BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Konsep Dasar Laktasi

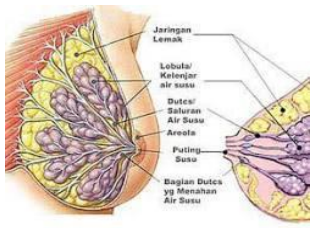
a. Definisi Menyusui

Secara konseptual, menyusui didefinisikan sebagai suatu proses alamiah dan esensial dalam mempertahankan kelangsungan hidup keturunan manusia melalui pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara langsung dari payudara ibu kepada bayi atau anak kecil (Sutanto, 2018). Menyusui merupakan interaksi biologis dan psikologis kompleks yang melibatkan dua refleks utama pada ibu, yaitu refleks prolaktin (produksi ASI) dan refleks oksitosin (pengeluaran ASI atau *let-down reflex*). Hormon prolaktin bertanggung jawab atas sintesis ASI, sementara hormon oksitosin memicu kontraksi sel-sel mioepitel di sekitar alveoli payudara, yang menyebabkan ASI mengalir keluar (Soetjiningsih, 2015).

Dalam konteks kesehatan masyarakat global, definisi menyusui sangat erat kaitannya dengan praktik pemberian makan bayi yang direkomendasikan oleh organisasi kesehatan internasional. World Health Organization (WHO) dan United Nations Children's Fund (UNICEF) secara konsisten mendefinisikan pemberian ASI eksklusif sebagai pemberian hanya ASI saja, tanpa tambahan makanan atau minuman lain termasuk air putih kepada bayi sejak lahir hingga usia enam bulan, kecuali obat-obatan, vitamin, atau mineral

tetes (WHO, 2019). Proses menyusui adalah sebuah kesempatan untuk memperkuat ikatan emosional (*bonding*) antara ibu dan bayi (*mother-infant bonding*) karena adanya kontak kulit ke kulit yang intens dan berkelanjutan. Kedekatan ini memicu rasa aman dan nyaman pada bayi, serta meningkatkan *self-efficacy* (kepercayaan diri) ibu dalam perannya sebagai orang tua (Safitri dan Citra, 2019). Keberhasilan menyusui sangat dipengaruhi oleh faktor eksternal, terutama dukungan sosial yang diterima ibu, yang meliputi dukungan dari suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan lingkungan kerja (Sembiring, 2018).

b. Anatomi Payudara



Gambar 2.1 Anatomi Payudara

Secara anatomis, payudara (*glandula mammae*) didefinisikan sebagai organ berpasangan yang terletak pada dinding dada anterior, umumnya membentang dari tulang rusuk (kosta) kedua hingga keenam, dan dari tepi lateral sternum hingga garis aksilaris media (Snell, 2018). Struktur ini merupakan kelenjar eksokrin yang dimodifikasi dan tertanam di dalam *fasia*

superfisialis, yang sebagian besar terdiri dari jaringan kelenjar, jaringan ikat fibrosa, dan jaringan adiposa (lemak) (Purnamasari, 2015).

Jaringan lemak, atau *adipose tissue*, adalah komponen utama non-kelenjar pada payudara, yang memainkan peran fundamental dalam menentukan ukuran, bentuk, dan konsistensi payudara pada individu. Secara histologis, jaringan lemak payudara adalah jaringan ikat longgar yang terdiri dari sel-sel adiposit yang dikelilingi oleh stroma vaskularisasi yang kaya (Sathishkumar et al., 2020). Proporsi jaringan lemak terhadap jaringan kelenjar bervariasi secara signifikan, dipengaruhi oleh faktor usia, status hormonal, dan indeks massa tubuh (BMI), dan umumnya meningkat setelah menopause (Santoso, 2017). Fungsi jaringan lemak tidak terbatas pada aspek struktural semata, jaringan ini juga merupakan organ endokrin aktif yang memproduksi hormon seperti leptin dan estrogen melalui proses aromatase. Sintesis estrogen lokal ini memiliki implikasi patofisiologis yang penting, terutama dalam konteks kanker payudara yang sensitif terhadap hormon, di mana adiposit berinteraksi dengan sel-sel epitel dan mikro lingkungan tumor (Lee et al., 2021).

Lobula, yang juga dikenal sebagai *terminal ductal-lobular units*, merupakan unit fungsional dasar payudara yang bertanggung jawab atas sintesis dan sekresi air susu selama masa laktasi. Secara histologis, setiap lobulus adalah gugusan kelenjar tubuloalveolar kecil yang tersusun dari alveoli atau asini. Alveoli dilapisi oleh sel-sel epitel kelenjar (sel laktasional) yang bertanggung jawab untuk mengambil nutrisi dari aliran darah dan

mengubahnya menjadi komponen air susu, seperti laktosa, lemak, dan protein (Nurhamzah, 2019). Bagian luar alveoli dikelilingi oleh lapisan sel mioepitel kontraktil. Sel mioepitel ini, di bawah stimulasi hormon oksitosin (*let-down reflex*), akan berkontraksi untuk memeras air susu yang telah diproduksi keluar menuju sistem duktus (saluran air susu). Perkembangan lobula sangat dipengaruhi oleh fluktuasi hormonal (estrogen dan progesteron) sepanjang siklus menstruasi dan secara substansial berkembang selama kehamilan dan laktasi. Selama kehamilan, progesteron merangsang proliferasi lobula, menyiapkan payudara untuk fungsi laktasi (Dewi, 2020).

Sistem duktus pada payudara adalah jaringan saluran yang kompleks dan bercabang yang berfungsi sebagai saluran transportasi utama untuk mengalirkan air susu yang disintesis di lobula menuju puting susu untuk dikeluarkan. Jaringan duktus dimulai dari duktus terminal yang sangat kecil di dalam lobula, kemudian bergabung menjadi saluran yang lebih besar (*intralobular ducts*). Saluran-saluran ini kemudian menyatu membentuk duktus utama yang mengarah ke puting susu. Struktur histologis duktus terdiri dari lapisan sel epitel lumen yang dikelilingi oleh lapisan sel mioepitel, yang sama-sama memainkan peran dalam mempertahankan patensi dan memfasilitasi aliran (Kosasih, 2018). *Ductus*, khususnya duktus terminal, dianggap sebagai lokasi umum untuk perkembangan kanker payudara invasif dan non-invasif (*ductal carcinoma in situ*). Integritas struktural duktus sangat penting untuk keberhasilan laktasi, seperti yang terjadi pada mastitis atau

duktektasia, dapat menyebabkan retensi air susu dan peradangan (Setiawan et al., 2020).

Puting susu (*nipple*) dan area kulit berpigmen di sekitarnya yang disebut areola merupakan struktur eksternal yang berfungsi sebagai titik terminal untuk sistem duktus dan sebagai mekanisme umpan balik sensorik yang penting. Puting susu mengandung 15 hingga 20 muara dari duktus laktiferus utama. Permukaan puting dan areola kaya akan serabut saraf sensorik yang sangat sensitif terhadap sentuhan, dan stimulasi saraf ini merupakan kunci pemicu untuk pelepasan hormon oksitosin (*let-down reflex*) yang sangat penting dalam proses pengeluaran air susu (Sutopo, 2022). Areola ditandai dengan adanya kelenjar Montgomery, yang merupakan kelenjar sebaceous besar yang tampak sebagai benjolan kecil pada permukaan areola. Kelenjar Montgomery mensekresikan zat berminyak yang melindungi puting dan areola dari kekeringan dan infeksi selama menyusui, serta mengeluarkan senyawa volatil yang berfungsi sebagai isyarat penciuman bagi bayi baru lahir untuk menemukan sumber air susu (Mustikasari, 2015).

Bagian duktus yang menahan air susu merujuk secara klasik pada sinus laktiferus, yang secara tradisional dianggap sebagai dilatasi atau pelebaran duktus laktiferus tepat sebelum muara di puting susu. Temuan terbaru menunjukkan bahwa dilatasi ini tidak selalu merupakan kantong penyimpanan besar seperti yang digambarkan dalam diagram klasik, melainkan hanyalah pelebaran duktus yang moderat atau bahkan tidak ada pada beberapa individu, atau pelebaran duktus utama yang lebih kecil di

bawah areola (Hussaini & Sheikh, 2021). Fungsi utamanya adalah untuk memfasilitasi pengumpulan sementara air susu sebelum dikeluarkan melalui puting susu, memungkinkan volume yang cukup terkumpul untuk respons pengeluaran yang efisien. Struktur histologis sinus laktiferus serupa dengan duktus lainnya, namun dengan diameter lumen yang lebih besar (Dewi, 2020).

c. Fisiologi Produksi ASI

Produksi Air Susu Ibu (ASI) adalah proses biologis kompleks yang diatur secara ketat oleh sistem endokrin, dimulai jauh sebelum kelahiran, yaitu pada tahap perkembangan payudara atau mammogenesis. Proses ini melibatkan serangkaian interaksi hormonal yang esensial untuk mempersiapkan kelenjar payudara agar siap memproduksi susu. Hormon utama yang berperan signifikan dalam proliferasi duktus dan alveoli, unit fungsional penghasil susu, meliputi estrogen, progesteron, dan *Human Placental Lactogen* (HPL) (Dewey et al., 2023). Estrogen memacu pertumbuhan sistem duktus, sementara progesteron merangsang diferensiasi dan perkembangan alveoli, meskipun pada saat kehamilan, konsentrasi tinggi kedua hormon steroid ini secara simultan memiliki fungsi inhibisi atau penghambatan terhadap sekresi susu yang sebenarnya. Periode ini dikenal sebagai Laktogenesis Tahap I, yang terjadi pada trimester kedua kehamilan hingga beberapa hari pasca-persalinan, di mana sel-sel alveolar berdiferensiasi menjadi sel sekretori dan mulai memproduksi kolostrum,

namun sekresi penuh tertahan oleh efek penghambatan progesteron (Nommsen-Rivers et al., 2021). Penurunan mendadak kadar progesteron dan estrogen segera setelah kelahiran plasenta adalah pemicu kritis yang melepaskan rem hormonal tersebut, memungkinkan prolaktin, yang kadarnya telah tinggi, untuk menjalankan fungsi utamanya dalam inisiasi sekresi ASI secara masif. Fase transisi dari kolostrum ke ASI matang ini menandai berakhirnya Laktogenesis I dan menjadi prasyarat untuk Laktogenesis II (Dewey et al., 2023).

Laktogenesis Tahap II, yang sering ditandai dengan peningkatan volume ASI yang cepat (umumnya 30 hingga 72 jam pasca-persalinan), dan tahap selanjutnya, galaktopoiesis atau pemeliharaan produksi ASI, diatur oleh dua mekanisme utama yaitu endokrin dan autokrin. Secara endokrin, hormon prolaktin memegang peranan vital yang disekresikan oleh kelenjar pituitari anterior sebagai respons terhadap isapan bayi (refleks prolaktin) dan bertanggung jawab langsung atas sintesis komponen ASI seperti laktosa, lemak, dan protein (Nommsen-Rivers et al., 2021). Namun, pada fase galaktopoiesis, regulasi produksi ASI didominasi oleh mekanisme autokrin atau lokal, yang dikenal sebagai prinsip *Supply and Demand*. Inti dari regulasi autokrin ini adalah peran dari *Feedback Inhibitor of Lactation* (FIL), suatu protein kecil yang ditemukan dalam ASI (Bode, 2018). Ketika payudara penuh, konsentrasi FIL akan tinggi, yang berfungsi menghambat sintesis dan sekresi ASI oleh sel-sel laktosit. Sebaliknya, pengosongan payudara secara efektif dan sering (melalui isapan atau pemompaan) akan menurunkan

konsentrasi FIL, sehingga menghilangkan hambatan dan memberikan sinyal kepada kelenjar payudara untuk meningkatkan laju produksi. Oleh karena itu, frekuensi dan efektivitas pengeluaran ASI adalah faktor determinan utama dalam mempertahankan volume ASI yang adekuat, bahkan lebih penting daripada kadar prolaktin plasma pada tahap lanjut laktasi (Dewey et al., 2023).

Selain sekresi ASI yang merupakan produksi dan penyimpanan susu di dalam alveoli, keberhasilan menyusui sangat bergantung pada mekanisme pengeluaran ASI dari payudara, sebuah proses yang disebut ejeksi ASI dan diatur oleh refleks neuroendokrin yang dikenal sebagai *Milk Ejection Reflex* atau refleks oksitosin (Dewey et al., 2023). Ketika bayi mulai menghisap puting, rangsangan sensorik diteruskan melalui serabut saraf ke hipotalamus di otak ibu. Respons ini memicu pelepasan cepat hormon oksitosin dari kelenjar pituitari posterior ke dalam aliran darah (Nommsen-Rivers et al., 2021). Oksitosin kemudian bergerak menuju payudara dan berikatan dengan reseptor yang terdapat pada sel-sel mioepitel yang mengelilingi alveoli (unit penghasil susu). Ikatan ini menyebabkan kontraksi sel mioepitel, yang secara fisik meremas atau mendorong ASI yang telah diproduksi di dalam alveoli dan duktus kecil menuju duktus yang lebih besar, dan akhirnya ke sinus laktiferus di bawah areola, di mana bayi dapat mengeluarkannya dengan mudah (Bode, 2018).

a. Tahapan ASI

Perubahan komposisi Air Susu Ibu (ASI) yang terjadi seiring dengan berjalannya waktu pasca-persalinan merupakan bukti adaptasi biologis yang dirancang secara presisi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, perkembangan, dan perlindungan imunologis bayi yang terus berubah (Lawrence et al., 2024). Secara umum, komposisi ASI diklasifikasikan berdasarkan stadium laktasi menjadi tiga fase utama :

1) Kolostrum

Kolostrum adalah suatu cairan yang keluar pada tiga hari pertama setelah kelahiran bayi, sering dijuluki sebagai "vaksin pertama" bagi bayi dikarenakan kandungan imunologisnya yang sangat superior (Sulistiyowati et al., 2024). Cairan kental yang umumnya berwarna kekuningan ini memiliki volume yang relatif kecil namun menunjukkan kepadatan nutrisi dan komponen bioaktif yang luar biasa, secara khusus dirancang untuk pertahanan tubuh awal dan pematangan usus bayi yang belum sempurna. Komposisi kolostrum ditandai dengan konsentrasi protein yang sangat tinggi, di mana dominasi utamanya adalah *Imunoglobulin A Sekretori* (sIgA). sIgA ini berfungsi krusial sebagai agen pertahanan kekebalan pasif yang tidak dapat diserap ke dalam aliran darah bayi, melainkan melapisi mukosa saluran pencernaan dan pernapasan secara topikal. Lapisan protektif ini membentuk perisai yang efektif untuk melawan invasi patogen dan mencegah adhesi bakteri pada dinding usus, sebuah fungsi esensial sebelum sistem imun bayi dapat berfungsi secara

matang dan memproduksi antibodi sendiri. Selain sIgA, kolostrum juga kaya akan laktoferin protein pengikat zat besi dengan sifat antibakteri dan antivirus yang luas serta sel-sel hidup seperti makrofag dan limfosit yang secara aktif turut serta memerangi infeksi lokal dan mengurangi peradangan. Secara nutrisi makro, kolostrum memiliki kadar lemak dan laktosa yang lebih rendah dibandingkan ASI matang, sehingga secara umum kandungan kalorinya lebih rendah, namun secara spesifik memiliki konsentrasi tinggi vitamin larut lemak, terutama Vitamin A, yang berperan penting dalam penglihatan dan sistem imun (Andreas et al., 2023). Keseimbangan ini memastikan bayi menerima perlindungan maksimal dan persiapan saluran cerna, sambil memperoleh energi yang cukup untuk mempertahankan kadar glukosa darah, di mana volume yang kecil ini secara sempurna sesuai dengan kapasitas lambung bayi baru lahir yang masih terbatas (Lawrence et al., 2024).

2) ASI Transisional

Setelah tahap kolostrum, terjadi transisi progresif menuju ASI matur, yang merefleksikan pergeseran fungsi utama ASI dari perlindungan imunologis yang intensif ke penyediaan energi dan nutrisi yang masif, yang sangat diperlukan untuk menopang pertumbuhan fisik dan perkembangan neurologis yang cepat. Fase ASI transisional, yang berlangsung pada hari ketiga hingga kesepuluh setelah kelahiran bayi. Selama dua minggu, volume ASI meningkat dan mengalami perubahan warna serta komposisi dimana kadar lemak dan laktosa meningkat yang ditandai dengan

peningkatan volume ASI secara dramatis dan terlihat secara kasat mata menjadi lebih encer dan berwarna putih susu (Sulistiyowati et al., 2024). Dalam fase kritis ini, terjadi penurunan kadar protein dan *imunoglobulin* secara bertahap, sementara secara simultan kandungan lemak, laktosa, dan kalori mulai meningkat secara signifikan untuk memenuhi tuntutan metabolik bayi yang sedang tumbuh pesat (Andreas et al., 2023).

3) ASI Matur

Puncak dari proses adaptasi komposisi ini adalah fase ASI matur, yang dihasilkan dari hari kesepuluh pasca kelahiran dan berlanjut selama masa menyusui. ASI matur yang mengalir pertama kali saat lima menit pertama bayi menyusu disebut sebagai foremilk yang kaya akan lemak, laktosa, gula, protein, mineral, dan air dan berubah menjadi hindmilk yang memiliki kandungan lemak dan nutrisi tinggi (Sulistiyowati, 2024). Selain makronutrien, ASI matang mengandung konsentrasi tinggi *Human Milk Oligosaccharides* (HMOs), karbohidrat kompleks unik yang tidak dapat dicerna oleh bayi, tetapi berfungsi sebagai prebiotik kuat yaitu makanan untuk populasi bakteri usus yang menguntungkan, seperti *Bifidobacterium* sehingga secara tidak langsung mendukung kesehatan pencernaan dan kekebalan. HMOs juga bertindak sebagai molekul analog reseptor, menghalangi patogen menempel pada dinding usus, sehingga mekanisme perlindungan imunologis, meskipun kadar antibodi lebih rendah dari kolostrum, tetap dipertahankan dan beradaptasi sesuai kebutuhan perkembangan bayi (Lawrence et al., 2024).

Tabel 2.1 Komposisi Kolostrum, ASI Transisi dan ASI Matur

Kandungan	**Kolostrum**	**ASI Transisi**	**ASI Matur**
Energi (kgkal)	57,0	63,0	65,0
Laktosa (gr/100 ml)	6,5	6,7	7,0
Lemak (gr/100 ml)	2,9	3,6	3,8
Protein (gr/100 ml)	1,195	0,965	1,324
Mineral (gr/100 ml)	0,3	0,3	0,2
Immunoglobulin :			
Ig A (mg/100 ml)	335,9	-	119,6
Ig G (mg/100 ml)	5,9	-	2,9
Ig M (mg/100 ml)	17,1	-	2,9
Lisosin (mg/100 ml)	14,2-16,4	-	23,3-27,5
Laktoferin	420-520	-	250-270

Sumber : Nugroho, 2011

b. Manfaat ASI dan Menyusui

1) Manfaat ASI bagi Bayi

a) ASI sebagai Nutrisi dan Peningkatan Perkembangan Kognitif

ASI menyediakan komposisi nutrisi yang sempurna, ideal, dan disesuaikan secara biologis dengan kebutuhan serta kematangan sistem pencernaan bayi manusia, terutama selama enam bulan pertama kehidupan (Soetjiningsih, 2015). ASI mengandung

makronutrien dengan bioavailabilitas tinggi. Komponen esensial yang sangat penting adalah asam lemak esensial tak jenuh rantai panjang seperti *Docosahexaenoic Acid* (DHA) dan *Arachidonic Acid* (ARA), yang merupakan unsur vital dalam pembentukan sel-sel otak dan retina. Asupan DHA dan ARA yang adekuat dari ASI terbukti berkorelasi positif dengan peningkatan indeks perkembangan mental dan skor kecerdasan (IQ) anak di kemudian hari, menegaskan peran ASI sebagai investasi neurologis jangka panjang (Victora et al., 2020).

b) ASI sebagai Proteksi Imunologi dan Penurunan Insiden Infeksi

ASI adalah sistem imun hidup yang melindungi bayi dari berbagai infeksi dan penyakit. ASI mengandung faktor-faktor anti-infeksi, termasuk sel-sel hidup (makrofag dan limfosit) serta antibodi, di mana yang paling menonjol adalah *Imunoglobulin sekretori A* (sIgA). sIgA bekerja dengan melapisi mukosa usus bayi, mencegah patogen melekat dan masuk ke aliran darah, sehingga berfungsi sebagai "vaksinasi" pasif yang terus diperbarui (Sutanto, 2018).

c) ASI sebagai Pencegahan Penyakit Kronis Jangka Panjang

Manfaat ASI melampaui masa bayi dan memberikan perlindungan terhadap berbagai penyakit kronis di masa kanak-kanak hingga dewasa. Paparan nutrisi dan faktor pertumbuhan yang diatur oleh ASI, dibandingkan dengan susu formula, membantu dalam pemrograman metabolik yang sehat. Anak-anak dan remaja yang pernah mendapatkan ASI memiliki risiko yang lebih rendah untuk mengalami

obesitas dan diabetes melitus tipe 2. Mekanisme ini dikaitkan dengan regulasi nafsu makan dan kontrol insulin yang lebih baik pada bayi yang disusui, yang membantu mereka mengatur asupan energi secara alami. Selain itu, menyusui juga terbukti mengurangi risiko berkembangnya penyakit alergi, seperti asma dan dermatitis atopik, karena ASI mempromosikan maturasi sistem kekebalan tubuh yang seimbang dan mengurangi paparan dini terhadap protein asing yang berpotensi alergen. Oleh karena itu, ASI dapat dianggap sebagai salah satu intervensi kesehatan masyarakat yang paling efektif untuk mencegah beban penyakit tidak menular di kemudian hari (Sembiring, 2018).

2). Manfaat Menyusui bagi Ibu

a) Pemulihan Pascapersalinan dan Penurunan Risiko Perdarahan

Bagi ibu, menyusui adalah mekanisme alami yang mempercepat proses pemulihan fisiologis setelah melahirkan. Ketika bayi mengisap puting, terjadi pelepasan hormon oksitosin dari kelenjar hipofisis posterior ibu (Sutanto, 2018). Oksitosin, yang juga dikenal sebagai hormon cinta, memiliki efek ganda yang memicu refleks pengeluaran ASI dan menyebabkan kontraksi kuat pada otot-otot rahim (involusi uteri). Kontraksi ini sangat penting untuk membantu mengembalikan ukuran rahim ke kondisi prapersalinan dengan lebih cepat dan untuk menutup pembuluh darah pada bekas perlekatan plasenta. Dengan demikian, menyusui dini dan sering merupakan intervensi dalam pencegahan

perdarahan pascapersalinan, yang merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu di seluruh dunia (Soetjiningsih, 2015).

b) Penurunan Risiko Kanker dan Penyakit Kronis pada Ibu

Menyusui memberikan efek protektif jangka panjang yang signifikan terhadap kesehatan ibu, terutama dalam menurunkan risiko penyakit kronis tertentu. Durasi kumulatif menyusui dalam hidup seorang wanita berbanding terbalik dengan risiko menderita kanker payudara dan kanker ovarium. Mekanisme perlindungan terhadap kanker payudara diyakini terkait dengan diferensiasi terminal sel-sel payudara selama laktasi, yang membuatnya kurang rentan terhadap transformasi ganas, serta penurunan paparan estrogen akibat amenore laktasi. Selain itu, menyusui juga mengurangi risiko ibu mengalami diabetes melitus tipe 2 dan penyakit kardiovaskular di masa depan (Victora et al., 2020).

c) Keuntungan Psikologis dan Kontrol Kehamilan Alami

Secara psikologis, menyusui memberikan manfaat emosional yang mendalam bagi ibu, terutama melalui penguatan ikatan batin (*bonding*) dengan bayi. Pelepasan oksitosin selama menyusui memicu perasaan cinta, relaksasi, dan kesejahteraan, yang dapat membantu mengurangi risiko depresi pascapersalinan. Selain itu, ASI dapat berperan sebagai metode kontrasepsi alami melalui Metode Amenore Laktasi (MAL). Menyusui eksklusif dan sering (minimal 8-10 kali sehari), pada bayi di bawah enam bulan, dan ibu belum mengalami menstruasi, secara

fisiologis menekan pelepasan *Gonadotropin-Releasing Hormone* (GnRH), yang menghambat ovulasi (Amir, 2015).

c. Cara Meningkatkan ASI

Peningkatan produksi ASI (augmentasi pasokan susu) didasarkan pada prinsip fisiologi *supply and demand*. Untuk meningkatkan pasokan, ibu harus memberikan sinyal kepada payudara untuk memproduksi lebih banyak dengan cara mengosongkannya lebih sering dan lebih efektif.

1) Tingkatkan Frekuensi dan Efektivitas Pengosongan Payudara

Hal ini adalah strategi utama yang paling mendasar. Seringnya pengosongan payudara akan menurunkan konsentrasi *Feedback Inhibitor of Lactation* (FIL) protein yang menghambat produksi ASI sekaligus meningkatkan pelepasan hormon prolaktin, yang berperan dalam sintesis ASI.

a) Menyusui Lebih Sering : Susui bayi minimal 8 hingga 12 kali dalam 24 jam, termasuk sesi menyusui pada malam hari, karena kadar prolaktin secara alami memuncak pada dini hari.

b) Pastikan Pelekatan yang Benar : Evaluasi teknik pelekatan (*latch*) dan posisi menyusui. Pelekatan yang dalam dan benar memastikan bayi dapat mentransfer ASI secara efisien, yang mengirimkan sinyal kuat kepada payudara untuk meningkatkan produksi di sesi berikutnya (Geddes, 2020).

2) Terapkan *Power Pumping* dan *Tandem Pumping*

Teknik memompa khusus dapat digunakan untuk mensimulasikan percepatan pertumbuhan bayi atau meniru hisapan yang sangat kuat, sehingga secara intensif merangsang payudara.

a) *Power Pumping* : Memompa dengan durasi pendek namun frekuensi tinggi selama satu jam (misalnya, memompa 10 menit, istirahat 10 menit, ulangi 3-4 kali). Praktik ini dirancang untuk memaksimalkan pelepasan prolaktin.

b) *Tandem Pumping* : Memompa kedua payudara secara bersamaan. Teknik ini terbukti meningkatkan kadar prolaktin secara signifikan dan dapat menghasilkan volume ASI 18% lebih banyak dibandingkan memompa secara bergantian (Sutanto, 2018).

3) Dukungan Hormonal Melalui Stimulasi dan Relaksasi

Pelepasan hormon Oksitosin, yang bertanggung jawab atas refleks pengeluaran ASI (*let-down reflex*), sangat dipengaruhi oleh kondisi emosional ibu. Stres atau kecemasan dapat menghambat refleks ini, membuat ASI sulit keluar meskipun produksinya cukup.

a) Lakukan Kontak Kulit ke Kulit : Menyentuh bayi dan melakukan *skin-to-skin contact* sebelum atau selama menyusui/memompa membantu pelepasan oksitosin.

b) Kelola Stres : Pastikan ibu rileks sebelum menyusui. Pijatan ringan, menghangatkan payudara, dan mendengarkan musik yang menenangkan dapat membantu memicu *let-down reflex* yang lebih

lancar, memastikan payudara benar-benar tuntas dikosongkan (Lowdermilk et al., 2013).

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Menyusui

Keberhasilan praktik menyusui eksklusif selama enam bulan, yang merupakan standar emas dalam nutrisi bayi, adalah hasil dari interaksi kompleks antara faktor-faktor internal ibu dan bayi, serta dukungan eksternal yang menyeluruh dari lingkungan sosial dan sistem kesehatan (Wulandari et al., 2022). Kegagalan menyusui sering kali bukan disebabkan oleh ketidakmampuan fisiologis ibu untuk memproduksi ASI, melainkan oleh hambatan multifaktorial yang dapat diidentifikasi dan dimodifikasi melalui intervensi yang tepat. Oleh karena itu, analisis terhadap faktor-faktor penentu ini sangat penting untuk merancang program promosi laktasi yang efektif di tingkat komunitas maupun fasilitas kesehatan. Secara garis besar, faktor-faktor utama yang berkontribusi terhadap keberhasilan menyusui dikelompokkan sebagai berikut :

1) Faktor Fisiologis dan Klinis Ibu-Bayi

Faktor fisiologis dan klinis merupakan elemen fundamental yang secara langsung memengaruhi kemampuan ibu untuk memproduksi ASI dan kemampuan bayi untuk mengeluarkannya secara efektif. Salah satu faktor klinis krusial adalah Inisiasi Menyusui Dini (IMD), yaitu *skin-to-skin contact* antara ibu dan bayi segera setelah lahir, yang terbukti meningkatkan refleks menyusui bayi dan memicu pelepasan hormon

oksitosin pada ibu, yang penting untuk refleks pengeluaran ASI (Wulandari et al., 2022). Selain itu, kondisi anatomis payudara ibu seperti bentuk puting yang inverted atau datar dan masalah seperti pembengkakan payudara atau mastitis dapat menimbulkan hambatan mekanis dan nyeri yang menyebabkan ibu berhenti menyusui sebelum waktunya (Buckland et al., 2020). Dari sisi bayi, efektivitas pelekatan (*latch*) dan posisi menyusui yang benar sangat menentukan, perlekatan yang tidak tepat dapat menyebabkan puting lecet dan memicu kegagalan pengosongan payudara, yang pada akhirnya menurunkan sinyal *supply and demand* dan produksi ASI. Selanjutnya, kondisi klinis bayi, seperti prematuritas, to*ngue-tie (ankyloglossia),* atau penyakit neonatal, dapat mengganggu koordinasi isap, telan, dan napas, sehingga memerlukan dukungan laktasi yang lebih intensif dan terpersonalisasi (Khusniyati dan Purwati, 2024).

2) Faktor Pengetahuan dan Psikologis Ibu (*Self-Efficacy*)

Keberhasilan menyusui sangat dipengaruhi oleh faktor predisposing ibu, khususnya tingkat pengetahuan dan keyakinan diri atau *self-efficacy* laktasi. Pengetahuan yang memadai mengenai manfaat ASI, manajemen laktasi yang tepat, posisi dan perlekatan yang benar, serta cara mengatasi masalah umum menyusui, bertindak sebagai landasan kognitif yang memungkinkan ibu membuat keputusan yang tepat dan mempertahankan perilaku menyusui eksklusif (Aningsih, 2021). Ibu dengan pengetahuan yang baik cenderung memiliki sikap yang lebih positif dan proaktif terhadap tantangan menyusui. Namun, lebih penting dari sekadar

pengetahuan, adalah *Breastfeeding Self-Efficacy*, atau keyakinan ibu akan kemampuannya sendiri untuk berhasil dalam menyusui. *Breastfeeding Self-Efficacy* adalah prediktor kuat durasi dan eksklusivitas menyusui (Chan et al., 2020). Ibu dengan *self-efficacy* yang tinggi cenderung lebih gigih menghadapi kesulitan misalnya, puting lecet atau kekhawatiran ASI kurang, sementara keraguan diri dan kecemasan sering disebut sebagai "ansietas ASI kurang" dapat secara refleks menghambat pelepasan oksitosin, mengganggu *Milk Ejection Reflex*, dan secara subyektif mengurangi persepsi aliran ASI, bahkan ketika suplai secara fisiologis normal (Wulandari et al., 2022).

3) Faktor Dukungan Sosial dan Sistem Kesehatan

Meskipun menyusui adalah tindakan yang bersifat individu, keberhasilannya sangat tergantung pada ekosistem dukungan yang mengelilingi ibu, meliputi dukungan sosial dan dukungan dari sistem layanan kesehatan. Dukungan suami dan keluarga adalah faktor pendorong paling signifikan, suami yang memiliki pengetahuan dan secara aktif terlibat misalnya membantu tugas rumah tangga atau memberikan dukungan emosional dapat mengurangi stres ibu, yang secara langsung meningkatkan fungsi refleks oksitosin dan kelancaran produksi ASI (Aningsih, 2021). Di sisi lain, dukungan sistem kesehatan mencakup pelaksanaan kebijakan Baby-Friendly Hospital Initiative, yang mendorong IMD, *rooming-in* (rawat gabung), dan tidak mempromosikan susu formula (Buckland et al., 2020). Ketersediaan konselor laktasi profesional, baik di

fasilitas kesehatan maupun di komunitas, yang dapat memberikan bimbingan individual dan berkelanjutan untuk mengatasi masalah teknis menyusui, juga merupakan komponen krusial. Selain itu, lingkungan kerja yang suportif bagi ibu bekerja, termasuk cuti hamil yang memadai dan fasilitas ruang laktasi yang bersih dan pribadi untuk memerah ASI, sangat esensial untuk mempertahankan praktik menyusui eksklusif setelah ibu kembali bekerja (Khusniyati dan Purwati, 2024).

2.1.2 Konsep Dasar Masa Nifas (*Postpartum*)

a. Definisi Periode *Postpartum*

Periode *postpartum*, atau masa nifas (*puerperium*), merupakan fase kritis dalam kehidupan seorang wanita yang memicu serangkaian perubahan fisik dan psikologis yang intensif dengan periode dimulai segera setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika seluruh alat reproduksi kembali kepada keadaan sebelum hamil (pra-hamil). Secara konvensional, periode ini diyakini berlangsung selama enam minggu atau setara dengan 42 (Sulistyawati, 2015). Menurut Hani et al (2019) masa nifas didefinisikan sebagai periode yang penuh dengan penyesuaian tubuh, di mana semua perubahan sistem tubuh yang terjadi selama kehamilan dikembalikan ke kondisi tidak hamil, sebuah proses yang dikenal sebagai regresi. Definisi ini menekankan bahwa *postpartum* adalah masa regresi fisiologis, yang meliputi involusi cepat rahim, *diuresis*, dan kembalinya siklus endokrin non-hamil, kecuali pada ibu yang menyusui. Dari perspektif risiko, periode ini juga

didefinisikan oleh waktu kritis pemantauan untuk mencegah dan mendeteksi komplikasi paling mematikan seperti perdarahan dan infeksi.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) mendefinisikan masa *Postpartum* sebagai periode pasca persalinan di mana ibu sedang memulihkan kondisi tubuhnya dan merawat bayinya. Menurut pedoman Kemenkes, masa ini berlangsung sejak bayi dan plasenta dilahirkan sampai enam minggu (42 hari) berikutnya. Definisi ini berfokus pada kerangka waktu dan tujuan utama masa nifas, yaitu pemulihan total organ-organ reproduksi dari keadaan hamil dan penyesuaian ibu terhadap perannya dalam merawat bayi baru lahir, termasuk memulai dan mempertahankan pemberian ASI eksklusif. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), menekankan bahwa masa nifas adalah periode kritis bagi wanita, bayi baru lahir, dan keluarga, karena menyiratkan tantangan adaptasi terhadap peran dan identitas baru (Organisasi Kesehatan Dunia, 2022). Pengertian *postpartum* tidak hanya tentang "kapan organ kembali normal" tetapi juga tentang "kapan ibu kembali berfungsi optimal secara fisik dan mental" (Lalita & Indarsita, 2025).

b. Tahapan Masa Nifas (*Postpartum*)

Masa nifas yang berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari, secara klinis dibagi menjadi beberapa tahapan esensial yang mencerminkan tingkat pemulihan fisik dan adaptasi psikologis ibu. Klasifikasi tahapan masa nifas yang umum digunakan terbagi menjadi tiga fase utama, yaitu *Puerperium* Dini (*Immediate Puerperium*), *Puerperium*

Intermedial (*Early/Later Puerperium*), dan *Puerperium* Jauh (*Remote Puerperium*).

1) *Puerperium* Dini (*Immediate Puerperium*)

   Periode *Puerperium* Dini merupakan fase yang paling krusial dan memiliki risiko komplikasi tertinggi dalam masa *postpartum*, dimulai segera setelah kelahiran plasenta hingga 24 jam pascapersalinan (Pardede, 2021). Fokus utama dalam rentang waktu ini adalah pada aspek keamanan dan stabilisasi ibu, terutama pencegahan dan deteksi dini *Hemoragic Postpartum* (HPP), yang menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas maternal di seluruh dunia. Oleh karena itu, asuhan yang diberikan berpusat pada pemantauan ketat kontraksi uterus, di mana uterus harus teraba keras dan involusi harus segera dimulai, serta observasi terhadap jumlah dan karakteristik *lochea* yang keluar. Selain itu, pemantauan tanda-tanda vital, terutama tekanan darah dan denyut nadi, harus dilakukan secara intensif untuk mendeteksi tanda-tanda syok hipovolemik atau eklampsia *postpartum* (WHO, 2020). Menurut Reva Rubin, Secara psikologis, ibu berada dalam Fase *Taking-in* di mana ibu cenderung pasif, sangat tergantung pada orang lain untuk kebutuhan dasarnya seperti istirahat dan makan, serta berfokus pada pengalaman persalinan. Intervensi kebidanan pada fase ini meliputi memastikan kandung kemih kosong, mengobservasi tinggi fundus uteri (TFU), dan memberikan kenyamanan fisik serta dukungan emosional awal. Fase ini mendefinisikan keberhasilan awal pemulihan dan memerlukan perhatian

klinis yang maksimal sebelum ibu dipindahkan ke perawatan rutin (Manual, 2025).

2) *Puerperium* Intermedial (*Early/Later Puerperium*)

Puerperium Intermedial mencakup periode yang lebih luas, dimulai dari hari ke-2 hingga minggu keenam (42 hari) pascapersalinan, dan merupakan waktu di mana pemulihan menyeluruh pada alat-alat genetalia terjadi secara signifikan. Fase ini sering dibagi menjadi Early *Puerperium* (hingga hari ke-7) yang berfokus pada penyembuhan luka dan dimulainya laktasi, dan Later *Puerperium* (minggu ke-2 hingga ke-6) yang berfokus pada penyelesaian involusi organ (Sendas dan Freitas, 2024). Pada tahap ini, involusi uterus terus berlangsung, yang secara klinis ditunjukkan dengan penurunan TFU sekitar 1 cm per hari. Proses penting lainnya adalah perubahan karakteristik *lochea*. Secara psikologis, ibu memasuki Fase *Taking-hold*, yang dimulai sekitar hari ke-3, di mana ibu menjadi lebih mandiri, bersemangat, dan menunjukkan keinginan kuat untuk mempelajari keterampilan merawat bayi seperti menyusui dan memandikan, serta mengambil alih tanggung jawab keibuan. Intervensi kebidanan pada fase ini bergeser menjadi edukasi kesehatan intensif, konseling menyusui, perawatan luka, dan skrining terhadap gangguan suasana hati seperti *Postpartum tongue* yang sering memuncak pada minggu pertama. Keberhasilan fase ini sangat menentukan kualitas kesehatan ibu dan kemampuan *maternal role attainment* secara efektif dalam waktu enam minggu yang menjadi batas waktu pemulihan fisik.

3) *Puerperium* Jauh (*Remote Puerperium*)

Puerperium Jauh adalah tahapan yang melampaui batas enam minggu (42 hari) dan mencakup waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat secara sempurna, baik fisik maupun mental, yang dapat berlangsung hingga enam bulan atau satu tahun pascapersalinan (Lowdermilk et al., 2025). Keberadaan tahapan ini diakui untuk mengakomodasi pemulihan dari komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan atau persalinan, serta untuk penyesuaian peran ibu dalam jangka panjang. Meskipun organ reproduksi telah kembali ke keadaan pra-hamil pada akhir minggu keenam, adaptasi psikologis dan sosial seringkali membutuhkan waktu yang lebih lama (Ladewig et al., 2025). Secara psikologis, ibu berada dalam Fase *Letting-Go*, di mana ibu telah menerima identitas barunya, menyesuaikan diri dengan peran keibuan secara interdependen, dan mengintegrasikan bayi ke dalam struktur keluarga. Asuhan pada tahap ini lebih berfokus pada dukungan kesehatan mental, konseling Keluarga Berencana (KB) pascapersalinan, pemulihan kebugaran fisik, dan penyesuaian hubungan seksual (ACOG, 2023). Definisi masa nifas yang mencakup fase jauh ini menegaskan pandangan holistik bahwa pemulihan ibu *postpartum* melibatkan semua dimensi kehidupan, melampaui sekadar pemulihan anatomis organ reproduksi (WHO, 2023).

c. Perubahan Fisiologis Ibu *Postpartum*

Periode *postpartum* ditandai oleh serangkaian perubahan fisiologis yang signifikan, yang merupakan proses inversi dari kondisi yang dialami selama kehamilan. Perubahan ini terjadi pada hampir semua sistem organ ibu, memastikan kembalinya tubuh ke keadaan pra-hamil dalam waktu enam minggu. Berikut perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu *postpartum* :

1) Involusi Uterus

Involusi Uterus adalah perubahan fisiologis yang paling penting dan menonjol pada sistem reproduksi ibu *postpartum*. Proses ini didefinisikan sebagai kembalinya rahim ke ukuran dan kondisi pra-hamil (Sulistyawati, 2015). Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir dan berlangsung cepat melalui dua mekanisme utama yaitu kontraksi otot-otot polos uterus dan autolisis. Kontraksi yang kuat dan persisten berfungsi untuk mengompresi pembuluh darah di tempat perlekatan plasenta, mekanisme yang esensial untuk mencegah perdarahan *postpartum*. Sementara itu, autolisis adalah proses penghancuran dan penyerapan kembali jaringan sel otot uterus yang *hipertrofi* (membesar) selama kehamilan. Tinggi Fundus Uteri (TFU) menjadi indikator klinis utama untuk menilai kecepatan involusi. Uterus segera setelah plasenta lahir berada setinggi umbilikus, kemudian turun sekitar 1 cm per hari. Pada hari ke-10, uterus umumnya sudah tidak teraba lagi dari luar abdomen, dan pada enam minggu, beratnya telah kembali dari sekitar 1000 gram menjadi 60 gram (Khasanah dan Sulistyawati, 2020). Kegagalan involusi (subinvolusi) menjadi

perhatian klinis serius karena berpotensi menjadi indikasi adanya infeksi atau sisa plasenta tertinggal (Lalita & Indarsita, 2025).

2) Pengeluaran *Lochea*

Lochea didefinisikan sebagai cairan ekskresi yang dikeluarkan oleh uterus setelah persalinan, yang merupakan manifestasi klinis dari proses pemulihan dan regenerasi lapisan endometrium di dalam kavum uteri. Menurut Nabaili dan Suriani (2017), *lochea* terdiri dari darah, sisa-sisa jaringan desidua nekrotik (jaringan yang luruh dari bekas implantasi plasenta), lendir, dan sel-sel epitel, yang semuanya dikeluarkan seiring dengan berlangsungnya involusi uterus. Pengeluaran *lochea* ini merupakan mekanisme fisiologis tubuh untuk membersihkan rahim dan memastikan kembalinya uterus ke keadaan non-hamil, dengan durasi normal hingga enam minggu pascapersalinan. Cairan ini tidak keluar secara seragam, melainkan melewati beberapa tahapan yang mencerminkan tingkat pemulihan rahim.

Tabel 2.2 Jenis *Lochea*

Jenis *Lochea*	**Waktu Pengeluaran**	**Karakteristik (Warna)**	**Isi (Komponen Utama)**
Lochea Rubra	Hari Ke-1 hingga hari ke-3	Merah terang/darah segar	Darah segar, sisa selaput ketuban, jaringan nekrotik, sel desidua
Lochea Sanguinolenta	Hari ke-3 hingga hari ke-7	Merah kuning/merah kecoklatan	Darah yang berkurang, lendir, jaringan sisa, dan leukosit
Lochea Serosa	Hari ke-7 hingga hari ke-14	Kuning Kecoklatan hingga merah muda	Serum, leukosit (sel darah putih), sisa-sisa desidua mati dan mikroorganisme
Lochea Alba	Hari ke-14 hingga 6 minggu	Putih atau jernih kekuningan	Leukosit, sel epitel, lendir, kolesterol, dan lemak

Sumber : Nabaili dan Suriani, 2017

3) Perubahan pada Serviks, Vagina, dan Perineum

Serviks, vagina, dan perineum mengalami perubahan signifikan akibat tekanan dan trauma selama proses persalinan (Khasanah & Sulistyawati, 2020). Serviks segera setelah melahirkan tampak lunak, terkulai, dan bentuknya tidak teratur. *Os eksternal* (lubang luar) tidak akan pernah kembali ke bentuk lubang bundar seperti pada wanita *nullipara*, melainkan akan tetap berbentuk celah melintang (Wahyuni, 2021). Vagina mengalami regangan selama persalinan, dan dindingnya menjadi licin, tipis, serta ukurannya lebih besar daripada normal. Tonus dan *rugae* (lipatan) vagina secara bertahap kembali, tetapi membutuhkan waktu 6 hingga 8 minggu. Sementara itu, perineum sering mengalami luka robekan, baik karena episiotomi maupun laserasi spontan. Perineum menjadi edema dan memar, dan penyembuhan luka perineum menjadi fokus asuhan utama untuk mencegah infeksi dan memulihkan kenyamanan ibu (Sulistyawati, 2015). Pemulihan tonus otot-otot dasar panggul yang meregang memerlukan latihan khusus (*Kegel exercises*) untuk mencegah masalah jangka panjang seperti inkontinensia urin (Khasanah & Sulistyawati, 2020).

4) Perubahan pada Sistem Kardiovaskular

Sistem kardiovaskular mengalami penyesuaian yang dramatis setelah melahirkan akibat hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang besar. Segera setelah persalinan, terjadi peningkatan *cardiac output* (curah jantung) yang signifikan karena darah dari sirkulasi uteroplasenta kembali ke sirkulasi sistemik ibu (Wahyuningsih, 2019). Peningkatan ini bersifat sementara,

dan *cardiac output* akan menurun secara bertahap, umumnya kembali ke tingkat pra-hamil dalam waktu dua minggu. Perubahan lainnya adalah *diuresis pascapartum*, yaitu pengeluaran volume urine yang besar dalam 12-24 jam pertama, yang berfungsi untuk membuang kelebihan cairan ekstraseluler yang terakumulasi selama kehamilan. Pada sistem hematologi, kadar fibrinogen dan faktor pembekuan darah lainnya masih tinggi selama beberapa hari pertama *postpartum*, sebuah kondisi *hiperkoagulabilitas* (Lalita & Indarsita, 2025). Kondisi ini, meskipun membantu hemostasis, meningkatkan risiko ibu mengalami tromboemboli (pembentukan bekuan darah), terutama trombosis vena dalam (Sulistyawati, 2015). Pemantauan terhadap tanda-tanda vital, terutama takikardia (denyut nadi cepat) yang dapat mengindikasikan kehilangan darah yang tidak terdeteksi, adalah protokol standar dalam asuhan nifas (Wahyuningsih, 2019).

5) Perubahan pada Sistem Urinari (Perkemihan)

Sistem urinari pada ibu *postpartum* rentan mengalami distensi dan penurunan tonus. Salah satu perubahan utama adalah *diuresis pascapartum* yang masif, di mana tubuh mengeluarkan kelebihan cairan ekstraseluler dan plasma darah yang terakumulasi selama kehamilan. Meskipun demikian, trauma pada kandung kemih selama persalinan, bersamaan dengan penurunan tekanan *intra-abdomen*, sering menyebabkan penurunan tonus kandung kemih dan penurunan ambang batas rasa ingin buang air kecil (Sulistyawati, 2015). Hal ini dapat

menyebabkan *retensi urine* dan distensi kandung kemih. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi kontraksi uterus yang efektif, memicu perdarahan, dan meningkatkan risiko infeksi saluran kemih (ISK). Tenaga kesehatan harus secara aktif memantau output urine ibu dan mendorong untuk buang air kecil secara teratur. Fungsi ginjal dan ureter, yang mengalami dilatasi selama kehamilan, biasanya kembali normal dalam waktu satu bulan (Khasanah & Sulistyawati, 2020).

6) Perubahan pada Sistem Endokrin (Hormonal)

Sistem endokrin mengalami pergeseran radikal setelah kelahiran plasenta, yang merupakan organ penghasil hormon utama selama kehamilan. Terjadi penurunan tajam kadar hormon kehamilan, termasuk Progesteron, Estrogen, dan *Human Placental Lactogen* (HPL) (Lalita & Indarsita, 2025). Penurunan Estrogen dan Progesteron secara mendadak memicu dimulainya laktasi dan juga berkontribusi pada gejala *Postpartum Blues*. Sebaliknya, hormon yang mengatur laktasi, yaitu Prolaktin dan Oksitosin, mengalami peningkatan. Prolaktin, yang disekresikan oleh kelenjar hipofisis anterior, bertanggung jawab untuk produksi ASI (laktogenesis) (Wahyuni, 2021). Oksitosin, yang dilepaskan dari hipofisis posterior sebagai respons terhadap isapan bayi, memiliki dua fungsi vital yaitu memicu refleks pengeluaran ASI dan membantu kontraksi uterus untuk mempercepat involusi (Lalita & Indarsita, 2025). Kembalinya siklus ovulasi dan menstruasi sangat dipengaruhi oleh status menyusui ibu yakni

pada ibu yang tidak menyusui, menstruasi dapat kembali dalam 6-10 minggu (Sulistyawati, 2015).

7) Perubahan pada Payudara (Laktasi)

Perubahan pada payudara *postpartum* berfokus pada transisi dari persiapan pra-laktasi menjadi produksi dan pengeluaran ASI yang matang. Dalam 1-2 hari pertama, payudara mengeluarkan kolostrum, cairan kental kekuningan yang kaya akan antibodi (IgA) dan nutrisi. Sekitar hari ke-3 hingga ke-5 pascapartum, terjadi peningkatan volume ASI yang cepat (penuh susu), yang sering disebut pembengkakan payudara fisiologis (breast engorgement). Pembengkakan ini disebabkan oleh peningkatan aliran darah dan limfe, bukan hanya susu (Khasanah & Sulistyawati, 2020). Laktasi dikendalikan oleh interaksi hormon Prolaktin (produksi) dan Oksitosin (pengeluaran). Isapan bayi merupakan stimulan kunci yang memicu pelepasan Oksitosin, memastikan bahwa ASI dapat dikeluarkan dari alveoli (Pusparani, 2020). Jika ibu memilih untuk tidak menyusui, kadar Prolaktin akan menurun, dan payudara akan kembali ke keadaan tidak menyusui (involution) dalam waktu 1-2 minggu. Asuhan kebidanan sangat berfokus pada pendidikan teknik menyusui yang benar dan penanganan pembengkakan payudara untuk memastikan pemberian nutrisi optimal kepada bayi (Wahyuni, 2021).

d. Perubahan Psikologis Ibu *Postpartum*

1) Fase *Taking-in*

Fase *Taking-in* merupakan periode adaptasi psikologis paling awal yang terjadi segera setelah persalinan dan biasanya berlangsung singkat selama 1 hingga 2 hari pascapartum (Wahyuni, 2021).

a) Gejala : Ibu pada fase ini cenderung pasif, berorientasi pada dirinya sendiri, dan menunjukkan ketergantungan yang tinggi terhadap orang lain untuk memenuhi kebutuhan dasar diri dan bayinya. Fokus utama perhatiannya adalah pada pengalaman melahirkan yang baru saja dialami, ditandai dengan sering menceritakan kembali proses persalinan secara berulang-ulang, yang merupakan mekanisme penting untuk mengintegrasikan pengalaman tersebut ke dalam realitas. Selain itu, kebutuhan istirahat dan tidur yang sangat tinggi serta nafsu makan yang cenderung meningkat sering terlihat, mencerminkan pemulihan energi setelah kelelahan fisik dan emosional yang ekstrem dari persalinan (Lalita & Indarsita, 2025).

b) Faktor Pemicu : Faktor pemicu utama dari fase ketergantungan ini adalah kelelahan fisik dan energi yang habis akibat trauma fisik dan psikologis selama proses persalinan dan kelahiran yang panjang. Selain itu, perubahan hormonal mendadak yang terjadi pasca keluarnya plasenta juga berperan, memicu kebutuhan biologis ibu untuk mendapatkan perlindungan dan pemenuhan kebutuhan dasar sebelum dapat mengambil peran aktif sebagai ibu. Ketergantungan ini adalah

respons alami untuk memungkinkan pemulihan awal yang optimal (Khasanah & Sulistyawati, 2020).

c) Penatalaksanaan : Penatalaksanaan yang tepat pada fase ini adalah memfasilitasi pemulihan fisik dan istirahat total bagi ibu, dengan memastikan ibu mendapatkan nutrisi dan cairan yang adekuat, tanpa memberikan tuntutan untuk segera merawat bayi secara mandiri. Tenaga kesehatan harus mendorong ibu untuk tidur saat bayi tidur dan mendengarkan cerita persalinannya dengan penuh perhatian. Dukungan keluarga, terutama pasangan, harus difokuskan pada pemenuhan kebutuhan dasar ibu dan perawatan bayi sepenuhnya, sehingga ibu dapat mengumpulkan energi untuk fase *Taking-hold* berikutnya (Lalita & Indarsita, 2025).

2) Fase *Taking-Hold*

Fase *Taking-hold* dimulai sekitar hari ke-3 hingga hari ke-10 pascapartum, menandai titik balik dari fokus diri ke fokus bayi dan peran maternal (Khasanah & Sulistyawati, 2020).

a) Gejala : Ibu menunjukkan motivasi kuat dan inisiatif untuk mempelajari dan mempraktikkan keterampilan merawat bayi, seperti memandikan, mengganti popok, dan menyusui. Meskipun bersemangat, ibu juga cenderung sensitif terhadap kritik atau saran, dan sangat membutuhkan penegasan positif dan validasi mengenai kemampuannya dalam menjalankan peran ibu. Ibu mulai merasa frustrasi dengan ketidakmampuan fisik atau psikologisnya untuk segera menguasai

peran baru, sehingga membutuhkan bimbingan yang sabar (Wahyuni, 2021).

b) Faktor Pemicu : Faktor pemicu utama fase ini adalah pemulihan energi fisik ibu yang mulai terjadi, serta adanya dorongan biologis dan psikologis untuk mengambil alih tanggung jawab langsung terhadap bayi. Selain itu, mulai meredanya ketidaknyamanan fisik dan stabilnya emosi awal memberikan ruang mental bagi ibu untuk fokus pada bayi. Rasa ingin membuktikan diri sebagai ibu yang kompeten juga menjadi dorongan kuat (Sulistyawati, 2015).

c) Penatalaksanaan : Penatalaksanaan harus berfokus pada edukasi dan penguatan rasa percaya diri ibu. Tenaga kesehatan harus memberikan demonstrasi keterampilan merawat bayi yang praktis, memungkinkan ibu untuk melakukannya sendiri di bawah pengawasan yang mendukung. Penting untuk memberikan umpan balik yang positif dan konstruktif, serta memastikan bahwa lingkungan sekitar seperti pasangan dan keluarga juga memberikan dukungan yang tidak menghakimi. Jika ibu mengalami kesulitan menyusui, intervensi laktasi intensif harus segera diberikan untuk mencegah frustrasi dan kegagalan menyusui (Lalita & Indarsita, 2025).

3) Fase *Letting-Go*

Fase *Letting-go* adalah periode adaptasi psikologis jangka panjang, dimulai sekitar hari ke-10 dan berlanjut hingga beberapa bulan pascapartum (Sulistyawati, 2015).

a) Gejala : Ibu telah menerima dan mengintegrasikan peran keibuannya sebagai bagian permanen dari identitasnya, yang melibatkan pelepasan harapan idealistik mengenai persalinan atau kehamilan yang mungkin tidak terpenuhi. Ibu mulai membangun kembali hubungan interpersonal di luar bayi dan mencari cara untuk mengimbangi peran ibu dengan peran lainnya misalnya sebagai istri. Penyesuaian terhadap aktivitas seksual pascapersalinan dan kebutuhan untuk mengembalikan fokus pada karir atau hobi juga menjadi perhatian utama pada fase ini (Lalita & Indarsita, 2025).
b) Faktor Pemicu : Faktor pemicu utama adalah pemulihan penuh secara fisik dan stabilitas hormonal, serta penguasaan keterampilan merawat bayi yang menghasilkan rasa kompetensi dan percaya diri. Penyesuaian ini terjadi karena ibu telah menerima kenyataan bahwa bayi adalah individu terpisah yang harus diintegrasikan ke dalam struktur keluarga yang ada. Selain itu, kebutuhan untuk kembali ke kehidupan sosial dan pasangan memicu ibu untuk mencari keseimbangan peran yang baru dan berkelanjutan (Khasanah & Sulistyawati, 2020).
c) Penatalaksanaan : Penatalaksanaan pada fase ini berfokus pada dukungan psikososial jangka panjang dan konseling keluarga. Konseling Keluarga Berencana (KB) pascapersalinan harus diberikan secara komprehensif, karena ibu sudah siap untuk memikirkan kontrasepsi. Penting untuk mendorong komunikasi terbuka antara pasangan mengenai pembagian tugas dan kebutuhan intim, serta

mendorong ibu untuk secara bertahap kembali melakukan aktivitas yang ibu nikmati di luar peran maternal untuk menjaga kesehatan mental dan identitas dirinya (Wahyuni, 2021).

4) Postpartum Blues

Postpartum Blues adalah gangguan suasana hati ringan yang bersifat transien (*self-limiting*), dan merupakan kondisi yang paling umum terjadi pada periode *postpartum* (Lalita & Indarsita, 2025).

a) Gejala : Gejala biasanya muncul antara hari ke-3 hingga hari ke-10 dan harus mereda dalam 14 hari. Manifestasi klinis meliputi emosi yang labil, mudah menangis tanpa alasan yang jelas, iritabilitas yang tinggi, kecemasan, kelelahan, dan kesulitan tidur meskipun kelelahan. Meskipun sedih, ibu tetap mampu merawat dirinya dan bayinya, namun ibu memerlukan kepastian bahwa ia adalah ibu yang baik (Sulistyawati, 2015).

b) Faktor Pemicu : Faktor pemicu utamanya adalah perubahan hormonal yang sangat cepat dan mendadak, terutama penurunan drastis kadar Estrogen dan Progesteron setelah kelahiran plasenta, yang memengaruhi neurotransmiter di otak. Faktor lain termasuk kelelahan fisik dan kurang tidur yang terakumulasi, serta ketidaknyamanan fisik akibat luka persalinan. Riwayat perubahan mood pramenstruasi atau selama kehamilan dapat meningkatkan kerentanan (Wahyuni, 2021).

c) Penatalaksanaan : Penatalaksanaannya tidak memerlukan obat-obatan, melainkan berfokus pada dukungan psikososial dan memastikan

pemenuhan kebutuhan fisik. Keluarga harus didorong untuk memberikan dukungan emosional yang kuat dan menghilangkan tuntutan yang tidak perlu dari ibu. Tenaga kesehatan perlu memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ini normal dan sementara, menekankan pentingnya istirahat yang cukup termasuk tidur singkat saat bayi tidur untuk memulihkan stabilitas emosi (Wahyuni, 2021).

5) Depresi *Postpartum*

Depresi *Postpartum* adalah gangguan mood yang lebih parah dan menetap, merupakan episode depresi mayor yang didiagnosis jika gejala berlangsung minimal dua minggu dan terjadi dalam satu tahun pascapersalinan (Lalita & Indarsita, 2025).

a) Gejala : Gejala Depresi *Postpartum* mencakup kriteria depresi mayor, seperti kehilangan minat atau kesenangan dalam hampir semua aktivitas (*anhedoni*a), suasana hati yang tertekan sepanjang hari, hampir setiap hari, perasaan bersalah atau tidak berharga yang berlebihan, perubahan signifikan pada pola tidur dan nafsu makan, dan pikiran untuk menyakiti diri sendiri atau bayinya. Ibu sering kali tidak mampu merawat dirinya atau bayinya secara memadai dan menunjukkan penurunan fungsi kognitif yang jelas (Sulistyawati, 2015).

b) Faktor Pemicu : Faktor pemicu Depresi *Postpartum* yang paling signifikan adalah riwayat depresi atau gangguan mood sebelumnya,

baik sebelum atau selama kehamilan. Faktor lain mencakup kurangnya dukungan sosial yang kronis, stresor kehidupan yang signifikan seperti masalah keuangan/perkawinan, komplikasi persalinan, dan sifat temperamen bayi yang sulit. Meskipun hormonal berperan, Depresi *Postpartum* lebih didominasi oleh faktor psikososial dan biologis yang sudah ada sebelumnya (Wahyuni, 2021).

c) Penatalaksanaan : Penatalaksanaan Depresi *Postpartum* memerlukan intervensi klinis profesional dan tidak dapat hanya diatasi dengan dukungan informal. Penanganan melibatkan kombinasi terapi psikososial misalnya *Cognitive Behavioral Therapy* dan konseling interpersonal serta farmakoterapi pemberian antidepresan di bawah pengawasan psikiater atau dokter yang berkompeten. Skrining rutin menggunakan instrumen valid seperti *Edinburgh Postnatal Depression Scale* sangat penting untuk mendeteksi kasus secara dini dan merujuknya ke layanan kesehatan mental (Khasanah & Sulistyawati, 2020).

6) *Psikosis Postpartum*

Psikosis Postpartum adalah kondisi mental yang paling langka namun merupakan kegawatdaruratan psikiatri tertinggi, biasanya muncul dengan cepat dalam dua minggu pertama pascapersalinan (Lalita & Indarsita, 2025).

a) Gejala : Gejala *Psikosis Postpartum* sangat berat dan mencakup gejala psikotik seperti halusinasi misalnya mendengar suara yang menyuruh

menyakiti diri atau bayi dan delusi atau keyakinan salah yang tidak sesuai realitas, seringkali mengenai bayi atau dirinya sendiri. Gejala lain termasuk perubahan mood yang sangat cepat dari euforia ke depresi berat, perilaku kacau dan aneh, serta insomnia yang ekstrem dan total. Adanya gejala psikotik menimbulkan risiko tinggi bunuh diri dan *infanticide* (membahayakan bayi) (Khasanah & Sulistyawati, 2020).

b) Faktor Pemicu : Faktor pemicu utama dan paling kuat adalah riwayat gangguan bipolar atau *psikosis* sebelumnya pada ibu, dan riwayat *Psikosis Postpartum* dalam keluarga. Pemicu biologis melibatkan disregulasi neurotransmiter yang parah akibat fluktuasi hormonal pascapartum yang ekstrem. Stres persalinan yang traumatik dan kurang tidur yang parah juga dapat menjadi faktor pencetus pada individu yang rentan (Khasanah & Sulistyawati, 2020).

c) Penatalaksanaan : Penatalaksanaan *Psikosis Postpartum* adalah rawat inap segera di bangsal psikiatri atau unit kebidanan yang memiliki pengawasan psikiatri intensif. Prioritas utama adalah menjamin keamanan ibu dan bayi. Penanganan melibatkan kombinasi antipsikotik, stabilisator mood seperti Litium, dan dalam kasus tertentu, *Electroconvulsive Therapy*. Karena sifatnya yang cepat dan berbahaya, rujukan segera ke layanan spesialis kesehatan mental wajib dilakukan (Khasanah & Sulistyawati, 2020).

2.1.3 Teknik Perlekatan Menyusui

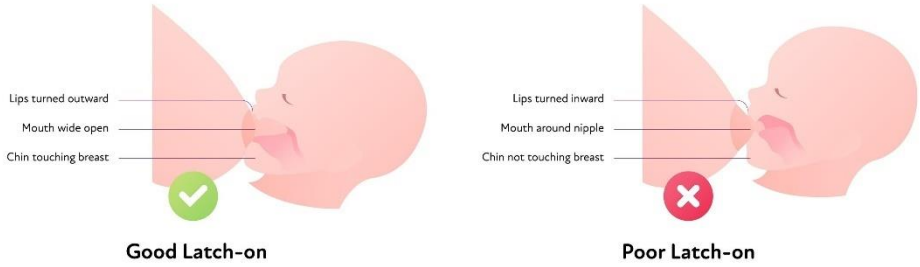
a. Definisi Teknik Perlekatan Menyusui

Teknik perlekatan menyusui (*latch-on*) merujuk pada interaksi antara mulut bayi dan payudara ibu, yang merupakan prasyarat fundamental bagi transfer Air Susu Ibu (ASI) yang efisien, kenyamanan ibu, dan kelangsungan menyusui eksklusif. Definisi ini melampaui sekadar posisi mulut pada puting, melibatkan cara bayi mengambil sebagian besar jaringan areola dan puting ke dalam mulutnya secara mendalam. Menurut ahli laktasi, perlekatan yang benar harus bersifat asimtris, di mana dagu bayi menempel erat dan hidung bebas, serta bibir bawah bayi terlipat keluar. Kedalaman perlekatan adalah kuncinya, puting harus mencapai batas antara langit-langit keras dan lunak di dalam mulut bayi agar terhindar dari tekanan yang menyakitkan. Perlekatan yang efektif memungkinkan lidah dan rahang bayi untuk memerah sinus laktiferus di bawah areola, bukan hanya mengisap puting, sehingga memicu refleks aliran ASI (*let-down reflex*) yang optimal. Perlekatan yang efektif adalah kunci untuk mencegah masalah umum menyusui seperti puting lecet atau nyeri, serta memastikan bayi mendapatkan nutrisi yang cukup. Organisasi kesehatan global secara konsisten menekankan perlekatan yang benar sebagai salah satu faktor penentu utama keberhasilan menyusui (Wambach dan Riordan, 2015).

Teknik perlekatan menyusui sering dioperasionalkan sebagai keterampilan ibu dalam menerapkan langkah-langkah prosedural untuk mencapai kriteria perlekatan yang efektif, yang dapat diukur secara objektif.

Definisi ini melibatkan langkah-langkah seperti posisi tubuh bayi yang lurus, inisiasi perlekatan pada saat mulut bayi terbuka sangat lebar, dan memastikan dukungan pada leher dan bahu bayi. Pengukuran definisi ini biasanya dilakukan menggunakan instrumen penilaian terstandardisasi, seperti Skala *LATCH*, di mana skor yang tinggi menunjukkan bahwa ibu telah berhasil mengimplementasikan teknik perlekatan yang benar sesuai dengan standar klinis. Perlekatan yang efektif adalah kunci untuk mencegah masalah umum menyusui. Organisasi kesehatan global secara konsisten menekankan perlekatan yang benar sebagai salah satu faktor penentu utama keberhasilan menyusui. Secara auditori, ibu akan mendengar bayi melakukan menghisap dan menelan yang dalam, berirama, dan teratur, berbeda dengan isapan dangkal yang tidak efektif. Secara sensori, ibu akan merasakan tarikan yang kuat namun tidak menyakitkan, diikuti dengan perasaan lega setelah payudara mulai terasa kosong. Kegagalan dalam mencapai perlekatan yang benar seringkali berujung pada trauma puting seperti puting lecet atau pecah-pecah, nyeri saat menyusui, dan asupan ASI yang tidak adekuat bagi bayi, yang dapat menghambat pertumbuhan optimal dan memicu kebutuhan suplementasi yang tidak perlu (Prabandari et al., 2020).

b. Tanda-Tanda Perlekatan Menyusui yang Benar dan Salah



Gambar 2.2 Ilustrasi Perbandingan Tanda-tanda Perlekatan Menyusui yang Benar dan Salah.

1) Kriteria Kunci Perlekatan Menyusui yang Benar (*Optimal Latch*)

Perlekatan yang benar atau optimal *latch* merupakan prasyarat fundamental bagi keberhasilan proses menyusui, ditinjau dari kenyamanan ibu dan efisiensi transfer Air Susu Ibu (ASI) ke bayi. Kriteria utama perlekatan yang benar dapat dikategorikan menjadi aspek visual (penglihatan) dan auditori/sensorik (pendengaran dan perasaan). Secara visual, indikator kunci mencakup mulut bayi yang terbuka lebar saat mendekati payudara, yang memungkinkan bayi mengambil tidak hanya puting tetapi juga sebagian besar jaringan areola ke dalam mulutnya, yang sangat penting untuk kompresi efektif sinus laktiferus. Selanjutnya, bibir bayi harus terlipat keluar, terutama bibir bawah, menyerupai bibir ikan, dan dagu bayi menempel erat pada payudara. Tanda penting lainnya adalah areola terlihat lebih banyak di bagian atas mulut bayi daripada di bagian bawah. Secara sensorik, ibu merasakan isapan yang kuat dan dalam yang

tidak menimbulkan rasa sakit, dan mendengar bayi menelan dengan irama teratur, menandakan pengosongan payudara yang efisien. Perlekatan yang benar memastikan puting berada jauh di dalam mulut bayi, terlindungi di antara lidah dan langit-langit keras, sehingga meminimalkan trauma puting (Prabandari et al., 2020).

2) Karakteristik dan Konsekuensi Perlekatan yang Salah (*Ineffective Latch*)

Perlekatan yang salah atau tidak efektif (*ineffective latch*) terjadi ketika bayi hanya mengambil puting atau bagian kecil dari areola, yang secara klinis memiliki dampak negatif yang signifikan pada ibu dan bayi. Karakteristik perlekatan yang salah meliputi mulut bayi yang terbuka sempit, bibir bayi terlipat ke dalam, dan dagu menjauhi payudara. Pada kondisi ini, ibu sering kali melihat areola terlihat sama banyak di bagian atas dan bawah, atau bahkan lebih banyak di bagian bawah, menunjukkan perlekatan yang dangkal. Secara sensori, ibu akan merasakan nyeri tajam atau perih pada puting karena puting dijepit di antara gusi bayi, bukan diperah di bagian yang lembut. Isapan yang terdengar biasanya dangkal, cepat, dan berbunyi 'klik', yang menandakan bahwa bayi menghisap udara bersama susu. Konsekuensi langsung dari perlekatan yang salah adalah trauma puting seperti lecet atau pecah-pecah, bendungan ASI karena payudara tidak dikosongkan secara tuntas, dan yang paling krusial, berat badan bayi tidak naik secara optimal karena asupan kalori yang tidak memadai, yang seringkali menjadi penyebab utama penghentian menyusui dini (Labbok dan Taylor, 2021).

c. Posisi Menyusui yang Benar

Posisi menyusui yang benar merujuk pada pengaturan posisi tubuh ibu dan bayi yang optimal untuk memfasilitasi perlekatan yang dalam, nyaman, dan efektif, yang pada akhirnya menentukan keberhasilan proses menyusui secara keseluruhan. Prinsip dasar dari posisi yang benar adalah menciptakan keselarasan atau kesejajaran (alignment) tubuh bayi (tummy-to-tummy) dan memastikan bayi dapat mencapai payudara tanpa perlu memutar atau meregangkan lehernya. Kriteria kunci dari posisi yang benar meliputi :

1) Kepala, leher, dan tubuh bayi lurus dalam satu garis, tidak menekuk
2) Wajah bayi menghadap payudara dengan hidung sejajar puting
3) Tubuh bayi didukung penuh (bukan hanya kepala dan bahu)
4) Dagu dan hidung bayi bebas untuk bernapas dan dapat menyentuh payudara.

Pengabaian prinsip-prinsip ini dapat menyebabkan perlekatan yang dangkal, yang memicu nyeri pada puting ibu dan transfer ASI yang tidak efisien, sehingga mempercepat penghentian menyusui dini. Pemilihan posisi yang tepat harus disesuaikan dengan kondisi ibu misalnya, pasca operasi sesar dan kondisi bayi misalnya, bayi prematur atau *tongue-tie* (Labbok dan Taylor, 2021).

Terdapat beberapa ragam posisi menyusui yang diakui secara klinis, masing-masing memiliki keunggulan dan indikasi penggunaan spesifik. Posisi yang paling umum adalah Posisi *Cradle Hold* (Gendongan Palang), di mana kepala bayi diletakkan pada siku ibu, dan tubuhnya ditopang oleh

lengan ibu. Untuk bayi baru lahir yang membutuhkan kontrol kepala lebih baik, digunakan Posisi *Cross-Cradle Hold* (Gendongan Silang), di mana ibu menopang kepala bayi dengan tangan yang berlawanan dengan payudara yang disusui. Posisi *Football/Clutch Hold* (Gendongan Di Ketiak) sangat bermanfaat bagi ibu pasca operasi sesar untuk menghindari tekanan pada luka operasi, atau bagi ibu yang memiliki payudara besar, atau untuk menyusui bayi kembar. Posisi yang semakin populer dan didukung bukti ilmiah adalah Posisi *Laid-Back* (Biological Nurturing), di mana ibu bersandar semi-telentang dan bayi berbaring tengkurap di atas tubuh ibu. Posisi ini secara alami merangsang refleks primal bayi dan memanfaatkan gravitasi untuk mempertahankan perlekatan yang dalam. Pemilihan posisi yang beragam menunjukkan bahwa tidak ada satu posisi yang 'terbaik', melainkan posisi yang paling nyaman dan paling efektif dalam memfasilitasi perlekatan yang optimal bagi pasangan ibu-bayi tertentu (Prabandari et al., 2020).



Gambar 2.3 Ilustrasi Berbagai Posisi Menyusui yang Benar

a. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Teknik Perlekatan Menyusui

1) Faktor dari Ibu

a) Tingkat Pengetahuan dan Keterampilan Ibu

Tingkat pengetahuan ibu mengenai teknik menyusui yang benar merupakan faktor prediktor kuat terhadap kualitas perlekatan. Ibu yang memiliki pengetahuan yang memadai mengenai kriteria perlekatan yang optimal. Kurangnya pengetahuan, terutama pada ibu primipara, dapat menyebabkan kebingungan dan kecemasan, yang pada gilirannya menghambat kemampuan ibu untuk memposisikan bayi dengan benar dan memicu *let-down reflex* ASI. Selain pengetahuan konseptual, keterampilan praktis yang diperoleh melalui bimbingan petugas kesehatan pasca persalinan sangat penting. Keterampilan ini mencakup kemampuan ibu untuk menopang seluruh tubuh bayi, memastikan posisi lurus, dan menunggu waktu yang tepat (mulut terbuka lebar) sebelum mendekatkan bayi ke payudara (Prabandari et al., 2020).

b) Bentuk dan Kondisi Puting Payudara Ibu

Anatomi payudara, khususnya bentuk puting, dapat menjadi faktor penghambat perlekatan yang benar, terutama pada periode awal laktasi. Ibu dengan puting datar atau puting terbenam seringkali mengalami kesulitan karena bayi sulit untuk mencengkeram puting secara efektif dan mencapai perlekatan yang dalam. Puting yang terbenam mungkin tidak cukup menonjol untuk menstimulasi refleks

hisap pada langit-langit mulut bayi, memaksa bayi hanya mengisap ujung puting. Kondisi lain, seperti bendungan ASI yang menyebabkan areola menjadi kaku dan bengkak, juga menyulitkan bayi untuk melekat secara efektif, membuat areola tidak fleksibel dan puting menjadi rata (Wambach dan Riordan, 2015).

c) Kondisi Psikologis dan Emosional Ibu

Status psikologis ibu, termasuk tingkat stres, kecemasan, dan kelelahan pasca persalinan, sangat memengaruhi kemampuan ibu untuk mencapai perlekatan yang efektif. Ibu yang sangat cemas atau stres cenderung tegang secara fisik, yang menghambat kemampuan mereka untuk bersantai dan memposisikan bayi dengan nyaman. Ketegangan pada bahu dan lengan dapat menghalangi posisi tubuh bayi yang benar, memaksa bayi menyusu dalam posisi yang kaku. Secara fisiologis, stres memicu pelepasan katekolamin (hormon stres), yang dapat menghambat *let-down reflex* ASI (refleks pengeluaran susu) dengan menghambat aksi oksitosin. *Let-down reflex* yang buruk membuat ASI sulit keluar, membuat bayi frustrasi dan melepaskan perlekatan berulang kali, sehingga siklus perlekatan yang salah terus berlanjut. Oleh karena itu, dukungan emosional dan lingkungan yang tenang sangat penting untuk memfasilitasi perlekatan yang optimal (Labbok dan Taylor, 2021).

d) Pengalaman dan Paritas Ibu

Pengalaman menyusui sebelumnya merupakan faktor yang signifikan dalam menentukan kualitas perlekatan. Ibu multipara yang berhasil menyusui anak sebelumnya cenderung memiliki pengetahuan praktis dan kepercayaan diri *(self-efficacy)* yang lebih tinggi, yang memungkinkan mereka untuk mengatasi tantangan perlekatan dengan lebih efektif pada bayi berikutnya. Sebaliknya, ibu primipara sering kali kurang memiliki keterampilan motorik halus dan timing yang tepat dalam menempatkan bayi, dan lebih rentan terhadap kecemasan jika perlekatan terasa menyakitkan atau bayi tampak frustrasi. Namun, pengalaman menyusui yang buruk di masa lalu misalnya, pernah mengalami nyeri puting atau mastitis justru dapat menciptakan ketakutan dan penghindaran, yang secara negatif memengaruhi teknik perlekatan pada bayi saat ini (Prabandari et al., 2020).

2) Faktor dari Bayi

a) Kematangan dan Refleks Menghisap Bayi

Kematangan neurologis dan kekuatan refleks menghisap bayi adalah faktor paling mendasar yang memengaruhi perlekatan. Bayi prematur atau bayi yang lahir dengan berat badan sangat rendah seringkali memiliki refleks menghisap dan menelan yang belum terkoordinasi dengan baik, terutama sebelum usia kehamilan 34-36 minggu, yang membuat perlekatan yang efektif menjadi tantangan besar. Selain itu, refleks mencari (*rooting reflex*) yang kuat sangat penting, jika refleks

lemah misalnya karena bayi terlalu mengantuk atau lelah, bayi tidak akan membuka mulut cukup lebar atau mencari puting secara insting. Refleks menghisap yang lemah atau tidak terkoordinasi menghasilkan isapan yang dangkal dan cepat gagal mempertahankan vakum pada payudara, menyebabkan perlekatan terlepas berulang kali dan transfer ASI yang sedikit (Labbok dan Taylor, 2021).

b) Kondisi Orofasial dan Struktur Mulut (*Ankyloglossia*)

Anomali struktur orofasial pada bayi, seperti adanya tali lidah pendek (*ankyloglossia atau tongue-tie*) atau bibir sumbing, dapat secara fisik menghambat perlekatan yang dalam dan efektif. Pada *ankyloglossia*, frenulum lingualis yang terlalu pendek atau tebal membatasi gerakan lidah, mencegah bayi memanjangkan lidah di bawah puting untuk memerah areola, sehingga bayi hanya bisa mengisap ujung puting. Hal ini menyebabkan perlekatan dangkal yang menyakitkan bagi ibu dan sangat tidak efektif bagi bayi. Bahkan tanpa anomali struktural, masalah minor pada langit-langit mulut atau rahang yang belum matang dapat mempersulit bayi untuk menciptakan dan mempertahankan vakum yang dibutuhkan untuk isapan yang berkelanjutan dan memadai (Labbok dan Taylor, 2021).

c) Pengaruh Pemberian Makanan Pelengkap Dini (Botol/Dot)

Pemberian makanan pelengkap dini atau penggunaan dot, botol, dan empeng secara prematur seringkali menjadi penghalang signifikan bagi perlekatan yang benar. Mekanisme menghisap pada dot dan

puting botol hanya membutuhkan gerakan mulut yang dangkal dan sedikit usaha, sementara perlekatan payudara membutuhkan isapan yang dalam, terkoordinasi, dan penggunaan lidah yang luas. Paparan pada botol dapat menyebabkan bayi mengalami kebingungan puting, di mana bayi mulai menerapkan pola isapan botol yang dangkal pada payudara ibu. Bayi yang mengalami kebingungan puting akan kesulitan menciptakan vakum yang efektif pada payudara, menyebabkan perlekatan menjadi dangkal, nyeri pada ibu, dan transfer ASI yang buruk (Labbok dan Taylor, 2021).

d) Tingkat Kelaparan dan Status Keseimbangan Bayi

Tingkat kelaparan dan status keseimbangan bayi sebelum menyusui sangat memengaruhi inisiasi perlekatan. Bayi yang terlalu lapar cenderung menangis keras, tegang, dan menolak payudara atau melekat dengan cara yang tergesa-gesa dan dangkal karena stres. Sebaliknya, bayi yang terlalu kenyang atau terlalu mengantuk mungkin tidak menunjukkan refleks mencari yang kuat, membuat perlekatan menjadi pasif dan lemah. Waktu yang optimal untuk menyusui adalah ketika bayi menunjukkan tanda-tanda awal lapar seperti menjilat bibir, membuka mulut, atau mencoba mengisap tangan. Ibu perlu belajar untuk memastikan bayi berada dalam kondisi optimal yang tenang dan waspada untuk perlekatan yang efektif dan kolaboratif. Menunggu bayi menangis keras akan mempersulit upaya perlekatan yang benar (Prabandari et al., 2020).

b. Dampak Perlekatan Menyusui yang Salah

1) Dampak bagi Ibu

a) Nyeri Hebat dan Trauma Puting

Perlekatan yang salah, di mana bayi hanya mengambil puting dan bagian kecil areola, secara langsung menyebabkan nyeri hebat yang akut dan kronis pada ibu. Mekanismenya adalah puting terjepit dan tergesek di antara gusi dan langit-langit keras bayi karena kurangnya jaringan payudara yang masuk ke mulut. Gesekan dan tekanan yang tidak semestinya ini merusak integritas kulit, menyebabkan puting lecet, pecah-pecah, dan berdarah. Trauma ini tidak hanya menimbulkan rasa sakit yang signifikan selama menyusui, tetapi juga mengubah bentuk puting menjadi rata, miring, atau pucat setelah sesi menyusui, yang merupakan tanda klinis cedera puting yang parah. Nyeri ini dapat memicu respons stres pada ibu, yang secara refleks menghambat refleks aliran ASI (*let-down*), sehingga memperburuk efisiensi menyusui. Rasa sakit yang tidak tertahankan ini adalah alasan yang mendasari keputusan ibu untuk mencari bantuan laktasi atau yang paling sering terjadi yaitu menghentikan menyusui secara permanen (Labbok dan Taylor, 2021).

b) Bendungan ASI

Perlekatan yang salah secara fungsional mengakibatkan kegagalan dalam proses pengosongan payudara secara tuntas, yang secara klinis dikenal sebagai bendungan ASI. Ketika bayi tidak mampu memerah

areola secara efektif karena perlekatan yang dangkal, sisa ASI dalam jumlah besar tetap tertahan di saluran susu. Penumpukan volume ASI yang berlebihan ini menyebabkan payudara menjadi bengkak, keras, panas, dan terasa nyeri, membuat areola menjadi kencang dan sulit dijangkau oleh mulut bayi, sehingga semakin memperburuk perlekatan. Bendungan ASI yang persisten bukan hanya menyakitkan, tetapi juga meningkatkan risiko komplikasi infeksi. Bendungan yang tidak teratasi memberikan sinyal negatif kepada tubuh ibu, yaitu melalui mekanisme *Feedback Inhibitor of Lactation* (FIL), yang menekan produksi ASI lebih lanjut, secara bertahap mengurangi kapasitas laktasi jangka panjang ibu (Wambach dan Riordan, 2015).

c) Mastitis dan Abses Payudara

Dampak perlekatan yang salah secara langsung meningkatkan risiko mastitis dan pembentukan abses payudara. Mastitis adalah peradangan pada jaringan payudara, biasanya disebabkan oleh stasis ASI (tertahannya ASI) yang kemudian diikuti oleh infeksi bakteri yaitu Staphylococcus aureus yang masuk melalui puting yang lecet/pecah-pecah. Perlekatan yang buruk menciptakan lingkungan yang ideal untuk perkembangan mastitis karena menyebabkan puting lecet (gerbang masuk bakteri) dan stasis ASI (tempat berkembang biak bakteri). Gejala mastitis meliputi demam tinggi, nyeri, kemerahan, dan pembengkakan lokal pada payudara. Jika mastitis tidak ditangani dengan baik atau perlekatan tidak diperbaiki, infeksi dapat

berkembang menjadi abses payudara, yang merupakan kumpulan nanah terlokalisasi yang memerlukan drainase medis. Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan serius pada kesehatan ibu dan seringkali membutuhkan penghentian sementara atau permanen menyusui pada payudara yang sakit (Prabandari et al., 2020).

d) Penurunan Produksi ASI Jangka Panjang

Meskipun ibu mungkin memiliki potensi produksi ASI yang tinggi, perlekatan yang salah menghalangi terwujudnya potensi tersebut, yang berdampak pada penurunan produksi ASI jangka panjang. Produksi ASI diatur oleh prinsip *supply and demand* yaitu semakin banyak ASI dikeluarkan, semakin banyak yang diproduksi melalui peningkatan kadar prolaktin. Perlekatan yang dangkal dan isapan yang tidak efektif berarti bahwa hormon prolaktin dan oksitosin tidak distimulasi secara optimal, dan payudara selalu terasa penuh (adanya *Feedback Inhibitor of Lactation*/FIL), sehingga tubuh merespons dengan mengurangi laju sintesis ASI. Ibu kemudian akan melaporkan bahwa bayinya sering lapar dan sesi menyusui terasa tidak memuaskan, yang seringkali memicu keputusan untuk memberikan suplementasi susu formula. Pengenalan susu formula ini pada gilirannya semakin mengurangi permintaan bayi pada payudara, memperparah lingkaran penurunan produksi ASI yang diinisiasi oleh perlekatan yang salah (Wambach dan Riordan, 2015).

e) Stres dan Kecemasan Psikologis Ibu

Dampak dari perlekatan yang salah tidak hanya bersifat fisik, tetapi juga sangat memengaruhi kesejahteraan psikologis ibu. Ibu yang terus-menerus berjuang dengan nyeri, bayi yang rewel karena tidak puas, dan kekhawatiran tentang asupan nutrisi bayi terutama jika berat badan bayi tidak naik dapat mengalami kecemasan, frustrasi, dan bahkan gejala depresi pascapartum. Kegagalan dalam mencapai menyusui yang "alami" dan bebas rasa sakit bertentangan dengan harapan ibu, menyebabkan perasaan bersalah atau tidak kompeten. Stres kronis ini dapat menghambat pelepasan oksitosin, hormon kunci untuk *let-down reflex* ASI, yang semakin memperburuk kesulitan menyusui dan menciptakan lingkaran umpan balik negatif yang merusak ikatan emosional ibu dan bayi. Stres ini seringkali menjadi pendorong akhir untuk penghentian menyusui, meskipun ibu memiliki keinginan kuat untuk melanjutkannya (Labbok dan Taylor, 2021).

2) Dampak bagi Bayi

a) Asupan ASI yang Tidak Adekuat dan Malnutrisi

Perlekatan yang salah berdampak langsung pada asupan nutrisi bayi, yang berpotensi menyebabkan malnutrisi. Karena perlekatan yang dangkal tidak mampu memerah payudara secara efektif, bayi hanya dapat menghisap ASI dalam jumlah kecil, terutama *foremilk* (susu awal) yang memiliki kandungan lemak dan kalori yang lebih rendah. Bayi tidak dapat mencapai *hindmilk* (susu akhir) yang padat energi,

yang vital untuk penambahan berat badan yang sehat. Isapan yang tidak efektif juga berarti bayi menghabiskan banyak energi untuk usaha menghisap yang tidak membuahkan hasil. Konsekuensi langsungnya adalah kalori yang masuk lebih sedikit daripada energi yang dikeluarkan, menyebabkan defisit kalori dan asupan cairan yang tidak memadai, yang merupakan masalah serius terutama pada minggu-minggu pertama kehidupan di mana laju pertumbuhan sangat pesat (Wambach dan Riordan, 2015).

b) Kebingungan Puting dan Ketergantungan Botol

Perlekatan yang salah sering kali diperparah oleh intervensi awal dengan dot atau botol, yang menimbulkan kebingungan puting. Dot dan puting botol hanya membutuhkan isapan dangkal dan isapan yang berbeda dari isapan payudara. Ketika bayi sudah terbiasa dengan pola isapan botol, mereka cenderung menerapkan pola isapan dangkal yang sama pada payudara ibu, yang menyebabkan perlekatan yang salah, meningkatkan nyeri ibu, dan mengurangi transfer susu. Kebingungan puting ini diperkuat jika perlekatan bayi pada payudara sejak awal sudah tidak efektif. Ketergantungan bayi pada botol menjadi masalah yang semakin sulit diperbaiki seiring berjalannya waktu, seringkali memerlukan konsultasi laktasi intensif dan penghentian total penggunaan dot dan botol untuk mengalihkan bayi kembali ke isapan payudara yang efektif (Labbok dan Taylor, 2021).

c) Kebutuhan Menyusu yang Sering dan Ketidakpuasan

Bayi yang menyusu dengan perlekatan yang salah mendapatkan ASI dalam jumlah yang kurang dan kurang padat kalori, yang menyebabkan mereka merasa cepat lapar kembali setelah menyusu. Hal ini berujung pada frekuensi menyusu yang sangat sering dan durasi sesi menyusui yang lama, namun dengan hasil yang tidak memuaskan bagi ibu maupun bayi. Bayi mungkin akan rewel atau menangis segera setelah dilepaskan dari payudara, yang merupakan tanda ketidakpuasan karena perut belum terisi secara memadai. Isapan yang tidak efektif juga dapat menyebabkan bayi menelan udara lebih banyak (*aerophagia*), yang menimbulkan ketidaknyamanan gas dan kolik. Kebutuhan menyusu yang terus-menerus dan ketidakpuasan ini menciptakan beban kerja yang luar biasa bagi ibu dan menambah frustrasi yang dapat memengaruhi ikatan emosional pascapartum (Wambach dan Riordan, 2015).

d) Dehidrasi dan *Hiperbilirubinemia* (Penyakit Kuning)

Pada kasus perlekatan yang sangat buruk, terutama di hari-hari pertama kehidupan, bayi berisiko mengalami dehidrasi dan *hiperbilirubinemia* (penyakit kuning). Asupan ASI yang tidak memadai di awal seperti kolostrum menghambat pengeluaran mekonium, yang berfungsi menghilangkan bilirubin dari tubuh. Jika ASI tidak ditransfer secara efektif karena perlekatan yang salah, penumpukan bilirubin dalam darah dapat terjadi, menyebabkan

penyakit kuning (*ikterus*) yang memerlukan fototerapi atau intervensi medis lainnya. Tanda dehidrasi pada bayi termasuk kurangnya frekuensi buang air kecil (popok basah kurang dari enam kali sehari setelah hari ke-4) dan letargi (Labbok dan Taylor, 2021).

c. Penilaian Perlekatan Menyusui (*LATCH Scoring System*)

LATCH Scoring System dikembangkan pada tahun 1994 oleh Jensen, Wallace, dan Kelsay untuk mengatasi subjektivitas dalam penilaian menyusui yang sebelumnya hanya menggunakan istilah seperti "baik," "cukup," atau "buruk." Dengan memberikan nilai numerik (0, 1, atau 2) pada lima variabel penting, *LATCH* mengubah penilaian laktasi menjadi proses yang terstandarisasi dan terukur. Tujuannya adalah memastikan bahwa ibu yang berisiko mengalami kesulitan menyusui, terutama pada periode kritis 24 hingga 48 jam pertama pasca melahirkan, dapat segera diidentifikasi (Jensen et al., 1994). Sistem penilaian *LATCH (Latch, Audible Swallowing, Type of Nipple, Comfort, Hold*) ini berfokus pada tiga indikator awal, meliputi kualitas perlekatan (*Latch*), bukti efektivitas transfer ASI melalui suara menelan (*Audible Swallowing*), dan kondisi anatomi puting ibu (*Type of Nipple*) (Farida et al., 2025). Dua elemen terakhir dalam sistem *LATCH*, yakni kenyamanan ibu (*Comfort*) dan posisi bayi (*Hold*), mencerminkan perhatian terhadap faktor maternal yang bersifat subjektif dan keterampilan teknis. Kriteria *Comfort* menilai keberadaan rasa nyeri puting, yang secara substansial dapat menjadi penghalang psikologis terbesar bagi ibu untuk

melanjutkan proses menyusui. Sementara itu, elemen *Hold* mengevaluasi kesesuaian teknik posisi ibu dan bayi yang esensial untuk memfasilitasi perlekatan mendalam dan optimal (Widiasih et al., 2020).

Berikut klasifikasi penilaian *LATCH* Score oleh Jensen et al (1994) :

1) *LATCH* Score Baik (8-10 poin)

   Kategori ini menunjukkan pelekatan menyusui yang optimal dan efektif. Bayi menunjukkan kemampuan *latch* yang sangat baik dengan mulut terbuka lebar, bibir yang terflare keluar, dagu menempel pada payudara ibu, serta tidak terdengar bunyi decak saat menyusu. Ibu biasanya tidak merasakan nyeri atau hanya minimal, dan proses menyusui berlangsung dengan lancar. Pada kategori ini, durasi menyusu cenderung konsisten dan bayi menunjukkan tanda kenyang setelah menyusu. Transfer ASI berlangsung efisien sehingga kebutuhan nutrisi bayi terpenuhi dengan baik dan risiko komplikasi minimal.

2) *LATCH* Score Sedang (4-7 poin)

   Pada kategori sedang, pelekatan menyusui menunjukkan beberapa area yang memerlukan perbaikan namun masih dalam batas dapat ditoleransi. Bayi mungkin memerlukan sedikit bantuan atau stimulasi untuk memulai menyusu, atau pelekatan tidak sempurna dengan bibir yang belum sepenuhnya terflare. Ibu mungkin merasakan nyeri ringan hingga sedang yang masih dapat ditahan. Meskipun proses menyusui dapat berlangsung, efisiensi transfer ASI tidak optimal sehingga durasi menyusu mungkin lebih lama.

3) *LATCH* Score Buruk (1-3 poin)

Kategori buruk menandakan adanya masalah signifikan dalam pelekatan menyusui yang memerlukan intervensi segera. Bayi kesulitan untuk *latch* atau bahkan menolak payudara, mulut tidak terbuka lebar, dan posisi pelekatan sangat tidak tepat. Ibu merasakan nyeri hebat yang tidak tertahankan selama menyusui, dan seringkali terdengar bunyi decak yang menunjukkan masuknya udara. Transfer ASI sangat tidak efektif sehingga bayi tidak mendapat nutrisi yang cukup. Kondisi ini berisiko tinggi menyebabkan komplikasi seperti mastitis, trauma puting, serta kegagalan menyusui jika tidak segera ditangani dengan proper.

Tabel 2.3 Kriteria *LATCH* Score

Kriteria	Skor (0) Buruk	Skor (1) Sedang	Skor 2 (Baik)
L - *Latch* (Perlekatan)	Bayi tidak mau menempel pada payudara (tidak ada hisapan) atau memerlukan bantuan penuh untuk perlekatan.	Bayi menempel dengan upaya yang berulang-ulang, hisapan dangkal, memerlukan bantuan parsial, atau perlekatan terlepas setelah hisapan.	Bayi menempel dengan mudah, hisapan teratur, dan perlekatan kuat.
A - *Audible Swallowing* (Suara Menelan)	Tidak terdengar suara menelan.	Menelan sedikit dengan stimulasi, atau terdengar beberapa kali saja.	Menelan spontan dan terdengar jelas, atau menelan teratur dan sering.
T - *Type of Nipple* (Jenis Puting)	Puting datar atau terbalik (*inverted*).	Puting datar setelah stimulasi, atau puting besar.	Puting menonjol (*everted*) setelah stimulasi.
C - *Comfort* (Kenyamanan Ibu)	Puting terasa nyeri hebat, atau payudara membengkak (*engorgement*), atau pecah-pecah/berdarah (*cracked/bleeding*).	Puting sedikit nyeri atau tidak nyaman, atau ibu merasa sedikit tegang/cemas.	Payudara terasa lembut dan nyaman, puting utuh dan tidak nyeri.
H - *Hold* (Posisi/Pegangan Bayi)	Membutuhkan bantuan penuh dari staf untuk memposisikan bayi di payudara.	Membutuhkan bantuan parsial untuk memposisikan atau menahan bayi.	Ibu dapat memposisikan bayi dengan mudah, tanpa bantuan.

Sumber : Jensen et al, 1994

2.1.4 Durasi Pemberian ASI

a. Definisi Durasi Menyusui

Durasi menyusui merujuk pada total periode waktu seorang bayi menerima Air Susu Ibu (ASI). Durasi menyusui sering diukur secara kuantitatif dalam bulan (untuk durasi total) atau menit (untuk durasi per sesi), yang berfungsi sebagai variabel utama untuk menguji pertumbuhan, perkembangan, dan kesehatan bayi. Durasi menyusui setiap sesi, sering disebut juga lama perlekatan atau waktu menyusu per episode, didefinisikan sebagai jumlah waktu yang dihabiskan bayi melekat pada payudara dan secara aktif menghisap ASI, diukur dari saat bayi mulai melekat hingga bayi melepaskan puting dengan sendirinya, atau saat ibu mengakhiri sesi. Konsep ini berbeda dari durasi total menyusui yang diukur dalam bulan/tahun, karena durasi per sesi berfokus pada efisiensi transfer ASI dalam jangka waktu yang sangat pendek (Fikawati et al., 2015). Durasi sesi yang efektif sangat penting untuk memastikan bayi menerima jumlah kalori dan nutrisi yang memadai. Durasi menyusui per sesi merupakan suatu variabel yang bersifat individual dan diatur berdasarkan prinsip *on demand* (sesuai permintaan atau isyarat lapar bayi), di mana bayi yang sehat umumnya menyusu hingga payudara terasa kosong atau hingga ia menunjukkan tanda kenyang (WHO, 2020).

Tabel 2.4 Durasi Menyusui

Dimensi Durasi	**Satuan Ukur**	**Standar**	**Keterangan**
Durasi Total	Bulan/ Tahun	0 – 6 Bulan: ASI Eksklusif	Standar Emas. ASI sebagai satu-satunya nutrisi, kecuali vitamin/obat. Periode kritis untuk imunitas dan pertumbuhan optimal.
		6 Bulan – 2 Tahun (atau lebih)	Menyusui dilanjutkan bersamaan dengan pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) yang adekuat
Durasi Per Sesi (Lama Perlekatan)	Menit	10 – 30 Menit per payudara	Durasi yang efektif bersifat *on demand* hingga bayi melepaskan diri. Rentang waktu ini umumnya cukup untuk memastikan transfer ASI Akhir (*Hindmilk*) yang kaya lemak.
		8 – 12 Kali dalam 24 jam (Frekuensi)	Frekuensi yang dianjurkan untuk mempertahankan suplai ASI yang memadai (*supply and demand*).

Sumber : WHO & UNICEF dan IDAI

b. Standar Durasi Menyusui yang Efektif

1) Standar Emas Durasi Total Menyusui (Jangka Panjang)

World Health Organization (WHO) dan United Nations Children's Fund (UNICEF) menetapkan Standar Emas Pemberian Makan Bayi dan Anak, yang menekankan bahwa durasi menyusui yang efektif dimulai dengan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) segera setelah lahir, diikuti oleh ASI Eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan bayi. Standar ini tidak hanya mencakup pemberian ASI tanpa tambahan makanan atau cairan lain, tetapi juga memastikan bayi menerima kolostrum 'vaksin' pertama bayi yang kaya akan *imunoglobulin A* (IgA) dan faktor pertumbuhan. Setelah enam bulan, standar durasi yang efektif mengharuskan dilanjutkannya pemberian ASI bersamaan dengan Makanan Pendamping ASI (MPASI) yang adekuat, bergizi, dan aman, hingga anak mencapai usia dua tahun atau lebih. Durasi total hingga dua tahun ini dianggap efektif karena memberikan perlindungan yang maksimal terhadap morbiditas dan mortalitas bayi serta mengoptimalkan perkembangan kognitif dan fisik anak. Kepatuhan terhadap standar durasi ini di Indonesia sendiri menjadi target nasional dalam upaya peningkatan kesehatan anak (WHO & UNICEF, 2020).

2) Durasi Menyusui yang Efektif per Sesi (Jangka Pendek)

Standar durasi menyusui yang efektif juga sangat bergantung pada durasi menyusui per sesi atau perlekatan. Durasi per sesi yang efektif bukan ditentukan oleh batas waktu tetap, melainkan oleh prinsip *on demand*

(sesuai permintaan bayi) dan pengosongan payudara secara sempurna (WHO, 2020). Menurut penelitian Nurita (2020), lebih dari separuh responden memiliki lama menyusui yang tidak normal dalam keseimbangan *foremilk* dan *hindmilk* ASI. Dari hasil penelitian didapatkan, umumnya lama responden dalam menyusui bayinya adalah < 10 menit. Hasil penelitian ini juga dapat dibandingkan dengan penelitian Purwani dan Darti (2012), bahwa mereka mengkategorikan durasi menyusui < 10 menit termasuk ke dalam kategori kurang baik dan durasi menyusui 10 – 30 menit termasuk kategori baik. Pada umumnya, bayi yang menyusu secara efektif akan membutuhkan waktu berkisar antara 10 hingga 30 menit di satu payudara, atau hingga bayi melepaskan puting dengan sendirinya, yang mengindikasikan kepuasan. Durasi per sesi yang memadai ini sangat krusial karena komposisi ASI berubah selama proses menyusui, ASI awal (*foremilk*) yang keluar di awal sesi memiliki kandungan air dan laktosa yang lebih tinggi, sedangkan ASI akhir (*hindmilk*) yang keluar di akhir sesi kaya akan lemak dan kalori. Agar bayi memperoleh asupan kalori yang cukup untuk kenaikan berat badan yang optimal, bayi harus menyusu hingga payudara terasa kosong, yang hanya dapat dicapai melalui durasi per sesi yang efektif dan memadai. Kegagalan mencapai *hindmilk* karena durasi yang terlalu singkat dapat menjadi faktor risiko kegagalan tumbuh kembang (Fikawati et al., 2015).

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Durasi Menyusui

1) Durasi Total (Jangka Panjang)

a) Faktor dari Ibu

(1) Efikasi Diri Ibu dalam Menyusui (*Maternal Breastfeeding Self-Efficacy*). Merupakan prediktor kuat yang menentukan keberlangsungan menyusui. Efikasi diri yang tinggi, yaitu keyakinan ibu akan kemampuannya untuk menyusui dengan sukses, akan membuat ibu lebih gigih mengatasi tantangan menyusui di bulan-bulan awal, sehingga memperpanjang durasi menyusui total hingga mencapai target (Chen et al., 2022).

(2) Dukungan Keluarga dan Suami. Kurangnya dukungan, terutama dari suami dan mertua, dapat menjadi hambatan signifikan yang menyebabkan ibu menyerah menyusui sebelum waktunya misalnya, sebelum 6 bulan atau 2 tahun. Dukungan emosional dan praktis seperti membantu pekerjaan rumah memberikan ibu waktu dan energi yang diperlukan untuk menyusui secara berkelanjutan (Rollins et al., 2016).

(3) Status Pekerjaan dan Kebijakan Tempat Kerja. Ibu yang kembali bekerja setelah cuti melahirkan cenderung mengakhiri menyusui eksklusif atau total lebih awal jika tempat kerja tidak menyediakan fasilitas memadai seperti ruang laktasi dan waktu memompa ASI (Bartick dan Reinhold, 2020).

b) Faktor dari Bayi

(1) Status Kesehatan Bayi saat Lahir. Bayi yang lahir prematur atau dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sering mengalami kesulitan menyusu langsung karena refleks isap yang lemah, yang menyebabkan ibu beralih ke pemberian susu formula lebih awal dan mempersingkat durasi menyusui total (Dewi, 2018).

(2) Kecepatan Kenaikan Berat Badan Bayi. Pertambahan berat badan yang lambat sering menimbulkan kekhawatiran pada ibu dan keluarga, memicu pengenalan dini makanan atau susu formula, yang secara langsung mengakhiri status ASI eksklusif dan mempersingkat durasi menyusui total. Kenaikan berat badan yang stabil dan adekuat menjadi indikator visual keberhasilan yang memotivasi ibu untuk melanjutkan menyusui (IDAI, 2013).

(3) Masalah Anatomi Bayi. Adanya kondisi seperti *tongue tie* (*ankiloglosia*) atau celah bibir/langit-langit dapat menyebabkan nyeri pada ibu dan frustrasi pada bayi karena perlekatan yang buruk, seringkali memaksa ibu menghentikan menyusui langsung lebih awal dari yang direncanakan (Fikawati et al., 2015).

2) Durasi per Sesi (Jangka Pendek)

a) Faktor dari Ibu

(1) Kapasitas penyimpanan ASI

Ibu dengan kapasitas penyimpanan yang lebih besar mungkin dapat menyediakan jumlah ASI yang cukup dalam waktu yang lebih

singkat, yang berpotensi mempersingkat durasi per sesi menyusui sambil tetap efektif. Sebaliknya, ibu dengan kapasitas penyimpanan kecil mungkin perlu menyusui bayinya lebih sering dan terkadang dengan durasi yang sedikit lebih lama per sesinya untuk memastikan kecukupan asupan (Kent et al., 2020).

(2) Laju aliran ASI

Laju aliran yang lambat, seringkali terkait dengan *let-down reflex* yang terhambat akibat stres, nyeri, atau kelelahan pada ibu, dapat memaksa bayi menyusu lebih lama untuk mendapatkan jumlah ASI yang sama (Palmér et al., 2022).

(3) Pengetahuan ibu tentang teknik perlekatan dan posisi menyusui yang benar, Merupakan faktor perilaku yang krusial. Perlekatan yang tidak efektif akan membuat bayi harus bekerja lebih keras dan menyusu lebih lama tanpa pengosongan payudara yang optimal, sehingga durasi per sesi menjadi panjang namun tidak efisien (IDAI, 2013).

b) Faktor dari Bayi

(1) Efisiensi isapan bayi

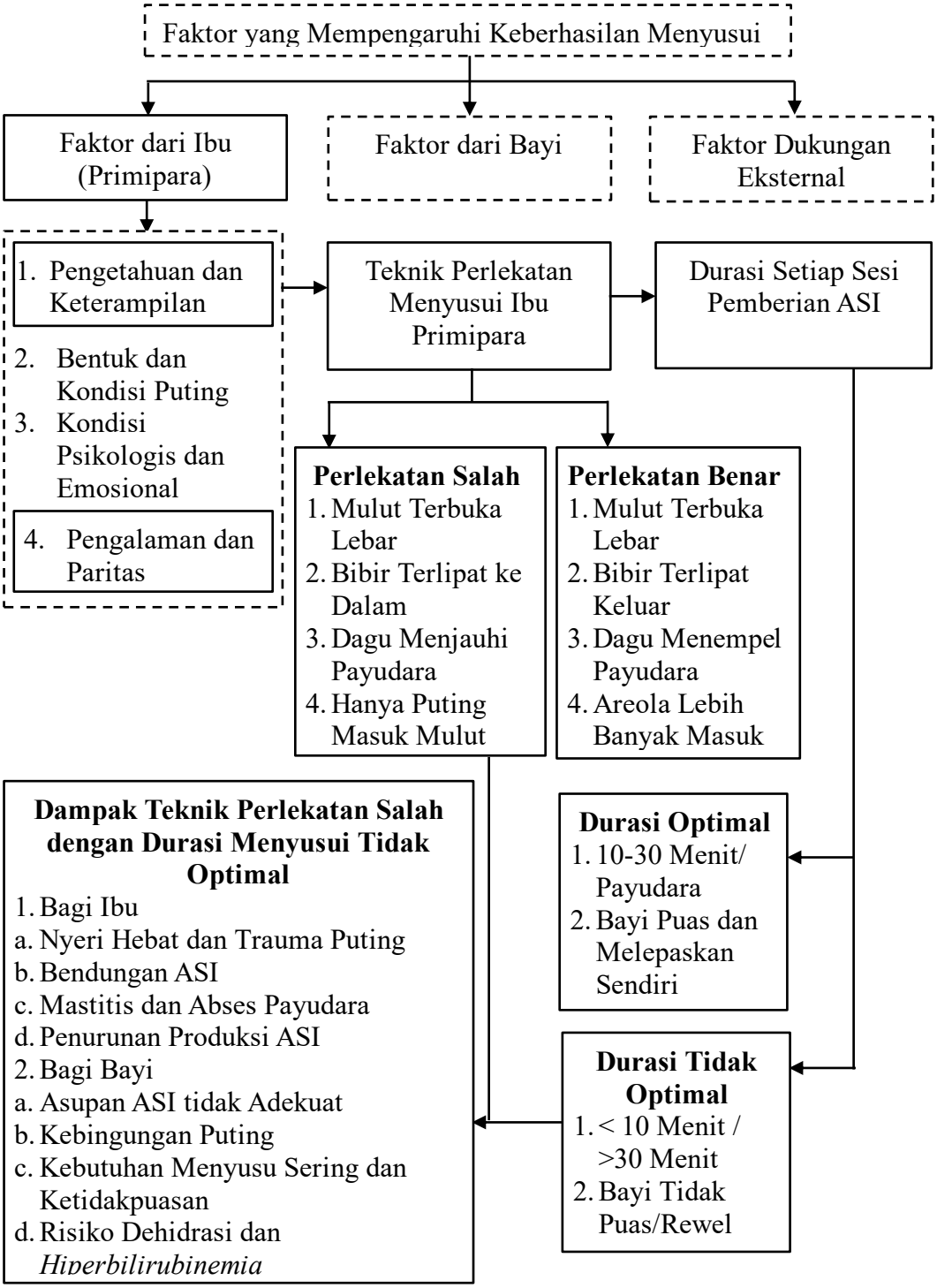
Meliputi kekuatan isapan, pola menelan, dan koordinasi antara menghisap-menelan-bernapas. Bayi dengan efisiensi isapan yang tinggi, biasanya pada bayi aterm dan sehat, cenderung dapat mengosongkan payudara dan mencapai *hindmilk* lebih cepat, sehingga durasi per sesinya mungkin lebih singkat, namun efektif

misalnya 10-30 menit per payudara. Sebaliknya, bayi prematur, bayi dengan *tongue tie* (*ankiloglosia*), atau bayi yang mengalami kesulitan pernapasan mungkin memiliki isapan yang lemah atau tidak terkoordinasi, yang menyebabkan durasi menyusui menjadi lebih lama (di atas 30 menit) namun tidak efektif dalam hal transfer ASI (Kent et al., 2020).

(2) Usia dan laju pertumbuhan bayi

Bayi yang lebih besar atau yang sedang mengalami lonjakan pertumbuhan akan memiliki kebutuhan nutrisi dan kalori yang lebih tinggi, yang secara alami dapat meningkatkan durasi dan frekuensi menyusui per sesi (Fikawati et al., 2015).

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

Keterangan :

Variabel diteliti Variabel Tidak Diteliti

2.3 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban yang sifatnya sementara terhadap rumusan masalah penelitian, yang mana rumusan masalah tersebut sudah dinyatakan dalam bentuk pertanyaan, dan disebut dengan jawaban sementara karena jawaban yang diberikan baru berdasarkan pada teori (Sugiyono, 2017).

H0 : Tidak ada hubungan antara teknik perlekatan menyusui dengan durasi setiap sesi pemberian ASI pada ibu *postpartum primipara.*

H1 : Ada hubungan antara teknik perlekatan menyusui dengan durasi setiap sesi pemberian ASI pada ibu *postpartum primipara.*