Lampiran 3

LEMBAR PENJELASAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Puji Hastuti, S.Kep, Ns

NIP : 03010

Saat ini sedang melakukan penelitian tentang **“Pengaruh inisiasi menyusu dini terhadap *bonding attachment*, produksi ASI dan hipothermi.”** Tujuan penelitian adalah menjelaskan pengaruh inisiasi menyusu dini terhadap *bonding attachment*, produksi ASI dan hipothermi.” Manfaat penelitian adalah mengembangkan ilmu keperawatan khususnya upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak. Manfaat untuk responden adalah terjalinnya ikatan kasih sayang yang kuat antara ibu dengan bayinya, produksi ASI yang memenuhi kebutuhan bayi, serta menurunkan kejadian bayi kedinginan segera setelah lahir.

1. Ibu akan mengisi lembar kuisisioner data demografi, Kuisisioner ini diisi pada saat ibu sudah menyatakan kesediaan berpartisipasi dalam penelitian
2. Inisiasi menyusu dini dilakukan pada ibu segera setelah bayi lahir sampai selama 1 jam setelah melahirkan. Pengukuran hipotermi (kedinginan pada bayi baru lahir) dilakukan oleh peneliti dengan mengukur suhu bayi melalui ketiak bayi menggunakan thermometer digital selama 3menit. Suhu tubuh bayi diukur pada awal dilakukan inisiasi menyusu dini dan akhir inisiasi menyusu dini.
3. Ibu juga akan diambil air ludahnya dengan cara mengambil ibu tidak diperbolehkan merokok, makan atau minum satu sampai dua jam sebelum pengambilan ludah. Ibu berkumur dengan air, kemudian dalam posisi duduk nyaman mungkin dengan mata terbuka, kepala menunduk ke depan, meludah ke dalam tabung.
4. Peneliti akan menilai ikatan kasih sayang ibu dan bayi dengan mengamati perilaku, kalimat yang disampaikan ibu ke bayi, menggunakan lembar observasi. Penilaian dilakukan 2x yaitu pada saat pelaksanaan inisiasi menyusu dini dan pada saat ibu sudah dipindahkan ke Ruang Nifas
5. Pengukuran produksi ASI dilakukan sekali pada hari ibu kontrol posu partum, dilakukan dengan mengukur berat badan bayi saat lahir, saat pulang perawaatn dan saat kontrol pertama.

6. Penelitian dibawah pengawasan dokter spesialis obstetric ginekologi yaitu Dr. Budi Santosa, dr., Sp., OG, dokter spesialis anak yaitu Dini Adityarini, dr., Sp., A. dan dokter anesthesia yaitu dr. Ainur Rofiq.
7. Apabila dalam jalannya penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan prosedur yang diberikan maka responden dapat mengundurkan diri dari partisipasi sebagai responden dan bila ada pertanyaan lebih lanjut dapat menghubungi saya (Puji Hastuti) di 08113481145 dengan alamat Bendul Merisi Gang Besar Selatan 77K Surabaya
8. Pada akhir penelitian, responden mendapatkan penghargaan berupa cinderamata dari peneliti
9. Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bukan merupakan suatu paksaan, melainkan atas dasar sukarela. Oleh karena itu, Ibu berhak memutuskan untuk melanjutkan ataupun menghentikan keikutsertaan karena alasan tertentu yang dikomunikasikan kepada peneliti. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan. Semua responden akan mendapat perlindungan dan perlakuan yang sama

Dengan penjelasan tersebut di atas, kami berharap Ibu bersedia menjadi responden penelitian ini. Atas kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Surabaya,2012

Yang Menerima Penjelasan

Peneliti,

.....

Puji Hastuti, S.Kep., Ns

Saksi

Lampiran 4

INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN)

Setelah mendapatkan penjelasan yang telah saya mengerti dan pahami dengan baik,
saya

Nama :

Alamat :

Status :

Usia :

Bahwa saya menyatakan setuju dengan sukarela ikut berperan sebagai subjek dalam penelitian yang berjudul **“Pengaruh Inisiasi Menyusu Dini Terhadap *Bonding Attachment*, Produksi ASI dan Hipothermi.”**

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran.

Surabaya,2012

Yang Membuat Pernyataan

Mengetahui
Peneliti,

.....

Puji Hastuti, S.Kep., Ns.

Lampiran 5

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Responden yang saya hormati,
Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Puji Hastuti, S.Kep,Ns

NIP : 03010

Adalah Dosen Prodi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang **“Pengaruh Inisiasi Menyusu Dini Terhadap Bonding Attachment, Produksi ASI dan Hipothermi.”** Penelitian ini bermanfaat untuk memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak.

Untuk itu saya mohon partisipasi Ibu dalam penelitian ini. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan. Partisipasi Ibu adalah sukarela, tanpa ada paksaan. Apabila dalam jalannya penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan prosedur yang diberikan maka responden dapat mengundurkan diri dari partisipasi sebagai responden dan bila ada pertanyaan lebih lanjut dapat menghubungi saya di 08113481145.

Bila Ibu berkenan menjadi responden silahkan menandatangani pada lembar yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya mengucapkan terima kasih.

Hormat Saya

Puji Hastuti, S.Kep., Ns

Lampiran 6

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

A. DATA DEMOGRAFI BAYI

1. Usia gestasi bayi
 - a. 37 – 38 minggu
 - b. 38 – 39 minggu
 - c. 39 – 40 minggu
2. Berat badan bayi
 - a. 2500 - < 3000 gram
 - b. 3000 - < 3500 gram
 - c. 3500 – < 4000 gram
3. Jenis kelamin
 - a. Perempuan
 - b. Laki-laki
4. Anak yang dilahirkan merupakan anak ke
 - a. Pertama
 - b. Kedua
 - c. Ketiga
 - d.

B. DATA DEMOGRAFI IBU

1. Usia ibu
 - a. < 21 tahun
 - b. 21 – 30 tahun
 - c. 31 – 40 tahun
 - d. > 40 tahun

2. Paritas
 - a. Primi para
 - b. Multipara
3. Kalau Ibu sudah pernah melahirkan, pada persalinan sebelumnya apa dilakukan inisiasi menyusui dini?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Pendidikan
 - a. Tidak sekolah
 - b. SD
 - c. SMP
 - d. SMA
 - e. Perguruan Tinggi
5. Suku Bangsa
 - a. Jawa
 - b. Madura
 - c. Cina
 - d. Sunda
 - e.
6. Penyakit yang pernah dialami
 - a. Depresi
 - b. Hepatitis
 - c.

PENILAIAN INTERAKSI IBU-BAYI dengan OBSERVASI

Kontak I		
Nilai 2	Nilai 1	Nilai 0
Bertanya tentang kondisi bayi	Mendengar tentang informasi bayi, no comment	Tidak tertarik pada bayi
Menyentuh bayi	Melihat, tak menyentuh bayi	Tidak melihat, tidak menyentuh
Secara spontan bicara dengan bayi	Bicara dengan bayi bila perlu	Tidak bicara dengan bayi
Memangku bayi dengan kontak mata	Menggendong bayi tapi tidak kontak mata	Tidak menggendong bayi
Mengekspresikan kesan positif terhadap kelahiran bayi	Mengekspresikan kurang puas	Tidak ekspresi perasaan apa-apa
Kontak II		
Nilai 2	Nilai 1	Nilai 0
Kontak dengan bayi	Menerima kontak dengan bayi	Menghindari kontak dengan bayi
Memperhatikan seluruh tubuh bayi	Memperhatikan dan meraba tetapi menghindari bagian-bagian tertentu	Menghindari menyentuh
Bertanya tentang interpretasi penampilan bayi	Tertarik pada perilaku tapi tidak bertanya	Sedikit tertarik pada perilaku bayi
Menatap bayi dengan kontak mata	Berhadapan muka tetapi kontak mata tidak ada	Tidak menghadap pada muka bayi
Mengutarakan perasaan tentang respon bayi	Memerlukan bantuan dalam mengekspresikan perasaan	Tidak mengekspresikan perasaan tentang bayi
Kontak III		
Nilai 2	Nilai 1	Nilai 0
Memangku bayi dengan hangat ketika bayi minum	Memangku bayi	Tidak mampu, malas menggendong bayi
Spontan memanggil bayi dengan menggunakan nama	Berbicara dengan bayi, tetapi tidak langsung bicara dengan bayi	Tidak bicara dengan bayi
Secara konsisten memelihara posisi berhadapan dengan bayi dan kontak mata ada	Posisi berhadapan tetapi kontak mata sekali-kali	Kontak mata tidak ada

SKOR :10-8 : Baik. Perlu support keperawatan yang biasa dalam *bonding attachment*5-7 : Cukup. Perlu ekstra support untuk *bonding attachment*0-4 : Kurang. Perlu support intensif untuk *bonding attachment*

**LEMBAR OBSERVASI
SUHU TUBUH BAYI**

No Responden	Menit 0 IMD (derajat Celcius)	Menit 30 IMD (derajat Celcius)	Menit 60 IMD (derajat Celcius)

LEMBAR OBSERVASI
RECALL NUTRISI 24 JAM IBU PASCA MELAHIRKAN

Tanggal :

NO. RES PON DEN	RECALL NUTRISI					KET.
	Waktu	Menu	Bahan Makanan	Jumlah (URT)	Jumlah (berat)	
	Malam					
	Jam					
	Siang					
	Jam					
	Pagi					
	Jam					

EDINBURG'S POSTNATAL DEPRESSION SCALE

No	pernyataan	Tidak pernah (3)	Tidak begitu sering (2)	Ya, kadang-kadang (1)	Ya, sering (0)	skor
1	Saya tidak bisa tertawa dan tidak dapat merasakan hal-hal yang lucu dari segala sesuatu, misalnya suatu pertunjukan, bacaan, cerita komedi, lawakan, guyonan, obrolan sehari-hari					
2	Saya menyalahkan diri saya apabila terjadi kesalahan					
3	Saya merasa takut dan panic tanpa alasan yang jelas					
4	Saya merasa tidak bahagia sehingga saya sulit tidur					
5	Saya merasa sangat tidak bahagia, sehingga saya menangis					
6	Saya merasa cemas tidak dapat merawat dan membesarkan bayi saya dengan kasih sayang					
7	Saya merasa bersalah kepada suami saya bila karena kelelahan merawat bayi sehingga tidak sempat menyiapkan kebutuhan sehari-harinya					
8	Pernah ada pikiran-pikiran untuk melukai bayi saya					
		Tidak pernah (0)	Tidak begitu sering (1)	Ya, kadang-kadang (2)	Ya, sering (3)	
9	Saya bisa tertawa dan dapat merasakan hal-hal yang lucu dari segala sesuatu, misalnya suatu pertunjukan, bacaan, cerita komedi, lawakan, guyonan, obrolan sehari-hari					
10	Saya tidak menyalahkan diri saya apabila terjadi kesalahan					
11	Saya tidak merasa takut dan panic tanpa alasan yang jelas					
12	Saya merasa bahagia sehingga saya dapat tidur					
13	Saya merasa sangat bahagia, sehingga saya dapat tertawa					
14	Saya tidak merasa cemas karena merasa dapat merawat dan membesarkan bayi saya dengan kasih sayang					
15	Saya tidak merasa bersalah kepada suami saya bila karena kelelahan					

	merawat bayi sehingga tidak sempat menyiapkan kebutuhan sehari-harinya					
16	Tidak ada pikiran-pikiran untuk melukai bayi saya					
		Tidak pernah (3)	Tidak begitu sering (2)	Ya, kadang-kadang (1)	Ya, sering (0)	
17	Saya tidak merasa gembira menghadapi segala sesuatu					
18	Saya merasa khawatir dan cemas tanpa alasan yang jelas					
19	Segala sesuatu terasa membebani saya					
20	Saya merasa sedih atau jengkel tidak menentu					
21	Pernah ada pikiran-pikiran untuk melukai diri sendiri					
22	Saya merasa khawatir bila suami tidak senang dengan perubahan fisik saya setelah melahirkan					
23	Saya merasa bersalah bila suami harus menggantikan mengasuh bayi bila saya tertidur					
24	Pernah ada pikiran-pikiran ingin mati saja					
		Tidak pernah (0)	Tidak begitu sering (1)	Ya, kadang-kadang (2)	Ya, sering (3)	
25	Saya merasa gembira menghadapi segala sesuatu					
26	Saya tidak merasa khawatir dan cemas tanpa alasan yang jelas					
27	Segala sesuatu tidak terasa membebani saya					
28	Saya tidak merasa sedih atau jengkel tidak menentu					
29	Tidak pernah ada pikiran-pikiran untuk melukai diri sendiri					
30	Saya tidak merasa khawatir bila suami tidak senang dengan perubahan fisik saya setelah melahirkan					
31	Saya tidak merasa bersalah bila suami harus menggantikan mengasuh bayi bila saya tertidur					
32	Tidak ada pikiran-pikiran ingin mati saja					

LEMBAR OBSERVASI KADAR OKSITOSIN

NO RESPONDEN	SESUDAH IMD	KETERANGAN

**LEMBAR OBSERVASI DAN WAWANCARA PRODUKSI DAN
PENGELUARAN ASI**

No.	Kriteria Observasi dan wawancara	Ya	Tidak
1	ASI keluar memancar saat areola dipencet		
2	ASI keluar memancar tanpa memencet payudara		
3	ASI keluar memancar dalam 72 jam pertama setelah melahirkan		
4	Payudara terasa penuh atau tegang sebelum menyusui		
5	Payudara terasa kosong setelah menyusui		
6	ASI keluar segera setelah bayi mulai menyusu		
7	Tidak terasa nyeri/lecet dan bendungan dalam payudara		
8	24 jam setelah melahirkan ASI telah keluar		
9	Masih menetes setelah menyusui		
10	Payudara terasa lunak/lentur setelah menyusui		
11	Setelah menyusu bayi akan tertidur/tenang selama 3-4 jam		
12	Bayi buang air kencing sekitar 8 kali sehari dan warna air kencing kuning pucat seperti jerami		
13	Berat badan bayi naik antara 140-200 gram dalam 1 minggu		

Lampiran 7

	INISIASI MENYUSU DINI
PENGERTIAN	Inisiasi menyusui dini (<i>early initiation</i>) atau permulaan menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri setelah lahir. Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini dinamakan <i>the breast crawl</i> atau merangkak mencari payudara (Roesli, 2008).
TUJUAN	Merangsang produksi oksitosin dan prolaktin Meningkatkan keberhasilan produksi ASI Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu-bayi Mengurangi 22% kematian bayi berusia 28 hari kebawah Meningkatkan keberhasilan menyusui secara eksklusif dan meningkatkan lamanya bayi disusui Memperkuat reflek menghisap bayi
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. UU No. 23 Th. 1992 tentang kesehatan 2. SK Menkes No. 1333 Th. 1999 tentang Penetapan Standar Pelayanan Rumah Sakit 3. Kebijakan Pemerintah tentang ASI eksklusif
PROSEDUR/ LANGKAH	<p>1) Langkah 1</p> <p>Lahirkan, keringkan dan lakukan penilaian pada bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> a Saat bayi lahir, catat waktu kelahiran b Kemudian letakkan bayi di perut bawah ibu c Nilai usaha nafas dan pergerakan bayi apa diperlukan resusitasi atau tidak (2detik) d Setelah itu keringkan bayi. Setelah kering, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat di klem. e Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya dengan halus tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. f Hindari mengeringkan tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi juga membantu nya mencari puting ibunya yang berbau sama g Lendir cukup dilap dengan kain bersih. Hindari isap lendir di dalam mulut atau mulut bayi karena penghisap dapat merusak selaput lendir hidung bayi dan meningkatkan resiko infeksi pernapasan. h Lakukan rangsang taktil dengan menepuk atau menyentil telapak kaki. Menggosok punggung, perut, dada atau tungkai bayi dengan telapak tangan. Rangsangan ini dapat memulai pernapasan bayi serta membantu bayi dapat bernapas lebih baik. i Setelah satu menit mengeringkan dan menilai bayi, periksa kembali uterus untuk memastikan tidak

	<p>ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal) kemudian suntikan intramuskular 10 UI oksitosin pada ibu. Biarkan bayi di atas handuk atau kain bersih di perut ibu.</p> <p>2) Langkah 2 Lakukan kontak kulit dengan kulit selama paling sedikit satu jam</p> <ol style="list-style-type: none"> a Setelah 2 menit pasca persalinan, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem pada sekitar 3 cm pada dinding perut bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan 2 jari, kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu. Lakukan penjepitan kedua dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan pertama pada sisi ibu. Pemotongan tali pusat ditunda sampai tali pusat berhenti berdenyut agar nutrisi dan oksigen yang mengalir dari plasenta ibu ke bayi lebih optimal. b Kemudian pegang tali pusat di antara dua klem tersebut. Satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, dan tangan yang lain memotong tali pusat di antara kedua klem tersebut. c Ikat puntung tali pusat dengan jarak kira-kira 1 cm dari dinding perut bayi dengan tali yang steril. Lingkarkan tali di sekeliling puntung tali pusat dan ikat untuk kedua kalinya dengan simpul mati di bagian yang berlawanan. d Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada ibu. Kepala bayi harus berada di antara payudara ibu, tapi lebih rendah dari puting. e Kemudian selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit satu jam. Mintalah ibu untuk memeluk dan membelai bayinya. Bila perlu letakkan bantal di bawah kepala ibu untuk mempermudah kontak visual antara ibu dan bayi. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit f Hindari membasuh atau menyeka payudara ibu sebelum bayi menyusui. g Selama kontak kulit ke kulit tersebut, lanjutkan langkah manajemen aktif kala3 persalinan. <p>3) Langkah 3 Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusui</p> <ol style="list-style-type: none"> a Biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui b Anjurkan ibu dan orang lain untuk tidak menginterupsi menyusui misalnya memindahkan
--	---

	<p>bayi dari satu payudara ke payudara lainnya. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara</p> <ul style="list-style-type: none">c Menunda semua asuhan bayi baru lahir normal lainnya hingga bayi selesai menyusu. Tunda pula memandikan bayi 6-24 jam setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya hipotermiad Usahakan untuk tetap menempatkan ibu dan bayi di ruang bersalin hingga bayi selesai menyusue Segera setelah bayi baru lahir selesai menghisap, bayi akan berhenti menelan dan melepaskan puting. Bayi dan ibu akan merasa mengantuk. Bayi kemudian dibungkus dengan kain bersih lalu lakukan penimbangan dan pengukuran bayi, memberikan suntikan vitamin K1, dan mengoleskan salep antibiotik pada mata bayi. <ol style="list-style-type: none">(1) Jika bayi belum melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 2 jam, pindahkan ibu ke ruang pemulihan dengan bayi tetap di dada ibu. Lanjutkan asuhan bayi bari lahir dan kemudian kembalikan bayi kepada ibu untuk menyusu(2) Kenakan pakaian pada bayi atau tetap diselimuti untuk menjaga kehangatannya. Tetap tutupi kepala bayi dengan topi selama beberapa hari pertama. Bila suatu saat kaki bayi terasa dingin saat disentuh, buka pakaiannya kemudian telungkupkan kembali di dada ibu sampai bayi hangat kembali. Satu jam kemudian, berikan bayi suntikan Hepatitis B pertama.
--	--

NPar Tests

[DataSet1] H:\spss bu puji\data spss bu puji.sav

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Bonding Awal	30	1.23	.430	1	2
Bonding Hari 1	30	1.00	.000	1	1
Bonding Kontrol	30	1.13	.346	1	2

Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Bonding Awal	2.17
Bonding Hari 1	1.82
Bonding Kontrol	2.02

Test Statistics^a

N	30
Chi-Square	8.222
Df	2
Asymp. Sig.	.016

a. Friedman Test

NPar Tests

[DataSet1] H:\spss bu puji\data spss bu puji.sav

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Suhu awal	30	36.373	.3965	35.7	37.7
Suhu Tengah	30	36.433	.3407	35.7	37.4
Suhu Akhir	30	36.637	.3275	36.1	37.6

Friedman Test**Ranks**

	Mean Rank
Suhu awal	1.67
Suhu Tengah	1.67
Suhu Akhir	2.67

Test Statistics^a

N	30
Chi-Square	24.000
Df	2
Asymp. Sig.	.000

a. Friedman Test

NPar Tests

[DataSet1] H:\spss bu puji\data spss bu puji.sav

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Berat Badan Lahir	30	3378.33	328.687	2890	4000
Berat Badan Pulang	30	3205.00	313.190	2680	3800
Berat Badan Kontrol	30	3445.33	338.961	2850	4280

Friedman Test

Ranks

	Mean Rank
Berat Badan Lahir	2.25
Berat Badan Pulang	1.13
Berat Badan Kontrol	2.62

Test Statistics^a

N	30
Chi-Square	36.735
Df	2
Asymp. Sig.	.000

a. Friedman Test

NPar Tests

[DataSet1] C:\Users\Public\Documents\spss bu puji\data spss bu puji.sav

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Bonding Hari 1 - Bonding Awal	Negative Ranks	7 ^a	4.00	28.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	23 ^c		
	Total	30		

- a. Bonding Hari 1 < Bonding Awal
 b. Bonding Hari 1 > Bonding Awal
 c. Bonding Hari 1 = Bonding Awal

Test Statistics^b

	Bonding Hari 1 - Bonding Awal
Z	-2.646 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.008

- a. Based on positive ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

[DataSet1] C:\Users\Public\Documents\spss bu puji\data spss bu puji.sav

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
1	Bonding Kontrol - Bonding Hari	0 ^a	.00	.00
	Negative Ranks			
	Positive Ranks	4 ^b	2.50	10.00
	Ties	26 ^c		
Total		30		

- a. Bonding Kontrol < Bonding Hari 1
- b. Bonding Kontrol > Bonding Hari 1
- c. Bonding Kontrol = Bonding Hari 1

Test Statistics^b

	Bonding Kontrol - Bonding Hari 1
Z	-2.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.046

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

T-Test

[DataSet1] H:\spss bu puji\data spss bu puji.sav

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Berat Badan Lahir	3378.33	30	328.687	60.010
	Berat Badan Pulang	3205.00	30	313.190	57.180

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Berat Badan Lahir & Berat Badan Pulang	30	.953	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Berat Badan Lahir - Berat Badan Pulang	173.333	99.076	18.089	136.338	210.329	9.582	29	.000

T-Test

[DataSet1] C:\Users\Public\Documents\spss bu puji\data spss bu puji.sav

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Berat Badan Pulang	3205.00	30	313.190	57.180
Berat Badan Kontrol	3445.33	30	338.961	61.886

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Berat Badan Pulang & Berat Badan Kontrol	30	.848	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences						t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
				Lower	Upper				
Pair 1 Berat Badan Pulang - Berat Badan Kontrol	-240.333	181.478	33.133	-308.098	-172.568	7.254	29	.000	