



ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN MENYUSUI



DISUSUN OLEH

DINA DEWI ANGGRAINI, NUR DEWI, DEWI ANDARIYA NINGSIH, INKE MALAHAYATI,
RUTH YOGI, ALLANIA HANUNG, RIA GUSTIRINI

REVISI DAN PENYUSUNAN

ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN MENYUSUI

**Dina Dewi Anggraini
Nur Dewi
Dewi Andariya Ningsih
Inke Malahayati
Ruth Yogi
Allania Hanung
Ria Gustirini**



PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN MENYUSUI

Penulis :

Dina Dewi Anggraini

Nur Dewi

Dewi Andariya Ningsih

Inke Malahayati

Ruth Yogi

Allania Hanung

Ria Gustirini

ISBN : 978-623-99632-3-1

Editor : Mila Sari, S.ST, M.Si

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit :PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001

Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah

Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekuatifteknologi.co.id

Email : globaleksekuatifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Februari 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk

dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat ALLAH SWT, berkat rahmat dan petunjuk-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku yang berjudul Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.

Buku ini diharapkan dapat membantu pembaca memahami teori Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, sehingga mereka dapat mengaplikasikan ilmunya. Semoga buku ini dapat memberikan sumbangsih bagi kepustakaan di Indonesia dan bermanfaat bagi kita semua.

Penulis, 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
BAB I KONSEP DASAR NIFAS DAN MENYUSUI	
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Masa Nifas dan Menyusui	2
1.3 Tujuan Asuhan Masa Nifas.....	3
1.4 Peran dan Tanggung Jawab Bidan pada Masa Nifas	3
1.5 Tahapan Masa Nifas.....	5
1.6 Asuhan dalam Pelayanan Kebidanan pada Masa Nifas....	6
1.7 Kebijakan-Kebijakan Program Nasional Masa Nifas.....	9
BAB II KOMUNIKASI DALAM NIFAS DAN MENYUSUI NORMAL	
2.1 Pendahuluan	16
2.2 Komunikasi dalam Nifas dan Menyusui Normal.....	17
BAB III EVIDENCE BASED DALAM NIFAS DAN MENYUSUI NORMAL (FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMBERIAN ASI)	
3.1 Pendahuluan.....	28
3.2 Tujuan	32
3.3 Pembahasan.....	32
BAB IV BERFIKIR KRITIS DALAM ASUHAN NIFAS DAN MENYUSUI	
4.1 Pendahuluan.....	57
4.2 Definisi Berfikir Kritis.....	58
4.3 Penghambat Berfikir Kritis.....	59
4.4 Dimensi Keterampilan Berfikir Kritis.....	62
4.5 Membangun Keterampilan Berfikir Kritis	65
4.6 Model Konseptual Berfikir Kritis Dalam Praktek Kebidanan	65
4.7 Berfikir Kritis Dalam Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas dan Menyusui	71
BAB V CLINICAL JUGGMENT DALAM ASUHAN NIFAS DAN MENYUSUI NORMAL	
5.1 Clinical Judgment.....	88
5.2 Asuhan Nifas dan Menyusui	95

**BAB VI PROBLEM SOLVING DALAM ASUHAN NIFAS
DAN MENYUSUI**

6.1 Pendahuluan.....	118
6.2 Mastitis	119
6.3 Bendungan Payudara	121
6.4 Sub Involusio Uterus	122
6.5 Postpartum Blues	123
6.6 Depresi Postpartum.....	126
BAB VII KEBUTUHAN DASAR IBU NIFAS DAN MENYUSUI	
7.1 Nutrisi dan Cairan	130
7.2 Ambulasi	133
7.3 Eliminasi.....	134
7.4 Personal Hygiene	135
7.5 Istirahat	135
7.6 Seksual	136
7.7 Perawatan Payudara	137
7.8 Senam Nifas.....	138

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Konseptual model berfikir kritis dalam praktik kebidanan	66
Gambar 2. Piramida makanan.....	131

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Kebijakan Pemerintah terkait Kunjungan pada Masa Nifas.....	9
Tabel 2. Kebutuhan makanan sehari-hari ibu tidak hamil, ibu hamil, dan ibu menyusui.	19
Tabel 3. Daftar pertanyaan sesuai dimensi berfikir kritis	71
Tabel 4. Keterkaitan proses asuhan kebidanan, berfikir kritis, dan model konseptual berfikir kritis dalam asuhan kebidanan.....	73
Tabel 5. Aplikasi berfikir kritis pada ibu nifas dengan metritis.....	79
Tabel 6. Perubahan Normal pada Uterus Masa Nifas	99
Tabel 7. Proses Keluarnya Lochea.....	100
Tabel 8. Perbandingan Postpartum blues dan depresi postpartum.....	124
Table 9. Kelompok sajian makanan untuk wanita postpartum.....	132

BAB I

KONSEP DASAR NIFAS DAN

MENYUSUI

Oleh Dina Dewi Anggraini, S.S.T.Keb., M.Kes.,

1.1 Pendahuluan

Masa nifas merupakan hal penting yang perlu diperhatikan guna menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Dan berbagai pengalaman dalam menanggulangi ibu dan bayi ini di banyak negara, pelayanan nifas merupakan pelayanan kesehatan yang sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan. Asuhan pada masa nifas penting diberikan pada ibu dan bayi karena, enam puluh persen (60%) kematian ibu terjadi setelah persalinan dan 50% kematian pada masa nifas terjadi pada 24 jam pertama. Demikian halnya dengan masa neonatus juga merupakan masa krisis dari kehidupan bayi. Dua pertiga kematian bayi terjadi 4 minggu setelah persalinan, dan 60% kematian bayi baru lahir terjadi 7 hari setelah lahir (Mansur, N. 2014).

Untuk mencapai tingkat kesehatan yang sebaik mungkin bagi ibu nifas, bayi dan keluarga khususnya, serta masyarakat umumnya, asuhan masa nifas merupakan salah satu bidang pelayanan kesehatan yang harus mendapat perhatian baik oleh petugas kesehatan seperti dokter kebidanan, bidan dan perawat maupun ibu itu sendiri. Selama beberapa hari setelah melahirkan ibu mengalami masa nifas atau masa pemulihan. Maka dari itu asuhan nifas perlu dilaksanakan secara menyeluruh, walaupun pada umumnya ibu yang melahirkan dalam keadaan sehat, tetapi terkadang juga ditemukan adanya masalah (Anik, 2009).

1.2 Pengertian Masa Nifas dan Menyusui

Masa nifas dimulai setelah 2 jam post partum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan. Jika secara fisiologis sudah terjadi perubahan pada bentuk semua seperti sebelum hamil, tetapi secara psikologis masih terganggu maka dikatakan masa nifas tersebut belum berjalan dengan normal atau sempurna (Yuliana, W. dan Hakim, N. H., 2020). Masa nifas disebut juga dengan istilah lain post partum atau puerperium yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “Puer” yang mempunyai arti bayi dan “Parous” yang mempunyai arti melahirkan (Nurjannah dan Maemunah, 2013).

Masa nifas (*puerperium*) merupakan masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas ini berlangsung 6 minggu. Didalam masa nifas diperlukan asuhan masa nifas karena periode ini merupakan periode kritis baik ibu ataupun bayinya. Perubahan yang terjadi pada masa nifas yaitu perubahan fisik, involusi uteri, laktasi atau pengeluaran air susu ibu, perubahan sistem tubuh ibu, dan perubahan psikis (Saleha, 2009).

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Abdul Bari, 2002). Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Pudiknakes, 2003).

Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatan kembali yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu (Aritonang, J. dan Simanjutak, Y.T.O., 2021).

1.3 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Yuliana, W. dan Hakim, N. H., 2020). Tujuan dari asuhan kebidanan masa nifas adalah sebagai berikut :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
2. Melaksanakan skirining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistemis yaitu mulai pengkajian data subjektif, objektif maupun penunjang.
3. Setelah bidan melaksanakan pengkajian data maka bidan harus menganalisa data tersebut sehingga tujuan asuhan masa nifas ini dapat mendeteksi masalah yang terjadi pada ibu dan bayi.
4. Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya, yakni setelah masalah ditemukan maka bidan langsung masuk kelangkah berikutnya sehingga tujuan diatas dapat dilaksanakan.
5. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi pada bayinya dan perawatan bayi sehat. (Rukiyah, 2012).

1.4 Peran dan Tanggung Jawab Bidan pada Masa Nifas

Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas adalah memberi perawatan dan dukungan sesuai dengan kebutuhan ibu, yaitu melalui kemitraan (*patnrnership*). Selain itu dengan cara sebagai berikut:

1. Mengkaji kenutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas.
2. Menentukan diagnosa dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas.
3. Menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan prioritas masalah.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
5. Mengevaluasi bersama klien asuhan kebidanan yang telah diberikan.
6. Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.

Peran bidan pada masa nifas menurut Saleha (2009) adalah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi dan merespon kebutuhan dan komplikasi pada:
 - a. 6-8 jam setelah persalinan
 - b. 6 hari setelah persalinan
 - c. 2 minggu setelah persalinan
 - d. 6 minggu setelah persalinan
2. Mengidentifikasi dengan memberi dukungan terus-menerus selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu agar mengurangi ketegangan fisik dan psikologi selama masa nifas.
3. Sebagai promotor hubungan yang erat antara ibu dan bayi secara fisik dan psikologis.
4. Mengondisikan ibu untuk menyusui bayinya dengan cara menciptakan frasa nyaman.
5. Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan dengan ibu dan anak, serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
6. Mendekteksi adanya komplikasi dan perlunya rujukan.
7. Melakukan manajemen asuhan kebidanan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan, serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan

memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode masa nifas.

8. Memberikan asuhan kebidanan secara profesional, dengan cara melakukan asuhan pengumpulan data, menetapkan diagnosa, dan rencana tindakan melaksanakannya untuk mempercepat pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode masa nifas (Ambarwati R. E., 2010).

1.5 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu peurperium dini (immediate peurperium), peurperium intermedial (early peurperium), dan remote peurperium (later peurperium).

Adapun penjelasannya sebagai berikut :

1. Peurperium dini (immediate peurperium) yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Pada masa ini sering terjadi masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Bidan harus melakukan pemeriksaan uterus, pengeluaran lokhea, tekanan darah serta suhu secara teratur. Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. Peurperium intermedial (early peurperium) yaitu suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang dari 6-8 minggu. Bidan memastikan involusi uterus dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokhea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan. Serta ibu dapat , menyusui dengan baik.
3. Remote peurperium (later peurperium) yaitu waktu yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi. Waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bahkan tahun (Nugroho, 2014). Bidan tetap melakukan

perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB (Tonasih dan Vianty, 2020).

1.6 Asuhan dalam Pelayanan Kebidanan pada Masa Nifas

Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan tahapan perkembangannya. Selama ibu berada pada masa nifas, paling sedikit 4 kali bidan harus melakukan kunjungan, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi serta menangani masalah-masalah yang terjadi (Saifuddin, A. Bari, 2007).

Kebijakan mengenai pelayanan nifas (perurperium) bertujuan yaitu sebagai berikut:

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas ataupun bayinya.

Beberapa komponen esensial dalam asuhan kebidanan pada ibu selama masa nifas, adalah sebagai berikut:

1. Ajarkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali yaitu:
 - a. 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
 - b. 6 hari setelah persalinan
 - c. 2 minggu setelah persalinan
 - d. 6 minggu setelah persalinan

2. Periksa tekanan darah, perdarahan pervaginam, kondisi perenium, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus dan temperatur secara rutin.
3. Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan nyeri punggung.
4. Tanyakan pada ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan dan masyarakat untuk perawatan bayinya.
5. Tatalaksana atau rujuk ibu bila ditemukan masalah.
6. Lengkapi vaksinasi tetanus toksoid bila diperlukan.
7. Minta ibu segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut:
 - a. Perdarahan berlebihan
 - b. Sekret vagina berbau
 - c. Demam
 - d. Nyeri perut berat
 - e. Kelelahan atau sesak nafas
 - f. Bengkak di tangan, wajah, tungkai, sakit kepala atau pandangan kabur
 - g. Nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan putting
8. Berikan informasi tentang perlunya melakukan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Kebersihan diri
 - 1) Membersihkan daerah vulva dari depan kebelakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air
 - 2) Mengganti pembalut minimal dua kali sehari, atau sewaktu-waktu terasa basah atau kotor dan tidak nyaman
 - 3) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin
 - 4) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi
 - b. Istirahat

- 1) Beristirahat yang cukup, mengatur waktu istirahat pada saat bayi tidur, karena terdapat kemungkinan ibu harus sering terbangun pada malam hari karena menyusui
 - 2) Kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap
- c. Latihan (exercise)
- 1) Menjelaskan pentingnya otot perut dan otot panggul
 - 2) Mengajarkan latihan otot perut dan otot rahim sebagai berikut:
 - a) Menarik otot perut bagian bawah selagi menarik nafas dalam posisi tidur telentang dengan lengan disamping, tahan nafas sampai hitungan 5, angkat dagu ke dada, ulangi sebanyak 10 kali.
 - b) Berdiri dengan kedua tungkai dirapatkan, tahan dan kencangkan otot pantat, pinggul sampai hitungan 5, ulangi sebanyak 5 kali.
- d. Gizi
- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori/hari
 - 2) Diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin)
 - 3) Minum minimal 3 liter/hari
 - 4) Suplemen zat besi diminum setidaknya selama 3 bulan pasca salin, terutama didaerah dengan prevalensi anemia tinggi
 - 5) Suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian
- e. Menyusui dan merawat payudara
- 1) Jelaskan kepada ibu mengenai cara menyusui dan merawat payudara
 - 2) Jelaskan pada ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif

- 3) Jelaskan pada ibu mengenai tanda-tanda kecukupan ASI dan tentang manajemen laktasi
- f. Senggama
- 1) Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukan jari kedalam vagina
 - 2) Keputusan tentang senggama tergantung pada pasangan yang bersangkutan
- g. Kontrasepsi dan KB
- Menjelaskan pada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana setelah bersalin (Wahyuningsih, H. P., 2018).

1.7 Kebijakan-Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Berikut merupakan program nasional pemerintah pada masa nifas:

Tabel 1. Kebijakan Pemerintah terkait Kunjungan pada Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
Pertama	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> a) Mencegah perdarahan pada masa nifas karena antonia uteri. b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut. c) Memberikan konseling pada atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri. d) Pemberian ASI awal. e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. g) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam

Kunjungan	Waktu	Tujuan
		pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
Kedua	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a) Memastikan involusio berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat. d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyakit. e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
Ketiga	2 (Dua) minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
Keempat	Enam minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a) Menayakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. b) Memberikan koseling untuk KB secara dini.

(Tonasih dan Vianty, 2020).

Selama masa nifas, vagina akan terus-menerus mengeluarkan darah. Biasanya darah tersebut mengandung trombosit, sel-sel tua, sel-sel mati (nekrosis), serta sel-sel dinding rahim (endometrium), yang disebut *lochea*. Ibu pasca melahirkan akan mengalami empat tahapan perubahan lochea dalam masa nifas ini:

1. Merah tua (*lochea rubra*)

Tahap pertama ini akan berlangsung selama tiga hari pertama setelah melahirkan. Darah pada tahapan ini berpotensi mengandung banyak kuman penyakit.

2. Merah berlendir kecoklatan (*lochea sabguinolenta*)

Untuk tahapan kedua ini biasanya berlangsung selama 4-7 hari postpartum.

3. Kekuningan lalau merah pudar (lochea serosa)
Cairan yang berwarna ini biasanya mulai keluar 1-2 minggu postpartum.
4. Kekuningan lalu bening/putih (lochea alba)
Cairan ini keluar selama sekitar empat minggu yakni dari minggu kedua sampai minggu keenam. Bila cairan lochea sudah berwarna bening, tandanya masih masa nifas masih berlangsung normal (Nurjanah and A. Maemunah, 2013).

Beberapa komponen esensial dalam asuhan kebidanan pada bayi baru lahir selama masa nifas (Kemenkes RI, 2013) adalah sebagai berikut:

1. Pastikan bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan, jaga kontak kulit antara ibu dan bayi (bonding attachment) pada saat inisiasi menyusui dini serta tutup kepala bayi dengan topi.
2. Tanyakan pada ibu atau keluarga tentang masalah kesehatan ibu:
 - a) Keluhan tentang bayinya
 - b) Penyakit ibu yang mungkin berdampak pada bayi (TBC, Demam saat persalinan, KPD lebih sdari 18 jam, hepatitis B atau C, aipilis, HIV, AIDS dan penggunaan obat.
 - c) Cara, waktu, tempat bersalin dan tindakan yang diberikan pada bayi jika ada.
 - d) Warna air ketuban (Ani, dan S. N. H. Saleh. 2021).
3. Lakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip sebagai berikut:
 - a) Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis).
 - b) Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada bawah, denyut jantung serta perut

4. Catat seluruh hasil pemeriksaan. Bila terdapat kelainan apabila berada pada fasilitas pelayanan primer atau praktik mandiri bidan, maka lakukan rujukan sesuai pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
5. Berikan ibu nasihat tentang cara merawat tali pusat bayi dengan benar:
 - a) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.
 - b) Jangan membungkus putung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun pada putung tali pusat. Nasihatkan hal ini kepada ibu dan keluarga.
 - c) Mengoleskan alkohol pada povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena myebabkan tali pusat bayi basah atau lembab.
 - d) Sebelum meninggalkan bayi lipat popok dibawah putung tali pusat.
 - e) Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
 - f) Jika putung tali pusat kotor, bersihkan dengan hati-hati dengan air DTT dan sabun, kemudian segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
 - g) Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat yaitu kemerahan pada kulit sekitar tali pusat,tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihat ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.
6. Jika tetes mata antibiotik profilaksis belum diberikan, berikan sebelum 12 jam setelah persalinan.
7. Penanggulangan Bayi:

Bayi yang lahir di fasilitas pelayanan kesehatan seharusnya dipulangkan minimal 24 jam setelah lahir, apabila selama pengawasan tidak dijumpai kelainan. Pada bayi yang lahir normal dan tanpa masalah bidan dapat meninggalkan tempat persalinan paling cepat 2 jam setelah lahir.

8. Kunjungan Ulang:

- a) Terdapat minimal 3 kali kunjungan ulang bayi baru lahir:
 - (1) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
 - (2) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
 - (3) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)
- b) Lakukan pemeriksaan fisik, timbang berat badan, periksa suhu dan kebiasaan makan bayi
- c) Periksa tanda bahaya
- d) Periksa tanda-tanda infeksi kulit superfisial, seperti nanah keluar dari umbikalis, adanya lebih dari 10 pustula di kulit, pembengkakan, kemerahan dan pengeras kulit
- e) Bila terdapat tanda bahaya atau infeksi, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan
- f) Pastikan ibu memberikan ASI eksklusif (Wahyuningsih, H. P., 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Ani, dan S. N. H. Saleh. 2021. *Asuhan Kebidana Masa Nifas Dan Menyusui*. Tasikmalaya: Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia.
- Anik , Maryunani. 2009. *Asuhan Pada Ibu Dalam Masa Nifas*. Jakarta: TIM.
- Aritonang, J. dan Simanjutak, Y.T.O. 2021. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta: Deepublish.
- Yuliana, W., dan B. N. Hakim. 2020. *Emodemo Dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Sulawesi Selatan: Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia
- Tonasih, dan V. M. Sari. 2020. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui Edisi Covid-19*. Yogyakarta: K-Media
- Simanjutak, Y, T, O,. 2021. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta: Deepublish.
- Ambarwati Retna, Eni. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Abdul Bari, S. 2002. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP.
- Mansyur, N. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Malang : Selaksa Medika.
- Nugroho, T., dkk. (2014). *Buku ajar asuhan kebidanan nifas (askeb 3)*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Nurjanah, S.N., Maemunah, A. S., & Badriah, D.L. (2013). *Asuhan Kebidanan Post Partum Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea*. Bandung: PT Refrika Aditama.
- Pusdiknakes, 2003, *Buku 4: Asuhan Kebidanan Postpartum*, Jakarta: Pusdiknakes.
- Rukiyah,A.Y dan Yulianti L. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta : CV. Trans Info Medika.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

- Saleha, 2009. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta: Salemba Medika.
- Wahyuningsih, H. P. 2018. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

BAB II

KOMUNIKASI DALAM NIFAS DAN MENYUSUI NORMAL

Oleh M. Nur Dewi Kartikasari

2.1 Pendahuluan

Ibu pasca persalinan akan memasuki periode nifas yang menghadapi perubahan fisiologis maupun psikologis. Perubahan fisiologis yang terjadi waktu nifas antara lain proses involusi uterus, pengeluaran lochea, dan lainnya. Sedangkan perubahan psikologis antara lain perasaan bahagia dan lega setelah melahirkan, bayi yang lahir sesuai keinginan maupun tidak, keadaan yang membuat ibu nifas merasa sedih atau senang, dan lainnya.

Masa nifas erat kaitannya dengan proses menyusui. Proses menyusui juga mengakibatkan perubahan fisiologis dan psikologis pada masa nifas. Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu menyusui meliputi perubahan hormon dan pengeluaran ASI yang menyebabkan pembesaran kelenjar susu, sedangkan perubahan psikologis misalnya ibu merasa cemas dan tidak mampu merawat bayi; ibu tidak maksimal dalam menyusui; rasa takut terhadap perubahan body image; cemas terhadap kondisi bayi, dan lain-lain (Purwanti and Cholifah, 2019).

Menurut Baston (2011), bidan berperan penting dalam mendampingi dan membantu ibu selama adaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Bidan harus memberikan pelayanan yang berhubungan dengan nutrisi masa nifas dan menyusui; mobilisasi, *personal hygiene*; proses menyusui; serta deteksi dini masalah dan penanganan komplikasi yang terjadi selama nifas dan menyusui. Pelayanan kebidanan itu sangat dibutuhkan

untuk mencegah munculnya infeksi masa nifas, perdarahan, hipertensi, atau penyakit lainnya yang dapat menyebabkan kematian ibu (Riskitasari, K.Kasiati and Fatmaningrum, 2019).

Pelayanan kebidanan selama nifas dan menyusui sebagian besar dilakukan melalui komunikasi, informasi dan edukasi (KIE). KIE merupakan sumber informasi utama bagi ibu nifas dan menyusui. Namun, terkadang ibu hanya diberikan anjuran untuk dapat segera beraktivitas secara mandiri. Setiap ibu mempunyai masing-masing kebutuhan dalam menjalani masa pemulihan sehingga ibu akan selalu membutuhkan kehadiran keluarga dan petugas kesehatan (Susilawati E, 2015).

Komunikasi yang dilakukan oleh bidan pada ibu nifas dan menyusui harus mempertimbangkan beberapa aspek, misalnya kestabilan emosi ibu, kejelasan informasi yang diberikan, latar belakang pendidikan, sosial budaya, dsb (Purwanti and Cholifah, 2019). Waktu komunikasi sedang berlangsung, perlu diperhatikan adanya *noise*, artinya gangguan yang tidak direncanakan tetapi terjadi selama komunikasi berlangsung dan mengakibatkan komunikasi (ibu nifas) menerima pesan yang berbeda dari komunikator (bidan) misalnya ibu terlihat gelisah dan tidak nyaman dengan lingkungan sekitar (Effendy O.U, 2011).

2.2 Komunikasi dalam Nifas dan Menyusui Normal

Nifas adalah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pemulihan alat kandungan ke kondisi awal dimulai sejak 2 jam pertama setelah kelahiran bayi yang berlangsung antara 6 minggu/42 hari (Prawirohardjo, 2011).

Pada periode waktu nifas, ibu akan menghadapi perubahan fisik, psikologis dan sosial. Oleh sebab itu, bidan bertugas dalam memberikan pendampingan kepada ibu selama nifas, dan melakukan asuhan yang menyeluruh supaya ibu dapat melewati masa nifas dengan normal.

Memperoleh Air Susu Ibu (ASI) merupakan hak setiap anak. Sesuai UU Kesehatan nomor 36 tahun 2009, pasal 128

ayat 1 dijelaskan bahwa setiap bayi mempunyai hak untuk mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan, kecuali jika terdapat indikasi medis. Dalam Peraturan Pemerintah no 33 tahun 2012 tentang ASI Eksklusif dijabarkan dengan jelas bahwa seorang bayi yang baru lahir dengan kondisi normal (tidak mengalami masalah yang membutuhkan tindakan khusus) mempunyai hak memperoleh ASI eksklusif. Beberapa pihak mulai keluarga, pemerintah pusat, pemerintah daerah maupun masyarakat harus mendukung ibu dan bayi secara penuh dengan menyediakan waktu dan fasilitas khusus selama masa pemberian ASI (Pusdiknakes, 2013),

Oleh karena itu, masa nifas biasanya juga disebut masa menyusui. Menyusui merupakan proses pemberian ASI oleh ibu kepada bayi. Salah satu peran dan tanggung jawab bidan pada periode nifas yaitu membantu ibu nifas dalam menyusui bayinya. Bidan juga memiliki peranan penting dalam meningkatkan cakupan pemberian ASI. ASI yaitu nutrisi terbaik bagi bayi sampai kapanpun. Jadi masa nifas merupakan waktu menyesuaikan diri dan adaptasi bagi ibu pasca melahirkan karena selain adanya anggota baru dalam keluarga (bayi), ibu harus bertanggung jawab dalam menyusui. Menyusui bayi adalah pengalaman yang mengesankan terutama pada ibu yang melahirkan anak pertamanya. Menyusui bayi ini dilakukan oleh hampir semua lapisan masyarakat di dunia, sebab proses menyusui memiliki banyak manfaat dalam masa nifas (Hailemariam, T. W., Adeba, E., & Sufa, 2015).

Proses menyusui membutuhkan pengetahuan dan ketrampilan ibu dalam menyusui. Selama proses menyusui dapat menyebabkan masalah pada ibu dan bayi, misalnya puting susu lecet, payudara bengkak, abses, saluran susu tersumbat, mastitis maupun masalah bayi yang menolak menyusu dan sering menangis. Berbagai masalah yang muncul akan mengakibatkan kegagalan dalam proses menyusui sehingga menjadi hambatan ibu untuk memenuhi hak anak mendapatkan ASI eksklusif (Sulistianingsih, 2012).

Pengetahuan yang rendah dan persepsi yang salah tentang cara menyusui merupakan salah satu penyebab munculnya masalah dalam proses menyusui. Kehadiran, kemampuan dan *skills* tenaga kesehatan sangat dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kebidanan tentang proses menyusui. Ibu membutuhkan informasi tentang cara menyusui yang benar, cara perawatan payudara, maupun pendidikan kesehatan tentang ASI eksklusif (Saudia, 2021).

Informasi yang diberikan akan meningkatkan pengetahuan, sikap dan kepuasan ibu dalam menyusui. Informasi maupun pendidikan kesehatan tersebut diberikan melalui serangkaian kegiatan misalnya penyuluhan, promosi kesehatan, konseling, dan lain-lain yang membutuhkan keterampilan bidan dalam berkomunikasi (Purwanti and Cholifah, 2019).

Komunikasi adalah seni dalam menyampaikan informasi berupa ide, pesan, sikap maupun gagasan dari pemberi informasi untuk membentuk dan mengubah perilaku subjek menuju pemahaman yang diinginkan. Komunikasi kebidanan yaitu bentuk komunikasi yang dilakukan oleh bidan dalam pelayanan kebidanan, misalnya waktu bidan melakukan anamnesa/wawancara terhadap pasien, memberikan asuhan maupun melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan (Handajani, 2016).

Komunikasi menjadi suatu hal penting dalam interaksi sosial yang dilakukan untuk memberikan informasi dan pengaruh kepada masyarakat melalui berbagai macam media. Komunikasi yang efektif akan memudahkan ibu dalam memahami pesan yang disampaikan oleh bidan maupun tenaga kesehatan. Komunikasi yang tepat saat bidan melakukan interaksi dengan ibu maupun orang lain akan berpengaruh terhadap hasil pelayanan dan kualitas asuhan kebidanan. Komunikasi bidan pada proses menyusui sangat dibutuhkan ibu untuk memberikan motivasi sesuai peran ibu supaya meningkatkan keberhasilan ibu dalam pemberian ASI dan perawatan bayinya (Purwanti dan Cholifah, 2019).

Unsur-unsur yang diperlukan dalam komunikasi antara lain:

1. Komunikator : bidan, tenaga kesehatan lain, keluarga maupun masyarakat yang memberikan pesan kepada ibu nifas dan menyusui. Komunikator juga sebagai pengirim atau pembawa informasi.
2. Pesan/*Message* : suatu informasi yang disampaikan melalui gerak tubuh, kata-kata, gagasan, simbol maupun yang lain. Pesan sebaiknya dirancang dalam model yang tepat dan dipertimbangkan sesuai kondisi ibu, hubungan ibu dan bidan, serta waktu pelaksanaan. Informasi dapat berupa nasehat, arahan, dukungan dan lain sebagainya.
3. Komunikan : subjek/sasaran dalam komunikasi yang merupakan penerima informasi yaitu ibu nifas dan menyusui maupun keluarga dan masyarakat lainnya.
4. Media/*channel* : sarana untuk menyampaikan pesan misalnya buku KIA, leaflet, brosur, radio, televisi, rekam medik, sosial media, dan lain-lain.
5. Umpan balik/*feedback* : tanggapan terhadap informasi yang diterima oleh komunikan. Umpan balik ini dapat berupa zero umpan balik (tidak ada tanggapan); umpan balik positif (dapat diterima); umpan balik netral (tanggapan tidak relevan dengan informasi) maupun umpan balik negatif (tidak setuju bahkan memberikan kritik).

Menurut Purwanti dan Cholifah (2019), faktor-faktor yang berpengaruh dalam komunikasi kebidanan yang efektif yaitu:

1. Penggunaan bahasa : informasi yang diberikan oleh bidan sebaiknya menggunakan bahasa yang jelas dan mudah dipahami ibu; serta memuat informasi yang sederhana.
2. Pemahaman pesan : informasi yang disampaikan menggunakan media yang sesuai kondisi ibu, tepat sasaran, penataan bahasa dan isi informasi sesuai kebutuhan, serta dapat memperkirakan masalah yang mungkin terjadi dan menetapkan solusi.

3. Pengulangan : pesan disampaikan secara berulang agar pemahaman ibu meningkat.
4. Feedback yang tepat : memberikan pertanyaan kepada ibu tentang pendidikan kesehatan yang telah disampaikan sudah dipahami atau belum. Kalau belum, dapat diulang pendidikan kesehatannya.
5. Kecakapan bidan dan ibu : bidan dan ibu nifas sama-sama meningkatkan kecakapan bagaimana cara memberikan informasi, menjadi pendengar yang baik, memberikan empati, kesungguhan dan perhatian dalam menyimak informasi, dll.
6. Kelebihan beban dalam menerima informasi : sebaiknya pendidikan kesehatan selama masa nifas dan menyusui tidak diberikan dalam satu waktu, namun disampaikan bertahap sesuai prioritas asuhan kebidanan dalam memecahkan masalah ibu.

Dalam penyampaian informasi, bidan harus mempertimbangkan waktu dan kondisi ibu. Ibu pasca melahirkan biasanya mengalami kelelahan yang membutuhkan istirahat sejenak. Ketika persalinan terjadi pada malam hari, maka sebaiknya informasi tentang nifas dan menyusui dapat diberikan waktu pagi harinya atau setelah ibu siap menerima informasi.

Komunikasi efektif dapat dilihat dari beberapa ciri sebagai berikut :

1. Adanya saling pengertian : Komunikasi bidan akan efektif jika ibu semakin mengerti, memahami, dan mengikuti instruksi bidan (dalam mencapai tujuan asuhan kebidanan).
2. Menumbuhkan kesenangan : komunikasi yang terjadi membuat ibu senang dan antusias, serta meningkatkan kesadaran dan motivasi ibu terhadap intervensi/anjuran yang diberikan bidan.
3. Pengaruh pada sikap : komunikasi yang bersifat persuasif akan mengubah perilaku ibu misalnya munculnya perilaku

hidup bersih dan sehat selama nifas dan menyusui karena ibu mampu melakukan *personal hygiene* dengan baik.

4. Hubungan semakin baik : komunikasi efektif dapat membuat hubungan personal yang baik antara bidan dan ibu nifas.
5. Tindakan : tujuan penyampaian informasi dalam asuhan nifas dan menyusui yaitu mampu menumbuhkan kesadaran klien/ibu nifas dalam melakukan tindakan/intervensi kebidanan.

2.2.1 Komunikasi Terapeutik dan kelompok

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dirancang untuk kesembuhan ibu dan mampu membantu ibu dalam melakukan adaptasi fisiologi/psikologi masa nifas dan menyusui; mengatasi masalah yang dihadapi dalam masa nifas dan menyusui; serta belajar membina hubungan dengan orang lain. Keterampilan yang dimiliki bidan dalam komunikasi terapeutik akan memudahkan dalam menjalin hubungan saling percaya sehingga efektif dalam memberikan asuhan kebidanan dan berhasil mencapai tujuan asuhan yang diberikan.

Tujuan komunikasi terapeutik antara lain:

1. Membantu ibu untuk memperjelas masalah, mengurangi beban pikiran dan perasaan, serta melakukan tindakan yang akan mengubah kondisi ibu. Misalnya masalah ASI yang keluar sedikit dapat dilakukan pendekatan pada ibu terkait masalah yang mungkin sedang dihadapi baik masalah fisik terkait nutrisi maupun psikologis terkait perasaan ibu yang sensitif dalam masa nifas dan menyusui.
2. Mengurangi keraguan ibu tentang ketidakmampuan dalam merawat bayi, membantu ibu melakukan tindakan yang efektif melalui pendidikan kesehatan tentang cara memandikan bayi, merawat tali pusat, cara menyusui yang benar dan lainnya.
3. Mempengaruhi ibu nifas dan menyusui agar mampu melakukan perilaku sehat selama nifas dan menyusui, misalnya *personal hygiene*, perawatan luka perineum, perawatan payudara, dan lainnya.

Sikap yang harus dimiliki bidan dalam komunikasi terapeutik diantaranya duduk berhadapan, menjaga kontak mata, membungkuk ke arah ibu, memperlihatkan sikap terbuka dan tetap santai. Sedangkan keikhlasan dan empati merupakan karakteristik yang harus dimiliki dalam menjalin komunikasi terapeutik. Bidan yang memiliki sikap ikhlas baik verbal maupun non verbal akan memberikan kesadaran ibu untuk memberikan tanggapan yang tepat dan positif; serta mempercepat pemulihan kondisi ibu. Selain itu, dibutuhkan rasa empati dalam memberikan asuhan kebidanan. Penerimaan dan pemahaman bidan terhadap perasaan ibu akan menimbulkan kepercayaan dan kenyamanan.

Komunikasi kelompok yaitu bentuk komunikasi dan interaksi antara 3 orang lebih untuk mencapai satu tujuan. Di Indonesia terdapat program Kelompok Pendamping Ibu (KP Ibu) yang dijalankan dalam mendampingi sekelompok ibu nifas dan menyusui untuk saling berinteraksi dan berkomunikasi dalam pendidikan kesehatan masa nifas dan menyusui. Selain berguna untuk memenuhi kebutuhan sosial, membentuk konsep diri, saling menerima/memberi dukungan antar ibu nifas/menyusui, dan berbagi dengan orang lain, komunikasi kelompok juga berguna untuk menunjang kesehatan ibu dan anak. KP Ibu ini mempunyai keuntungan seperti memberikan efisiensi waktu karena dalam waktu yang sama, sekelompok ibu nifas memperoleh informasi tentang pendidikan kesehatan; dapat memfasilitasi *sharing* pengalaman antar ibu nifas dan menyusui serta saling memberikan dukungan dalam menghadapi masalah; dan KP ibu menjadi sebuah forum agar anggota kelompok saling membantu. (Handajani, 2016).

2.2.2 Komunikasi Interpersonal/Konseling (KIP/K)

Konseling merupakan kegiatan memberikan informasi secara lengkap, objektif dan sistematis sesuai dengan panduan komunikasi interpersonal, teknik pembimbingan, dan penguasaan pengetahuan klinik untuk membantu ibu mengenali

kondisinya saat ini, menemukan masalah yang dihadapi serta menemukan solusi atas masalah yang terjadi.

Ciri-ciri konseling menurut Yulifah and Yuswanto (2009) antara lain:

1. Adanya interaksi antara bidan dan ibu.
2. Ibu sebagai konseli datang ke bidan dengan masalah yang dihadapi.
3. Ibu datang atas kemauan sendiri atau saran keluarga untuk menyelesaikan masalahnya.
4. Bidan sebagai konselor merupakan orang yang profesional dalam memberikan konseling.
5. Konseling bertujuan untuk membantu ibu dalam memahami dan menerima keadaan serta menemukan solusi terhadap masalah/kondisi yang dialami.
6. Proses konseling menitikberatkan kepada masalah yang jelas dan nyata. Proses konseling mencakup empat tahapan, yaitu membina hubungan yang baik antara bidan dan ibu; menggali informasi/masalah yang dialami ibu, pengambilan keputusan, dan tindak lanjut pertemuan.

2.2.3 Konseling dalam asuhan nifas dan menyusui

Asuhan kebidanan dan konseling yang tepat pada ibu nifas merupakan bentuk asuhan yang berkualitas sebagai bentuk dukungan kita sebagai bidan kepada klien. Pada saat memberikan asuhan pada ibu nifas, seorang bidan mempunyai peran mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi, mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, sosial, dan memberi semangat kepada ibu, membantu ibu dalam menyusui bayi (manfaat ASI eksklusif). Konseling pada ibu nifas berfokus pada pemberian bantuan pada ibu nifas tentang (pemahaman keadaan diri) dalam hal adaptasi pada masa nifas dan perawatan payudara karena klien masih dalam kelelahan.

Tanda bahaya bagi ibu, tanda bahaya bagi bayi, nutrisi ibu dan bayi, teknik menyusui yang benar, personal hygiene, Immunisasi, keluarga berencana kelanjutan aktivitas hubungan seks. Dalam konseling, sebagai konselor harus mampu

mendengarkan klien dan melaksanakan bimbingan dan pelatihan kepada ibu dalam rangka memandirikan klien dalam merawat dan memenuhi kebutuhan bayi.

Tujuan konseling dalam kebidanan yaitu sebagai berikut :

1. Membantu ibu dalam pemecahan masalah, meningkatkan keefektifan ibu dalam mengambil keputusan dengan tepat, serta menjadi fasilitator dalam pengembangan coping yang membangun pada ibu nifas yang mengalami masalah nifas dan menyusui. Selain pada ibu nifas, bidan juga memfasilitasi suami dan keluarga.
2. Memenuhi kebutuhan ibu nifas dan menyusui, seperti menghilangkan perasaan tertekan yang mengganggu ibu, serta mencapai *mental health* yang positif.
3. Bidan mampu mengubah sikap dan perilaku ibu ke arah yang positif dan bermanfaat pada ibu selama nifas dan menyusui.
4. Meningkatkan rasa percaya diri dengan menguatkan ibu nifas agar dapat menerima kondisinya secara positif.
5. Menyampaikan informasi kepada ibu terkait hak dan pilihan ibu, serta memberdayakan ibu dalam mengambil keputusan. Bidan juga dapat menjangkau keluarga dan masyarakat serta mengajarkan tentang akar masalah masa nifas dan menyusui beserta solusinya (Depkes RI, 2006).

Keberhasilan KIE atau kualitas KIE yang baik dapat dilihat dari perubahan perilaku yang dialami oleh responden dan motivasi yang didapatkan klien untuk melakukan sebuah tindakan atau perilaku kesehatan. *Output* dari kualitas KIE menjadi tolak ukur sejauh mana keberhasilan KIE yang dilakukan oleh tenaga kesehatan baik berupa pemecahan masalah, tingkat perubahan perilaku oleh responden kearah positif maupun sejauh mana responden termotivasi dan mengenali dirinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Effendy O.U (2011) *Ilmu Komunikasi: Teori dan Prakteknya*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Hailemariam, T. W., Adeba, E., & Sufa, A. (2015) 'Predictors of early breastfeeding initiation among mothers of children under 24 months of age in rural part of West Ethiopia', *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2420-z>.
- Handajani, S. R. (2016) *Komunikasi dalam Praktik Kebidanan*. 1st edn. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Prawirohardjo, S. (2011) *Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Purwanti, Y. and Cholifah, S. (2019) *Buku Ajar Mata Kuliah Komunikasi & konseling dalam praktik kebidanan*. I. Sidoarjo.
- Pusdiknakes (2013) *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Riskitasari, A., K.Kasiati and Fatmaningrum, W. (2019) 'Hubungan Pengetahuan, Sikap, Kualitas Kie, Dan Dukungan Suami Terhadap Tingkat Konsumsi Vitamin A Pada Ibu Nifas', *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*, 3(4), pp. 311–319. doi: 10.20473/imhsj.v3i4.2019.311-319.
- Saudia, B. E. P. (2021) 'Pengaruh Support Edukasi Teknik Menyusui Dengan Metode Alat Peraga Terhadap Pengetahuan Ibu Nifas Di UPT BLUD Puskesmas Gunungsari Tahun 2018', *ejurnal.binawakya.or.id*, 15(6), pp. 4571–4578.
- Sulistianingsih, R. (2012) *Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui Tentang Cara Menyusui Yang Benar di Dusun Lemahbang Plokerep Karangmalang, Kabupaten Sragen*. Surakarta.
- Susilawati E (2015) *Hubungan Peran Bidan dengan Pengetahuan Ibu dalam Perawatan Luka Post SC di Ruang Nifas BLUD RSUD Kota Langsa*.
- Yulifah, R. and Yuswanto, T. J. A. (2009) *Komunikasi dan*

Konseling dalam Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

BAB III

EVIDENCE BASED DALAM NIFAS DAN MENYUSUI NORMAL

(FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMBERIAN ASI)

Oleh Dewi Andariya Ningsih, S.ST,M. Keb

3.1 Pendahuluan

Manfaat dan keuntungan menyusui telah banyak didokumentasikan dengan baik dalam berbagai literatur. Menyusui merupakan metode pemberian makan kepada bayi yang diterima secara umum dan merupakan metode pemberian makan kepada bayi yang paling baik pada dua tahun pertama kehidupan. Banyak penelitian yang telah membuktikan bahwa manfaat ASI akan semakin meningkat seiring dengan semakin lamanya durasi menyusui dan pemberiannya yang secara eksklusif sampai dengan enam bulan. Maka, petugas kesehatan hendaknya menjadikan kegiatan promosi ASI eksklusif sebagai salah satu dari pekerjaan wajibnya, selain itu mereka juga harus pandai untuk dapat menangani berbagai masalah yang timbul saat pemberian ASI.¹

Untuk mempromosikan, melindungi, dan mendukung pemberian ASI, WHO dan UNICEF membuat program Babyfriendly Hospital Initiative (BFHI), yaitu 10 langkah untuk menyukseskan pemberian ASI.¹

Ten steps to successful breastfeeding. Every facility agency providing maternity service and care of newborn infants should :

1. Have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health-care staff.
2. Train all health-care staff in skills necessary to implant this policy.

3. Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding.
4. Help mothers initiate breastfeeding within a half-hour of birth.
5. Show mothers how to breastfeed and how to maintain lactation event if they should be separated from their infants.
6. Give newborn infants no food or drink other than breast milk unless medically indicated.
7. Practice rooming-in (allow mothers and infants to remain together 24 hours a day).
8. Encourage breastfeeding on demand.
9. Give no artificial teats or pacifiers (also called dummies or soothers) to breastfeeding infants.
10. Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic.

Adapted from: WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding : the special role of maternity services. a joint WHO/UNICEF statement. *Int J Gynaecol. obstet.* 1990;31 (suppl 1) :171-183.⁷²

Institusi pelayanan kesehatan yang menjadi anggota BFHI diharuskan menaati resolusi tentang pengganti ASI yang juga telah dikeluarkan oleh WHO dan UNICEF.¹

Summary of the WHO/UNICEF international code of marketing of breast milk substitutes and subsequent resolutions

1. No advertising under the space of the code to the public.
2. No free samples to mothers.
3. No promotion of products in health-care facilities, including the distribution of free or low-cost supplies.
4. No company representatives to advise mothers.
5. No gifts or personal samples to health workers.
6. No words or picture idealizing artificial feeding, including the pictures of infants on the labels of the product.

7. Information to health workers should be scientific and factual.
8. All information on artificial feeding, including the labels, should explain the benefits of breastfeeding and all costs and hazard associated with artificial feeding.
9. Unsuitable product, such as sweetened condensed milk, should not be promoted for babies.
10. All product should be of a high quality and take into account the climatic and storage conditions of the country where they are used.
11. Foster appropriate complementary feeding from the age of about six months, recognizing that any food or drink given before complementary feeding is nutritionally required may interfere with initiation or maintenance of breastfeeding.
12. Ensure that complementary foods are not marketed for or used in ways that undermine exclusive and sustained breastfeeding.
13. Financial assistance from the infant feeding industry may interfere with professional unequivocal support for breastfeeding and should be avoided.

WHO : World Health Organization; UNICEF : United Nations Children's Fund; WHA: World Health Assembly: Adapted From World Health Organization: International Code Of Marketing Of Breast-Milk Substitutes. WHO, Geneva. 1981 And Subsequent WHA Resolutions.⁷³

Agar dapat sukses menyusui, maka harus segera dimulai segera setelah bayi lahir, terutama pada satu jam pertama kelahiran. Menunda pemberian ASI sampai dengan empat jam atau lebih menurunkan angka kesuksesan menyusui. Ibu harus menyusui bayinya tanpa terjadwal waktu, sepanjang hari, sepanjang malam, sesuai dengan kebutuhan bayinya. Frekuensi pemberian ASI yang sering sangat mendukung suksesnya menyusui. Semakin sering disusui, maka produksi ASI semakin banyak. Pemberian air saja atau air gula ataupun susu formula dapat mengakibatkan bayi kehilangan nafsu untuk menyusui dan mengganggu laktasi.¹

Perhatikan juga posisi dalam menyusui. Posisi yang tepat dapat meningkatkan kenyamanan ibu dan bayi selama proses menyusui sehingga dapat meningkatkan pula efektifitas dalam menyusui. Posisi yang paling banyak diminati adalah posisi *cradle*, *football*, dan *side-lying*. Posisi bayi yang tepat, yaitu mulut bayi harus mencakup sebagian besar aerola ibu sehingga palatum bayi dapat menekan aerola ibu dan ASI pun menjadi semakin lancar keluar. Waktu untuk menyusui tidak dibatasi. Tanda- tanda kecukupan bayi dalam menyusui terdapat pada table berikut. ¹

Signs of successful breastfeeding in the early weeks

1. Satisfactory weight gain
2. Audible swallowing
3. At least eight feedings per day
4. At least two bowel movements per day
5. At least six wet diapers per day
6. Urine pale and odorless
7. Infant alert and active

Dukungan menyusui sangat dibutuhkan agar proses pemberian ASI pada bayi dapat berjalan lancar. Beberapa faktor yang terlibat telah diketahui. Tetapi belum jelas mana yang memberikan pengaruh paling besar terhadap inisiasi menyusui dini (IMD) beserta durasinya, dan pada bagian apa seorang bidan dapat berperan.²

Manfaat kesehatan dari menyusui telah diketahui, terutama oleh masyarakat pada Negara-negara berkembang, sebagai Negara dengan kasus gizi buruk yang tinggi. Manfaat ASI untuk bayi diantaranya adalah melindungi dari infeksi sistem pencernaan dan sistem pernapasan, infeksi telinga, diabetes tipe 1 dan 2, infeksi kulit atopik, dan asma. Sementara manfaat untuk ibu menyusui adalah menurunkan resiko kanker payudara dan kanker ovarium, diabetes tipe 2, dan depresi postpartum. WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif yaitu sampai dengan usia 6 bulan, dan dilanjutkan pemberian

ASI dengan disertai pemberian makanan tambahan (PMT) sampai usia 2 tahun. WHO juga menyarankan untuk tidak melakukan penyapihan sebelum usia bayi 6 bulan.²

3.2 Tujuan

Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI, yaitu:

1. Internal
 - a. Sosiodemografi
 - b. Keadaan klinis ibu
 - c. Merokok
2. Eksternal
 - a. Tenaga kesehatan
 - b. Penggunaan dot

3.3 Pembahasan

1. Internal
 - a. Sosiodemografi

Masih sedikit literatur ilmiah yang membahas bagaimana faktor bidan secara spesifik dapat meningkatkan pemberian ASI dalam sosiodemografi yang luas dan juga secara klinis. Maka tujuan penelitian yang dilakukan oleh Henderson et al adalah untuk menentukan faktor apa yang berhubungan dengan IMD dan pemberian ASI yang berlanjut.²

Hasilnya adalah pada sosiodemografi terlihat ada hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan IMD dan pemberian ASI lanjutan. Etnis juga menunjukkan hubungan yang signifikan, yaitu etnis non kulit putih lebih cenderung untuk memberikan ASI kepada bayinya. Ibu yang bukan *single mother* juga secara signifikan berhubungan terhadap suksesnya pemberian ASI. Faktor sosiodemografi lain yang juga turut berhubungan adalah paritas, niat menyusui sejak saat antenatal, waktu pertama kali melakukan pemeriksaan

hamil, status bekerja, serta kemampuan fisik dan mental. Terdapat pula hasil bahwa dari sejumlah kecil wanita (2.5%) yang belum berniat dan memutuskan akan menyusui atau tidak tetapi ternyata secara signifikan berhubungan dengan pemberian ASI saat dan setelah melahirkan.²

Individual and sociodemographic factors associated with breastfeeding.

Variable (n)	% every put to breast	% exclusive breastfeeding		%any breastfeeding	
		First few days	How baby fed now (3 months)	First few days	How baby fed now (3months)
Weeks pregnant when saw a health professional about pregnancy					
< 12 weks (2707)	80.9	60.3	26.2	75.4	43.2
13+ weeks (187)	72.7*	51.9*	18.9*	69.7	30.3*
Primiparous (1157)	83.4	59.7	24.4	77.8	41.0
Multiparous (1667)	77.7**	59.6	27.3	72.9*	43.2
Ethnicity					
White (2537)	78.3	59.6	24.8	73.1	39.0
Non-white (360)	92.8**	60.4	32.7*	86.8**	64.6**
Age					
16-19 (115)	55.7	34.2	3.6	47.4	9.8
20-24 (452)	68.2	42.9	14.9	58.0	26.2
25-29 (702)	76.4	56.0	25.6	71.4	38.0
30-34 (959)	86.5	66.7	28.3	82.5	50.2
35+ (706)	87.3**	68.7**	33.0**	83.5**	52.3**
Age left full-time education					
<17 years (822)	64.7	46.1	13.0	56.8	22.4
17-18 years (864)	77.9	56.8	20.9	72.9	35.3
19+ years (1186)	92.7	71.2	38.3	88.7	60.9
Still in FT education (32)	15.6**	56.3**	18.8**	81.3**	59.4**
IMD quintile 5 (594)	69.2	45.2	18.2	62.9	31.5
IMD other quintile (2335)	83.1**	63.3**	27.8**	78.0**	45.3**

Variable (n)	% exclusive breastfeeding		%any breastfeeding		
	% every put to breast	First few days	How baby fed now (3 months)	First few days	How baby fed now (3months)
Single mother (350)	68.9	45.0	13.5	60.8	27.6
Not single mother (2572)	81.8**	61.6**	27.4**	76.8**	44.5**
In paid work (3 months) (249)	71.4	55.4	13.6	66.7	32.4
Not in paid work (2664)	81.0**	59.9	26.8**	75.7*	43.2*
Physicalmental disability					
Yes (116)	75.0	46.2	12.9	67.5	25.0

*P <0.01; **P<0.001.

AN,antenantal: IMD, index of multiple deprivation, 1 least deprived, 5 most deprived.

ASI eksklusif (Early Breast Feeding/EBF) telah dikaitkan dengan karakteristik ibu, termasuk usia, pendidikan, (di negara-negara Amerika Latin dengan penduduk asli), status sosial ekonomi, ibu tunggal, dan status pekerjaan, serta karakteristik bayi seperti umur dan jenis kelamin. Beberapa studi menunjukkan bahwa masalah awal laktasi berhubungan dengan praktik menyusui berikutnya. Laju EBF Peru yang mengalami penurunan, yaitu hanya 53 % dari anak-anak berusia 4 sampai 5 bulan disusui secara eksklusif pada tahun 2004-2006. Maka, tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor yang terkait dengan EBF pada 3 dan 6 bulan di sebuah daerah di pinggir kota populasi berpenghasilan rendah pada perempuan Peru primipara yang berniat untuk menyusui secara eksklusif.⁴

Hasilnya sebagian besar ibu masih muda (22 ± 4 tahun tua), menikah atau dalam hubungan pernikahan seperti (79%), telah menyelesaikan sekolah menengah (75%). Usia kehamilan rata-rata adalah 39 ± 1 minggu. Rata-rata berat badan saat lahir

adalah 3300 ± 407 g dan Skor Apgar 9 ± 1 pada 1 menit pertama dan 9 ± 0 pada 5 menit berikutnya. Menyusui pertama terjadi pada 112 ± 69 menit setelah kelahiran, dengan sebagian besar perempuan (66%) mencoba memberi ASI pertama setelah jam pertama persalinan. Sebagian besar wanita (85%) memberi ASI bayinya 8 kali atau lebih selama pertama 24 jam postpartum, dan hampir semua wanita (97 %) melakukannya selama 3 hari. Susu formula diberikan kepada 29 % bayi selama tinggal di rumah sakit. Kebanyakan wanita (61%) berencana untuk menyusui secara eksklusif selama 6 bulan atau lebih.⁴

Terdapat 8% wanita yang kembali bekerja pada bulan ke-3, dan sebanyak 15% pada bulan ke-6. Prevalensi pemberian ASI semakin lama semakin menurun, yaitu 74% pada bulan ke-1, 72% pada bulan ke-3, dan 35% pada bulan ke-6. Hanya sebanyak 26% bayi yang mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan.⁴

Pada bulan ke-1 sumber cairan non-ASI adalah susu formula atau susu sapi (80%) dan cairan lain, seperti air atau teh (23%). Pada bulan ke-3, susu formula sebesar 60%, cairan lain 43%, dan makanan semi padat 13%. Pada bulan ke-6, makanan semi padat 86%, cairan lain 50% dan susu formula 38%. Alasan memberi susu formula yang paling umum dikemukakan para ibu tersebut adalah karena ASI mereka tidak dirasa cukup memenuhi kebutuhan bayi. Alasan ibu memberi cairan lain adalah untuk mencegah atau mengobati sembelit pada bayi. Dan alasan memberikan makanan semi padat adalah karena bayi sudah menunjukkan tanda-tanda ingin makan seperti gerakan mengunyah, menujurkan lidah, mencoba untuk meraih makanan atau menangis (n=22), serta agar bayi dapat segera beradaptasi dengan makanan (n=15). Selain hal tersebut, rekomendasi atau dorongan dari orang-orang terdekat dan orang-orang disekeliling ibu juga berkontribusi (n=10).⁴

Hasil analisis bivariate pada penelitian yang dilakukan oleh Matias et al, variable independen yang berhubungan secara signifikan dengan pemberian ASI eksklusif adalah BMI tubuh ibu, perencanaan / niatan untuk memberikan ASI secara

eksklusif sejak sebelum atau awal kehamilan, berat badan bayi, status pekerjaan ibu, nyeri payudara (seperti karena putting lecet), dan penggunaan kontrasepsi suntik. ⁴

Hasil analisis multivariat mendapatkan bahwa nyeri payudara pada hari ke-3 dan penggunaan kontrasepsi DMPA pada bulan ke-3 memiliki hubungan paling kuat untuk pemberian meningkatkan ASI eksklusif pada 3 bulan postpartum (Adjusted Risk Ratio [ARR] = 1.47, 95% Confident Interval [CI] = 1.19-1.82; ARR = 1.35, 95% CI = 1.10-1.66). Sedangkan, perencanaan/niatan pemberian ASI secara eksklusif dan berat badan bayi memiliki hubungan yang paling kuat pada 6 bulan postpartum (ARR = 2.18, 95% CI = 1,29-4,37). ⁴

Distribution of participant characteristics prevalence og exclusive breastfeeding No. (%)

		Exclusive Breastfeeding Prevalence	
Dimension	Frequency (n=117)	3 Months (N=109) %	6 Months (N=98) %
1. Maternal sociodemographics			
Age, y²			
≤ 21	59 (50)	76	27 ^f
>21	58(50)	69	42
Education			
Less than high school	29(25)	86 ^f	42
Higt school or more	88(75)	68	32
Mental status			
Single	24(21)	80	41
Married	93(79)	71	33
Born in lima			
No	41(35)	78	45 ^f
Yes	76(65)	69	30
Languge			
Native	6(5)	100 ^f	67 ^f
Spanish	111(95)	71	33
Socioeconomic status^a			
<5 points	44(38)	78	36
≥5 points	71(62)	69	35

		Exclusive Breastfeeding Prevalence	
Dimension	Frequency (n=117)	3 Months (N=109) %	6 Months (N=98) %
2. Maternal weight status			
Body mass index, d 3^b			
≤27.0 kg/m ²	81(69)	72	32
>27.0 kg/m ²	36(31)	74	41
Body mass index, d 30			
≤25.0 kg/m ²	75(64)	73	27 ^h
>25.0 kg/m ²	42(36)	72	47
3. Labor and delivery experience			
Length of labor, h²⁵			
≤8	61(58)	74	35
>8	45(42)	70	35
Pitocin During Labor			
No	101(86)	72	34
Yes	16(14)	73	38
Delivery mode			
Vaginal	87(74)	72	32
Casarean section	39(26)	73	42
Childbirth experience			
Same/better than expected	85(73)	68 ^f	32
Worse than expected	32(27)	83	42
4. Newborn characteristic			
Sex			
Female	60(51)	74	40
Male	57(59)	71	29
Gestational age, wk^c			
< 39	21(18)	80	17 ^g
≥ 39	93(82)	71	39
Birth weight, g^d			
< 3300	57(49)	80 ^h	23 ^h
≥ 3300	60(51)	66	45
Apgar score 1 min			
< 8	4(3)	100	75 ^f
≥ 8	113(97)	71	33

Table 1. (continued)

Dimension	Frequency (n = 117)	Exclusive Breastfeeding Prevalence	
		3 Months (n = 109) %	6 Months (n = 98) %
5. Infant feeding			
Planned EBF for \geq 3 mo			
No	16 (14)	58	33
Yes	101 (86)	74	35
Planned EBF for \geq 6 mo			
No	46 (39)	70	21 ^a
Yes	71 (61)	74	42
First BF within 1 h			
No	77 (66)	74	38
Yes	40 (34)	69	29
BF frequency, d 0			
< 8 feeds/24 h	18 (15)	56 ^c	29
\geq 8 feeds/24 h	99 (85)	75	36
BF frequency, d 3			
< 8 feeds/24 h	4 (3)	50	25
\geq 8 feeds/24 h	112 (97)	73	34
Formula given at hospital ^d			
No	75 (71)	70 ^e	38
Yes	31 (29)	64	37
Nipple type, d 0			
Both protrude	99 (87)	71	32
One flat/inverted	15 (13)	73	46
Nipple type, d 3			
Both protrude	106 (91)	72	35
One flat/inverted	10 (9)	70	22
Nipple pain, d 3 ^f			
\leq 4	88 (75)	71	36
$>$ 4	29 (25)	77	29
Breast pain, d 3 ^f			
\leq 2	77 (66)	64 ^g	37
$>$ 2	40 (34)	89	29
Infant BF behavior, d 0			
Optimal	53 (48)	73	35
Suboptimal	58 (52)	75	38
Infant BF behavior, d 3			
Optimal	86 (80)	74	39
Suboptimal	21 (20)	75	26
Onset of milk			
\leq 72 h postpartum	98 (84)	70	32
$>$ 72 h postpartum	19 (16)	76	50
Weight loss by d 3			
< 10% of birth weight	103 (91)	74	33
\geq 10% of birth weight	10 (9)	56	57
6. Maternal postnatal factors			
Employment at 3 mo			
No	100 (92)	76 ^h	38 ^h
Yes	9 (8)	33	0
Employment at 6 mo			
No	83 (85)	76 ⁱ	40 ^h
Yes	15 (15)	53	7
DMPA use at 1 mo			
No	98 (84)	71	33
Yes	19 (16)	79	44
DMPA use at 3 mo			
No	68 (62)	65 ^j	33
Yes	41 (38)	85	38
DMPA use at 6 mo			
No	53 (54)	68	40
Yes	45 (46)	78	29

EBF, exclusive breastfeeding; BF, breastfeeding; DMPA, depot medroxyprogesterone acetate.

^aCutoff is the 50th percentile, rounded up/down to the nearest integer.^bHigher-than-usual cutoff used because women were measured at 3 days postpartum.^cMissing values, n = 11.^dDivided at the median value rounded down to the closest 100 g.^eAccording to the medical records.^f $P < .20$.^g $P < .10$.^h $P < .05$, χ^2 test.

Table 2. Exclusive Breastfeeding at 3 Months (n = 108)

Variable	Unadjusted Odds Ratio	Adjusted Odds Ratio			Adjusted Relative Risk ^d
		Previous ^a	Other ^b	Other + EBF plans ^c	
Sociodemographic factor: High school education or higher	0.33 (0.10-1.04)	N/A	0.22 (0.06-0.79)	0.21 (0.06-0.77)	0.75 (0.62-0.92)
Infant feeding factors					
1-unit increase in breastfeeding frequency, d 3	1.07 (1.00-1.14)	1.06 (0.99-1.13)	1.09 (1.01-1.18)	1.10 (1.02-1.18)	1.02 (1.01-1.03)
Breast pain > 2, d 3	4.52 (1.44-14.21)	6.36 (1.90-21.27)	6.95 (1.97-24.43)	9.96 (2.42-40.98)	1.47 (1.19-1.82)
Maternal postpartum factor: DMPA use, d 90	3.09 (1.14-8.40)	4.39 (1.42-13.61)	4.39 (1.42-13.61)	4.63 (1.46-14.70)	1.35 (1.10-1.66)

DMPA, depot medroxyprogesterone.

Confidence interval (95%) in parentheses.

^aAdjusted for previous variables in table (more distal factors).

^bAdjusted for all other variables in table.

^cAdjusted for all other variables in table and exclusive breastfeeding plans (≥ 3 vs < 3 mo).

^dAdjusted for all other variables in table and exclusive breastfeeding plans (≥ 3 vs < 3 mo). Estimated with method descrit by kleinman an norton³⁴.

Table 3. Exclusive Breastfeeding at 6 Months (n = 98)

Variable	Unadjusted Odds Ratio	Adjusted Odds Ratio			Adjusted Relative Risk ^d
		Previous ^a	Other ^b	Other + EBF plans ^c	
Neonatal characteristic: Birth weight ≥ 3300 g	2.69 (1.12-6.43)	N/A	3.13 (1.26-7.74)	3.95 (1.49-10.52)	2.18 (1.29-4.37)
Maternal postpartum factor: Employment at 6 mo	0.11 (0.01-0.86)	0.09 (0.01-0.73)	0.09 (0.01-0.73)	0.07 (0.01-0.59)	0.13 (0.00-0.47)

Confidence interval (95%) in perentheses.

^aAdjusted for previous variables in table (la, birth weight).

^b Adjusted for all other variables in table.

^c Adjusted for all other variables in table and exclusive breastfeeding plans (≥ 6 vs < 6 mo).

^dAdjusted for all other variables in table and exclusive breastfeeding plans (≥ 6 vs < 6 mo). Estimated with method descrit by kleinman an norton³⁴.

b. Keadaan klinis ibu

Beberapa faktor klinis yang secara signifikan berhubungan terhadap IMD dan kelanjutan pemberian ASI adalah usia gestasi, berat badan bayi saat lahir, keadaan bayi, permasalahan pada postpartum. Selain itu faktor klinis lain yang juga berhubungan adalah lamanya persalinan, luka perineum, keadaan ibu, dan lamanya tinggal di klinik.²

Table 1b. Clinical factors associated with breastfeeding

Variable (n)	% Ever put to breast	% Exclusive breastfeeding		% Any breastfeeding	
		First few days	Baby fed now (3 months)	First few days	Baby fed now (3 months)
Length of labour					
<8 h (1078)	76.4	55.9	24.1	71.5	40.2
8–17 h (1110)	81.4	63.3	29.1	76.3	44.7
18+ h (747)	84.1**	59.5*	23.5*	77.8*	42.3
Pain relief in labour					
None/natural methods (179)	77.7	54.7*	21.7	70.9	38.5
Gas & air (1084)	82.2	65.6	32.1	78.6	49.1
Epidural (442)	81.9	57.5	26.8	76.5	45.4
Pethidine (575)	76.9	54.9	21.1	70.2	35.9
Pethidine & epidural (271)	81.9	60.6	19.3	74.7	33.7
Type of delivery					
Normal (1888)	80.2	61.0	28.0	74.9	44.4
Caesarean section (666)	78.8	54.1	20.5	73.0	38.8
Forceps (147)	82.3	62.6	22.4	81.6	38.1
Ventouse (222)	83.8	61.5	24.8*	76.5	39.9
Perineal tear (vaginal births only)					
Yes (1332)	83.0	63.7	30.0	78.1	46.5
No (838)	76.5**	56.5*	23.1*	70.6**	39.0*
Gestation					
<37 weeks (162)	77.2	43.8	13.8	75.8	28.8
37+ weeks (2726)	80.5	60.7**	26.6**	75.1	43.5**
Birthweight					
<2.5 kg (168)	78.6	41.4	13.2	75.9	27.5
2.5+ kg (2735)	80.3	60.8**	26.5**	74.8	43.3**
Baby in a neonatal unit					
Yes (267)	79.0	40.5	18.4	73.8	33.0
No (2224)	79.9	61.0**	26.5*	74.5	42.9**
Physical health in first few days					
Very well (692)	76.4	58.8	26.9	72.2	41.8
Quite well (862)	78.8	62.1	28.0	73.5	46.8
Tired/uncomfortable (912)	83.7	59.8	24.1	77.6	41.4
Exhausted all the time (279)	85.7	62.7	23.7	81.5	41.4
Very ill (185)	76.8**	45.3*	22.4	69.1*	30.6*
No post-natal problems					
At 10 days					
Yes (301)	65.4	48.8	26.2	62.4	38.3
No (2634)	81.9**	60.8**	25.8	76.4**	42.9
At 1 month					
Yes (315)	69.8	52.2	29.2	66.7	40.3
No (2620)	81.5**	60.5*	25.4	75.9**	42.7
At 3 months					
Yes (358)	70.7	51.5	27.7	66.5	39.5
No (2577)	81.6**	60.7*	25.5	76.1**	42.9
Length of post-natal stay					
<6 h (82)	75.6	48.8	22.5	67.1	31.3
6–12 h (295)	70.8	57.3	24.2	63.4	39.2
13–24 h (826)	78.9	62.2	24.5	73.7	40.8
1–2 days (491)	81.5	61.3	27.4	76.5	43.8
3–5 days (838)	81.9	56.6	24.8	76.4	42.6
6+ days (172)	87.2**	49.7*	17.1	83.8**	38.8

* $P < 0.01$; ** $P < 0.001$.

Penelitian yang dilakukan oleh Forster et al bertujuan untuk mengidentifikasi faktor resiko penghentian ASI. Penelitian ini dilakukan pada 981 wanita primipara yang

diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan pada saat kehamilan. luaran hasil penelitian yang diukur adalah inisiasi dan durasi menyusui. Dari 981 wanita yang direkrut pada awal penelitian, terdapat 889 wanita yang dapat dikumpulkan datanya setelah 6 bulan kemudian dan hanya 764 yang dapat diambil datanya pada periode akhir penelitian.³

Hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa faktor yang diidentifikasi memiliki potensi untuk mempengaruhi pemberian ASI selama enam bulan tetapi tidak signifikan pada tingkat univariat adalah jenis kelamin dari bayi; berat bayi; status perkawinan; Jenis persalinan; pernah mengalami mastitis; masalah kesehatan fisik ibu; puting lecet; dan kehilangan darah.³

Faktor-faktor yang mempunyai korelasi positif dengan proses menyusui selama enam bulan adalah: keinginan yang sangat kuat untuk menyusui (AdjOR 2,18, 95% CI 1,45, 3,29); ibu yang ketika bayi disusui (AdjOR 1,73, 95% CI 1,19, 2,54); wanita yang lahir di bagian negara Asia (AdjOR 1,57, 95% CI 1,57, 5,36); dan usia ibu yang lebih tua (AdjOR per 5 tahun peningkatan usia 1,58, 95% CI 1,35, 1,86). Meningkatnya usia ibu berbanding lurus dengan peningkatan hubungan. Usia ibu yang lebih tua dan riwayat pernah diberikan ASI pada masa bayi berhubungan dengan durasi yang lebih lama dalam proses menyusui.³

Sedangkan faktor yang mempunyai hubungan yang negatif dengan proses laktasi selama 6 bulan adalah, wanita yang tidak mempunyai niat untuk menyusui selama enam bulan atau lebih (AdjOR 0,41, 95% CI 0,25, 0,67); bayi yang menerima susu formula selama di rumah sakit (AdjOR 0,43, 95% CI 0,30, 0,62); ibu merokok lebih dari 20 batang per hari sebelum hamil (AdjOR 0,47, 95% CI 0,26, 0,86); tidak mengikuti kelas Antenatal (AdjOR 0,46, 95% CI 0,29, 0,71); maternal yang obesitas (AdjOR 0,49, 95% CI 0,28, 0,85); dan kecemasan atau depresi yang merupakan masalah yang umumnya terjadi dalam enam bulan setelah persalinan (AdjOR 0,64, 95% CI 1,35, 1,86).

c. Merokok

Dalam penelitian oleh Bertino et al didapatkan bahwa wanita yang merokok sebelum kehamilan memiliki durasi menyusui lebih pendek, terlepas dari apakah mereka merokok atau tidak merokok selama kehamilan. Merokok sebelum kehamilan terbukti memiliki efek pada durasi menyusui pada 6 bulan ($p = 0,022$).⁶

2. Eksternal

a. Tenaga kesehatan

Intervensi yang ditemukan dapat meningkatkan pemberian ASI yaitu yang berasal dari para professional (tenaga kesehatan, konselor ASI, dll) dan teman sejawat ibu. Demikian juga intervensi berupa pemberian pendidikan kesehatan ketika dikombinasikan dengan dukungan, training yang professional, program rumah sakit / klinik seperti *rooming-in* dan penyuluhan.²

Data penelitian diambil dari survey nasional di Inggris pada tahun 2006. Kuesioner dikirimkan kepada ibu sebanyak 4800, dan yang mengembalikan kuesioner sebanyak 63%. Analisis univariat digunakan untuk melihat gambaran dan hubungan sosiodemografi, faktor klinis dan peran bidan terhadap menyusui. Regresi logistic digunakan untuk melihat faktor bidan spesifik terhadap menyusui.²

Faktor dari bidan sebagai tenaga kesehatan yang berhubungan secara signifikan terhadap IMD dan kelanjutan menyusui adalah kunjungan ANC dan jumlah kunjungan ANC. Pada faktor yang lain secara umum dapat dikatakan bahwa jika ibu diberikan penjelasan tentang IMD dan ASI eksklusif sesuai dengan bahasa yang dapat mereka mengerti, ingat bahwa kemampuan tiap ibu berbeda-beda, maka angka IMD dan ASI eksklusif menjadi lebih tinggi.²

Table 1c. Midwifery factors associated with breastfeeding

Variable (n)	% Ever put to breast	% Exclusive breastfeeding		% Any breastfeeding	
		First few days	How baby fed now (3 months)	First few days	How baby fed now (3 months)
Timing of first contact with HP about pregnancy					
≤12 weeks (2707)	80.9	60.3	26.2	75.4	43.2
13+ weeks (187)	72.7*	51.9*	18.9*	69.7	30.3*
Attended AN classes					
Yes (1264)	87.5**	66.4**	29.1**	82.9**	48.7**
No (1671)	74.7	54.4	23.3	68.9	37.7
Post-natal staff treated woman as an individual					
Always (1488)	80.0	61.1	26.4	75.5	43.3
Sometimes (1014)	81.6	58.4	24.1	75.8	41.7
Rarely (211)	77.3	54.5	21.0	71.3	32.9
Never (89)	73.0	44.9*	19.1	59.6*	32.6
MWs gave consistent advice on infant feeding					
Yes (2216)	81.1	62.8	27.9	76.6	45.0
No (603)	81.1	51.1**	17.6**	72.4*	33.1**
MWs gave practical help with infant feeding					
Yes (2169)	83.5	63.0	26.9	79.1	44.4
No (558)	74.2**	50.5**	19.8**	65.0**	33.5**
MWs gave active support and encouragement with infant feeding					
Yes (2268)	83.8	64.3	28.3	79.8	46.6
No (515)	71.7**	44.2**	14.9**	60.2**	26.0**
PN home visit by					
Midwife					
Yes (2863)	N/A	59.7	26.1	74.8	42.7
No (56)	N/A	52.9	12.7	76.5	21.8*
Maternity care assistant					
Yes (542)	N/A	57.4	21.7	73.4	40.3
No (2032)	N/A	61.3	27.4*	76.1	43.6
Number of MWs visiting					
1 (426)	N/A	53.2	24.0	70.2	39.5
2 (1122)	N/A	58.7	24.6	72.4	41.4
3+ (1271)	N/A	62.6*	28.2	78.5**	45.4
MWs met before					
All (734)	N/A	58.6	24.5	72.5	39.6
Some (1460)	N/A	61.7	26.0	75.4	42.3
None (634)	N/A	56.1	28.2	76.5	47.8*

*P < 0.01; **1 < 0.001.

HP, health professional; AN, antenatal; PN, post-natal; MW, midwife; N/A, not applicable.

Berdasarkan analisis multivariate, dimana yang diambil hanya variable independen yang mempunyai hubungan signifikan, didapatkan bahwa faktor tunggal yang mempengaruhi IMD dan pemberian ASI berlanjut adalah niat ibu sejak kehamilan untuk memberikan ASI kepada bayinya.²

Table 2a. Model arising from logistic regression analysis: ever put to the breast

	Odds ratio (95% confidence limits)
Primiparous	1.00
Multiparous	2.15 (1.10, 4.18)*
Age on leaving full-time education	
<17 years	1.00
17+ years	1.91 (1.14, 3.19)*
Ethnicity	
White	1.00
Non-white	6.02 (1.88, 19.26)*
AN intention for feeding	
Exclusive breast	1.00
Combined	0.09 (0.04, 0.22)*
Formula	0.01 (0.00, 0.00)*
Not sure	0.03 (0.01, 0.09)*
Length of labour	
<8 h	1.00
8–17 h	0.44 (0.21, 0.92)*
18+ h	0.63 (0.32, 1.24)
Physical health in first few days	
Very well	0.91 (0.22, 3.76)
Quite well	0.59 (0.32, 1.10)
Tired/uncomfortable	0.47 (0.24, 0.93)*
Exhausted all the time	0.23 (0.08, 0.65)*
Very ill	1.00
Practical help with feeding	
Yes	2.50 (1.03, 6.04)*
No	1.00

* $P < 0.05$.

Adjusted for gestational age at first AN appointment, maternal age, single mother, disability, IMD, in paid work at 3 months, AN classes, length of labour, perineal tear, post-natal problems at 10 days, 1 and 3 months, length of PN stay, active support and encouragement with feeding.

AN, antenatal; PN, post-natal; IMD, Index of Multiple Deprivation.

Table 2b. Model arising from logistic regression analysis: exclusive breastfeeding in the first few days

	Odds ratio (95% confidence limits)
Maternal age	
16–19 years	0.40 (0.17, 0.99)*
20–24 years	0.55 (0.31, 0.96)*
25–29 years	0.61 (0.37, 1.00)
30–34 years	0.78 (0.49, 1.25)
35+ years	1.00
Primiparous	1.00
Multiparous	1.54 (1.01, 2.35)*
AN Intention for feeding	
Exclusive breast	1.00
Combined	0.14 (0.09, 0.21)*
Formula	0.01 (0.00, 0.01)*
Not sure	0.12 (0.05, 0.25)*
Attended AN classes	
Yes	1.78 (1.21, 2.62)*
No	1.00
Gestational age	
<37 weeks	2.85 (1.05, 7.74)*
37+ weeks	1.00
Birthweight	
<2.5 kg	0.30 (0.13, 0.68)*
2.5+ kg	1.00
Admitted to special care	0.20 (0.11, 0.36)*
Not admitted to special care	1.00
Length of PN stay	
<6 h	0.92 (0.30, 2.78)
6–12 h	3.30 (1.36, 8.04)*
13–24 h	2.34 (1.07, 5.11)
1–2 days	1.92 (0.85, 4.32)
3–5 days	1.40 (0.66, 2.99)
6+ days	1.00
Midwives gave consistent advice regarding infant feeding:	
Yes	2.27 (1.47, 3.50)*
No	1.00

* $P < 0.05$.

Adjusted for ethnicity, single mother, disability, IMD, age on leaving full-time education, gestational age at first AN appointment, antenatal admission, pain relief in labour, length of labour, perineal tear, how woman felt in first few days, PN treated as an individual, PN problems at 10 days, 1 and 3 months, practical help and active support and encouragement with feeding.
AN, antenatal; PN, post-natal; IMD, Index of Multiple Deprivation.

Table 2c. Model arising from logistic regression analysis: exclusive breastfeeding at 3 months

	Odds ratio (95% confidence limits)
Maternal age	
16–19 years	0.08 (0.01, 0.59)*
20–24 years	0.60 (0.35, 1.03)
25–29 years	0.68 (0.45, 1.04)
30–34 years	0.53 (0.36, 0.79)*
35+ years	1.00
Age on leaving full-time education	
<17 years	1.00
17+ years	2.12 (1.42, 3.17)*
Ethnicity	
White	1.00
Non-white	2.02 (1.24, 3.28)*
AN Intention for feeding	
Exclusive breast	1.00
Combined	0.05 (0.02, 0.14)*
Formula	0.02 (0.01, 0.08)*
Not sure	0.51 (0.19, 1.32)
In paid work at 3 months	0.50 (0.26, 0.97)*
Not in paid work at 3 months	1.00
Midwives gave consistent advice regarding infant feeding	
Yes	1.97 (1.25, 3.10)*
No	1.00
Midwives gave active support and encouragement regarding infant feeding	
Yes	2.09 (1.12, 3.91)*
No	1.00

* $P < 0.05$.

Adjusted for gestational age at first AN appointment, disability, IMD, AN classes, AN overnight hospital admission, length of labour, mode of delivery, perineal tear, gestational age and birthweight, baby admitted to special care, length of PN stay, practical help with feeding, PN visit by maternity care assistant.

AN, antenatal; PN, post-natal; IMD, Index of Multiple Deprivation.

Table 2d. Model arising from logistic regression analysis: any breastfeeding at 3 months

	Odds ratio (95% confidence limits)
Maternal age	
16–19 years	0.11 (0.04, 0.31)*
20–24 years	0.46 (0.29, 0.72)*
25–29 years	0.55 (0.38, 0.79)*
30–34 years	0.75 (0.53, 1.06)
35+ years	1.00
Age on leaving full-time education	
<17 years	1.00
17+ years	2.43 (1.77, 3.34)*
Ethnicity	
White	1.00
Non-white	3.33 (2.15, 5.17)*
AN intention for feeding	
Exclusive breast	1.00
Combined	0.28 (0.19, 0.42)*
Formula	0.02 (0.01, 0.05)*
Not sure	0.30 (0.13, 0.68)*
How woman felt in first few days	
Very well	0.38 (0.19, 0.76)*
Quite well	1.10 (0.79, 1.54)
Tired/uncomfortable	0.71 (0.50, 1.00)
Exhausted all the time	0.85 (0.52, 1.40)
Very ill	1.00
MWs gave consistent advice on infant feeding	
Yes	1.54 (1.08, 2.21)*
No	1.00
MWs gave active support and encouragement with infant feeding	
Yes	1.83 (1.11, 3.00)*
No	1.00
Had met MWs before PN visit	
All of them	0.59 (0.39, 0.88)*
Some of them	0.63 (0.45, 0.90)*
None of them	1.00

* $P < 0.05$.

Adjusted for IMD, disability, single mother, gestational age at first AN appointment, AN hospital admission, perineal tear, gestational age and birthweight, baby admitted to special care, practical help with feeding, number of different midwives visiting, and whether the woman was in paid work at 3 months.

AN, antenatal; PN, post-natal; MW, midwives; IMD, index of Multiple Deprivation.

Maka bidan sebagai tenaga kesehatan yang paling dekat dengan ibu hamil dapat membantu ibu untuk membangun niat memberikan ASI kepada bayinya kelak secara eksklusif pada saat ANC, sedini mungkin. Dengan memberikan berbagai informasi secara persuasif tentang kebaikan ASI, cara-cara memberikan ASI secara eksklusif, dan informasi lainnya terkait dengan ASI. Hal ini juga harus berlanjut sampai dengan persalinan dan nifas, sepanjang ibu membutuhkan.²

Penelitian yang dilakukan oleh Bystrova et al meneliti efek dari praktek rumah bersalin yang berbeda di St Petersburg, Rusia, serta dari proses menyusui secara fisiologis dan suasana hati ibu, produksi susu pada wanita multipara dan primipara pada hari keempat. Hubungan Jumlah ASI dengan durasi menyusui secara eksklusif.⁵

176 pasangan ibu-bayi secara acak menjadi empat kelompok sesuai dengan desain dua faktor eksperimental dengan mempertimbangkan lokasi dan pakaian bayi. Data yang diambil 25-120 menit postpartum. Bayi Kelompok I (n = 37) ditempatkan secara skin to skin setelah bersalin sementara Grup II bayi (n = 40) berpakaian dan ditempatkan di lengan ibu mereka. Kedua kelompok kemudian ditempatkan di kamar bersalin. Bayi-bayi ini memiliki kemungkinan menyusui dini selama dua jam postpartum. Kelompok III bayi (n = 38) yang diletakkan di ranjang bayi di ruang bersalin tanpa rooming-in. Kelompok IV bayi (n = 38) yang diletakkan di ranjang bayi di ruang bersalin kemudian dilakukan rooming-in. Jumlah yang sama per kelompok bayi dibedong atau menggunakan pakai. Jumlah menyusui, jumlah susu yang dicerna (direkam pada hari ke-4 postpartum) dan durasi menyusui secara eksklusif dicatat. Intensitas pembengkakan payudara dicatat dan melakukan pengukuran menggunakan Skala Visual Analog setiap hari untuk mengetahui perasaan ibu menjadi sedih.⁵

Hasil yang diperoleh adalah Pada hari keempat, multipara memiliki produksi susu lebih rendah dari primipara ketika mereka dipisahkan dari bayi mereka dan menyusui sesuai jadwal preskriptif (7 kali sehari; Kelompok III).

Sebaliknya, tidak ada perbedaan dalam produksi susu antara ibu primipara dan multi dalam kelompok rooming-in dan pada pemberian makan (Grup I, II dan IV), meskipun jumlah menyusui multipara lebih tinggi dari pada primipara.⁵

Selain selama tiga hari postpartum, ibu multipara memiliki angka tinggi terjadi pembengkakan payudara fisiologis tapi rendah intensitas perasaan sedih daripada ibu primipara. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) terbukti memiliki pengaruh positif terhadap produksi ASI, terlepas dari melihat paritasnya. Dengan demikian kelompok I dan II bayi yang menyusui dalam dua jam pertama setelah lahir terbukti secara signifikan produksi ASI lebih banyak pada hari ke-4 daripada mereka yang tidak (284 dan 184 ml masing-masing, SE = 14 dan 27 ml, $p = 0,0006$).⁵

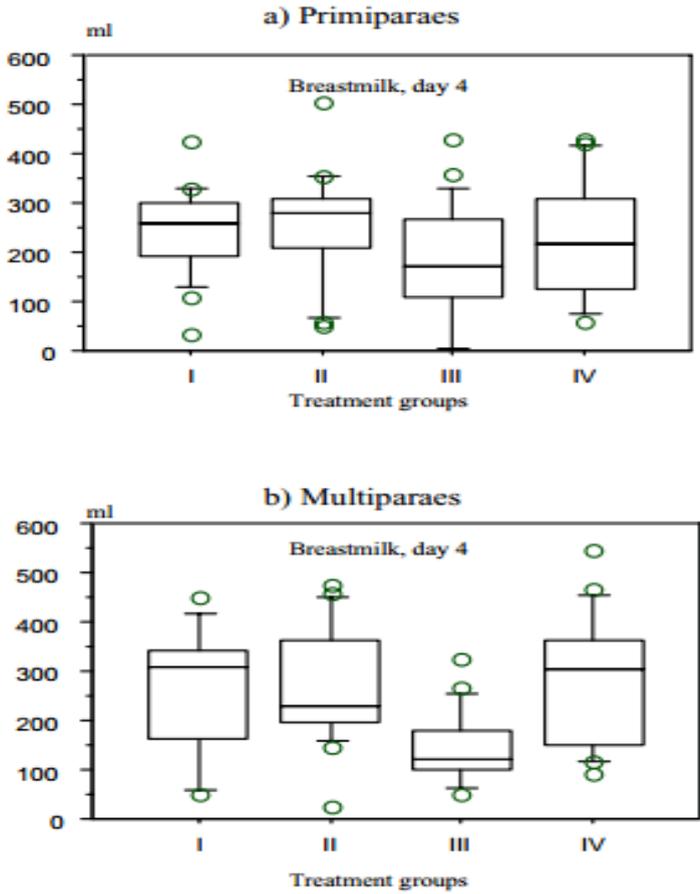


Figure 4
Box plot for overall mean breastmilk volume an day 4 in four treatment groups in primi- (a) and multiparous (b) mothers. Milk volume was lower in group III (Nursery group). But this difference was significant only in multiparous mothers (Kruskal-Wallis, $H = 14.68$, p value = 0.0021).

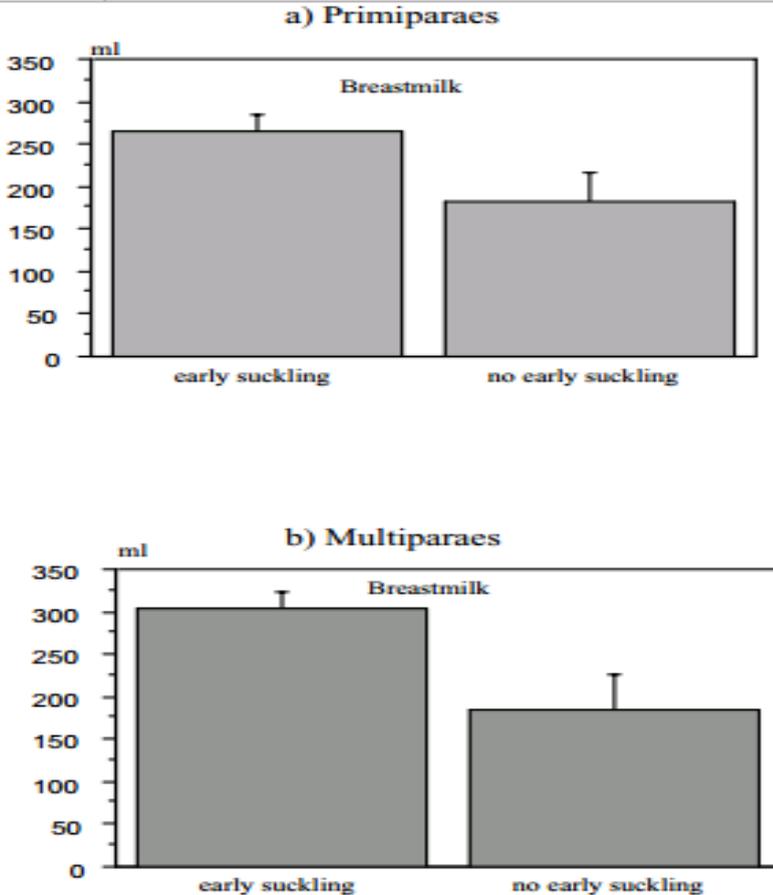


Figure 8

Bar plot for overall mean breast-milk volume on day 4 in two treatment groups (skin-to-skin gr. And mother`s arms gr.) in primi- (a) and multiparous (b) mothers, who`s babies were exposed or not to early suckling (suckling within first two hours after birth) (mean and SE). Milk volume was significantly higher if babies had early suckling, both in primiparous (ANOVA $F_{1,34} = 4.63$, p value = 0.0386) and multiparous mothers (ANOVA $F_{1,33} = 9.0$, p value = 0.0051).

Analisis regresi menilai faktor yang paling berpengaruh terhadap produksi ASI. Ditemukan pada primipara di kelompok I dan II bahwa inisiasi menyusui dini, kejadian bendungan ASI dan frekuensi menyusui pada hari ke-3 merupakan faktor yang paling berpengaruh pada produksi ASI. Perasaan sedih memiliki pengaruh yang negative terhadap produksi ASI. Pada multipara, faktor yang paling berpengaruh adalah inisiasi menyusui dini. Hasil yang serupa juga didapatkan pada kelompok III dan IV. Pada primipara, bendungan ASI merupakan variable yang paling berpengaruh, sedangkan rooming-in adalah variable yang berpengaruh terhadap produksi ASI pada multipara. Jumlah ASI yang diproduksi pada hari ke-4 sangat berhubungan dengan lamanya pemberian ASI.

Table 5: Multiple regression analyses on the dependent variable of milk amount on day 4 after delivery (72-96 hours post partum) in the mothers and babies separated during the first 2 hours after birth: Nursery group (Group III) and Reunion group (Group IV)

	Primiparas (n = 35; R ² = 0.42)			Multiparas (n = 35; R ² = 0.43)		
	b coefficient	std. error	p - value	b coefficient	std. error	p - value
Swaddling/clothes*	-26.881	33.980	0.44	5.590	39.809	0.89
Rooming-in/nursery*	34.456	33.811	0.32	148.848	36.906	0.0003
Marked engorgement on day 3*	156.800	40.930	0.0006	-13.381	44.076	0.76
Feeling low/blue on day 3*	-159.050	53.980	0.0062	-102.110	63.616	0.12

dichotomized variable

b. Penggunaan dot

Didapatkan hubungan negatif antara penggunaan dot dan durasi menyusui. Pengenalan dot selama di rumah sakit meningkatkan risiko penghentian pemberian ASI pada 1,3 dan 6 bulan. Gangguan rooming-in hanya mempengaruhi durasi menyusui 1 bulan (p=0,001); Penggunaan dot mempengaruhi durasi menyusui secara signifikan hingga 6 bulan (p = 0,02). Penggunaan dot

untuk menyusui bayi masih kontroversial. Perbedaan antara mekanik mengisap payudara dan mengisap dot dapat menyebabkan "bingung puting", menempel benar dan mengisap dangkal, menyebabkan puting retak dan mastitis yang mungkin menghambat pemberian ASI lebih lanjut. Namun, masih belum jelas apakah penghentian pemberian ASI dan niat ibu untuk menyapih bayi dari ASI eksklusif mendahului penggunaan dot atau sebaliknya.⁶

Kebijaksanaan konvensional menyatakan bahwa dot mengganggu menyusui. Studi observasional menunjukkan signifikansi penurunan durasi menyusui terkait dengan penggunaan dot, namun hubungan ini belum dapat dikonfirmasi. Sebuah review Cochrane menganalisis data dari 2 acak atau quasi RCT, melibatkan total 1.302 bayi, yang membandingkan penggunaan dot versus tidak menggunakan dot pada bayi baru lahir sehat yang telah dimulai menyusui. Review menemukan tidak ada perbedaan dalam durasi menyusui pada 3 atau 4 bulan antara 2 kelompok. Kramer et al melakukan double blinded RCT dari 281 menyusui ibu sehat, di mana peserta secara acak untuk berbeda jenis konseling laktasi. Konseling baik atau tidak merekomendasikan menghindari dot dengan teknik alternatif yang disarankan. Para penulis menemukan hubungan antara menggunakan dot dan penyapihan dini tapi tidak menemukan hubungan ketika data yang dianalisis menurut kelompok pengacakan. Mereka menyimpulkan penggunaan dot mungkin penanda, bukan penyebab kesulitan menyusui.⁷

Tujuan penelitian ini adalah untuk menguji hipotesis menghapus distribusi rutinitas dot di unit ibu-bayi dikaitkan dengan inisiasi menyusui lebih besar atau eksklusivitas selama kelahiran rawat inap. Penelitian ini merupakan penelitian retrospektif dengan membandingkan ASI eksklusif, ASI ditambah tambahan susu formula, dan formula eksklusif untuk 2.249 bayi

dirawat di unit ibu bayi di rumah sakit pendidikan selama 5 bulan sebelum dan 8 bulan setelah pembatasan distribusi rutin dot.⁷

Hasil yang didapatkan dari 2.249 bayi, 79% disusui secara eksklusif dari Juli sampai November 2010, ketika dot dibagikan secara rutin. Setelah pembatasan dot, selama periode 8 bulan berikutnya, proporsi ini menurun secara signifikan menjadi 68% ($p < 0,001$). Terdapat peningkatan dari 18% menjadi 28% pada bayi yang mendapat ASI dan sekaligus menerima susu formula ($p < 0,001$). Proporsi bayi yang secara eksklusif diberi susu formula juga mengalami peningkatan, yaitu dari 1,8% menjadi 3,4% ($p < 0,05$).⁷

Pembatasan distribusi dot tanpa diiringi dengan pembatasan susu formula akan menyebabkan peningkatan terhadap pemberian tambahan susu formula pada saat bersamaan bayi juga menerima ASI, dan juga peningkatan pemberian susu formula saja secara eksklusif (tanpa pemberian ASI) selama bayi berada di rumah sakit.⁷

Penelitian ini mencoba untuk menemukan variable yang dapat menerangkan peningkatan pemberian susu formula pada saat pembatasan distribusi dot, tetapi sayangnya tidak dapat ditemukan variable yang signifikan. Pada review yang dilakukan oleh Cochrane juga tidak mendapatkan bahwa dot mengganggu pemberian ASI. Bahkan pada penelitian lain disebutkan bahwa merekomendasikan penggunaan dot untuk mencegah sudden infant death syndrome (SIDS). Meskipun demikian rekomendasi umum yang digunakan adalah tidak menggunakan dot pada bayi yang menyusui ASI pada 3-4 minggu pertama kehidupan.⁷

DAFTAR PUSTAKA

- Leung AKC, Sauve RS. Breast Is Best For Baby. *Journal of the national medical association* vol. 97, no. 7, July 2005.
- Henderson J, Redshaw M. Midwifery factors associated with successful breastfeeding. 2010 Blackwell Publishing Ltd, *Child: care, health and development*, 37, 5, 744–753.
- Forster DA, McLachlan HL, Lumley J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *International Breastfeeding Journal* 2006, 1:18 doi:10.1186/1746-4358-1-18.
- Matias SL, Nommsen-Rivers LA, Dewey KG. Determinants of Exclusive Breastfeeding in a Cohort of Primiparous Periurban Peruvian Mothers. *J Hum Lact* 2012 28: 45 originally published online 4 November 2011. DOI: 10.1177/0890334411422703.
- Bystrova K, Widström AN, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Vorontsov I, Uvnäs-Moberg K. Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg.
- Bertino E, Varalada A, Magnetti F, Nicola PD, Cester E, Occhi L, Perathoner C, Soldi A, Prandi G. Is breastfeeding duration influenced by maternal attitude and knowledge? A longitudinal study during the first year of life. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2012; 25(S3): 32–36.
- Kair LR, Kenron D, Etheredge K, Jaffe AC, Phillipi CA. Pacifier Restriction and Exclusive Breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e1101; originally published online March 18, 2013; DOI: 10.1542/peds.2012-2203.

BAB IV

BERFIKIR KRITIS DALAM

ASUHAN NIFAS DAN MENYUSUI

Oleh Inke Malahayati

4.1 Pendahuluan

Berfikir kritis adalah salah satu keterampilan yang dibutuhkan oleh bidan karena bidan perlu berfikir sendiri, mempertanyakan tuntutan, menggunakan penilaian yang baik, dan membuat keputusan (Persky et al., 2019). Berfikir kritis tidak berarti hanya bersikap negatif atau penuh kritik. Ketika seorang bidan berfikir kritis, ini berarti bidan memeriksa asumsi, mengevaluasi bukti, mengungkapkan nilai, dan alasan yang mendasarinya. Keterampilan berfikir kritis adalah kunci untuk membangun fondasi pembelajaran seumur hidup, tempat kerja yang sehat, dan budaya organisasi yang lebih peduli dengan melaporkan kesalahan dan mempromosikan keselamatan (Alfaro-Lefevre et al., 2015).

Berfikir kritis adalah kunci untuk mencegah dan memecahkan masalah. Jika bidan tidak mampu berfikir secara kritis maka ia akan menjadi bagian dari masalah. Berfikir kritis berguna untuk mengembangkan solusi yang dapat diterapkan dalam menghadapi masalah yang kompleks, mempertimbangkan tentang tindakan yang harus diambil, atau menentukan cara untuk meningkatkan kepuasan konsumen. Berfikir kritis memberikan keuntungan bagi bidan karena dengan berfikir kritis maka bidan akan mendapatkan kepercayaan diri, aman dan memiliki otonomi, meningkatkan kepuasan pasien dan kepuasan kerja bagi bidan sendiri (Alfaro-Lefevre et al., 2015).

4.2 Definisi Berfikir Kritis

Menurut *American Philosophical Association* berfikir kritis adalah sebuah proses berfikir berupa proses penilaian yang bertujuan dan mengatur diri sendiri; proses penalaran yang interaktif, reflektif (Facione, 1990). Sinonim berfikir kritis adalah penalaran karena menyiratkan pemikiran yang hati-hati, dan disengaja. Berfikir kritis - istilah yang luas- mencakup penalaran baik di luar maupun di dalam pengaturan klinis. Dalam berfikir kritis, istilah “kritis” dapat diganti dengan “penting”. Dengan demikian, berfikir kritis adalah pemikiran penting yang perlu dilakukan untuk menjawab pertanyaan atau menilai, mencegah, atau mengelola masalah (Alfaro-Lefevre et al., 2015).

Mengadopsi dari berfikir kritis dalam konsep keperawatan maka berfikir kritis dalam kebidanan adalah pemikiran reflektif dan masuk akal tentang masalah kebidanan tanpa solusi tunggal dan berfokus pada memutuskan apa yang harus dipercaya dan dilakukan (Yildirim & Ozkahraman, 2011). Berdasarkan definisi ini, maka konsep berfikir kritis dalam kebidanan menjadi lebih luas dengan memasukkan refleksi pemikiran dan berbagai solusi untuk mengatasi masalah.

Berfikir kritis adalah sebuah proses bertahap yang melibatkan sikap, pengetahuan, dan pengetahuan dari proses berfikir kritis (sikap+pengetahuan+keterampilan berfikir). Ketiga komponen tersebut diperlukan dalam berfikir kritis, karena bidan membutuhkan sikap sejalan dengan berfikir kritis. Sikap ini mencakup kemauan untuk merencanakan, fleksibel, gigih, kemauan untuk mengoreksi diri, penuh perhatian, dan keinginan untuk mendamaikan informasi. Jika bidan tidak memiliki sikap ini, kecil kemungkinan bidan akan terlibat dalam proses yang sebenarnya. Berfikir kritis membutuhkan pengetahuan atau sesuatu untuk dipikirkan. Semakin banyak pengetahuan yang dimiliki individu, semakin baik proses dan jawaban mereka. Pengetahuan tentang proses berfikir kritis

sangat diperlukan. Dengan mengetahui langkah berfikir kritis dan mengikutinya maka akan menjadi kunci sukses bagi bidan dalam memberikan asuhan (Persky et al., 2019).

4.3 Penghambat Berfikir Kritis

Berfikir kritis tidaklah mudah bagi setiap orang. Menurut Stella (2017) ada delapan (8) penghambat berfikir kritis, yaitu:

1. Salah paham dengan istilah "kritik"
Kebanyakan orang berfikir kritis adalah komentar negatif. Akibatnya, analisis yang dibuat hanya mengacu pada hal-hal negatif. Evaluasi kritis berarti mengidentifikasi aspek positif sebagaimana aspek negatif tentang apa yang sudah dilakukan dan apa yang tidak dilakukan.
2. Melebih-lebihkan dengan kemampuan penalaran sendiri
Sebagian besar dari kita sering menganggap diri sendiri sebagai makhluk rasional. Kita cenderung percaya bahwa diri kita adalah yang terbaik dan kita memiliki alasan yang baik atas apa yang kita lakukan dan pikirkan.
3. Kurangnya metode dan strategi
Untuk menjadi lebih kritis, kadangkala seseorang tidak tahu langkah mana yang harus diambil untuk meningkatkan kemampuan berfikir kritis. Pemilihan strategi yang tepat juga menjadi pertimbangan dalam berfikir kritis
4. Kurang latihan
Melalui latihan, kebanyakan orang berhasil meningkatkan kemampuan berfikir kritis.
5. Keengganan untuk mengkritik mereka yang lebih ahli
Ada satu kecenderungan pada kita untuk enggan mengkritisi karya orang-orang yang kita hormati. Padahal ini adalah salah satu cara untuk meningkatkan kemampuan berfikir kritis.
6. Alasan afektif
Manajemen emosional diri memainkan peran penting dalam berfikir kritis. Mampu mengkritik berarti mampu

mengakui bahwa ada lebih dari satu cara memandang suatu masalah.

7. Salah mengartikan informasi untuk pemahaman

Belajar adalah proses untuk mengembangkan pemahaman dan wawasan. Kadangkala kita salah dalam memahami tujuan. Berfikir kritis merupakan kerja keras yang harus dilatih dan dikembangkan.

8. Tidak cukup fokus dan perhatian terhadap detail

Berfikir kritis melibatkan presisi dan akurasi yang pada gilirannya membutuhkan perhatian yang baik terhadap detail. Kritik yang buruk bisa dihasilkan dari penilaian berdasarkan gambaran yang terlalu umum. Berfikir kritis memerlukan fokus pada tugas yang tepat berada di tangan. Saat mengevaluasi argumen secara kritis, kita dapat menemukan alasan yang baik atau efektif.

Sedangkan menurut Persky et al., (2019) hambatan berfikir kritis adalah:

1. Persepsi

Dalam hal ini, bidan percaya bahwa mereka tahu memecahkan masalah sehingga seringkali bidan tidak mengerti mengapa mereka harus belajar kembali keterampilan berfikir kritis ini. Dengan belajar, kemampuan berfikir kritis yang dimiliki bidan menjadi lebih baik dan mendorong mereka menjadi pemikir yang lebih bijaksana.

2. Keterampilan metakognisi yang buruk

Metakognisi mengacu pada kemampuan individu untuk menilai pemikirannya sendiri dan tingkat keterampilan atau pemahaman aktual di suatu area. Metakognisi membantu para pemikir kritis menjadi lebih sadar dan mengontrol proses berfikir mereka. Bidan yang lemah dalam metakognisi melompat ke kesimpulan tanpa mengevaluasi bukti, mengira mereka tahu jawabannya, yang pada akhirnya mengganggu berfikir kritis.

3. Pola fikir

Dalam hal ini seseorang percaya bahwa berfikir kritis adalah keterampilan yang dibawa sejak lahir sehingga

seseorang tidak ingin belajar untuk mengembangkannya. Mereka percaya bahwa walaupun mereka belajar lebih giat, mereka tidak akan pernah memperoleh keterampilan berfikir kritis ini.

4. Heuristik

Heuristik adalah jalan pintas kita untuk berfikir. Heuristik adalah strategi yang diterapkan secara implisit atau sengaja selama pengambilan keputusan di mana seseorang hanya menggunakan sebagian dari informasi yang mungkin diinginkan atau dibutuhkan. Hal ini menghasilkan keputusan yang lebih cepat dan mudah karena individu mungkin menggunakan satu bagian data terbaik untuk membuat pendekatan yang lebih hemat. Menurut Kahneman ada dua (2) sistem pemikiran, yaitu sistem 1 dan sistem 2. Sistem 1 adalah sistem pengambilan keputusan cepat yang bertanggung jawab atas pengambilan keputusan intuitif berdasarkan emosi, citra yang jelas, dan sebagai memori sosial. Sistem 2 adalah sistem yang lambat yang mengamati keluaran sistem 1, dan mengintervensi ketika "intuisi" tidak mencukupi.

5. Bias

Salah satu bias utama adalah bias konfirmasi atau kecenderungan untuk mencari informasi dengan cara yang menegaskan ide atau keyakinan kita. Bias konfirmasi terjadi karena keinginan untuk sampai pada suatu kesimpulan, sehingga individu dapat berasumsi bahwa mereka mempertanyakan asumsi mereka ketika mereka hanya mencari informasi yang cukup untuk mengkonfirmasi keyakinan mereka. Ketika kita ingin berfikir kritis, kita menginginkan bukti yang bertentangan dengan pandangan kita untuk menginformasikan keputusan kita dengan lebih baik.

6. Berfikir adalah usaha yang sungguh-sungguh

Berfikir kritis itu sulit dan tidak berkembang secara otomatis. Butuh latihan dan usaha. Para ahli berfikir kritis tanpa pemikiran sadar, yang membuatnya mudah. Namun,

mengembangkan keahlian diperkirakan memakan waktu 10 tahun atau 10.000 jam (atau lebih) dari latihan yang disengaja, sehingga merupakan kegiatan yang memakan waktu. Individu lebih suka melakukan hal-hal yang otomatis dan mudah.

4.4 Dimensi Keterampilan Berfikir Kritis

Dimensi keterampilan berfikir kritis terdiri dari dua (2) aspek yaitu keterampilan kognitif dan kecenderungan afektif. Keterampilan kognitif ini disebut juga sebagai *core* keterampilan berfikir kritis. Dimensi inti keterampilan kognitif berfikir kritis ada enam (6), yaitu (Facione, 2020; Simpson & Courtney, 2002):

1. Interpretasi

Interpretasi mencakup memahami dan mengkomunikasikan makna informasi kepada orang lain dari berbagai macam pengalaman, situasi, data, peristiwa, penilaian, konvensi, keyakinan, aturan, prosedur, atau kriteria. Keterampilan interpretasi terdiri dari kemampuan mengkategorisasi, melakukan dekoding, dan mengklarifikasi makna. Dalam hal ini bidan harus mampu menginterpretasikan masalah secara akurat berdasarkan data objektif dan subjektif dari sumber informasi umum, terkait dengan perawatan pasien;

2. Analisis

Analisis adalah kemampuan menghubungkan potongan-potongan informasi bersama-sama untuk menentukan makna yang dimaksudkan. Keterampilan analisis mencakup memeriksa ide, mendeteksi argumen, dan menganalisis argumen. Pada tahap ini, bidan mampu memeriksa ide/argumen dalam masalah, data objektif dan subjektif dan kemungkinan tindakan yang terkait dengan perawatan pasien.

3. Inferensi

Inferensi adalah mengenali elemen informasi yang dimiliki dan digunakan seseorang. Keterampilan inferensi mencakup mempertanyakan klaim/ Pernyataan, memikirkan alternatif, (misalnya diagnosis diferensial), menarik kesimpulan, memecahkan masalah, dan mengambil keputusan. Bidan harus mampu menggali pernyataan pasien, menilai argumen (mengenali alasan yang salah) dan mencapai kesimpulan yang sesuai dengan asuhan pasien.

4. Penjelasan

Keterampilan ini mencakup menyatakan masalah, menyatakan hasil, mengemukakan kebenaran prosedur, dan mengemukakan argumen. Dalam hal ini bidan harus mampu menjelaskan dengan jelas dan mempertahankan alasan di mana individu sampai pada keputusan tertentu dalam konteks asuhan kesehatan pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi melibatkan membuat penilaian tentang kredibilitas pernyataan atau informasi yang merupakan deskripsi dari persepsi, pengalaman, situasi, penilaian, keyakinan, atau pendapat seseorang; dan untuk menilai kekuatan logis dari hubungan inferensial aktual atau yang dimaksudkan antara pernyataan, deskripsi, pertanyaan, atau bentuk representasi lainnya. Bidan harus mampu mengevaluasi informasi untuk memastikan kemungkinan kepercayaannya serta relevansinya dengan situasi asuhan ibu nifas.

6. Pengaturan diri

Pengaturan diri adalah kemampuan untuk mengendalikan pikiran, perilaku, dan emosinya sendiri. Keterampilan ini mencakup meneliti diri dan mengoreksi diri. Bidan harus terus-menerus memantau pemikirannya sendiri menggunakan kriteria universal. Misalnya kejelasan, presisi, akurasi, konsistensi, logis, signifikansi, dll dan mengoreksi diri sendiri yang sesuai dalam konteks merawat pasien.

Keterampilan ini digunakan secara interaktif dalam proses penalaran reflektif untuk membuat penilaian tentang apa yang harus dipercaya atau dilakukan. Oleh karena itu, dalam berfikir kritis, seseorang tidak hanya mencoba untuk menentukan dengan bijaksana apa yang harus dilakukan atau apa yang harus dipercaya, tetapi seseorang juga mampu menerapkan keterampilan inti berfikir kritis satu sama lain. Dengan kata lain, seseorang dapat menganalisis kesimpulannya sendiri, menjelaskan interpretasinya sendiri, atau mengevaluasi analisisnya sendiri (Simpson & Courtney, 2002).

Kecenderungan afektif yang harus dimiliki individu agar mampu berfikir kritis adalah (Simpson & Courtney, 2002):

1. Berfikiran terbuka: memiliki apresiasi terhadap perspektif alternatif dan kesediaan untuk menghormati hak orang lain untuk memiliki pendapat yang berbeda. Memahami tradisi budaya lain untuk mendapatkan perspektif tentang diri sendiri dan orang lain;
2. Inquisitif: ingin tahu dan antusias ingin memperoleh pengetahuan, ingin tahu cara kerja sesuatu, bahkan ketika penerapannya tidak langsung terlihat;
3. Pencarian kebenaran: berani mengajukan pertanyaan untuk memperoleh pengetahuan terbaik, bahkan jika pengetahuan tersebut mungkin gagal untuk mendukung prasangka, keyakinan, atau minat seseorang;
4. Analitis: Berfikir secara analitis dan menggunakan informasi yang dapat diverifikasi. Menuntut penerapan akal dan bukti serta kecenderungan mengantisipasi akibat;
5. Sistematis: menghargai organisasi dan pendekatan yang terfokus dan tekun terhadap masalah dari semua tingkat kerumitan; dan
6. Percaya Diri: mempercayai alasan dan kecenderungannya sendiri untuk menggunakan keterampilan ini, daripada strategi lain, untuk menanggapi masalah. Misalnya, membuat keputusan berdasarkan bukti ilmiah dan menanggapi nilai-nilai dan kepentingan individu dan masyarakat.

4.5 Membangun Keterampilan Berfikir Kritis

Keterampilan berfikir kritis dapat dikembangkan dengan menggunakan pertanyaan (yang melibatkan keterampilan penalaran dan kemampuan untuk mengatur dan mengartikulasikan pengetahuan), aktivitas kelompok kecil, bermain peran, debat, penggunaan studi kasus, penjurnalan, simulasi, teka-teki, pemecahan masalah dan tugas menulis (menulis formal/informal atau menulis studi kasus yang ringkas), serta berdialog tentang masalah yang kompleks (Simpson & Courtney, 2002).

4.6 Model Konseptual Berfikir Kritis Dalam Praktek Kebidanan

Model konseptual berfikir kritis dalam praktik kebidanan tertanam dalam filosofi asuhan yang berpusat pada perempuan. Asuhan ini berfokus pada kebutuhan, preferensi, dan harapan perempuan, mengakui otonomi perempuan dalam pengambilan keputusan, pilihan dan kedaulatan (Carter et al., 2018). Landasan kerangka filosofis menyeluruh yang mendukung model konseptual berfikir kritis dalam praktik kebidanan ini adalah (Carter et al., 2018):

- Kehamilan dan kelahiran adalah peristiwa fisiologis yang normal;
- Asuhan kebidanan dan pengambilan keputusan didasarkan pada bukti berkualitas tinggi;
- Asuhan kebidanan melibatkan hubungan antara perempuan dan bidan berdasarkan kemitraan, kekuatan yang setara dan saling menghormati; dan
- Asuhan kebidanan bersifat holistik dan individual.

Model konseptual ini melibatkan empat fase dan dua belas elemen. Fase dalam model konseptual ini bersifat fleksibel dan tidak dibatasi oleh urutan tertentu. Konseptual model berfikir kritis dalam praktek kebidanan dapat dilihat pada gambar berikut ini (Carter et al., 2018):



Gambar 1. Konseptual Model Berfikir Kritis Dalam Praktik Kebidanan
(Sumber: Carter et al., 2018)

Fase 1: Menjelajahi konteks

Fase ini melibatkan pengumpulan informasi untuk menganalisis konteks individu sehingga menumbuhkan pemikiran kritis melalui pertimbangan gambaran klinis secara keseluruhan. Fase ini terdiri dari:

1. Melakukan penilaian diri

Elemen ini melibatkan identifikasi kesenjangan dan keterampilan yang terkait dengan situasi klinis. Hal ini juga melibatkan refleksi oleh bidan tentang nilai-nilai dan keyakinan mereka dan pertimbangan dampaknya terhadap asuhan yang diberikan.

2. Mencari akar penyebab masalah

Elemen ini melibatkan pemikiran kognitif yang lebih dalam, bertujuan untuk mencari dan mengatasi penyebabnya. Kegagalan mengidentifikasi akar penyebab situasi atau masalah klinis dan signifikansi skenario dapat berdampak negatif terhadap kualitas dan keamanan asuhan kebidanan.

Fase 2: Penyelidikan Beralasan

Fase penyelidikan beralasan melibatkan pemeriksaan kesesuaian prosedur dan perawatan klinis, eksplorasi informasi dan bukti untuk menginformasikan praktik di masa depan. Penalaran melibatkan analisis bukti dan konstruksi keputusan (Stella, 2017) dan penyelidikan mendorong kedalaman eksplorasi dan penemuan daripada menggunakan pengambilan keputusan berdasarkan hafalan fakta atau aturan. Eksplorasi dan penemuan merupakan elemen penting dalam berfikir kritis (Facione, 1990) dan penting dalam penyediaan asuhan kebidanan yang berkualitas. Pada fase ini ada empat (4) elemen, yaitu:

- Sumber bukti terbaik yang tersedia
Sumber bukti terbaik dapat diperoleh melalui pencarian literatur, memprioritaskan bukti tingkat tinggi dan/atau mencari pedoman atau kebijakan klinis yang relevan. Praktik kebidanan yang berpusat pada perempuan dan berkualitas dicontohkan oleh penerapan bukti terbaik yang tersedia, terintegrasi dengan preferensi, kebutuhan dan pilihan perempuan itu sendiri dan penerapan pengambilan keputusan klinis yang baik dengan memanfaatkan keterampilan berfikir kritis yang sangat berkembang.
- Secara kritis menganalisis dan mengontekstualisasikan bukti
Keterampilan penting berfikir kritis dalam kebidanan adalah penilaian kritis literatur untuk memfasilitasi pengambilan keputusan berbasis bukti yang kontekstual. Bukti kemudian perlu dikontekstualisasikan dengan keadaan unik perempuan itu sendiri serta pertimbangan preferensi, kebutuhan, dan pilihannya, untuk memastikan keputusan terkait asuhan relevan dan berpusat pada perempuan.

- Jelajahi opsi

Faktor kunci berfikir kritis pada tahap ini adalah menggunakan pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman masa lalu untuk menginformasikan penilaian klinis. Berfikir kritis melibatkan eksplorasi berbagai pilihan dan alternatif untuk situasi tertentu. Eksplorasi ini melibatkan penggunaan intuisi dan/atau pengalaman sebelumnya melalui identifikasi dan pengelompokan berbagai isyarat menggunakan pengenalan pola.

- Memeriksa praktik

Elemen ini mendorong penyelidikan dan pemeriksaan lebih lanjut terhadap praktik yang diamati untuk menentukan apakah praktik tersebut berbasis bukti dan/atau berpusat pada perempuan.

Fase 3: Memfasilitasi Pengambilan Keputusan Bersama

Fase ini mencakup aspek pemikiran kritis yang unik untuk profesi kebidanan dan berhubungan dengan eksplorasi dan berbagi literatur, kebijakan dan pedoman dan alternatif dengan perempuan untuk memfasilitasi pilihan informasi. Juga termasuk dalam fase ini adalah negosiasi dan kolaborasi dengan penyedia layanan kesehatan lainnya, dan menghormati pilihan perempuan. Penyediaan informasi yang tepat dan berbasis bukti merupakan proses penting dalam pemikiran kritis kebidanan dan pengambilan keputusan klinis. Elemen-elemen pada fase ini adalah:

- Mengeksplorasi preferensi perempuan.

Sejalan dengan pendekatan asuhan yang berpusat pada perempuan, elemen ini melibatkan diskusi umum mengenai preferensi perempuan untuk asuhan atau percakapan yang lebih spesifik terkait dengan episode/peristiwa saat ini dalam praktik. Eksplorasi preferensi perempuan ini mengakui bahwa otonomi perempuan adalah elemen sentral dalam pengambilan keputusan yang tepat.

- Menggabungkan perencanaan asuhan yang berpusat pada perempuan

Elemen ini memerlukan perencanaan asuhan yang dipusatkan di sekitar perempuan dan penggabungan preferensi dan kebutuhannya. Ini juga melibatkan individualisasi urutan asuhan, sifat asuhan yang diberikan, dan berbagi serta mendiskusikan bukti dan informasi yang dikontekstualisasikan dengan perempuan tersebut. Tindakan ini mendorong otonomi perempuan melalui penyediaan bukti dan saran berkualitas tinggi sehingga meningkatkan pengambilan keputusan yang tepat (Model Curriculum Outlines for Professional Midwifery Education, 2012). Memastikan pengetahuan, pengalaman, dan keinginan perempuan itu sendiri dimasukkan ke dalam perencanaan asuhan, membuat keputusan kebidanan menjadi beragam, membuat lebih kompleks, membutuhkan keterampilan berfikir kritis yang berkembang dengan baik.

- **Negosiasikan asuhan**

Elemen pemikiran kritis dalam praktik kebidanan ini mengakui bahwa asuhan kebidanan diberikan dalam lingkungan kolaboratif yang menggabungkan semua disiplin ilmu yang terlibat dalam asuhan, yang berpusat di sekitar perempuan dan keluarganya. Mengadvokasi pilihan perempuan atau menegosiasikan asuhan berbasis bukti yang tepat adalah kemampuan kebidanan penting yang mengoptimalkan hasil untuk perempuan dan bayinya.

Fase 4: Evaluasi

Evaluasi adalah komponen penting dari asuhan berkualitas dan peningkatan praktik. Fase ini menggabungkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi peningkatan kualitas yang diperlukan dalam organisasi, menilai dan merefleksikan kualitas asuhan yang diberikan, mencari umpan balik dari orang lain dan bekerja sama untuk terus meningkatkan praktik. Evaluasi asuhan termasuk evaluasi diri, evaluasi layanan dan penyediaan asuhan yang mendukung praktik kebidanan yang aman dan efektif, mendorong refleksi dan pemikiran kritis, menginformasikan penilaian profesional. Pada fase ini ada tiga (3) elemen yang harus dilakukan, yaitu:

- Mengidentifikasi perbaikan
 Langkah dalam berfikir kritis ini melibatkan sikap proaktif dan mengatasi setiap kekurangan dalam kebijakan / pedoman, praktik, atau lingkungan yang menghambat asuhan. Identifikasi peningkatan kualitas dalam lingkungan praktik dan penyempurnaan sistem yang ada adalah penting untuk mempromosikan praktik kebidanan yang aman dan elemen sentral dari pemikiran kritis. Elemen ini melibatkan pemikiran kritis yang lebih mendalam karena tidak hanya berkaitan dengan situasi saat ini tetapi juga mempertimbangkan perbaikan untuk perawatan di masa depan.
- Mengevaluasi praktik sendiri
 Refleksi diri dan pertimbangan setelah kejadian tentang asuhan yang diberikan dan hasil adalah karakteristik dari elemen ini. Ini juga melibatkan mencari umpan balik dari orang lain, termasuk wanita, pembimbing atau orang lain yang terlibat dalam asuhan. Refleksi ini dapat mengidentifikasi aspek-aspek tertentu dari praktik atau asuhan bidan yang dapat ditingkatkan. Refleksi dan berfikir kritis merupakan komponen penting dari praktik kebidanan yang aman. Refleksi pada praktik kebidanan memastikan bahwa praktik tersebut didasarkan pada filosofi yang holistik dan berpusat pada perempuan sesuai dengan nilai-nilai kebidanan. Melakukan evaluasi diri melalui refleksi dan penggabungan umpan balik dari orang lain menghasilkan analisis diri, pemikiran intelektual dan pola praktik, memfasilitasi pemikiran kritis dan praktik transformasional.
- Memulai dialog profesional
 Dialog kebidanan profesional dalam elemen ini difokuskan pada evaluasi praktik dan mungkin melibatkan diskusi dengan rekan lain seputar asuhan klinis untuk menghasilkan pengetahuan baru (hal ini mungkin terjadi sebelum, selama atau setelah asuhan). Budaya dukungan dan/atau tanya jawab setelah situasi yang kompleks membantu mahasiswa kebidanan untuk mengartikulasikan kebutuhan belajar

mereka dan mengembangkan ketahanan mendorong refleksi untuk proses pengalaman dalam praktik di masa depan.

4.7 Berfikir Kritis Dalam Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas dan Menyusui

Untuk mengembangkan kemampuan berfikir kritis, pertanyaan berikut dapat digunakan untuk melatih kemampuan kita. Pertanyaan ini dapat dikembangkan sesuai dengan data dan masalah yang ditemui pada ibu nifas dan menyusui.

Tabel 3. Daftar pertanyaan sesuai dimensi berfikir kritis

Dimensi berfikir kritis	Pertanyaan
Interpretasi	<ul style="list-style-type: none"> • Apa artinya ini? • Apa yang terjadi pada ibu nifas dan menyusui? • Bagaimana bidan memahami apa yang disampaikan oleh ibu nifas/menyusui? • Apa cara terbaik untuk mengkarakterisasi/mengkategorikan/mengklasifikasikan ini? • Dalam konteks ini, apa yang dimaksud dengan pernyataan ibu nifas/menyusui tersebut? • Bagaimana bidan dapat memahami hal ini (pengalaman, perasaan, atau pernyataan)
Analisis	<ul style="list-style-type: none"> • Tolong beritahu kami lagi alasan ibu membuat pernyataan itu. • Apa kesimpulan ibu/Apa yang ibu nyatakan? • Mengapa ibu berfikir demikian? • Apa argumen pro dan kontra? • Asumsi apa yang harus kita buat untuk menerima kesimpulan itu? • Apa dasar ibu mengatakan itu?
Inferensi	<ul style="list-style-type: none"> • Mengingat apa yang kita ketahui sejauh ini, kesimpulan apa yang bisa kita tarik? • Mengingat apa yang kita ketahui sejauh ini, apa yang bisa kita kesampingkan? • Apa yang disiratkan oleh bukti ini? • Jika kita mengabaikan/menerima asumsi itu, bagaimana keadaan akan berubah? • Informasi tambahan apa yang kita perlukan untuk

Dimensi berfikir kritis	Pertanyaan
	<p>menjawab pertanyaan ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika kita memercayai hal-hal ini, apa implikasinya bagi kita di masa depan? • Apa konsekuensi dari melakukan hal-hal seperti itu? • Apa saja alternatif yang belum kita jelajahi? • Mari kita pertimbangkan setiap opsi dan lihat ke mana arahnya. • Apakah ada konsekuensi yang tidak diinginkan yang dapat dan harus kita ramalkan?
Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> • Seberapa kredibel pernyataan itu? • Mengapa menurut kita, kita dapat memercayai apa yang dinyatakan ibu/pasien ini? • Seberapa kuat argumen tersebut? • Apakah fakta kita benar? • Seberapa yakin kita dalam kesimpulan kita, mengingat apa yang sekarang kita ketahui?
Penjelasan	<ul style="list-style-type: none"> • Apa temuan/hasil spesifik dari investigasi? • Tolong beritahu kami bagaimana ibu melakukan analisis itu. • Bagaimana ibu sampai pada interpretasi itu? • Tolong bawa kami melalui alasan ibu sekali lagi. • Mengapa menurut ibu (adalah jawaban yang benar/adalah solusi)? • Bagaimana ibu menjelaskan mengapa keputusan khusus ini dibuat?
Pengaturan diri	<ul style="list-style-type: none"> • Posisi kami dalam masalah ini masih terlalu kabur; bisakah kita lebih tepat? • Seberapa baik metodologi kami, dan seberapa baik kami mengikutinya? • Apakah ada cara agar kita dapat mendamaikan kedua kesimpulan yang tampaknya bertentangan ini? • Seberapa bagus bukti kita? • OK, sebelum kita melakukan, apa yang kita lewatkan? • Saya menemukan beberapa definisi kami sedikit

Dimensi berfikir kritis	Pertanyaan
	membingungkan; dapatkah kita meninjau kembali apa yang kita maksud dengan hal-hal tertentu sebelum membuat keputusan akhir?

Sumber: Facione, 2020.

Berdasarkan dimensi berfikir kritis dan model konseptual dalam praktek kebidanan maka konsep berfikir kritis dalam asuhan kebidanan nifas dan menyusui dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4. Keterkaitan proses asuhan kebidanan, berfikir kritis, dan model konseptual berfikir kritis dalam asuhan kebidanan

Proses asuhan kebidanan	Dimensi berfikir kritis	Kecenderungan afektif	Model konseptual berfikir kritis dalam asuhan kebidanan
Pengkajian	Analisis: Memeriksa ide, mengidentifikasi argument, menganalisis argumen Interpretasi Mengakategorisasi, dekoding signifikansi, mengklarifikasi arti	Analitis Inquisitif	Menjelajahi konteks: melakukan penilaian, mencari akar penyebab masalah
Interpretasi Data (Diagnosa, masalah, dan kebutuhan)	Membuat Inferensi; sintesis: hipotesis Meminta bukti, memperkirakan alternatif,	Berpikiran terbuka	Penyelidikan beralasan: Sumber bukti terbaik, menganalisis dan mengontekstualisasi bukti, jelajahi opsi,

Proses asuhan kebidanan	Dimensi berfikir kritis	Kecenderungan afektif	Model konseptual berfikir kritis dalam asuhan kebidanan
	menarik kesimpulan		memeriksa praktik
Perencanaan	Membuat inferensi: Generalisasi, berhipotesis	Sistematik	Memfasilitasi pengambilan keputusan bersama:
Implementasi	Penjelasan – menerapkan rencana dan menguji hipotesis Menyatakan hasil, membenarkan prosedur, menyajikan argument	Percaya diri Pencarian kebenaran	mengeksplorasi preferensi wanita, perencanaan asuhan yang berpusat pada wanita, negosiasikan asuhan
Evaluasi	Evaluasi: Menilai klaim dan argumen Regulasi diri: (menilai; membuat evaluasi berbasis kriteria, pemeriksaan diri dan koreksi diri)	Kematangan kognitif	Evaluasi: Mengidentifikasi perbaikan, mengevaluasi praktik sendiri, memulai dialog profesional,

Sumber: adaptasi dari ICM, 2012; Facione, 1990; dan Carter et al., 2018.

4.7.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah penting dalam proses asuhan kebidanan. Pada fase ini, bidan secara sistematis mengumpulkan informasi yang lengkap, komprehensif, relevan, valid, dan reliabel dari pasien dan sumber-sumber lain yang

kredibel untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pada ibu nifas/menyusui. Bidan menggunakan berfikir kritis untuk mengidentifikasi keluhan utama dan masalah kesehatan lain, mengumpulkan informasi, menganalisis ide dan argumen, memeriksa dan menginterpretasi data, mengkategorikan dan mendekoding data signifikan dari data yang tidak signifikan dan mengklarifikasi arti untuk pemahaman yang lebih baik. Selain kemampuan kognitif berfikir kritis, pada fase ini juga melibatkan kemampuan afektif berfikir kritis yaitu inquisitif dan analitik dan mengajukan pertanyaan yang menyelidiki untuk mengumpulkan riwayat kesehatan yang komprehensif dari pasien (Chabeli, 2007).

Analisis (memeriksa ide, mengidentifikasi dan menganalisis argumen)

Pada tahap ini, bidan menganalisis alasan kunjungan ibu nifas/menyusui, mengumpulkan data demografi ibu nifas/menyusui (biodata lengkap). Selanjutnya, bidan mengumpulkan data subjektif dan objektif yang komprehensif, akurat, relevan, dan valid melalui observasi dan wawancara. Data subjektif meliputi riwayat persalinan, riwayat obstetri, riwayat kesehatan/penyakit lalu dan sekarang. Data objektif diperoleh melalui observasi, pemeriksaan fisik ibu nifas (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) dan pemeriksaan tambahan bila diperlukan (hemoglobin, protein urin). Pemeriksaan fisik pada ibu nifas dan menyusui meliputi tanda vital, kepala dan leher, mammae (pengeluaran air susu, keadaan puting susu), abdomen (tinggi fundus, konsistensi, dan kontraksi, keadaan luka post-seksio sesar), pemeriksaan genitalia (lokhea, luka jahitan, perdarahan), dan ekstremitas bawah (oedem, tanda tromboflebitis). Selama pengumpulan data, bidan mempertimbangkan masukan pasien/ibu nifas (Chabeli, 2007).

Kemampuan berfikir kritis ditunjukkan ketika bidan mampu menentukan dan menganalisis informasi yang relevan dan tidak relevan, meringkas informasi, melihat struktur alasan

dan mengidentifikasi kesimpulan hasil pemeriksaan pada ibu nifas (Chabeli, 2007).

Interpretasi (kategorisasi, dekoding signifikansi, klarifikasi makna). Bidan membuat interpretasi data ketika informasi/data ibu nifas/menyusui telah diidentifikasi dan dianalisis secara kritis. Kategorisasi data melibatkan kemampuan bidan untuk menjelaskan situasi, kejadian dan pengalaman. Misalnya, mengkategorisasi kebutuhan ibu nifas/menyusui sesuai kebutuhan hirarki Maslow. Decoding signifikansi berarti mendeteksi, memperhatikan, dan menggambarkan konten informasi untuk pemahaman yang lebih baik. Klarifikasi makna memastikan bahwa argumen diungkapkan se jelas mungkin sehingga mudah untuk mengatakan apakah premis itu benar, apakah logikanya bagus dan apakah argumennya relevan. Premis argumen logis harus sangat mendukung kesimpulan - yaitu, seseorang harus percaya pada kesimpulannya (Chabeli, 2007).

4.7.2 Diagnosa

Langkah kedua proses asuhan kebidanan adalah menegakkan diagnosa. Diagnosa ini menjadi dasar untuk memberikan asuhan individu. Selama fase ini, bidan menggunakan keterampilan berfikir kritis seperti membuat inferensi, dimana membuat sintesis dan hipotesis memainkan bagian integral (Chabeli, 2007). Inferensi didefinisikan sebagai gerakan pemikiran yang berangkat dari sesuatu yang diberikan, isyarat atau data, ke kesimpulan tentang apa arti atau makna data itu. Inferensi menyatukan semua berbagai elemen yang diperlukan untuk menanyakan bukti yang dikumpulkan, untuk menarik kesimpulan yang masuk akal dan untuk membentuk dugaan dan hipotesis.

Permintaan bukti dalam praktik dapat dilihat ketika bidan tidak puas dengan bukti yang diberikan. Bidan mengenali informasi yang memerlukan dukungan dan merumuskan strategi untuk mencari dan mengumpulkan informasi yang mungkin memberikan dukungan tersebut. Bidan secara kritis

memeriksa kedalaman dan keluasan semua data yang dikumpulkan, menyatakan masalah kesehatan aktual dan potensial dan memprioritaskannya. Menarik kesimpulan dilakukan dengan menyatukan berbagai elemen yang diperlukan untuk menyatakan diagnosis yang masuk akal (Chabeli, 2007).

Inferensi diagnostik membutuhkan lebih banyak pengetahuan, pengalaman, dan wawasan untuk mengklasifikasikan data ke dalam berbagai tema dan pola yang akan membantu dalam fase perencanaan (Facione, 1990:6). Ketika menegakkan diagnosa pada ibu nifas/menyusui, bidan juga harus mampu mengidentifikasi masalah pada ibu nifas/menyusui.

4.7.3 Perencanaan

Perencanaan yang efektif tergantung dari keakuratan langkah-langkah sebelumnya. Pengetahuan yang baik, penilaian yang baik dan kemampuan pengambilan keputusan diperlukan untuk secara efektif merencanakan dan memilih metode yang akan digunakan bidan untuk melakukan intervensi. Selama perencanaan, bidan menggunakan lebih banyak kesimpulan, generalisasi, dan keterampilan berfikir kognitif untuk membuat keputusan klinis bersama yang rasional dengan pasien.

Selain itu, bidan harus menggunakan kecerdikan, kreativitas dan pengalaman masa lalu, dan juga harus mempertimbangkan kebutuhan dan praktik kesehatan berbasis budaya pasien. Disposisi berfikir kritis afektif dipertimbangkan selama fase perencanaan seperti fleksibilitas, kemauan, analitis dan rasa ingin tahu. Rencana, intervensi dan hasil yang diharapkan harus dicatat secara akurat dalam dokumen yang sesuai. Ketika merencanakan asuhan, bidan harus mempertimbangkan berbagai aturan yang berhubungan dengan wewenang dan tanggung jawab bidan (Chabeli, 2007). Adapun peraturan terkait dalam menyusun rencana asuhan antara lain Undang-Undang no 4 tahun 2019 tentang Kebidanan, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan,

Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, dan peraturan lain yang terkait dengan profesi bidan dan layanan kesehatan.

4.7.4 Implementasi

Saat memilih intervensi, penting untuk mengajukan pertanyaan berikut: akankah intervensi memfasilitasi kemajuan pasien ke arah yang diinginkan? Bagaimana hasilnya? Apakah intervensi telah dibuktikan melalui penelitian, atau itu berdasarkan pengalaman atau intuisi, atau berdasarkan wawasan langsung bidan? Partisipasi pasien dalam implementasi merupakan bagian integral dari asuhan. Partisipasi pasien tergantung pada status kesehatan pasien dan ketersediaan sumber daya sesuai dengan tipe tindakan yang dipertimbangkan. Efektifitas implementasi tergantung pada kemampuan bidan untuk menciptakan komunikasi yang baik dan membangun hubungan yang baik dengan pasien. Kemampuan berfikir kritis adalah penting dalam membuat keputusan rasional langsung dan cepat dalam menentukan apakah intervensi harus mandiri, kolaborasi atau rujukan (Chabeli, 2007).

Proses implementasi menggunakan keterampilan berfikir kognitif seperti membenarkan keputusan yang dibuat dan memecahkan masalah dalam praktik klinis. Penggunaan berfikir kritis, keterampilan berfikir kreatif dan reflektif dengan disposisi afektif terkait sangat penting untuk penyediaan asuhan kebidanan yang aman dan cerdas. Proses implementasi komprehensif harus cukup spesifik dan dicatat secara akurat dan terbaca dalam dokumen yang sesuai sehingga setiap orang yang merawat pasien akan dapat menyepakati apakah tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan juga untuk menghindari pengulangan intervensi (Chabeli, 2007).

4.7.5 Evaluasi

Bidan mengevaluasi apakah hasil dan intervensi dapat dicapai. Jika tidak, rencana alternatif harus dirumuskan kembali. Pertimbangan harus diberikan apakah rencana tersebut harus dipertahankan, dimodifikasi atau direvisi secara

total dengan mempertimbangkan status kesehatan pasien. Kemajuan pasien harus didokumentasikan secara sistematis sesuai dengan kebijakan institusi.

Berfikir kritis merupakan bagian integral dari fase evaluasi. Ini digunakan untuk menilai kredibilitas pernyataan atau representasi lain yang dibuat oleh pasien. Untuk mengkaji pernyataan, relevansi kontekstual dari informasi yang dikumpulkan harus dipertimbangkan. Ketika mengumpulkan data evaluasi, seseorang akan menggunakan pemikiran kritis untuk menentukan data yang signifikan. Tanpa evaluasi, bidan tidak akan tahu apakah asuhan yang diberikan benar-benar memenuhi kebutuhan pasien. Evaluasi memungkinkan bidan untuk meningkatkan asuhan dan meningkatkan efisiensi dengan menghilangkan intervensi yang tidak berhasil dan berfokus pada tindakan yang lebih efektif (Chabeli, 2007). Melalui kemampuan berfikir kritis bidan dapat mengevaluasi tujuan yang telah dicapai. Bidan harus mampu mengoreksi diri sendiri jika terjadi kegagalan pada rencana yang telah disusun sehingga bidan dapat mengkaji kembali, mendiagnosa ulang, merencanakan, dan mengimplementasikan asuhan yang lebih akurat. Pada tahap evaluasi kemampuan berfikir kritis diperlukan untuk mencatat hasil yang akurat, relevan, tepat, dan legal untuk meminimalisir kesalahan (Chabeli, 2007).

Contoh kasus :

Seorang perempuan datang ke praktik mandiri bidan diantar oleh suami dengan keluhan demam 2 hari berturut-turut, nyeri pada perut, melahirkan 7 hari yang lalu, pengeluaran pervaginam cairan berwarna merah kecoklatan dan berbau. Untuk menyelesaikan masalah ini dalam konteks berfikir kritis dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 5. Aplikasi berfikir kritis pada ibu nifas dengan metritis

Proses asuhan kebidanan	Dimensi berfikir kritis	Sikap efektif	Model konseptua l berfikir kritis dalam kebidanan
<p>Pengkajian Hasil pengumpulan data subjektif diketahui Ny. Y, 35 tahun, tamat SMA, ibu rumah tangga, suku Jawa, menikah sejak 2 tahun yang lalu dengan Tn. Z, 35 tahun, tamat SMA, bekerja sebagai kurir pengiriman barang, suku Jawa. Keluhan utama demam selama 2 hari berturut-turut disertai menggigil. Bersalin secara normal, ditolong oleh bidan 7 hari yang lalu, dengan berat badan bayi 3800 gram, mengalami robekan perineum karena episiotomi dan dijahit. Plasenta lahir spontan dan lengkap. Ini merupakan kehamilan pertama, tidak pernah keguguran. Selama hamil, Ny. Y 6x ANC</p>	<p>Analitis Bidan menganalisis alasan kunjungan Ny. Y, menggali lebih dalam setiap jawaban, mengajukan pertanyaan yang memperkuat pernyataan.</p> <p>Interpretasi Bidan mencoba memahami semua pernyataan yang disampaikan Ny.Y, mengkategorisasi pernyataan Ny.Y, mengklarifikasi bila ada pernyataan yang tidak jelas. Bidan mencoba memahami pengalaman, perasaan, atau pernyataan Ny.</p>	<p>Analitis Bidan menganalisis jawaban Ny. Y, menggunakan informasi yang disampaikan Ny.Y untuk memverifikasi data.</p> <p>Inquisitif Bidan menunjukkan rasa ingin tahu dan antusias saat menggali informasi / masalah kesehatan Ny. Y</p>	<p>Menjelajahi konteks Bidan mencari penyebab masalah Ny.Y, mengidentifikasi kesenjangan informasi yang disampaikan dan melakukan refleksi tentang nilai-nilai yang dianut Ny.Y</p>

Proses asuhan kebidanan	Dimensi berfikir kritis	Sikap efektif	Model konseptua l berfikir kritis dalam kebidanan
<p>ke bidan, terdeteksi anemia sedang selama trimester II dan III, telah mendapatkan imunisasi TT 2 kali selama hamil. Ada pantangan makan telur dan ikan pada masa nifas dengan alasan mengakibatkan gatal. Ny. Y tidak memiliki riwayat alergi pada telur, ikan, dan obat-obatan. Selama masa nifas, Ny. Y mengganti pembalut 2-3 kali sehari, melakukan perawatan tradisional dengan rendaman air sirih pada daerah perineum setelah pulang dari PMB atas saran orang tua. Keluarga ny. Y makan 3x sehari dengan lauk ikan asin, tempe, dan tahu + sayur. Konsumsi buah kadang-kadang. Bayi disusui dengan ASI dan susu formula</p>	<p>Y. Selain itu, bidan juga memikirkan apa yang terjadi pada Ny. Y</p>		

Proses asuhan kebidanan	Dimensi berfikir kritis	Sikap efektif	Model konseptual berfikir kritis dalam kebidanan
<p>bergantian dengan alasan ASI tidak mencukupi.</p> <p>Berdasarkan data objektif diketahui suhu 38°C, nadi 92 x/menit, tekanan darah 100/70 mmHg, pernafasan 24 x/menit. Wajah terlihat pucat, konjungtiva anemis, payudara sudah berisi ASI, puting susu menonjol, tinggi fundus uteri 3 jari di bawah pusat, kontraksi kurang baik, nyeri saat dipalpasi. Pada genitalia ditemukan lokhea sanguinolenta, berbau, jahitan bekas episiotomi ada yang terbuka. Pada ekstremitas bawah tidak ditemukan oedema. Hb 8,6 gr %</p>			
<p>Interpretasi data Diagnosa: P1A0 postpartum hari ke-7 dengan metritis, KU sedang. Masalah: Cairan</p>	<p>Inferensi sintesis, hipotesis Pada fase ini bidan memikirkan alternatif</p>	<p>Berfikiran terbuka Bidan mengembankan sikap apresiasi terhadap</p>	<p>Penyelidikan beralasan Ketika menegakkan diagnosa, bidan</p>

Proses asuhan kebidanan	Dimensi berfikir kritis	Sikap efektif	Model konseptual berfikir kritis dalam kebidanan
<p>vagina / lokhea berbau</p> <p>Kebutuhan: Rujukan, rehidrasi pendidikan kesehatan tentang kebersihan genitalia, nutrisi.</p> <p>Diagnosa potensial: Abses pelvik, peritonitis</p> <p>Kebutuhan tindakan segera: rujukan</p>	<p>diagnosa berdasarkan pernyataan Ny.Y, menilai argumen dan menarik kesimpulan dari pernyataan Ny.Y</p>	<p>diagnosa metritis dan menghargai kemungkinan diagnosa lain yang diajukan oleh sejawat</p>	<p>mencari referensi yang sesuai dengan data-data yang telah dikumpulkan, mengungkapkan berbagai kemungkinan diagnosa dengan data yang hampir mirip. Bidan mengeksplorasi semua kemungkinan diagnosa utama dan diagnosa potensial lainnya</p>
<p>Perencanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penanganan awal kegawatdaruratan metritis 2. Persiapan rujukan 	<p>Inferensi : generalisasi</p> <p>Bidan berupaya memecahkan masalah Ny.Y dan mengambil keputusan asuhan yang akan diberikan dengan</p>	<p>Sistematik</p> <p>Pada tahap ini, bidan menghargai dan menerapkan pedoman asuhan pada ibu dengan metritis</p>	<p>Memfasilitasi pengambilan keputusan</p> <p>Pada fase ini bidan mengeksplorasi berbagai</p>

Proses asuhan kebidanan	Dimensi berfikir kritis	Sikap efektif	Model konseptual berfikir kritis dalam kebidanan
	mempertimbangkan berbagai opsi dan konsekuensinya .	yang telah ditetapkan	literatur tentang metritis, kebijakan dan pedoman tentang
<p>Implementasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan penanganan awal kegawatdaruratan berupa: <ol style="list-style-type: none"> a. Menilai kondisi umum Ny.Y berdasarkan tanda vital b. Rehidrasi dengan memasang infus RL menggunakan IV catheter no 16 atau 18 c. Pemberian antibiotika (misalnya ampisilin 500 mg) 2. Menginformasikan kondisi Ny.Y kepada yang bersangkutan dan keluarganya 3. Menyiapkan rujukan <ol style="list-style-type: none"> a. Menginforma 	<p>Penjelasan</p> <p>Bidan mampu memberikan penjelasan yang baik kepada Ny.Y tentang asuhan yang diberikan. Dengan penjelasan ini diharapkan Ny.Y dapat mengambil keputusan yang menguntungkan dirinya</p>	<p>Percaya diri</p> <p>Ketika memberikan asuhan pada Ny.Y, bidan yakin dengan keterampilannya sesuai dengan pedoman yang berlaku, melakukan asuhan berdasarkan bukti ilmiah dengan menghargai nilai-nilai dan kepentingan Ny.Y</p> <p>Pencarian kebenaran</p> <p>Saat memberikan asuhan pada Ny.Y, bidan</p>	<p>penatalaksanaan metritis, dan mengkaji kembali wewenang bidan untuk memberikan asuhan pada ibu postpartum dengan metritis. Bidan juga mengomunikasikan asuhan yang akan diberikan kepada Ny.Y sesuai dengan kebutuhannya.</p>

Proses asuhan kebidanan	Dimensi berfikir kritis	Sikap efektif	Model konseptual berfikir kritis dalam kebidanan
<p>sikan kepada keluarga tentang rujukan dan asuhan yang akan dilakukan selanjutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Menghubungi RS yang dituju (bila memungkinkan) c. Membuat surat pengantar d. Menyiapkan kendaraan e. Menginformasikan kemungkinan kebutuhan transfusi darah f. Menginformasikan kebutuhan finansial kepada keluarga terkait asuhan Ny.Y (jaminan kesehatan, dll) 		<p>mengajukan pertanyaan untuk mendapatkan asuhan terbaik berbasis bukti</p>	

Proses asuhan kebidanan	Dimensi berfikir kritis	Sikap efektif	Model konseptual berfikir kritis dalam kebidanan
g. Mendampingi Ny. Y ke RS yang dituju			
<p>Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Ny. Y dalam kondisi sadar dan kooperatif Ny. Y bersedia dirujuk ke RS yang telah disepakati 	<p>Evaluasi</p> <p>Bidan membuat penilaian asuhan yang diberikan pada Ny. Y dan relevansi asuhan yang diberikan</p> <p>Pengaturan diri</p> <p>Bidan mampu mengendalikan pikiran, perilaku, dan emosinya saat menilai asuhan, mengoreksi diri sendiri sesuai dalam konteks merawat pasien</p>	<p>Kematangan kognitif</p> <p>Pada proses evaluasi, bidan menunjukkan kematangan berfikir dengan menilai asuhan yang telah diberikan.</p>	<p>Evaluasi</p> <p>Bidan menilai kualitas asuhan yang diberikan kepada Ny. Y, mengidentifikasi perbaikan asuhan, mengevaluasi praktik sendiri / refleksi, dan kemungkinan untuk berdialog dengan rekan bidan lain seputar asuhan metritis</p>

DAFTAR PUSTAKA

- Alfaro-Lefevre, R., Msn, RN, & Anef. (2015). Critical Thinking, Clinical Reasoning and Clinical Judgment: A Practical Approach, Pageburst E-book on Kno. <https://books.google.com/books?hl=sv&lr=&id=BzzdCwAAQBAJ&pgis=1>
- Carter, A. G., Creedy, D. K., & Sidebotham, M. (2018). Critical Thinking in Midwifery Practice: A Conceptual Model. *Nurse Education in Practice*, 33(Nov), 114–120.
- Chabeli. (2007). Facilitating critical thinking within the nursing process framework: A literature review. *Health SA Gesondheid*, 12(4), 69–89. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.1998.tb01900.x>
- Facione, P. A. (1990). Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction Executive Summary “ The Delphi Report. The California Academic Press, 423(c), 1–19. http://www.insightassessment.com/pdf_files/DEXadobe.PDF
- Facione, P. A. (2020). Critical Thinking: What It Is and Why It Counts 2020 Update. In *Insight assessment: Vol. XXVIII (Issue1)*. http://www.insightassessment.com/pdf_files/what&why2007.pd%0Ahttp://www.eduteka.org/PensamintoCriticoFacione.php
- Model Curriculum Outlines for Professional Midwifery Education,(2012). [https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Model Curriculum Outlines for Professional Midwifery Education/ICM Resource Packet 2 Model Curriculum Outline NEW.pdf](https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Model%20Curriculum%20Outlines%20for%20Professional%20Midwifery%20Education/ICM%20Resource%20Packet%202%20Model%20Curriculum%20Outline%20NEW.pdf)
- Persky, A. M., Medina, M. S., & Castleberry, A. N. (2019). Developing critical thinking skills in pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 83(2), 161–170. <https://doi.org/10.5688/ajpe7033>
- Simpson, E., & Courtney, M. (2002). Critical thinking in nursing education: Literature review. *International Journal of*

Nursing Practice, 8(2), 89–98.

<https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2002.00340.x>

Stella, C. (2017). *Critical Thinking Skills: Effective Analysis, Argument and Reflection* - Stella Cottrell - Google Books (p. 307).

Yildirim, B., & Ozkahraman, S. (2011). Critical thinking in nursing process and education. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(13), 257–262.

BAB V

***CLINICAL JUGGMENT* DALAM ASUHAN NIFAS DAN MENYUSUI NORMAL**

Oleh Ruth Yogi, S.ST., M.Kes

5.1 *Clinical Judgment*

5.1.1 Pengertian *Clinical Judgment* /Pengambilan Keputusan Klinik

Clinical Judgment merupakan suatu penerapan informasi berdasarkan pengamatan *actual* pada klien yang dikombinasikan dengan data subjektif dan objektif yang mengarah pada kesimpulan akhir /analisis /diagnosis. Sehingga bidan dapat memperoleh data-data terkait keadaan klien yang akan dikumpulkan, kemudian membuat interpretasi data, dan diakhiri dengan penetapan diagnosis kebidanan, sehingga dapat mengidentifikasi tindakan kebidanan yang tepat.

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

Membuat keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti (*evidence-based*), keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien (Varney, 1997).

Semua upaya diatas akan bermuara pada bagaimana kinerja dan perilaku yang diharapkan dari seorang pemberi asuhan dalam menjalankan tugas dan pengamalan ilmunya kepada pasien atau klien. Pengetahuan dan keterampilan saja ternyata tidak dapat menjamin asuhan atau pertolongan yang diberikan dapat memberikan hasil maksimal atau memenuhi standar kualitas pelayanan dan harapan pasien apabila tidak disertai dengan perilaku yang terpuji.

1. Rekomendasi

WHO menyampaikan dengan melakukan penguatan pendekatan proses pengambilan keputusan klinis berdasarkan evidence based dalam pelaksanaan praktiknya dapat meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan setiap tenaga kesehatan.

5.1.2 Manfaat *Clinical Judgment*

Pengambilan keputusan klinis yang dibuat oleh seorang tenaga kesehatan sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan. Pengambilan keputusan klinis dapat terjadi mengikuti suatu proses yang sistematis, logis dan jelas. Proses pengambilan keputusan klinis dapat dijelaskan, diajarkan dan dipraktikkan secara gamblang. Kemampuan ini tidak hanya tergantung pada pengumpulan informasi, tetapi tergantung juga pada kemampuan untuk menyusun, menafsirkan dan mengambil tindakan atas dasar informasi yang didapat saat pengkajian. Kemampuan dalam pengambilan keputusan klinis sangat tergantung pada pengalaman, pengetahuan dan latihan praktik.

Ketiga faktor ini sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan klinis yang dibuat sehingga menentukan tepat tidaknya tindakan yang petugas kesehatan berikan pada klien.

Seorang tenaga klinis apabila dihadapkan pada situasi dimana terdapat suatu keadaan panik, membingungkan dan memerlukan keputusan cepat (biasanya dalam kasus emergency) maka 2 hal yang dilakukan :

- a. Mempertimbangkan satu solusi berdasarkan pengalaman dimasa lampau.
- b. Meninjau simpanan pengetahuan yang relevan dengan keadaan ini dalam upaya mencari suatu solusi.

Apabila tidak ada pengalaman yang dimiliki dengan situasi ini dan simpanan pengetahuan belum memadai, maka tenaga klinis dianggap belum mampu memecahkan masalah yang ada. Oleh karena itu tenaga kesehatan harus terus menerus memperbaharui pengetahuannya, sambil melatih terus keterampilannya dengan memberikan jasa pelayanan klinisnya.

Pengambilan keputusan klinis ini sangat erat kaitannya dengan proses manajemen kebidanan karena dalam proses manajemen kebidanan seorang Bidan dituntut untuk mampu membuat keputusan yang segera secara tepat dan cepat agar masalah yang dihadapi klien cepat teratasi.

5.1.3 Langkah-langkah dalam pengambilan Keputusan Klinik Asuhan Kebidanan

- a. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- c. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi/dihadapi
- d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah
- e. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
- f. Memantau dan mengevaluasi efektivitas asuhan atau intervensi

5.1.4 Proses Pengambilan Keputusan Klinik

- a. Pengumpulan Data

Semua pihak yang terlibat mempunyai peranan penting dalam setiap langkah untuk membuat keputusan klinik. Data utama (misalnya, riwayat persalinan), data

subyektif yang diperoleh dari anamnesis (misalnya, keluhan pasien), dan data obyektif dari pemeriksaan fisik (misalnya, tekanan darah) diperoleh melalui serangkaian upaya sistematis dan terfokus. Validitas dan akurasi data akan sangat membantu pemberi pelayanan untuk melakukan analisis dan pada akhirnya, membuat keputusan klinik yang tepat.

Data subyektif adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakannya, apa yang sedang dan telah dialaminya. Data subyektif juga meliputi informasi tambahan yang diceritakan oleh anggota keluarga tentang status ibu, terutama jika ibu merasa sangat nyeri atau sangat sakit. Data obyektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan /pengamatan terhadap ibu atau bayi baru lahir. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara:

1. Anamnesis dan observasi langsung : Berbicara dengan ibu, mengajukan pertanyaan-pertanyaan mengenai kondisi ibu dan mencatat riwayatnya. Mengamati perilaku ibu dan apakah ibu terlihat sehat atau sakit, merasa nyaman atau nyeri.
2. Pemeriksaan fisik: inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi
3. Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan laboratorium, USG, Rontgen, dsb.
4. Catatan medik

Contohnya: Seorang ibu nifas 3 hari datang dengan keluhan: nyeri luka jahitan dan berbau busuk pada luka jahitan perineum.

Agar tenaga kesehatan dapat melakukan proses pengumpulan data dengan efektif, maka harus menggunakan format pengumpulan informasi yang standar. Tenaga yang berpengalaman akan menggunakan standar ini dengan mengajukan pertanyaan yang lebih sedikit, lebih terarah dan pemeriksaan yang terfokus pada bagian yang paling relevan.

b. Interpretasi data untuk mendukung diagnosis atau identifikasi masalah

Setelah data dikumpulkan, penolong persalinan melakukan analisis untuk mendukung alur algoritma diagnosis. Peralihan dari analisis data menuju pada pembuatan diagnosis bukanlah suatu proses yang linier (berada pada suatu garis lurus) melainkan suatu proses sirkuler (melingkar) yang berlangsung terus-menerus. Suatu diagnosis kerja diuji dan dipertegas atau dikaji ulang berdasarkan pengamatan dan pengumpulan data secara terus-menerus.

Untuk membuat diagnosis dan identifikasi masalah, diperlukan:

- a) Data yang lengkap dan akurat
- b) Kemampuan untuk menginterpretasi/analisis data
- c) Pengetahuan esensial, intuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada.

Diagnosis dibuat sesuai dengan istilah atau nomenklatur spesifik kebidanan yang mengacu pada data utama, analisis data subyektif dan obyektif yang diperoleh. Diagnosis menunjukkan variasi kondisi yang berkisar antara normal dan patologik yang memerlukan upaya korektif untuk menyelesaikannya. Masalah memiliki dimensi yang lebih luas dan tidak mempunyai batasan yang tegas sehingga sulit untuk segera diselesaikan. Masalah dapat merupakan bagian dari diagnosis sehingga selain upaya korektif untuk diagnosis, juga diperlukan upaya penyerta untuk mengatasi masalah.

Contohnya: Diagnosis: ibu nifas 3 hari P1 Ab0 Ah1 dengan infeksi post partum

Masalah: kurang menjaga kebersihan area kewanitaan/vagina

c. Menetapkan diagnosis kerja atau merumuskan masalah

proses membuat diagnosis kerja setelah mengembangkan berbagai kemungkinan diagnosis lain (diagnosis banding). Rumusan masalah mungkin saja

terkait langsung maupun tidak langsung terhadap diagnosis tetapi dapat pula merupakan masalah utama yang saling terkait dengan beberapa masalah penyerta atau faktor lain yang berkontribusi dalam terjadinya masalah utama.

Dengan kata lain, walaupun sudah ditegakkan diagnosis kerja tetapi bukan berarti bahwa tidak ada masalah lain yang dapat menyertai atau mengganggu upaya pertolongan yang akan diberikan oleh seorang penolong persalinan

- d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk menghadapi masalah

Petugas kesehatan seperti bidan di desa, tidak hanya diharapkan terampil untuk membuat diagnosis bagi pasien atau klien yang dilayaninya tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayinya. Untuk mengenali situasi tersebut, para bidan harus pandai membaca situasi klinik dan masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamatan ibu dan bayinya apabila situasi gawatdarurat memang terjadi.

Upaya ini dikenal sebagai kesiapan menghadapi persalinan dan tanggap terhadap komplikasi yang mungkin terjadi (*birth preparedness and complication readiness*). Dalam uraian-uraian berikutnya, petugas pelaksana persalinan akan terbiasa dengan istilah rencana rujukan yang harus selalu disiapkan dan didiskusikan diantara ibu, suami dan penolong persalinan.

- e. Menyusun rencana asuhan atau intervensi

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin dikembangkan melalui kajian data yang telah diperoleh, identifikasi kebutuhan atau kesiapan asuhan dan intervensi, dan mengukur sumberdaya atau kemampuan yang dimiliki. Hal ini dilakukan untuk membuat ibu bersalin dapat ditangani secara baik dan melindunginya

dari berbagai masalah atau penyulit potensial dapat mengganggu kualitas pelayanan, kenyamanan ibu ataupun mengancam keselamatan ibu dan bayi.

Rencana asuhan harus dijelaskan dengan baik kepada ibu dan keluarganya agar mereka mengerti manfaat yang diharapkan dan bagaimana upaya penolong untuk menghindarkan ibu dan bayinya dari berbagai gangguan yang mungkin dapat mengancam keselamatan jiwa atau kualitas hidup mereka.

f. Melaksanakan asuhan

Setelah membuat rencana asuhan, laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini akan menghindarkan terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan/atau bayinya yang baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang beberapa intervensi yang dapat dijadikan pilihan untuk kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang dihadapi sehingga mereka dapat membuat pilihan yang baik dan benar. Pada beberapa keadaan, penolong sering dihadapkan pada pilihan yang sulit karena ibu dan keluarga meminta penolong yang menentukan intervensi yang terbaik bagi mereka dan hal ini memerlukan upaya dan pengertian lebih agar ibu dan keluarga mengerti bahwa hal ini terkait dengan hak klien dan kewajiban petugas untuk memperoleh hasil terbaik.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pilihan adalah:

- 1) Bukti-bukti ilmiah
- 2) Rasa percaya ibu terhadap penolong persalinan
- 3) Pengalaman saudara atau kerabat untuk kasus yang serupa
- 4) Tempat dan kelengkapan fasilitas kesehatan
- 5) Biaya yang diperlukan
- 6) Akses ketempat rujukan
- 7) Luaran dari sistem dan sumber daya yang ada

- g. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi solusi

Penatalaksanaan yang telah dikerjakan kemudian dievaluasi untuk menilai efektivitasnya. Tentukan apakah perlu di kaji ulang atau diteruskan sesuai dengan rencana kebutuhan saat itu. Proses pengumpulan data, membuat diagnosis, memilih intervensi, menilai kemampuan sendiri, melaksanakan asuhan atau intervensi dan evaluasi adalah proses sirkuler (melingkar). Lanjutkan evaluasi asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir. Jika pada saat evaluasi ditemukan bahwa status ibu atau bayi baru lahir telah berubah, sesuaikan asuhan yang diberikan untuk memenuhi perubahan kebutuhan tersebut.

Asuhan atau intervensi dianggap membawa manfaat dan teruji efektif apabila masalah yang dihadapi dapat diselesaikan atau membawa dampak yang menguntungkan terhadap diagnosis yang telah ditegakkan. Apapun jenisnya, asuhan dan intervensi yang diberikan harus efisien, efektif, dan dapat diaplikasikan pada kasus serupa dimasa datang. Bila asuhan atau intervensi tidak membawa hasil atau dampak seperti yang diharapkan maka sebaiknya dilakukan kajian ulang dan penyusunan kembali rencana asuhan hingga pada akhirnya dapat memberi dampak seperti yang diharapkan.

5.2 Asuhan Nifas dan Menyusui

5.2.1 Pengertian Asuhan Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009).

Masa nifas adalah masa dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, berlangsung selama kira –

kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Anggraini, 2010).

5.2.2 Tujuan asuhan Masa Nifas

Menurut Dewi dan Sunarsih (2011) asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk :

- 1) Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas.
- 2) Menjaga kesehatan ibu dan bayi.
- 3) Melaksanakan skrining secara komprehensif.
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan diri.
- 5) Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara.

5.2.3 Kebijakan Program Nasional masa nifas

Menurut Sulistyawati (2009) adapun frekuensi kunjungan, waktu dan tujuan kunjungan tersebut dipaparkan sebagai berikut:

- 1) Kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah persalinan bertujuan:
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, rujuk jika pendarahan berlanjut.
 - c) Memberi konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana acara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
 - g) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau samapi ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.
- 2) Kunjungan kedua, waktu 6 hari setelah persalinan bertujuan:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: seperti uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu setelah persalinan bertujuan:
- Sama seperti tujuan kunjungan hari keenam setelah persalinan yaitu:
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: seperti uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
- 4) Kunjungan keempat, waktu 6 minggu setelah persalinan bertujuan:
- a) Menanyakan kepada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami
 - b) Memberi konseling KB secara dini

5.2.4 Tahapan Masa Nifas

Menurut Suherni (2009) Nifas dibagi dalam 3 tahapan yaitu :

1) *Peurperium* dini

Peurperium dini adalah kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan.

2) *Peurperium Intermedial*

Peurperium intermedial adalah kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) *Remote Peurperium*

Remote Peurperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu–minggu, bulan atau tahun.

5.2.5 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Anggraini, Y. (2010) selama hamil terjadi perubahan pada sistem tubuh wanita, diantaranya :

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Involusio Uterus

Involusio atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali seperti semula ke kondisi sebelum hamil dengan berat 60 gram. Proses involusi uterus menurut Ambarwati dan Wulandari, (2010) adalah sebagai berikut :

(1) Iskemia Miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

(2) Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai penghentian produksi estrogen saat pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot – otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi endometrium yang baru.

(3) Autolisis

Autolysis merupakan penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendor hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan penghancuran secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan disebabkan penurunan hormone estrogen dan progesterone.

(4) Efek Oksitosin

Hormone oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplay darah ke uterus. Proses ini akan mengurangi perdarahan. Luka perlekatan plasenta membutuhkan waktu 8 minggu untuk sembuh total.

Tabel 6. Perubahan Normal pada Uterus Masa Nifas

Invulosis Uterus	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Cerviks
Plasenta Lahir	Setinggi Pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut / lunak
7 hari (1minggu)	Pertengahan antara pusat sympisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Wulandari dan Handayani (2011)

b) Involusi Tempat Plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat yang kasar, tidak rata dan kira – kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2cm. Luka bekas plasenta ini tidak meninggalkan parut (Dewi dan Sunarsih, 2011).

c) Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali sedia kala. (Nugroho, 2014)

d) Lochea

Lochea merupakan campuran antara darah dan decidua. Decidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan (Marmi, 2014).

Tabel 7. Proses Keluarnya Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri - ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa mekonium.
Sanginolenta	4-7 hari	Merah kekuningan dan berlendir	Sisa darah bercampur lendir.
Serosa	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/laserasi plasenta.
Alba	>14 hari berlangsung 1-6 postpartum	Putih	Mengandung leokosit, sel decidua, dan sel epitel, selaput jaringan yang mati

Sumber : Anggraini, Y. (2010)

Menurut Nursalam (2007) Untuk mengetahui banyaknya pengeluaran lochea yang keluar dapat dilihat dari pembalut. Bila noda pembalut 6 inci mengandung darah 50 – 80 cc, bila pembalut kurang dari 4 inci mengandung darah 10-25 cc. pengkajian lochea pada pembalut dikatakan jumlahnya berlebih bila pembalut penuh dalam 1 jam. Dikatakan dalam batas normal jika pengeluarannya sekitar 240 hingga 270 ml dalam sehari (Nugroho, 2014).

e) Cerviks

Segera setelah post partum bentuk serviks agak menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi, sehingga seolah – olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk seperti cincin (Anggraini, 2010).

f) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendor.

Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali ke keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur – angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol (Anggraini, 2010).

g) Perinium

Segera setelah melahirkan perinium menjadi lebih kendor karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke 5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendor daripada keadaan sebelum melahirkan (Anggraini, 2010).

h) Rahim

Setelah melahirkan rahim akan berkontraksi (gerakan meremas) untuk merapatkan dinding rahim sehingga tidak terjadi perdarahan, kontraksi ini menimbulkan rasa mules pada perut ibu (Anggraini, 2010).

2) Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi, disebabkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan usus menjadi kosong, dehidrasi, kurang makan, laserasi jalan lahir (Anggraini, 2010).

3) Perubahan sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama, disebabkan karena pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal (Marmi, 2014).

4) Perubahan sistem Musculoskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4 – 8 jam post partum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi (Anggraini, 2010).

Menurut Nugroho. T, Dkk, (2014) Adaptasi muskuloskeletal pada masa nifas, meliputi :

a) Dinding perut dan peritonium:

Dinding perut longgar pasca persalinan dan akan pulih kembali dalam 6 minggu.

b) Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar, dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot – otot dari dinding abdomen dapat kembali normal dalam beberapa minggu pasca melahirkan dengan latihan post natal.

c) Striae

Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar.

- d) Perubahan ligamen
Setelah jalan lahir, ligamen – ligamen, diafragma pelvis dan fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur – angsur menciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi.
 - e) Simpisis pubis
Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi, namun hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari pemisahan simpisis pubis antara lain: nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan.
- 5) Perubahan endokrin
- Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum. Progesteron turun hari ke 3 post partum (Anggraini, 2010).
- Menurut Marmi (2014) hormon-hormon yang berperan pada perubahan endokrin antara lain :
- a) Hormon plasenta
Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormon plasenta (human placental lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.
 - b) Hormon pituitary
Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikel pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.
 - c) Hipotalamik pituitary ovarium
Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang

menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan berkisar 16% dan 45% setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40% setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90% setelah 24 minggu.

d) Hormon oksitosin

Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

e) Hormon estrogen dan progesteron

Hormon estrogen yang tinggi, dapat dapat memperbesar hormon anti deuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah.

6) Perubahan tanda – tanda vital

a) Perubahan Suhu Badan

Suhu Badan satu hari (24 jam) Post Partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ – 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan dan kelelahan. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena kebanyakan ASI. Bila suhu tidak menurun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis atau sistem lain (Dewi dan Sunarsih, 2011).

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat (Dewi dan Sunarsih, 2011).

c) Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena perdarahan. Tekanan darah tinggi pada Post Partum dapat menandakan terjadinya preeklamsia *post partum* (Dewi dan Sunarsih 2011).

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas (Dewi dan Sunarsih, 2011).

7) Perubahan sistem kardiovaskuler

Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas namun kadarnya masih tetap lebih tinggi daripada normal. Plasma darah tidak begitu mengandung cairan dan dengan demikian daya koagulasi meningkat. Pembekuan darah harus dicegah dengan penanganan yang cermat dan penekanan pada ambulasi dini.

8) Perubahan Hematologi

Selama minggu – minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor – faktor pembekuan darah meningkat pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

9) Perubahan Fisiologis yang tidak teratasi

a) Sub involusio

Merupakan uterus yang tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusio (Wulandari dan Ambarwati, 2010). Sub involusio uteri merupakan keadaan dimana terjadinya proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilannya terlambat (Wulandari dan Ambarwati, 2010). Faktor

penyebab sub involusio antara lain : tingginya sisa plasenta di dalam uterus, endometriosis, adanya mioma uteri dsb. Terapi sub involusio ialah pemberian ergometrin per-os atau suntikan intramuskular. Pada subinvolusi karena tertinggalnya sisa plasenta perlu dilakukan kuretase (Sarwono, 2012).

- b) Lochea Purulenta
Keluarnya cairan nanah berbau busuk bila terjadi infeksi (Sulistyawati, 2009).
- c) Lochea Stasis
Merupakan pengeluaran lochea yang tidak lancar (Marmi, 2014).
- d) Infeksi
Semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman – kuman ke dalam genital pada waktu persalinan dan nifas (Wulandari dan Ambarwati, 2010).
- e) Obstipasi
Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laksans per oral atau per rektal. Jika masih belum bisa dilakukan Klisma (Anggraini, 2010).
- f) Diuresis
Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam *post partum*. Diuresis pascapartum, yang disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan (Marmi, 2014).
- g) Retensio uteri (distensi kandung kemih)
Distensi kandung kemih yang muncul segera setelah wanita melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik. Pada masa pasca partum tahap lanjut, distensi yang berlebih dapat menyebabkan

kandung kemih lebih peka terhadap infeksi sehingga mengganggu proses berkemih normal, apabila terjadi distensi berlebih pada kandung kemih dalam mengalami kerusakan lebih lanjut (atoni). Bila wanita pasca persalinan tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam pasca persalinan mungkin ada masalah dan sebaiknya segera dipasang dower kateter selama 24 jam (Marmi, 2014)

10) Adaptasi Psikologis pada masa nifas

Menurut Maritalia (2014) dalam teori Reva rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian antara lain :

(1) Periode "*Taking in*"

- a. Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya sehingga ibu terfokus pada dirinya sendiri dan cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidak nyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya.
- b. Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan merupakan hal yang sering dikeluhkan ibu.
- c. Ia mungkin mengulang-ulang menceritakan pengalaman waktu melahirkannya.
- d. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- e. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.
- f. Jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa: kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialaminya, rasa bersalah karena belum menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang bayinya.

g. Dalam memberi asuhan bidan, harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu, pada tahap ini bidan harus menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental dan aspirasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat berhasil melahirkan anaknya. Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga dapat leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan dapat dihadapi bidan. Dalam hal ini, sering terjadi kesalahan dalam pelaksanaan perawatan yang dilakukan oleh pasien terhadap dirinya dan bayinya karena kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dan bidan.

(2) Periode “*taking hold*”

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 3-10 post partum
- b) Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya.
- c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB dan BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya
- d) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya mengendong, memandikan dan memasang popok dan sebagainya.
- e) Pada masa ini, ibu biasanya sangat sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut
- f) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- g) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu di perhatikan teknik bimbingannya jangan sampai menyingung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitive. Hindari kata “jangan begitu” atau “kalau kayak gitu salah” pada ibu karna hal itu akan sangat menyakiti

perasaannya dan akibatnya ibu akan putus asa untuk mengikuti bimbingan yang bidan berikan.

(3) Periode "*Letting Go*"

- a) Fase ini merupakan fase Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.
 - b) Rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya.
 - c) Kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat dibutuhkan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.
 - d) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.
- 11) Perubahan Psikologis yang tidak teratasi
Perubahan psikologis pada masa nifas yang tidak teratasi akan menyebabkan :
- 1) *Post partum blues* (kemurungan masa nifas)
Kemurungan masa nifas umumnya terjadi pada ibu baru. Yang beresiko mengalami kemurungan pasca bersalin adalah wanita muda, kesulitan menyusui bayinya. *Post partum blues* adalah bentuk depresi yang paling ringan, biasanya timbul antara hari ke 2 sampai 2 minggu. *Post partum blues* dialami hingga 50-80% ibu yang baru melahirkan (Anggraini, 2010).
Karakteristik *post partum blues* menurut Sulistiawati (2009) meliputi: menangis, merasa letih karena melahirkan, gelisah, perubahan alam perasaan, menarik diri, serta reaksi negatif terhadap bayi dan keluarga.

Cara mengatasi gangguan psikologi pada nifas dengan post partum blues ada dua cara menurut Marmi (2014) :

- a) Dengan cara pendekatan komunikasi terapeutik
- b) Dengan cara peningkatan support mental

2) *Depresi post partum*

Banyak ibu merasa “*let down*” sebelum melahirkan, sehingga dengan pengalaman partus kalau kurang berkenan dan keraguan akan kemampuan merawat bayinya akan memperberat depresi ini. Khusus depresi ringan sampai dengan sedang mulai hari 2-3 post partum dan teratasi dalam 1-2 minggu. Ibu dapat merasa sedih tanpa tahu sebab pasti. Depresi yang relatif ringan jarang berkembang menjadi psikosis partum atau kondisi yang patologis. Depresi post partum adalah bentuk depresi yang lebih serius (Anggraini, 2010).

Tanda – tandanya : tidak mau berkonsentrasi dan rasa ada dalam kabut, hilang tujuan sebelumnya dan rasa kekosongan, rasa sendiri, rasa tidak aman, terobsesi dirinya menjadi ibu yang jelek, kurang rasa positif, rasa takut, hilang kontrol pada emosi sendiri, cemas, rasa bersalah, ingin mati untuk mengakhiri ini semua.

Bidan dapat membantu dengan cara :

- a) Sensitif terhadap reaksi ibu
- b) Terlibat dengan terjadinya pada bulan-bulan awal setelah melahirkan
- c) Olah raga
- d) Istirahat untuk mencegah dan mengurangi perubahan perasaan
- e) Mintalah bantuan keluarga, tetangga, teman atau pembantu untuk menjaga bayinya sementara saat tidur
- f) Rencanakan acara keluar bersama bayi, berdua bersama dengan suami.

3) Post partum psikosa

Merupakan depresi yang terjadi pada minggu pertama dalam 6 minggu setelah melahirkan. Meskipun psikosis pada masa nifas merupakan sindrom pasca partum yang jarang terjadi (Marmi, 2014)

Ciri gejala pada post partum psikosa menurut Anggraini (2010):

- a. Sangat bingung, keadaan emosi turun naik
- b. Gelisah, bergejolak
- c. Halusinasi baik visual maupun audio
- d. Takut melukai dirinya maupun bayinya.

Penatalaksanaan post partum psikosis menurut Suherni (2009) :

- a. Pemberian anti depresan atau lithium
- b. Sebaiknya menyusui dihentikan karena anti depresan disekresi melalui ASI
- c. Perawatan di RS

12) Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut Anggraini (2010) kebutuhan dasar pada masa nifas dipaparkan sebagai berikut :

1) Nutrisi dan Cairan

Pada mereka yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan untuk diet. Namun perlu diperhatikan jumlah kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar dari pada ibu hamil, kecuali jika ibu tidak menyusui bayinya. Kebutuhan nutrisi pada masa menyusui meningkat 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebesar 500 kalori tiap hari. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunannya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur – unsur

seperti sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung.

2) Ambulasi

Pada masa nifas, perempuan sebaiknya melakukan ambulasi dini. Gangguan berkemih dan buang air besar juga dapat teratasi. Jika tidak ada kelainan lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu 2 jam setelah persalinan normal.

3) Eliminasi

Rasa nyeri terkadang menyebabkan kegagalan untuk berkemih, tetapi usahakanlah untuk berkemih secara teratur karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan timbulnya perdarahan dari rahim. Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya hemoroid.

4) Menjaga Kebersihan Diri

Menjaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi pada luka jahitan atau kulit. Kebersihan diri pada ibu nifas yang mencakup kebersihan alat genitalia, pakaian, kebersihan rambut, dan kebersihan kulit (Anggraini, Y. 2010).

5) Istirahat

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Anjurkan ibu untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur (Anggraini, Y. 2010).

6) Seksual

Dinding vagina kembali dalam keadaan sebelum hamil dalam waktu 6 – 8 minggu. Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jari

dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu merasa ketidaknyamanan, maka aman untuk memulai hubungan suami istri kapan saja ibu siap. (Dewi dan Sunarsih 2011).

7) Rencana KB

Pemilihan kontrasepsi harus sudah dipertimbangkan pada masa nifas. Kontrasepsi yang cocok untuk ibu masa nifas, antara lain Metode Amenorhea Laktasi (MAL), pil progestin (mini pil), suntik progestin, kontrasepsi implan, dan alat kontrasepsi dalam rahim (Dewi dan Sunarsih, 2011). Idealnya pasangan harus menunggu sekurang – kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya dengan mengajarkan mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan (Wulandari dan Ambarwati, 2010).

8) Perawatan Payudara

Perawatan payudara dilakukan secara rutin agar tidak terjadi pembengkakan akibat bendungan ASI.

- a) Anjurkan untuk menjaga kebersihan payudara terutama puting susu.
- b) Ajarkan teknik – teknik perawatan apabila terjadi gangguan payudara.
- c) Menggunakan BH yang menyangga payudara (Anggraini, Y. 2010).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh syafriani dkk (2021) pemijatan payudara dapat dilakukan sebagai alternative untuk menambah peningkatan produksi ASI. Selain itu penelitian lain yang dilakukan oleh Lestari dan Ningsih (2019) menyebutkan dengan dilakukannya kombinasi pijat oksitosin dan *Hypno Breastfeeding* sangat optimal dalam peningkatan produksi ASI.

13) Clinical Judgment Dalam Asuhan Nifas Dan Menyusui Normal

1. Anamnesa

Pengkajian data fisik (pengumpulan data) Pengkajian data adalah mengumpulkan semua data yang di butuhkan untuk mengevaluasi pasiendan merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang jelas dan akurat. Pengumpulan data ada 2 jenis, yaitu :

- a. Data Subjektif
- b. Data Objektif

2. Pemeriksaan

Pemeriksaan yang dilakukan pada masa nifas adalah

a. Pada 2-6 jam pertama

- 1) Tekanan darah : pada proses persalinan terjadi peningkatan tekanan darah sekitar 15 mmHg untuk systole dan 10 mmHg untuk diastole namun kembali normal pada saat postpartum.
- 2) Suhu : dapat naik sekitar 0,5°C dari keadaan normal tetapi tidak lebih dari 38°C dan dalam 12 s/d 24 jam pertama post partum kembali normal.
- 3) Denyut nadi : denyut nadi biasanya 60-80 x/i kecuali pesalinan dengan penyulit prdarahan, denyut nadi dapat melebihi 100 x/i.
- 4) Fudus kembali keras dan bulat diatas pusat
- 5) Perdarahan pervaginam
- 6) Blass tidak teraba karena ibu dapat BAK dengan lancer.

b. Pemeriksaan rutin setiap hari

- 1) Pemeriksaan fisik
- 2) Tanda vital
- 3) Payudara dan putting susu jika diinspeksi tidak ada kemerahan dan nyeri

Aktifitas asuhan kebidanan dalam periode nifas dapat dikategorikan sebagai pemulihan dan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesejahteraan emosional dan

pemberian informasi, pendidikan serta saran praktis dari pengalaman.

3. Diagnosa

Diagnosa yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnose kebidanan yaitu :

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktisi kebidanan.
- c. Memiliki ciri khas kebidanan.
- d. Didukung oleh *clinical judgement* dalam praktik kebidanan.
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

Diagnosa dapat berkaitan dengan para, abortus, anak hidup umur ibu, dan keadaan nifas. Kemudian ditegakkan dengan data dasar subjektif dan objektif. Contoh : Seorang P1A0 postpartum normal hari pertama

4. Asuhan Kebidanan

Langkah ini ditentukan dari hasil kajian pada langkah sebelumnya. Jika Ada informasi/data yang tidak lengkap bisa dilengkapi. Merupakan kelanjutan dari pelaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantrispasi yang sifatnya segera atau rutin. Rencana asuhan dibuat berdasarkan pertimbangan yang tepat, baik dari pengetahuan, teori yang *up to date* , dan validasikan dengan kebutuhan pasien. Penyusunan rencana asuhan sebaiknya melibatkan pasien sebelum pelaksanaan rencana asuhan, sebaiknya dilakukan kesepakatan antara bidan dan pasien ke dalam *informed consent*.

Contoh :

- a. Anjurkan ibu untuk mengeluarkan ASI
- b. Lakukan kompres air hangat dan dingin
- c. Lakukan masase pada payudara secara bergantian
- d. Anjurkan ibu untuk tetap konsumsi makanan yang bergizi

5. Evaluasi Asuhan

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan. Evaluasi didasarkan pada harapan pasien yang didefinisikan saat merencanakan asuhan kebidanan. Untuk mengetahui keberhasilan asuhan, bidan mempunyai pertimbangan tertentu antara lain: tujuan asuhan kebidanan: efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah dan hasil asuhan kebidanan.

Contoh :

- a. ASI telah dikeluarkan, jumlah asi cukup
- b. Kompres air hangat dan dingin telah dilakukan, ibu merasa lebih nyaman
- c. Telah dilakukan masase, ibu merasa lebih rileks
- d. Ibu bersedia mengkonsumsi makanan yang bergizi.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Y. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Bahiyatun. 2009. *Buku Ajaran Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC.
- Dewi, V.N.L. Sunarsih, T. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba.
- Manuaba IBG. 2007. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan, dan keluarga Berencana, untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Maritalia. 2014. *Asuhan Kebidana Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Peureperium Care*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Nugroho, T. 2014. *Buku Ajaran Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Saleha, S. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sarwono. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Prawirohardjo.
- Suherni. 2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya
- Sulistiyawati, A. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: Andi.
- Winknjosastro. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: DepKes RI
- Wulandari, D. & Ambarwati, R, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wulandari, S, R. & Handayani, S. 2011. *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

BAB VI

PROBLEM SOLVING DALAM

ASUHAN NIFAS DAN MENYUSUI

Oleh Allania Hanung

6.1 Pendahuluan

Masa nifas merupakan proses alamiah yang dialami wanita setelah persalinan hingga kira-kira 6 minggu setelahnya. Dimulai sejak kelahiran plasenta dan akan berakhir setika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Namun ada kalanya masa nifas tidak berjalan dengan normal. Masa nifas merupakan masa rawan bagi perempuan. Karena sekitar 60% kematian ibu terjadi pada masa nifas dan hampir 50% kematian pada masa nifas terjadi 4 jam setelah persalinan. Selama ini, perdarahan pasca salin merupakan penyebab kematian ibu tertinggi. Namun, seiring dengan membaiknya sistem rujukan dan persediaan darah, maka infeksi menjadi penyebab kematian dan kesakitan ibu yang perlu diperhatikan (S, 2009). Masa nifas adalah masa pemulihan kembali pasca persalinan sampai sistem reproduksi kembali seperti masa sebelum kehamilan. Beberapa tahapan masa nifas yang harus dipahami oleh seorang bidan antara lain puerperium dini yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan. Puerperium intermedial adalah waktu yang diperlukan untuk pemulihan menyeluruh alat genital sedangkan remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila masa kehamilan atau bersalin memiliki komplikasi.

6.2 Mastitis

Mastitis merupakan kondisi kemerahan, panas dan bengkak pada payudara yang disertai oleh salah satu atau lebih dari gejala; (1) Suhu tinggi lebih dari 38°C; (2) satu atau lebih gejala konstitusional demam (nyeri tubuh, sakit kepala, dan menggigil); (3) adanya diagnosa mastitis dari tenaga medis. Mastitis yang terjadi pada masa menyusui dapat mengurangi tingkat keberhasilan menyusui (Scott *et al.*, 2008).

Mastitis dapat terjadi pada semua populasi dengan atau tanpa kebiadaan menyusui. Sebagian besar kasus terjadi pada 74%-95% pada 12 minggu pertama. WHO memperkirakan insiden terjadinya bervariasi antara 2,6% sampai 33%. Prevalensi global sekitar 10% dari perempuan menyusui. Di Indonesia, angka kejadian mastitis adalah 10% pada ibu nifas. Mastitis merupakan peradangan yang terjadi pada payudara, khususnya pada ibu menyusui. Mastitis lebih sering terjadi pada wanita yang dengan riwayat mastitis dibandingkan wanita yang tidak memiliki riwayat mastitis.

Penyebab utama mastitis yaitu ASI yang tidak dilekuarkan dan infeksi. Pada kasus mastitis yang disebabkan karena ASI yang tidak dikeluarkan. Dari hasil penelitian, kasus mastitis meningkat pada wanita yang menderita puting susu pecah dan tidak diobati dengan antibiotik.

Mastitis terjadi pada minggu kedua atau ketiga setelah persalinan. Awalnya, tekanan payudara meningkat karena adanya ASI yang tidak dikeluarkan (adanya sumbatan pada payudara adalah penyebab yang sering terjadi pada mastitis). Beberapa komponen (terutama immunoprotein dan sodium) menyebrang dari plasma ke ASI dan dari ASI ke jaringan interstitial (terutama sitokin) melalui ruang antar sel, merangsang inflamasi dan sering kali melibatkan jaringan ikat interlobular. Akumulasi ASI, respon inflamasi, serta adanya kerusakan jaringan akan menambah peluang terjadinya infeksi. Infeksi sering kali terjadi karena *staphylococcus (aureus dan albus)* dan kadang-kadang oleh *Escherichia coli* dan

streptococcus (*alpha-*, *betha-*, dan *non-hemolitik*) serta adanya kerusakan pada puting yang sering menjadi jalan masuk untuk bakteri. Mekanisme pertahanan tubuh pada mastitis yaitu sama dengan terjadinya infeksi seperti meningkatnya suplai darah yang pada akhirnya berperan menimbulkan kemerahan dan inflamasi.

Beberapa pengelolaan pada pasien dengan mastitis yaitu:

1. Mastitis mereda dengan pemberian salep curcuma 200 mg yang dioleskan pada payudara setiap 8 jam sekali dan diberikan selama 3 hari. Salep curcuma mengandung anti inflamasi untuk mengobati sel dan jaringan kulit yang terkena infeksi.
2. Di beberapa negara, pemberian antibiotik biasa diberikan berdasarkan berat dan durasi terjadinya mastitis. Flukloksasilin dan dicloxacillin merupakan pilihan utama untuk diberikan pada ibu dengan mastitis. Sefleksin dan klindamisin dapat diberikan sebagai alternatif untuk ibu yang alergi penisilin. Sementara publikasi WHO pada mastitis juga merekomendasikan amoksisilin dan eritromisin. Namun demikian, ada beberapa pendapat yang tidak menganjurkan untuk pemberian antibiotic sebagai terapi rutin menangani mastitis.
3. Apabila menyusui langsung memberikan efek nyeri berlebih bagi ibu, maka dapat digunakan pompa manual untuk mengeluarkan ASI hingga mastitis teratasi dan bayi mau menyusui kembali.
4. Kompres hangat terutama dilakukan sebelum menyusui (diharapkan untuk mendorong aliran ASI), dan melakukan kompres dingin setelah menyusui (untuk mengurangi nyeri).
5. Menggunakan bra yang pas dan tidak menekan payudara
6. Memberikan analgesic paracetamol 3x500 mg.
7. Saran umum untuk wanita dengan mastitis adalah meneruskan menyusui dan melakukan upaya

pengosongan saluran pada payudara yang terkena mastitis. Hal ini dilakukan untuk menghindari pembengkakan. Pengosongan payudara adalah bagian yang paling penting dari penatalaksanaan mastitis. (World Health Organization, 2000; Pyorala, 2009; Cusack dan Brennan, 2011).

6.3 Bendungan Payudara

Bendungan payudara adalah suatu kondisi fisiologis yang ditandai dengan pembengkakan yang menyakitkan pada payudara sebagai akibat dari peningkatan volume susu, limfatik dan bendungan pada saluran vaskuler pada minggu pertama setelah melahirkan. Penyebab keadaan ini adalah akhir inisiasi menyusui, kurangnya durasi menyusui, serta pembatasan durasi menyusui dan frekuensi menyusui yang kurang. Dimana hal tersebut tidak cukup untuk mengosongkan payudara. Pembengkakan payudara dapat menghambat perkembangan keberhasilan menyusui.

Gejala yang umum terjadi karena pembengkakan payudara adalah pembengkakan, rasa nyeri pada payudara, kemerahan, kulit payudara tampak mengkilap, dan adanya penurunan aliran ASI. Pada beberapa ibu terjadi peningkatan suhu tapi masih dibawah 38,4°C.

Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya pembengkakan payudara adalah menyusui sesegera mungkin, menyusui *on demand*, menggunakan teknik menyusui yang tepat, menghindari penggunaan suplemen,

Penatalaksanaan pembengkakan payudara yaitu; (1) jika areola membesar, perlu mengeluarkan ASI secara manual sebelum menyusui, sehingga areola menjadi cukup lunak untuk bayi; (2) menyusui *on demand*. Setidaknya setiap 3 jam sekali bayi harus dibangunkan untuk menyusu; (3) memijat payudara dengan lembut. Hal ini perlu dilakukan untuk memudahkan aliran ASI dan merangsang reflek *let down*; (4) menggunakan analgesik sistemik/ obat anti inflamasi. Ibu profen dianggap

paling efisien, dan juga membantu mengurangi peradangan dan edema. Parasetamol dapat digunakan sebagai alternatif; (5) menggunakan bra yang sesuai untuk mendukung payudara yang menjadi lebih besar ketika melahirkan; (6) menerapkan kompres hangat untuk pengeluaran dari susu; (7) menerapkan kompres dingin setelah atau antara menyusui untuk mengurangi edema, vaskularisasi dan nyeri; (8) jika bayi tidak mengisap, ASI tetap harus dikeluarkan secara manual atau dipompa. Pengosongan payudara sangat penting untuk mengurangi tekanan mekanis pada alveoli, melepaskan hambatan untuk drainase dari sistem limfatik dan edema, serta meminimalisir risiko produksi susu tidak cukup dan terutama risiko mastitis (Mangesi dan Dowswell, 2010) (Giugliani, 2004).

6.4 Sub Involusio Uterus

Merupakan involusi uterus yang lebih lambat dari yang diharapkan ke ukuran sebelum hamil pada masa postpartum. Penyebabnya adalah adanya sisa jaringan plasenta dan infeksi pelvis. Tanda gejala yang mungkin muncul adalah; (1) pengeluaran lochea berkepanjangan; (2) pengeluaran tidak teratur atau pengeluaran sangat banyak; (3) perdarahan; (4) pembesaran uterus lebih besar dari normal; (5) uterus lembek.

Penatalaksanaan sub involusio uteri tergantung dari penyebab dan tingkat keparahannya. Pengobatan umum yang diberikan untuk perdarahan akibat subinvolusio uteri adalah pemberian ergonovine 0, 2 mg per 4 jam selama 2-3 hari. Sedangkan untuk menangani infeksi diberikan antibiotik. Jika subinvolusio terjadi karena adanya sisa jaringan plasenta pada rahim, maka curetase perlu dilakukan untuk mengeluarkan sisa jaringan plasenta (El Senoun *et al.*, 2011).

Untuk mencegah terjadinya subinvolusio uteri, anjurkan pasien untuk menyusui, ambulasi dini dan sering berkemih. Hal ini dapat merangsang uterus untuk berkontraksi.

6.5 Postpartum Blues

Postpartum blues adalah suatu tingkat depresi yang bersifat sementara yang dialami oleh ibu pada masa nifas karena adanya perubahan hormonal, tanggung jawab dan pola tidur. Gangguan ini biasa terjadi dalam 2 sampai 3 hari saja. Jika perubahan mood ini menetap atau malah bertambah buruk, maka perlu dilakukan evaluasi.

Postpartum blues ditandai dengan gejala depresi, sedih, disforia, mudah menangis, mudah tersinggung, kecemasan tinggi, nyeri kepala, perasaan menyalahkan diri sendiri, perasaan tidak mampu, gangguan tidur, dan gangguan nafsu makan. Gejala-gejala ini dapat muncul setelah persalinan dan pada umumnya akan menghilang pada beberapa jam sampai sepuluh hari atau lebih. Jika perubahan emosi ini menetap setelah beberapa minggu, dapat berkembang menjadi lebih berat.

Ibu primi para adalah kelompok yang paling rentan mengalami postpartum blues. Hal ini dipacu oleh perasaan belum siap menghadapi kelahiran bayi atau meningkatnya tanggung jawab sebagai ibu. Ibu primipara kebanyakan mengalami postpartum blues pada periode immediate postpartum yang akan meningkatkan kejadian depresi postpartum.

Penyebab postpartum blues belum bisa diketahui secara pasti. Namun diduga dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang mempengaruhi terjadinya postpartum blues adalah perubahan hormonal yang terjadi tiba-tiba, faktor psikologis dan kepribadian, adanya riwayat depresi sebelumnya, riwayat kehamilan dan persalinan dengan komplikasi, persalinan sectio caesarea, kehamilan tidak diinginkan, BBLR, ibu yang mengalami kesulitan dalam menyusui, serta ibu yang belum memiliki pengalaman merawat bayi sebelumnya (Denis, M dan M, 2012).

Faktor eksternal yang dapat mempengaruhi terjadinya postpartum blues seperti kurangnya dukungan suami dan orang sekitar, hubungan ibu yang tidak baik dengan lingkungannya, tekanan dari lingkungan fisik, kelelahan fisik, serta pengalaman melahirkan yang tidak menyenangkan.

Perbedaan antara postpartum blues dan depresi postpartum yaitu:

Tabel 8. Perbandingan Postpartum blues dan depresi postpartum

Type	waktu	kejadian	Gejala fisik	Gejala Emosi
Postpartum blues	3 hari- 6 hari	Sangat sering terjadi pada 8 dari 10 orang perempuan	<ul style="list-style-type: none"> • Emosi yang naik turun dengan cepat (<i>swing</i>) • Ngidam makanan atau justru kehilangan nafsu makan • Tidak memiliki tenaga • Kurang tidur 	<ul style="list-style-type: none"> • Kecemasan, khawatir berlebih, merasa sedih • Kebingungan dan kegugupan • Merasa bukan diri sendiri • Merasa tidak nyaman • Merasa kewalahan • Lekas marah
Depresi postpartum	6 minggu sampai 1 tahun	Sering. Terjadi pada 1 dari 10 orang wanita	<ul style="list-style-type: none"> • Ditandai dengan turun atau meningkatnya berat badan • Berubahnya pola tidur • Kebiasaan menangis • Menarik diri, putus asa, menghindari bayi • Matirasa, sakit di dada, 	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa tidak mampu dan tidak berdaya suicide • Merasa malu, jengah, dan perasaan bersalah • Perasaan atau ketakutan telah menyakiti bayi • Marah atau

<i>Type</i>	<i>waktu</i>	<i>kejadian</i>	<i>Gejala fisik</i>	<i>Gejala Emosi</i>
			jantung berdebar-debar	tidak ada perasaan kepada bayi

Sumber: (Suryati, 2008)

Penatalaksanaan *postpartum blues* dilakukan dengan berbagai pendekatan. Pendekatan yang berfokus pada masalah diantaranya adalah tindakan langsung, mencari informasi, mencari dukungan dari orang lain dan menunggu kesempatan yang paling tepat untuk mengatasinya. Penatalaksanaan yang berfokus pada emosi, dibagi menjadi dua kelompok besar, yaitu; (1) pendekatan behavioral, meliputi tindakan langsung, mencari informasi, mencari dukungan orang lain, mencari ketenangan dan bantuan Tuhan dengan beribadah, dan pelepasan emosi; (2) sedangkan pendekatan kognitif, seperti menerima apa adanya dan belajar menunda kepuasan, mendefinisikan kembali secara positif dan proses intra psikis mekanisme pertahanan diri.

Penatalaksanaan *postpartum blues* baik yang berfokus pada emosi maupun masalah tergantung pada penilaian subjek terhadap situasi yang dialami. Apakah subjek merasa dapat mengontrol situasi yang menyebabkan kesetresan atau tidak berdasar apa yang ia miliki; (1) faktor internal terdiri dari 3 hal yaitu kognitif (pengendalian, motivasi, obsesi, nilai, skema kognitif, keyakinan diri, harga diri, dan konsep diri), karakteristik kepribadian (ketangguhan, orientasi pada diri, inferioritas, introvert, perfeksionis, mandiri dan tergantung), sikap hati yang terbuka (penerimaan diri, jaminan rasa aman/ perlindungan, pengungkapan diri, kepercayaan dan adaptasi kehidupan); (2) faktor eksternal terdiri dari tiga hal yaitu dukungan sosial (dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dan dukungan instrumental), penguatan positif, dan tekanan dari luar (tekanan sosial, pengalaman

perubahan lingkungan, stress yang berkepanjangan, status ekonomi, dan tekanan lingkungan fisik).

Berdasarkan penelitian, ibu nifas yang selama kehamilannya melakukan latihan fisik memiliki kemungkinan mengalami postpartum blues dari pada yang tidak melakukannya (Ko, Yang dan Chiang, 2008).

6.6 Depresi Postpartum

Depresi post partum merupakan depresi berat yang terjadi 7 hari setelah melahirkan dan berlangsung 30 hari. Dapat berlangsung sampai 3 bulan atau lebih dan berkembang menjadi depresi lain yang lebih berat. Etiologi depresi postpartum adalah karena penurunan hormone yang terjadi tiba-tiba terutama hormone estrogen dan progesterone.

Factor-faktor penyebab depresi postpartum ada 4 yaitu;

6.6.1 Faktor konstitusional

Gangguan post partum berkaitan dengan status paritas. Wanita primipara lebih sering menderita depresi karena tingkat kecemasan yang berlebih yang dialami olehnya.

6.6.2 Faktor Fisik

Perubahan fisik selama proses kelahiran menjadi penyebab terjadinya gangguan mental selama 2 minggu pertama. Ibu yang baru memiliki bayi perlu beradaptasi dengan perubahan peran, serta masih berkutat dengan kesakitan yang dideritanya.

6.6.3 Faktor Psikologis

Masa peralihan untuk memulai peran baru sebagai seorang ibu memerlukan berbagai penyesuaian baru pada psikologis individu.

6.6.4 Faktor Sosial

Lingkungan sosial yang tidak mendukung sering menimbulkan depresi pada ibu postpartum selain kurangnya dukungan dalam perkawinan.

Gejala yang mungkin timbul dengan adanya depresi postpartum adalah perubahan mood yang sering tiba-tiba, perubahan pola tidur, perubahan pola makan, konsentrasi atau libido, dan mungkin bisa menyebabkan gangguan somatis, fobia dan ketakutan.

Depresi postpartum dibedakan menjadi 3 golongan yaitu;(1) Depresi ringan, biasanya terjadi dalam durasi yang tidak lama, tidak mengganggu kegiatan-kegiatan normal. Pada golongan ini pasien tidak memerlukan penanganan khusus. Perubahan situasi dapat mempengaruhi depresi tingkatan ini; (2) Depresi sedang, penderita depresi golongan ini memiliki perasaan tidak menyenangkan. Durasi perasaan ini lebih lama dibandingkan dengan depresi ringan; (3) Depresi Berat, pada golongan ini penderita mengalami perubahan tingkah laku yang serius dan lebih lama dibandingkan dengan golongan lainnya. Ibu sering kali memerlukan bantuan medis untuk menyelesaikan masalah ini.

Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya depresi postpartum adalah dukungan dari pasangan, meningkatkan pengetahuan, konsumsi makanan sehat, mempersiapkan diri sebaik mungkin, serta mempersiapkan seseorang untuk membantu pemenuhan keperluan sehari-hari postpartum. Dukungan sosial ibu nifas diperlukan dari orang-orang terdekat ibu nifas. Seperti pasangan, keluarga, lingkungan serta profesional. Dukungan ini dibutuhkan untuk mencegah serta mempercepat proses penyembuhan.(Donna E. Stewart, E. Robertson, Cindy-Lee Dennis, Sherry L. Grace, 2002)

Pengobatan pada depresi postpartum memerlukan pendekatan multisektoral. Ketika diberikan pengobatan secara farmakologis lengkap, perlu juga diperhatikan peran menyusui. Periode kehamilan, persalinan dan nifas merupakan masa yang memerlukan banyak penyesuaian untuk ibu. Banyak peran bidan yang harus dilakukan untuk membantu menjalani periode tersebut agar tetap fisiologis. Bidan perlu mengetahui berbagai kesakitan dan penatalaksanaan yang umum terjadi pada masa nifas ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Cusack, L. dan Brennan, M. (2011) "Lactational mastitis and breast abscess: Diagnosis and management in general practice," *Australian Family Physician*, 40(12), hal. 976-979.
- Denis, A., M, P. dan M, C. (2012) "The relationship between maternal self-esteem, maternal competence, infant temperament and post-partum blues," *Journal of Reproductive and infant psychology*, 3(4), hal. 388-397.
- Donna E. Stewart, E. Robertson, Cindy-Lee Dennis, Sherry L. Grace, T. W. (2002) "Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and interventions," *SpringerBriefs in Computer Science*, 347(9781461456285), hal. 194-199.
- Giugliani, E. R. J. (2004) "Common problems during lactation and their management," 80, hal. 147-154.
- Ko, Y. L., Yang, C. L. dan Chiang, L. C. (2008) "Effects of postpartum exercise program on fatigue and depression during " doing-the-month" period," *Journal of Nursing Research*, 16(3), hal. 177-186. doi: 10.1097/01.JNR.0000387304.88998.0b.
- Mangesi, L. dan Dowswell, T. (2010) "Treatments for breast engorgement during lactation (Review)," (9).
- Pyorala, S. (2009) "Treatment of mastitis during lactation," *Irish Veterinary Journal*, 62(S), hal. 40-44.
- S, S. (2009) *Asuhan Kebidanan pada Mas Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Scott, J. A. *et al.* (2008) "Occurrence of lactational mastitis and medical management: A prospective cohort study in Glasgow," *International Breastfeeding Journal*, 3, hal. 6-11. doi: 10.1186/1746-4358-3-21.
- El Senoun, G. A. *et al.* (2011) "Update on the new modalities on the prevention and management of postpartum haemorrhage," *Fetal and Maternal Medicine Review*, 22(4), hal. 247-264. doi: 10.1017/S0965539511000143.
- Suryati, S. (2008) "the Baby Blues and Postnatal Depression,"

Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas, 2(2), hal. 191. doi:
10.24893/jkma.2.2.191-193.2008.

World Health Organization (2000) "Mastitis - Causes and
Management," *World Health Organization*, hal. 1-44.

BAB VII

KEBUTUHAN DASAR IBU NIFAS DAN MENYUSUI

Oleh Ria Gustirini, SST., M.Keb

7.1 Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas dan menyusui membutuhkan nutrisi dan cairan untuk memulihkan kondisi tubuh setelah mengalami proses persalinan yang melelahkan. Selain itu, asupan nutrisi yang baik dapat mempercepat proses penyembuhan ibu dan dapat memenuhi kualitas serta kuantitas dari Air Susu Ibu (ASI). Asupan ibu harus bergizi tinggi, cukup kalori, berprotein tinggi, dan mengandung cairan, serta ibu sebaiknya menghindari makanan cepat saji dengan lemak yang tinggi. (Asih, 2016).

Nutrisi adalah zat yang diperlukan untuk metabolisme tubuh. Kebutuhan gizi pada ibu nifas dan menyusui akan meningkat sebesar 25% dari biasanya. Menu makanan seimbang harus dikonsumsi ibu selama masa nifas dan menyusui guna memenuhi kebutuhan gizi. Makanan dikonsumsi dalam porsi yang cukup dan teratur, mengandung sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung. (Purwoastuti & Walyani, 2017).

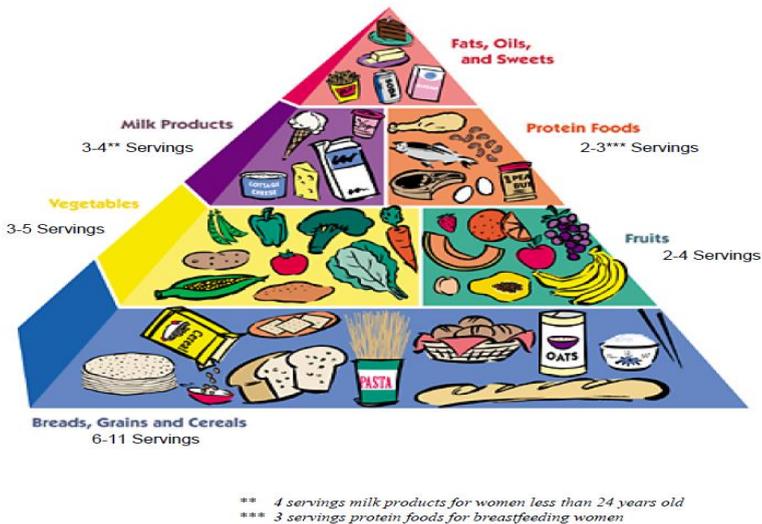
Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat seperti susunannya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin, bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur – unsur, seperti sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung. Ibu nifas dan menyusui dianjurkan memenuhi kebutuhan gizi sebagai berikut:

7.1.1 Kalori

Kebutuhan kalori pada masa nifas dan menyusui sekitar 400-500 kalori. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Ibu menyusui membutuhkan kalori lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang tidak menyusui dengan kebutuhan kalori lebih banyak pada 6 bulan pertama jika ibu memberikan ASI eksklusif.

7.1.2 Makronutrien dan Mikronutrien

Asupan gizi ibu masa nifas dan menyusui harus ditingkatkan untuk memenuhi energi ibu selama menyusui. Makanan yang dibutuhkan oleh ibu nifas dan menyusui adalah makanan dengan diet gizi seimbang memperhatikan kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Kelompok sajian makanan yang direkomendasikan pada ibu nifas dan menyusui sebagai berikut:



Gambar 2. Piramida makanan

Sumber: (Partington & Nitzke, 2000)

Table 9. Kelompok sajian makanan untuk wanita postpartum

Kelompok makanan	Penyajian	Jenis makanan
Roti, sereal dan biji-bijian	6-11	Roti, crackers, muffin, biscuit, pancake, nasi, mie, makaroni, spaghetti, sereal dingin, sereal hangat.
Sayur-sayuran	3-5	Sayuran kaya Vitamin A: Wortel, sayuran hijau, tomat, bayam, labu, kentang, paprika merah, cabe merah Sayuran kaya vitamin C: Brokoli, tomat, kubis, kembang kol, paprika, cabe merah, Broccoli, tomato, Sayuran lain: Kentang, kacang polong, buncis, jagung, selada, labu, , asparagus.
Buah buahan	2-4	Buah kaya vitamin A: blewah, apricot, mangga, pepaya Buah kaya vitamin C: Jeruk, lemon, jeruk limau, Orange, lemon, strawberi, kiwi, anggur, mangga, pepaya, jus jeruk, jus anggur. Buah yang lain: Apel, pisang, anggur pir, semangka, nanas
Produk susu	3-4**	Susu, yogurt, keju. Makanan yang sebagian besar non lemak atau produk susu rendah lemak.
Makanan berprotein	2-3***	Protein nabati: Buncis atau kacang polong kering yang sudah masak, selai kacang, kacang-kacangan, produk kedelai. Protein hewani: Ayam, ayam kalkun, ikan, daging, telur.

**** 4 penyajian untuk wanita muda kurang dari 24 tahun**

***** 3 penyajian untuk ibu menyusui**

Jumlah penyajian dari setiap kelompok makanan yang direkomendasikan pada ibu nifas dan menyusui sedikit berbeda tergantung dari kebutuhan masing-masing ibu. Jumlah sajian

tergantung dari usia, ukuran tubuh, tingkat aktivitas (kalori), berat sebelum hamil, berat tambahan selama hamil dan status menyusui. Ibu menyusui juga harus memperoleh paling tidak 3 penyajian makanan jenis protein. Ibu nifas dan menyusui dengan usia kurang dari 24 tahun harus mendapatkan 4 penyajian makanan dari produk susu untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan tulang. (Partington & Nitzke, 2000)

Vitamin sangat dibutuhkan oleh ibu nifas dan menyusui, antara lain vitamin A yang berguna bagi kesehatan mata, kulit serta dapat memperbanyak produksi ASI. Ibu perlu mengonsumsi Vitamin A (200.000 Unit) agar bayi juga mendapatkan Vitamin A tersebut melalui ASI.(Astuti, Judistiani, Rahmiati, & Susanti, 2015)

Selain vitamin A, ibu nifas dan menyusui juga memerlukan Vitamin B6 untuk membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Vitamin B6 dibutuhkan sebanyak 2,0 mg per hari. Ibu nifas dan menyusui juga membutuhkan asupan asam folat dan tablet Fe untuk mengurangi prevalensi kejadian anemia setelah melahirkan. Ibu dianjurkan mengonsumsi tablet Fe selama 40 hari setelah persalinan (Mitra & Khoury, 2012)

7.1.3 Asupan Cairan

Ibu nifas dan menyusui dianjurkan untuk mengonsumsi cairan sebanyak 8 gelas / hari atau minum setidaknya 3 lt air setiap hari, ibu dianjurkan untuk minum setiap selesai menyusui. Asupan cairan pada ibu nifas dan menyusui dapat diperoleh dari air putih, soup, susu dan sari buah.

7.2 Ambulasi

Ambulasi dini (*Early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ambulasi dini (*Early ambulation*) dapat dilakukan ibu sedini mungkin jika tidak ada kondisi khusus ataupun komplikasi seperti anemia, penyakit jantung

dan komplikasi lain yang memerlukan perawatan.(Yanti & Sundawati, 2011)

Sebagian besar ibu bersalin normal tanpa komplikasi dapat segera melakukan ambulasi. Ambulasi dini (*Early ambulation*) dilakukan secara bertahap dengan jeda aktivitas dan istirahat. Tahap pertama, ibu dapat miring kanan atau kiri terlebih dahulu, kemudian duduk dan jika ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan (berkemih di toilet).

Manfaat Ambulasi dini (*Early ambulation*) sebagai berikut (Ani, Keb, Saleh, ST, & Keb, 2015; Asih, 2016):

1. Memperlancar sirkulasi darah ibu
2. Mempercepat pemulihan tonus otot
3. Melancarkan pengeluaran lochea
4. Ibu lebih cepat pulih dan sehat
5. Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik
6. Mencegah thrombosis pada pembuluh tungkai

7.3 Eliminasi

7.3.1 Miksi

Ibu nifas dan menyusui dapat berkemih (buang air kecil/miksi) spontan 6-8 jam setelah persalinan. Jika setelah 8 jam postpartum ibu belum bisa berkemih spontan maka bidan dapat memotivasi ibu dengan cara menganjurkan ibu untuk membasahi bagian vulva / kemaluan ibu. Ibu tidak boleh menahan Buang Air Kecil karena dapat menghambat uterus berkontraksi sehingga dapat menimbulkan perdarahan. (Ani et al., 2015)

Ibu nifas dan menyusui terkadang mengalami kesulitan dalam berkemih karena springter uretra tertekan oleh kepala janin, spasme oleh iritasi musculus spingter ani selama persalinan, atau dikarenakan oedema kandung kemih saat proses persalinan. Apabila ibu nifas mengalami kesulitan berkemih selama 3 hari, maka dapat dilakukan rangsangan dengan mengompres vesica urinaria dengan air hangat. Jika ibu belum bisa berkemih atau jika sekali berkemih belum melebihi

100 cc maka dapat dilakukan kateterisasi.(Purwoastuti & Walyani, 2017).

7.3.2 Defekasi

Buang Air Besar (defekasi) pada ibu nifas umumnya dapat dilakukan pada hari kedua dan ketiga kecuali jika ibu mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) yang disebabkan oleh ketakutan akan rasa sakit pada luka jahitan episiotomi, takut luka jahitan terbuka, atau takut terjadi haemorrhoid. Apabila ibu mengalami kesulitan dalam BAB maka ibu dianjurkan mengonsumsi makanan tinggi serat dan cukup asupan cairan.(Asih, 2016).

Apabila ibu belum buang air besar lebih dari tiga hari maka ibu dapat menggunakan pencahar per oral/rektal, jika masih belum juga BAB maka dapat dilakukan klisma (huknah).(Ani et al., 2015).

7.4 Personal Hygiene

Kebersihan diri (personal hygiene) dapat mencegah terjadinya infeksi pada luka dan meningkatkan rasa nyaman ibu. Bidan dapat menganjurkan ibu untuk membersihkan diri (mandi) secara teratur minimal 2x sehari, mengganti pakaian, alas tempat tidur dan menjaga kebersihan di sekitar lingkungan ibu, melakukan perawatan luka jahitan perineum, mengganti pembalut atau pakaian dalam minimal 2x sehari atau jika lembab, mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan area genitalia. (Yanti & Sundawati, 2011)

7.5 Istirahat

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang harus dipenuhi semua orang, termasuk ibu nifas dan menyusui. Istirahat yang cukup bagi ibu yang baru saja melahirkan merupakan suatu keharusan namun tidak mudah dilakukan, ibu nifas dan menyusui membutuhkan waktu istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan, yaitu 1 jam pada siang hari dan 8 jam pada malam hari. Istirahat membantu mempercepat proses

involusi uterus dan mengurangi perdarahan, memperbanyak produksi ASI dan mencegah depresi pada ibu nifas dan menyusui. Ibu nifas disarankan untuk memulai aktifitas rumah tangga secara bertahap dan istirahat saat bayi tidur. (Asih, 2016)

7.6 Seksual

Secara fisik, ibu aman untuk melakukan hubungan seksual setelah darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan 1-2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri dan ibu merasa sudah siap. Tidak dianjurkan untuk memulai hubungan seksual sebelum 6 minggu atau 40 hari pasca melahirkan berdasarkan budaya, keyakinan, nilai dan agama yang dianut. Keputusan tergantung dari pasangan tersebut. (Astuti et al., 2015).

Hubungan seksual pada masa nifas juga dapat membahayakan ibu, dikarenakan mulut rahim masih terbuka sehingga mudah untuk masuknya bakteri dan menyebabkan infeksi. Sudden death atau kematian mendadak setelah berhubungan seksual dapat terjadi karena pergerakan teknis saat aktifitas seksual di vagina menyebabkan udara masuk kedalam rahim, pembuluh darah menyedot udara yang masuk dan membawa ke jantung. Udara yang masuk ke jantung dapat berbahaya bagi ibu dan mengakibatkan kematian mendadak. (Purwoastuti & Walyani, 2017).

Penyebab berkurangnya gairah seksual selama masa nifas antara lain ketidaknyamanan fisik yang dialami oleh ibu nifas, kelelahan yang dikarenakan proses persalinan, dan kurangnya waktu istirahat, ketidakseimbangan hormon dan kecemasan berlebihan yang dialami oleh ibu. Program KB sebaiknya dilakukan oleh ibu segera setelah masa nifas berakhir (6 minggu atau 40 hari) dengan tujuan menjaga kesehatan. (Yanti & Sundawati, 2011).

7.7 Perawatan Payudara

Payudara merupakan salah satu bagian yang harus diperhatikan oleh ibu dikarenakan payudara merupakan organ esensial sebagai penghasil ASI yaitu makanan utama bagi bayi baru lahir sampai 6 bulan pertama sehingga perawatannya harus dilakukan sedini mungkin. Sebaiknya perawatan payudara sudah dimulai sedini mungkin, yaitu sejak ibu hamil untuk persiapan menyusui dan 1-2 hari setelah bayi dilahirkan.(Gustirini, 2021).

Tujuan dari perawatan payudara antara lain untuk mencegah terjadinya bendungan ASI, melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran ASI sehingga dapat memperlancar pengeluaran ASI. Rangsangan taktil saat perawatan payudara dapat menstimulasi hormon prolaktin dan oksitosin yang berperan dalam laktasi. (Asih, 2016; Gustirini, 2021).

Perawatan payudara dapat dilakukan secara teratur yaitu dua kali sehari. Perawatan payudara pada ibu nifas dan menyusui sebagai berikut:(Asih, 2016)

1. Menjaga payudara agar tetap bersih dan kering
2. Menggunakan bra yang sesuai dan dapat menyokong payudara
3. Pastikan teknik menyusui sudah baik dan benar, agar bayi mendapatkan manfaat maksimal dari ASI ibu dan mencegah terjadinya puting susu lecet
4. Mengoleskan sedikit ASI disekitar areola dan puting susu sebelum dan setelah menyusui untuk mencegah puting susu lecet
5. Apabila puting susu lecet, maka menyusui dapat dilakukan dari payudara yang tidak lecet terlebih dahulu, dan jika lecet sangat berat payudara dapat diistirahatkan selama 24 jam dan ASI tetap dikeluarkan dan diberikan menggunakan sendok
6. Perawatan payudara yang dapat dilakukan yaitu kompres payudara dengan menggunakan kain basah

dan hangat selama 5 menit, pijat payudara dari arah pangkal menuju puting, oleskan sedikit ASI agar puting menjadi lunak, susukan bayi on demand, oleskan sedikit ASI atau kompres payudara dengan air dingin setelah menyusui.

7.8 Senam Nifas

Masa nifas merupakan masa kritis bagi wanita. Tidak hanya mempengaruhi kesehatan mental dan fisik ibu tetapi juga dapat menjadi salah satu saat yang paling melelahkan dalam kehidupan seorang wanita, pada masa nifas dan menyusui, ibu dapat mengalami kelelahan, depresi, dan stres. Selama periode postpartum, ibu juga mengalami gangguan tidur yang disebabkan perubahan hormonal maupun karena harus merawat bayinya. gangguan siklus tidur selama periode postpartum mungkin berlangsung selama beberapa minggu atau bulan. Jika berlanjut atau memburuk, hal ini dapat mempengaruhi produksi ASI ibu dan mengurangi ikatan antara ibu dan bayi. Senam nifas merupakan aktifitas sederhana yang dapat memaksimalkan kesehatan dan kebugaran ibu selama periode postpartum. (Yang & Chen, 2018).

Senam nifas merupakan latihan gerak yang dilakukan sedini mungkin oleh ibu postpartum yang bertujuan untuk mengembalikan tonus otot yang mengalami peregangan selama kehamilan dan persalinan dapat kembali seperti kondisi semula. Senam nifas dapat dimulai 6 jam setelah persalinan dan dilakukan secara bertahap yang dimulai dari tahap yang paling sederhana dari hari pertama hingga hari kesepuluh. (Astuti et al., 2015).

Tujuan dan manfaat senam nifas antara lain membantu ibu dalam mempercepat pemulihan, mempercepat proses involusi dan pemulihan fungsi alat kandungan, membantu memulihkan kekuatan dan kekencangan otot panggul, perut dan perineum, memperlancar pengeluaran lochea, merelaksasikan otot-otot setelah proses kehamilan dan

persalinan, meminimalisasi komplikasi nifas seperti trombosis vena dan varises, memperlancar sirkulasi darah, mempertahankan postur tubuh yang baik, mengembalikan bentuk tubuh ibu, mencegah kesulitan buang air besar dan buang air kecil, meningkatkan kualitas tidur, mencegah depresi, mengurangi stress dan kelelahan, serta membantu kelancaran pengeluaran dan peningkatan produksi ASI ibu. (Astuti et al., 2015; Yang & Chen, 2018; Yanti & Sundawati, 2011).

Senam nifas sebaiknya dilakukan diantara waktu makan, senam nifas dapat dilakukan jika ibu melahirkan sehat, tidak ada komplikasi atau penyulit. Bentuk latihan senam nifas antara ibu yang melahirkan normal dan caesar berbeda. Pada ibu yang melahirkan dengan operasi caesar, ibu dilatih pernapasan untuk mempercepat penyembuhan luka, sedangkan latihan tungkai dan otot perut dilakukan saat ibu sudah dapat bangun dari tempat tidur dan ibu sudah merasa nyaman, tidak ada nyeri dan komplikasi. Pada persalinan normal, semua gerakan senam nifas dapat ibu lakukan secara bertahap bila keadaan ibu telah sehat tanpa ada komplikasi. (Purwoastuti & Walyani, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Ani, S, Keb, M, Saleh, Sitti Nurul Hikma, ST, S, & Keb, M. (2015). *Asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui*: Ahmad Ruhardi.
- Asih, Yusari. (2016). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.
- Astuti, Sri, Judistiani, Tina Dewi, Rahmiati, Lina, & Susanti, A. (2015). Asuhan kebidanan nifas dan menyusui. *Jakarta: Erlangga*, 69-76.
- Gustirini, Ria. (2021). Perawatan Payudara Untuk Mencegah Bendungan Asi Pada Ibu Post Partum. *Midwifery Care Journal*, 2(1), 9-14.
- Mitra, Amal K, & Khoury, Amal J. (2012). Universal iron supplementation: a simple and effective strategy to reduce anaemia among low-income, postpartum women. *Public health nutrition*, 15(3), 546-553.
- Partington, Susan, & Nitzke, Susan. (2000). Intake of Food Guide Pyramid servings: a comparison of WIC children in Wisconsin and children from 1994 CSFII. *Journal of Nutrition Education*, 32(1), 38-42.
- Purwoastuti, Endang, & Walyani, Elisabeth Siwi. (2017). Asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui.
- Yang, Chiu-Ling, & Chen, Chung-Hey. (2018). Effectiveness of aerobic gymnastic exercise on stress, fatigue, and sleep quality during postpartum: A pilot randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 77, 1-7.
- Yanti, Damai, & Sundawati, Dian. (2011). Asuhan Kebidanan Masa Nifas. *Bandung: Refika aditama*, 4(4), 4.

BIODATA PENULIS



Dina Dewi Anggraini, S.S.T.Keb, M.Kes,
Dosen Kebidanan di Universitas Kadiri

Penulis lahir di Kediri pada tanggal 12 Agustus 1990. Menyelesaikan kuliah di Universitas Kadiri dan mendapat gelar Ahli Madya Kebidanan pada tahun 2012, Sarjana Sains Terapan Kebidanan pada tahun 2013 dan Magister Kesehatan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Airlangga pada tahun 2016. Pada tahun 2017 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Swasta yaitu Universitas Kadiri. Kemudian pada tahun 2019 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Negeri di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai sekarang.

BIODATA PENULIS



Novia Rita Aninora

Dosen Program Studi D III Kebidanan STIKes YPAK Padang

Penulis lahir di Lubuk Alung tanggal 20 November 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Kebidanan STIKes YPAK Padang Dari Tahun 2008. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan Tahun 2005 dan D4 Bidan Pendidik Tahun 2008 Poltekkes Kepmenkes Padang melanjutkan S2 Kebidanan Di Universitas Andalas Padang dan menyelesaikan tahun 2017.

BIODATA PENULIS



Dewi Andariya Ningsih, S.ST,M. Keb
Dosen di Universitas Ibrahimy

Penulis merupakan dosen dalam bidang ilmu Kebidanan, dan menyelesaikan program DIII Kebidanan dengan gelar Ahli Madya Kebidanan di Stikes Husada Jombang Prodi DIII Kebidanan (2010). Gelar Sarjana Sains Terapan di Stikes Husada Jombang (2011) dan Magister Kebidanan diselesaikan di Universitas Padjadjaran, Bandung (2017).

Email : dewiandariya01@gmail.com

ID google scholar : [Dewi Andariya Ningsih - Google Scholar](#)

ID Sinta : [SINTA - Science and Technology Index \(ristekbrin.go.id\)](#)

WoS ResearcherID: AAZ-5011-2021

<https://publons.com/researcher/4688851/dewi-andariya-ningsih/>

ORCID: 0000-0003-1268-2603 <https://orcid.org/0000-0003-1268-2603>

BIODATA PENULIS



Inke Malahayati
Dosen Stikes Alifah Padang

Penulis lahir di Pematangsiantar, 10 Mei 1976. Riwayat pekerjaan diawali sebagai bidan di desa Sidomulyo Kec. Ranah Batahan Kab. Pasaman Barat – Sumatera Barat (1995-1998), dosen di Stikes Alifah Padang (2003-2007), dan dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes Medan (2008-sekarang). Penulis menyelesaikan pendidikan D3 (2002), D4 (2003), dan S2 Kebidanan (2015) dari Universitas Andalas Padang.

BIODATA PENULIS



Ruth Yogi, S.ST, M.Kes

Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di senggo tanggal 17 Juni 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Jayapura, Penulis Menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Kebidanan di Akademik Kesehatan Jayapura tahun 2005. Selanjutnya penulis bekerja sebagai staf administrasi pada jurusan kebidanan poltekkes jayapura selama setahun kemudian penulis melanjutkan pendidikan DIV bidan pendidik poltekkes bandung dan berhasil menyelesaikan studi tahun 2007. Selanjutnya pada tahun 2012-2014 penulis melanjutkan pendidikan S2 dan menyelesaikan studi S2 MKIA di Universitas Diponegoro .

Penulis memiliki kepakaran dibidang ilmu kebidanan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti, pengabdikan kepada masyarakat dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga RISBINAKES. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Email Penulis: ruthyogi8@gmail.com

BIODATA PENULIS



Allania Hanung

Staf Dosen STIKES Estu Utomo

Penulis lahir di Kendal, 14 November 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Estu Utomo. Menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 pada Program Studi Kebidanan Universitas Sebelas Maret melanjutkan Program Studi Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran. Penulis tertarik pada berbagai kejadian masa nifas semenjak mengetahui pentingnya masa nifas pada siklus kehidupan perempuan. Penulis berharap, lebih banyak calon bidan yang peduli dan waspada terhadap perkembangan ibu pada masa nifas.

BIODATA PENULIS



Ria Gustirini, SST, M.Keb

Dosen di DIII Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan dan Teknologi Muhammadiyah Palembang (IKesT MP)

Penulis Lahir di Kota Palembang 28 Agustus 1986, menghabiskan masa studi sampai jenjang DIII di Kota Kelahiran. Setelah Lulus dari Poltekkes Kemenkes Palembang tahun 2008, penulis kemudian hijrah ke Kota Bandung untuk melanjutkan Pendidikan di DIV Kebidanan UNPAD tahun 2009 dan kembali lagi ke Kota Bandung pada tahun 2014 untuk menempuh pendidikan Magister Kebidanan UNPAD. Saat ini penulis aktif sebagai dosen di DIII Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan dan Teknologi Muhammadiyah Palembang (IKesT MP), aktif menulis buku dan artikel jurnal, juga aktif sebagai auditor mutu internal. Semoga hasil karya penulis bermanfaat bagi pendidik, praktisi dan mahasiswa kesehatan. Email: riagustirini@gmail.com