

BAB II

TINJAUAN

2.1 Konsep Post partum

2.1.1 Definisi

Masa postpartum adalah periode setelah bayi lahir dan plasenta dikeluarkan dari rahim, yang berlangsung selama sekitar enam minggu. Selama waktu ini, organ-organ reproduksi mengalami pemulihan dari berbagai perubahan akibat kehamilan dan persalinan, termasuk luka dan proses penyembuhan lainnya (Anwar dan Safitri, 2022).

Masa nifas adalah masa yang dimulai segera setelah kelahiran plasenta, di mana tubuh mengalami berbagai perubahan fisik dan hormonal. Proses ini berlangsung hingga reproduksi organ kembali ke kondisi semula sebelum kehamilan, yang umumnya memakan waktu sekitar enam minggu (Wahyuningsih, 2019).

Masa nifas (postpartum) merupakan periode yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika organ reproduksi kembali ke kondisi sebelum kehamilan, yang berlangsung sekitar 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan ini, ibu mengalami berbagai perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan dapat menimbulkan ketidaknyamanan pada awal postpartum. Jika tidak disertai perawatan yang baik, perubahan tersebut berisiko berkembang menjadi kondisi patologis (Yuliana & Hakim, 2020).

Jadi dapat disimpulkan bahwa Masa postpartum atau nifas adalah periode sekitar enam minggu setelah kelahiran plasenta, di mana tubuh mengalami pemulihan fisik dan hormonal hingga organ reproduksi kembali seperti sebelum hamil. Selama waktu ini, ibu dapat mengalami ketidaknyamanan fisiologis yang, tanpa perawatan yang baik, berisiko menjadi kondisi patologis.

2.1.2 Etiologi

Menurut Widiastini (2018), mekanisme pasti yang memicu persalinan pasca-kehamilan masih belum sepenuhnya diketahui. Namun, terdapat beberapa teori yang menjelaskan kemungkinan pemicu dimulainya persalinan:

1. Teori Kerenggangan Rahim

Otot rahim memiliki kemampuan meregang hingga batas tertentu. Jika peregangan melebihi kapasitasnya, rahim akan mulai berkontraksi, yang kemudian memicu proses persalinan.

2. Teori Penurunan Hormon Progesteron

Sekitar 1-2 minggu sebelum persalinan, kadar hormon progesteron dalam tubuh mengalami penurunan. Akibatnya, otot rahim menjadi lebih peka terhadap hormon oksitosin dan prostaglandin, yang kemudian merangsang kontraksi dan memicu persalinan.

3. Teori Distensi Rahim

Seiring bertambahnya usia kehamilan, rahim terus mengalami peregangan dan pembesaran. Hal ini dapat menyebabkan **iskemia**

pada otot rahim, yaitu berkurangnya aliran darah ke jaringan tersebut. Gangguan pada sirkulasi darah di rahim dan plasenta ini kemudian dapat memicu kontraksi persalinan.

4. Teori Penuaan Plasenta

Seiring bertambahnya usia kehamilan, plasenta juga mengalami penuaan. Proses ini menyebabkan penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Akibatnya, terjadi kejang pada pembuluh darah yang dapat memicu kontraksi rahim, sehingga mendorong terjadinya persalinan.

2.1.3 Manifestasi Klinik

1. Manifestasi Fisik

- a. Salah satu keluhan yang sering dialami oleh ibu setelah melahirkan adalah nyeri pada luka perineum. Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan kompres dingin efektif dalam meredakan nyeri tersebut dalam 24 jam pertama setelah persalinan (Setianingsih & Octavia, 2023).
- b. Selain itu, produksi ASI dapat mengalami hambatan akibat bendungan payudara. Untuk mengatasi kondisi ini, teknik Marmet terbukti mampu membantu memperlancar produksi ASI pada ibu setelah melahirkan (Irmawati et al., 2023).

2. Manifestasi Psikologis

- a. Gangguan mood yang umum dialami ibu pascapersalinan adalah depresi postpartum, yang dapat berlangsung hingga satu

tahun. Terapi perilaku kognitif (Cognitive Behavior Therapy/CBT) terbukti efektif dalam mengurangi gejala depresi postpartum (Muspitha & Rophi, 2024).

- b. Sementara itu, postpartum blues ditandai dengan perubahan suasana hati, rasa cemas, serta kecenderungan menangis berlebihan. Penelitian mengungkapkan bahwa terapi musik klasik Mozart dapat membantu meredakan kondisi ini (Oktaria et al., 2024).
- c. Selain faktor psikologis, aspek psikososial juga memiliki pengaruh besar terhadap kesejahteraan ibu setelah melahirkan. Dukungan keluarga yang kuat serta intervensi berbasis psikoedukasi, seperti Family Centered Maternity Care (FCMC), berperan penting dalam meningkatkan kesejahteraan ibu pascapersalinan (Ristanti, 2020).

2.1.4 Tahap Post Partum

Menurut Wahyuningsih (2019), masa postpartum terbagi menjadi tiga tahap, yaitu:

1. Postpartum segera (immediate postpartum)

Tahap ini berlangsung sejak plasenta lahir hingga 24 jam setelahnya. Pada periode ini, ibu berisiko mengalami perdarahan akibat atonia uteri, sehingga perlu dilakukan pemantauan terhadap kontraksi uterus, jumlah dan karakteristik lochea, tekanan darah, serta suhu tubuh.

2. Postpartum dini (early postpartum)

Tahap ini terjadi dalam rentang waktu 24 jam hingga 1 minggu setelah persalinan. Pada fase ini, penting untuk memastikan bahwa involusi uterus berlangsung normal, tidak ada perdarahan abnormal, lochea tidak berbau busuk, ibu tidak mengalami demam, serta mendapatkan asupan makanan dan cairan yang cukup. Selain itu, ibu juga harus mampu menyusui bayinya dengan baik.

3. Postpartum lanjut (late postpartum)

Tahap ini mencakup periode dari 1 minggu hingga 6 minggu setelah persalinan. Selama masa ini, ibu tetap memerlukan perawatan dan pemeriksaan rutin. Selain itu, konseling serta edukasi mengenai Keluarga Berencana (KB) juga penting untuk diberikan guna mendukung kesehatan ibu dan bayi.

2.1.5 Patofisiologi

Setelah ibu mulai merasakan tanda-tanda kontraksi sebagai tanda persalinan (inpartu) hingga bayi dan plasenta lahir, ibu memasuki fase postpartum. Pada fase ini, ibu mengalami berbagai perubahan, baik secara fisik maupun emosional. Setelah melahirkan, ibu biasanya mengalami trauma pada jalan lahir serta kelemahan pada ligamen, fasia, dan otot-otot tubuh. Kondisi ini dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari, sehingga ibu masih membutuhkan bantuan dari keluarga. Salah satu dampak dari perubahan ini adalah munculnya masalah keperawatan seperti intoleransi aktivitas, yang dapat menyebabkan

penurunan gerakan peristaltik serta melemahnya tonus otot usus, sehingga berisiko menyebabkan konstipasi.

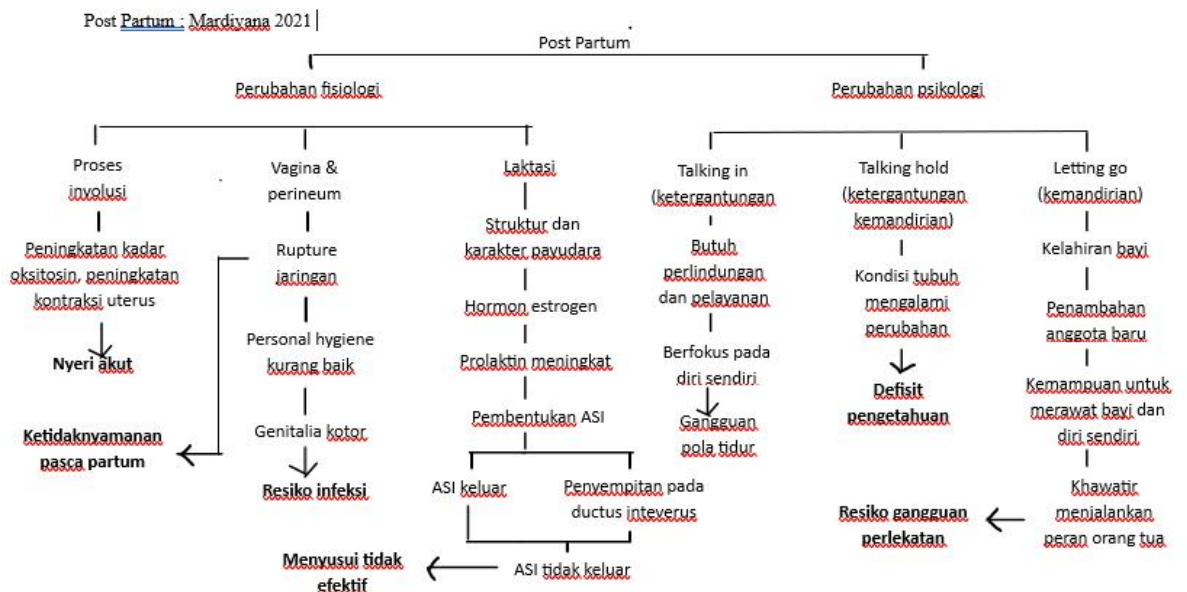
Jika proses persalinan dilakukan dengan episiotomi—yaitu pemotongan pada perineum untuk memperlebar jalan lahir—maka jaringan di area tersebut dapat mengalami cedera. Cedera ini akan merangsang area sensorik yang mengeluarkan hormon seperti bradikinin, histamin, dan serotonin, yang kemudian dikirim ke medula spinalis dan batang otak, hingga akhirnya mencapai thalamus. Proses ini berujung pada rasa nyeri akut yang dapat mengganggu kenyamanan ibu. Selama persalinan, ibu biasanya mengalami kehilangan darah sekitar 300-400 cc, yang dapat menyebabkan organ genital menjadi rentan terhadap infeksi. Jika luka dan robekan pada perineum tidak ditangani dengan baik, bakteri dapat masuk dan menyebabkan infeksi, sehingga meningkatkan risiko komplikasi pasca persalinan. Selain itu, trauma pada kandung kemih dapat terjadi setelah bayi lahir, yang membuat ibu mengalami kesulitan untuk berkemih. Kondisi ini bisa diperburuk oleh adanya edema dan memar pada uretra akibat dilatasi selama persalinan. Hal ini dapat menyebabkan keluarnya urin dalam jumlah berlebihan atau adanya residu urin, yang berpotensi menimbulkan masalah keperawatan terkait gangguan eliminasi urin.

Setelah melahirkan, banyak ibu merasa cemas terhadap peran barunya sebagai orang tua dan bagaimana cara merawat bayi mereka. Hal ini dapat menyebabkan ansietas, yang mempengaruhi kesiapan ibu dalam

menghadapi masa postpartum. Selain itu, proses laktasi alami terjadi akibat pengaruh hormon estrogen dan prolaktin, yang merangsang produksi kolostrum dalam ASI. Namun, terkadang peningkatan aliran darah ke payudara akibat kontraksi uterus dapat menyebabkan retensi darah di pembuluh payudara, sehingga payudara menjadi bengkak, keras, dan saluran susu menyempit. Kondisi ini dapat menghambat pengeluaran ASI dan menimbulkan masalah keperawatan terkait menyusui yang tidak efektif (Wahyuningsih, 2019).

2.1.5 Pathway

Post Partum: Mardiyana 2021



2.1.6 Adaptasi Post partum

1. Adaptasi Fisiologis

Menurut Anwar dan Safitri (2022), setelah melahirkan, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan, terutama pada organ reproduksi. Beberapa perubahan tersebut meliputi:

a. Uterus

Proses involusi adalah kembalinya ukuran rahim ke kondisi sebelum kehamilan. Perubahan ini dapat dipantau dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk mengetahui posisi dan tinggi fundus uteri (TFU).

b. Lokhea

Lokhea adalah cairan yang dikeluarkan dari rahim selama masa postpartum. Cairan ini memiliki bau khas seperti amis atau anyir dan volumenya bervariasi pada setiap wanita. Jika lokhea berbau tidak sedap, hal ini bisa menjadi tanda adanya infeksi. Seiring dengan proses involusi, lokhea mengalami perubahan warna dan jumlahnya berkurang. Berdasarkan warna dan waktu keluarnya, lokhea dibagi menjadi empat jenis:

a) Lokhea Rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama hingga hari ke-4 setelah persalinan. Warnanya merah karena mengandung

darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut halus bayi), serta mekonium.

b) Lokhea Sanguinolenta

Berwarna merah kecokelatan dan bercampur lendir. Lokhea ini biasanya keluar dari hari ke-4 hingga hari ke-7 setelah melahirkan.

c) Lokhea Serosa

Berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, serta jaringan yang berasal dari robekan plasenta. Lokhea ini biasanya keluar antara hari ke-7 hingga hari ke-14 postpartum.

d) Lokhea Alba

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, serta serabut jaringan yang mati. Lokhea alba dapat bertahan selama 2 hingga 6 minggu setelah melahirkan.

c. Serviks

Menurut Anwar dan Safitri (2022), setelah persalinan, serviks mengalami perubahan bentuk yang tampak lebih terbuka menyerupai corong. Hal ini terjadi karena korpus uteri mengalami kontraksi, sedangkan serviks tidak, sehingga terbentuk semacam cincin pada perbatasan antara keduanya. Proses involusi serviks berlangsung bersamaan dengan uterus. Setelah melahirkan, ostium eksterna serviks cukup lebar hingga

dapat dimasuki dua hingga tiga jari tangan. Namun, dalam waktu sekitar enam minggu setelah persalinan, serviks akan kembali menutup secara bertahap.

d. Vulva dan Vagina

Menurut Anwar dan Safitri (2022), selama proses persalinan, vulva dan vagina mengalami tekanan serta peregangan yang sangat besar. Akibatnya, dalam beberapa hari pertama setelah melahirkan, kedua organ ini masih dalam kondisi kendur. Namun, setelah sekitar tiga minggu, vulva dan vagina mulai kembali ke kondisi sebelum hamil. Lipatan-lipatan (rugae) dalam vagina secara bertahap muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

e. Perineum

Menurut Anwar dan Safitri (2022), setelah melahirkan, perineum menjadi kendur akibat peregangan yang terjadi selama proses persalinan, di mana bayi bergerak maju melalui saluran lahir. Pada hari ke-5 postpartum, perineum mulai memperoleh sebagian tonusnya kembali, meskipun kondisinya masih lebih kendur dibandingkan dengan sebelum kehamilan.

f. Payudara

Menurut Anwar dan Safitri (2022), laktasi dimulai pada semua wanita sebagai respons terhadap perubahan hormon yang terjadi setelah melahirkan. Pemeriksaan payudara pada periode

awal pascapartum melibatkan penilaian terhadap kondisi dan integritas puting susu, adanya memar atau iritasi pada jaringan payudara akibat posisi bayi saat menyusui, keberadaan kolostrum, apakah payudara terisi air susu, serta kemungkinan adanya sumbatan pada saluran susu (duktus), kongesti, atau tanda-tanda mastitis yang dapat berkembang.

g. Sistem Pencernaan

Setelah melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Menurut Anwar dan Safitri (2022), hal ini disebabkan oleh tekanan yang diterima alat pencernaan selama proses melahirkan, yang menyebabkan kolon menjadi kosong. Selain itu, pengeluaran cairan yang berlebihan selama persalinan, asupan makanan yang terbatas, hemoroid, dan kurangnya aktivitas fisik juga berkontribusi terhadap terjadinya konstipasi.

h. Sistem Perkemihan

Pada 24 jam pertama setelah persalinan, ibu sering mengalami kesulitan buang air kecil. Anwar dan Safitri (2022) menjelaskan bahwa hal ini disebabkan oleh spasme pada sfingter dan edema pada leher kandung kemih yang terjadi setelah adanya kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama proses persalinan. Selain itu, penurunan kadar hormon estrogen yang berfungsi menahan air juga menyebabkan kondisi ini, yang disebut dengan "diuresis."

i. Sistem Muskuloskeletal

Segera setelah melahirkan, otot-otot uterus mulai berkontraksi. Menurut Anwar dan Safitri (2022), kontraksi ini akan menekan pembuluh darah yang ada di antara lapisan otot uterus, sehingga perdarahan dapat berhenti. Ligamen, diafragma pelvis, dan fasia yang meregang selama persalinan secara bertahap akan kembali menyusut dan pulih. Proses pemulihan ini akan stabil sepenuhnya dalam waktu 6 hingga 8 minggu setelah persalinan.

j. Perubahan Tanda-tanda Vital

Setelah melahirkan, suhu tubuh ibu dapat meningkat sekitar 0,5°C dari suhu normal, tetapi tidak melebihi 1°C. Menurut Safitri dan Anwar (2022), suhu tubuh biasanya kembali normal dalam dua jam pertama setelah persalinan. Denyut nadi ibu cenderung lebih labil dibandingkan suhu tubuh, sedangkan pernapasan sedikit meningkat setelah persalinan, namun kembali normal setelah beberapa waktu. Dalam beberapa kasus, hipertensi postpartum dapat terjadi, namun kondisi ini biasanya akan hilang dengan sendirinya dalam waktu setengah bulan tanpa pengobatan, asalkan tidak ada penyakit lain yang menyertai.

2. Adaptasi Psikologis

Menurut Febriati et al. (2022), adaptasi psikologis ibu pada masa postpartum terbagi dalam empat tahap:

a. Periode Taking In

Tahap ini berlangsung selama 1–2 hari setelah melahirkan. Ibu cenderung pasif dan bergantung pada orang lain, dengan fokus utama pada kondisi tubuhnya sendiri. Istirahat yang cukup sangat penting untuk menghindari gangguan kesehatan akibat kelelahan. Selain itu, asupan nutrisi yang optimal diperlukan untuk mempercepat pemulihan, memperbaiki luka, serta mempersiapkan proses menyusui.

b. Periode Taking Hold

Fase ini terjadi pada hari ke-2 hingga ke-4 pascapersalinan. Ibu mulai lebih memperhatikan perannya sebagai orang tua dan berusaha meningkatkan kemampuannya dalam merawat bayi. Pada tahap ini, ibu menjadi lebih mandiri, tetapi juga lebih sensitif terhadap perubahan dan tanggung jawab barunya.

c. Periode Letting Go

Pada tahap ini, dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan ibu dalam merawat bayinya. Ibu sepenuhnya mengambil tanggung jawab dalam mengasuh anak. Namun, pada periode ini juga rentan terjadi

depresi postpartum akibat perubahan emosional dan tekanan dalam menjalani peran sebagai ibu.

2.1.7 Komplikasi

Menurut Wahyuningsih (2019), komplikasi pasca persalinan meliputi beberapa kondisi berikut:

1. Perdarahan Pasca Persalinan

Perdarahan terjadi apabila ibu mengalami kehilangan darah lebih dari 500 ml dalam 24 jam pertama setelah melahirkan.

2. Infeksi Pasca Persalinan

Infeksi dapat menyerang berbagai bagian tubuh ibu setelah persalinan, antara lain:

- a. Endometritis: Peradangan yang terjadi pada dinding rahim.
- b. Miometritis atau Metritis: Peradangan yang menyerang otot-otot rahim.
- c. Perimetritis: Infeksi pada peritoneum di sekitar rahim, yaitu selaput tipis yang melapisi dinding perut.

3. Gangguan pada Payudara

- a. Caked Breast (Pembengkakan ASI): Terjadinya distensi pada payudara yang menyebabkan benjolan dan pengerasan, sehingga menghambat aliran ASI.
- b. Mastitis: Peradangan yang menyebabkan pembesaran payudara dan rasa nyeri di satu bagian tertentu. Kulit bisa tampak kemerahan, sedikit bengkak, dan terasa sakit saat disentuh. Jika

tidak ditangani, mastitis dapat berkembang menjadi abses atau benjolan berisi nanah.

4. Gangguan Sirkulasi Darah

Trombophlebitis: Terjadinya pembekuan darah dalam vena superfisial, yang dapat menyebabkan stasis darah dan hiperkoagulasi selama kehamilan serta masa nifas.

5. Luka pada Perineum

Luka pada perineum dapat menimbulkan gejala seperti nyeri, kesulitan buang air kecil (disuria), demam hingga 38°C, edema, denyut nadi kurang dari 100 kali per menit, serta tanda-tanda peradangan seperti kemerahan dan adanya nanah kehijauan. Jika luka tidak terjaga kebersihannya, warnanya bisa berubah menjadi kecoklatan dan meluas dalam kondisi yang lembap.

6. Perubahan Lochea

Lochea Purulenta: Keluarnya cairan kekuningan seperti nanah dengan bau yang tidak sedap, yang bisa menjadi tanda adanya infeksi.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Wahyuningsih (2019), penanganan pasca persalinan meliputi beberapa tahap berikut:

1. Observasi Intensif Setelah Persalinan

Dalam dua jam pertama setelah melahirkan, pemantauan ketat diperlukan untuk mengantisipasi kemungkinan perdarahan dan

komplikasi. Pada satu jam pertama, pemeriksaan dilakukan empat kali dengan interval setiap 15 menit, sedangkan pada jam kedua, pemeriksaan dilakukan dua kali dengan selang waktu 30 menit.

2. Perawatan dalam Enam hingga Delapan Jam Pasca Persalinan

Ibu disarankan untuk berbaring miring ke kanan dan kiri guna meningkatkan kenyamanan serta mencegah komplikasi. Selain itu, fasilitas yang mendukung istirahat dan tidur yang cukup harus disediakan agar ibu dapat pulih dengan baik.

3. Hari Pertama hingga Kedua

Pada tahap ini, ibu diberikan edukasi mengenai kesiapan menjadi orang tua, teknik menyusui yang benar, perawatan payudara, serta perubahan-perubahan yang terjadi selama masa nifas.

4. Mobilisasi Bertahap

- a. Hari Kedua: Ibu mulai berlatih duduk untuk membiasakan tubuh dengan posisi tegak.
- b. Hari Ketiga: Ibu sudah diperbolehkan untuk mulai berdiri dan berjalan secara perlahan guna mempercepat pemulihan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian Menurut Margaretha (2017)

1. Identitas Pasien

Biodata pasien mencakup informasi seperti nama, usia, agama, tingkat pendidikan, suku atau etnis, pekerjaan, serta alamat tempat tinggal.

2. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan meliputi informasi mengenai tempat pemeriksaan kehamilan, frekuensi pemeriksaan, imunisasi yang diterima, keluhan selama kehamilan, serta pendidikan kesehatan yang telah diperoleh ibu selama masa kehamilan.

3. Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan mencakup informasi mengenai lokasi persalinan, tenaga medis atau non-medis yang membantu persalinan, serta proses yang terjadi selama persalinan.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-Tanda Vital

Pemeriksaan tanda vital mencakup pengukuran suhu tubuh, jumlah denyut nadi, laju pernapasan, serta tekanan darah seseorang.

- a) Suhu tubuh:** Suhu tubuh ibu pascapartum perlu dipantau setiap 4 hingga 8 jam selama beberapa hari pertama setelah melahirkan. Demam yang muncul bisa menjadi indikasi awal infeksi. Suhu tubuh mencapai 38°C dapat terjadi akibat dehidrasi dalam 24 jam

pertama setelah persalinan atau karena proses awal produksi ASI dalam 2 hingga 4 hari setelah melahirkan. Namun, jika demam berlanjut lebih dari 24 jam, kemungkinan adanya infeksi perlu dipertimbangkan.

b) Denyut nadi: Bradikardi merupakan kondisi fisiologis yang umum terjadi dalam 6 hingga 10 hari setelah persalinan, dengan frekuensi nadi berkisar antara 40 hingga 70 kali per menit. Namun, jika denyut nadi melebihi 100 kali per menit, hal ini dapat mengindikasikan adanya infeksi, perdarahan, nyeri, atau kecemasan. Denyut nadi yang cepat dan dangkal, terutama jika disertai dengan tekanan darah rendah, dapat menjadi tanda perdarahan, syok, atau emboli.

c) Tekanan darah: Umumnya, tekanan darah ibu pascapartum tetap berada dalam batas normal. Namun, beberapa wanita dapat mengalami hipotensi ortostatik akibat peningkatan pengeluaran urin (diuresis) dan keringat berlebih (diaphoresis), yang menyebabkan perubahan volume cairan dalam sistem kardiovaskular. Jika hipotensi berlangsung terus-menerus atau dalam kondisi yang parah, hal ini dapat menandakan adanya syok atau emboli. Sebaliknya, peningkatan tekanan darah dapat mengindikasikan hipertensi akibat

kehamilan, yang dalam beberapa kasus baru muncul pada periode pascapartum. Kejang akibat eklampsia juga dapat terjadi, bahkan hingga lebih dari 10 hari setelah persalinan.

b. Pengkajian Fisik pada Ibu Postpartum

a) Kepala dan Wajah

Pengkajian kepala dan wajah dilakukan melalui inspeksi serta palpasi untuk menilai kondisi kebersihan dan kesehatan ibu postpartum.

Inspeksi: Memeriksa kebersihan dan kerontokan rambut, memastikan kulit kepala dalam kondisi sehat tanpa adanya lesi, serta mengevaluasi apakah terdapat cloasma gravidarum.

Mata: Menilai warna sklera, yang seharusnya berwarna putih, serta kondisi konjungtiva, yang normalnya berwarna merah muda. Jika konjungtiva tampak pucat, hal ini dapat mengindikasikan anemia. **Mulut dan Gigi:** Mengevaluasi kebersihan mulut dan gigi, memastikan tidak ada bau mulut, serta memeriksa apakah bibir tampak merah dan tidak kering. Selain itu, dilakukan pemeriksaan terhadap adanya karies gigi.

Palpasi: Memeriksa adanya pembengkakan atau pembesaran pada kelenjar getah bening, menilai tekanan

vena jugularis (JVP), serta mengevaluasi kondisi kelenjar tiroid.

b) Dada

Pernapasan dan Jantung: Dilakukan inspeksi terhadap irama napas, auskultasi bunyi napas dan bunyi jantung, serta perhitungan frekuensi napas untuk mengetahui apakah dalam batas normal.

Payudara: Pengkajian payudara mencakup pemeriksaan ukuran, bentuk, warna, kesimetrisan, serta palpasi untuk menilai konsistensi jaringan dan adanya nyeri tekan. Puting susu tidak menonjol, adanya pemebengkakan payudara, areola berwarna kecokelatan, adanya bendungan ASI pada saat di palpasi, tidak ada rasa nyeri saat ditekan, tidak terdapat bekas luka, dan payudara simetris tanpa adanya benjolan atau massa.

c) Abdomen

Pengkajian abdomen bertujuan untuk menilai perubahan yang terjadi setelah persalinan.

Inspeksi: Mengevaluasi adanya striae gravidarum, bekas luka atau insisi, serta kemunculan linea nigra.

Involusi Uterus: Proses involusi uterus, yaitu kembalinya rahim ke ukuran dan kondisi sebelum kehamilan, dinilai dengan memeriksa tinggi dan konsistensi fundus uteri.

Hari pertama postpartum: tinggi fundus setara dengan pusar.

Hari kedua: 1 jari di bawah pusar.

Hari ketiga: 2 jari di bawah pusar.

Hari keempat: 2 jari di atas simpisis pubis.

Hari ketujuh: 1 jari di atas simpisis pubis.

Hari kesepuluh: setara dengan simpisis pubis.

Palpasi Fundus: Fundus uterus yang normal harus terasa keras, berbentuk bundar, dan mulus. Jika fundus terasa lembek atau kendur, hal ini dapat mengindikasikan atonia atau subinvolusi uteri. Untuk mendapatkan pengukuran yang akurat, kandung kemih ibu harus kosong, karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan pergeseran posisi uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

d) Vulva dan Vagina

Pemeriksaan vulva dan vagina dilakukan untuk menilai kebersihan serta kemungkinan adanya tanda-tanda infeksi.

Lokia: Evaluasi karakter dan jumlah lokia dilakukan sebagai indikator penyembuhan uterus yang normal. Secara bertahap, jumlah lokia akan berkurang dan mengalami perubahan warna, yang mencerminkan penurunan kandungan darah dalam cairan lokia.

Jumlah lokia sangat sedikit: hanya meninggalkan noda darah sekitar 2,5-5 cm, setara dengan 10 ml.

Jumlah lokia sedang: noda darah berukuran ≤ 10 cm, setara dengan 10-25 ml.

e) Perineum

Pengkajian perineum dilakukan secara berkala untuk menilai kondisi area perineal dan mengidentifikasi adanya penyimpangan dari kondisi normal.

Inspeksi: Memeriksa kemungkinan adanya hematoma, memar, edema, kemerahan, atau nyeri tekan.

Jika terdapat luka jahitan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap keutuhan luka, kemungkinan perdarahan, serta tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, dan nyeri tekan.

Pemeriksaan anus: Menilai apakah terdapat hemoroid atau fisura ani.

Nyeri perineum: Wanita yang melahirkan secara normal tanpa laserasi umumnya mengalami nyeri perineum yang lebih ringan. Hemoroid, yang sering tampak seperti tonjolan menyerupai buah anggur di sekitar anus, merupakan penyebab utama nyeri perineum postpartum. Hemoroid terjadi akibat tekanan otot dasar panggul oleh janin yang berada di bagian bawah rahim, terutama selama tahap akhir kehamilan dan saat proses mengejan dalam persalinan.

f) Payudara dan Tungkai

Pengkajian ini dilakukan untuk menilai kesiapan ibu dalam menyusui dan mendeteksi adanya risiko tromboflebitis.

Payudara: Pemeriksaan mencakup bentuk simetris, puting susu tidak menonjol, warna aerola hitam kecoklatan, saat dipalpasi payudara terasa keras, adanya bendung ASI, untuk mengevaluasi konsistensi jaringan dan adanya nyeri tekan. Pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan, umumnya terdapat sekresi kolostrum dalam jumlah yang banyak.

Tungkai: Pemeriksaan tungkai bertujuan untuk mendeteksi kemungkinan adanya tromboflebitis, yaitu peradangan pada pembuluh darah akibat pembentukan bekuan darah.

Frekuensi pemeriksaan:

Setiap 1 jam hingga 8 jam pascapersalinan.

Setelah itu, dilakukan setiap 4 jam hingga 24 jam pascapersalinan.

g) Eliminasi

Pengkajian eliminasi mencakup evaluasi terhadap fungsi pencernaan dan saluran kemih ibu postpartum.

Pencernaan: Dilakukan pemeriksaan auskultasi terhadap suara usus, serta observasi dan perabaan untuk

mengidentifikasi kemungkinan adanya pembesaran atau pembengkakan pada area perut (distensi abdomen).

Saluran Kemih: Ibu setelah melahirkan disarankan untuk segera buang air kecil guna mencegah terjadinya pembesaran kandung kemih, yang dapat mengganggu posisi rahim. Pemantauan terhadap pola eliminasi dilakukan setiap 9 jam sekali.

Defekasi: Dievaluasi setiap hari untuk memastikan fungsi pencernaan berjalan dengan baik.

5. Pengkajian Psikososial pada Ibu Postpartum

Pengkajian aspek psikososial pada ibu pascapersalinan bertujuan untuk menilai bagaimana ibu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi setelah melahirkan, termasuk dalam hal interaksi dengan bayi yang baru lahir dan anggota keluarga lainnya. Fokus utama dalam pengkajian ini mencakup beberapa aspek berikut:

a. Status Emosional dan Respon terhadap Pengalaman Kelahiran

Perawat mengamati kondisi emosional ibu setelah melahirkan, apakah ia tampak bahagia, cemas, atau mengalami stres. Beberapa ibu mungkin merasa euforia setelah melahirkan, sementara yang lain bisa mengalami perubahan suasana hati atau bahkan gejala baby blues. Respons ibu terhadap pengalaman kelahiran juga dievaluasi, apakah ia merasa puas

dengan proses persalinannya atau mengalami trauma dan kecemasan terkait kejadian tersebut.

b. Interaksi dengan Bayi Baru Lahir

Observasi dilakukan untuk menilai bagaimana ibu berinteraksi dengan bayinya, termasuk cara ia menatap, berbicara, dan menyentuh bayi. Bonding antara ibu dan bayi sangat penting untuk perkembangan emosional bayi dan kesejahteraan psikologis ibu. Jika ibu tampak enggan atau kurang responsif terhadap bayinya, kemungkinan ada faktor psikologis yang memengaruhi, seperti kelelahan, stres, atau depresi postpartum.

c. Kemampuan dan Kesiediaan Menyusui

Pengkajian ini mencakup bagaimana ibu menyusui bayinya, apakah ia merasa nyaman dalam proses menyusui, serta apakah ia mengalami kesulitan seperti nyeri pada puting atau produksi ASI yang kurang. Perawat juga mengevaluasi apakah ibu membutuhkan edukasi atau dukungan tambahan untuk meningkatkan kepercayaan dirinya dalam menyusui.

d. Penyesuaian terhadap Peran Baru sebagai Ibu

Menjadi seorang ibu merupakan perubahan besar dalam kehidupan seorang wanita. Oleh karena itu, perawat mengevaluasi bagaimana ibu menyesuaikan diri dengan tanggung jawab barunya, apakah ia merasa siap dan percaya

diri dalam mengasuh bayi atau justru mengalami perasaan kewalahan. Faktor dukungan dari pasangan dan keluarga sangat berpengaruh dalam proses adaptasi ini.

e. Dinamika Hubungan dalam Keluarga

Perubahan dalam struktur keluarga setelah kelahiran bayi juga menjadi perhatian dalam pengkajian ini. Perawat menilai bagaimana hubungan ibu dengan pasangan, anak-anak lain (jika ada), serta anggota keluarga lainnya. Adanya dukungan dari keluarga dapat membantu ibu menghadapi tantangan pascapersalinan dengan lebih baik.

f. Peningkatan Pemahaman dalam Perawatan Diri

Selain merawat bayinya, ibu juga perlu memahami pentingnya menjaga kesehatannya sendiri. Pengkajian ini mencakup apakah ibu memiliki kesadaran untuk menjaga pola makan yang sehat, istirahat yang cukup, serta mengelola stres dengan baik. Jika ibu tampak kurang memperhatikan dirinya sendiri, perawat dapat memberikan edukasi mengenai pentingnya self-care agar ia tetap sehat secara fisik dan mental dalam menjalani peran barunya sebagai seorang ibu.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2016) dan Yanti (2025), yaitu :

1. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)
2. Gangguan Pola Tidur (D. 0055)
3. Ketidaknyamanan Pasca Partum (D.0075)
4. Nyeri Akut (D.0077)
5. Defisit Pengetahuan (D. 0111)
6. Resiko Gangguan Perlekatan (D.0127)
7. Resiko Infeksi (D. 0142)
8. Ansietas (D.0080)
9. Resiko pendarahan (D.0012)

2.2.3 Intervensi

Intervensi Keperawatan (Sumber: SDKI, SIKI, SLKI, 2016)

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi Intervensi	Rasional
1	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)	Status Menyusui (L.03029) Diharapkan status menyusui membaik, dengan kriteria hasil: 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu membaik 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar membaik 3. Berat badan bayi membaik 4. Tetesan/panacaran ASI membaik 5. Suplai ASI adekuat 6. Putting tidak lecet setelah 2 minggu membaik 7. Kepercayaan ibu membaik	Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 3. Libatkan sistem pendukung Edukasi: 1. Berikan konseling menyusui 2. Ajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 3. Ajarkan perawatan payudara postpartum	Observasi 1. Menentukan kesiapan ibu dalam menerima informasi. 2. Memahami motivasi ibu dalam menyusui Terapeutik 1. Materi edukasi seperti buku panduan, video, atau ilustrasi. 2. Kepercayaan diri yang tinggi berperan penting dalam keberhasilan menyusui. 3. Dukungan dari pasangan, keluarga, atau komunitas menyusui dapat meningkatkan keberhasilan ibu dalam menyusui. menyusui. Edukasi 1. Konseling membantu ibu memahami manfaat menyusui. 2. Posisi menyusui yang benar dan pelekatan yang baik dapat mencegah nyeri putting. 3. Perawatan payudara yang baik membantu mencegah masalah seperti pembengkakan payudara.
2	Gangguan Pola Tidur (D. 0055)	Pola Tidur (L.05045) Diharapkan kualitas tidur membaik, dengan kriteria hasil: 1. Kesulitan sulit tidur membaik 2. Keluhan sering terjaga membaik 3. Keluhan tidak puas tidur	Edukasi aktivitas/istirahat (I.12362) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik: 1. Sediakan materi dan media	Observasi 1. Menilai kesiapan pasien membantu dalam menyampaikan informasi dengan cara yang sesuai. Terapeutik 1. Materi edukasi yang jelas dan mudah dipahami akan membantu pasien dan keluarga dalam

	membaik		pengaturan aktivitas dan istirahat	mengatur keseimbangan antara aktivitas dan istirahat.
	4. Keluhan istirahat tidak cukup membaik		2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	2. Menyesuaikan jadwal edukasi dengan kondisi dan kesiapan pasien akan meningkatkan efektivitas pembelajaran serta memastikan pasien menerima informasi dalam keadaan optimal.
			3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya	3. Memberikan kesempatan bertanya mengatasi kebingungan atau kekhawatiran terkait aktivitas dan istirahat.
		Edukasi:	1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin	Edukasi
			2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya	1. Aktivitas fisik yang teratur meningkatkan kebugaran, mempercepat pemulihan.
			3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat	2. Aktivitas sosial dapat meningkatkan kesejahteraan emosional.
			4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak nafas saat aktivitas)	3. Jadwal yang seimbang antara aktivitas dan istirahat membantu menghindari kelelahan berlebihan.
			5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan	4. Mengenali tanda-tanda kelelahan atau overekersi memungkinkan pasien untuk beristirahat tepat waktu dan mencegah komplikasi kesehatan.
				5. Menyesuaikan aktivitas dengan kondisi fisik pasien mencegah cedera, dengan optimal.
3	Ketidaknyamanan Pasca Partum (D.0075)	Status kenyamanan pasca partum (L.07061) Diharapkan perasaan nyaman setelah melahirkan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Meringis meningkat 2. Kontraksi uterus meningkat 3. Tekanan darah menurun 4. Frekuensi nadi menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri	Observasi 1. Menentukan pola nyeri. 2. Mengukur intensitas nyeri. 3. Pasien mungkin tidak selalu dapat mengungkapkan nyeri secara verbal, sehingga perlu diperhatikan tanda-tanda fisik. 4. Mengetahui faktor pemicu nyeri

	non verbal	membantu dalam mengurangi.
4.	Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	5. Keyakinan pasien dapat memengaruhi toleransi nyeri dan kepatuhan terhadap terapi.
5.	Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	6. Budaya memengaruhi cara individu mengekspresikan dan mengatasi nyeri.
6.	Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	7. Nyeri yang tidak terkontrol dapat mengganggu aktivitas sehari-hari.
7.	Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	8. Evaluasi terapi memastikan efektivitas intervensi nonfarmakologis.
8.	Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	9. Penggunaan obat nyeri dapat menyebabkan efek samping seperti mual, kantuk, atau ketergantungan.
9.	Monitor efek samping penggunaan analgetik	
Terapeutik:		Terapeutik
1.	Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	1. Teknik seperti relaksasi, distraksi, dan terapi panas/dingin dapat membantu meredakan nyeri tanpa efek samping obat.
2.	Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	2. Faktor lingkungan seperti kebisingan dan pencahayaan dapat meningkatkan ketidaknyamanan pasien.
3.	Fasilitasi istirahat dan tidur	3. Tidur yang cukup membantu tubuh dalam pemulihan dan mengurangi persepsi nyeri.
4.	Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	4. Pendekatan individual memastikan manajemen nyeri yang lebih efektif.
Edukasi:		Edukasi
1.	Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	1. Pemahaman tentang nyeri membantu pasien mengelolanya dengan lebih baik.
2.	Kelaskan strategi meredakan nyeri	2. Pasien dapat memilih strategi yang paling efektif dan nyaman untuk mereka.
3.	Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	3. Pasien yang mampu menilai nyerinya sendiri dapat segera
4.	Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat	
5.	Anjarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	

		Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu		mencari bantuan jika diperlukan. 4. Penggunaan obat yang benar dapat menghindari efek samping. 5. Teknik seperti pernapasan dalam dapat menjadi metode tambahan untuk manajemen nyeri.
				Kolaborasi 1. Penggunaan obat pereda nyeri harus disesuaikan dengan kondisi pasien.
4	Nyeri Akut (D.0077)	Tingkat nyeri (L.08066) Diharapkan nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2.3 Meringis menurun 2. Gelisah menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Perasaan depresi menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang	Observasi 1. Menentukan pola nyeri. 2. Mengukur intensitas nyeri. 3. Pasien mungkin tidak selalu dapat mengungkapkan nyeri secara verbal, sehingga perlu diperhatikan tanda-tanda fisik. 4. Mengetahui faktor pemicu nyeri membantu dalam mengurangi. 5. Keyakinan pasien dapat memengaruhi toleransi nyeri dan kepatuhan terhadap terapi. 6. Budaya memengaruhi cara individu mengekspresikan dan mengatasi nyeri. 7. Nyeri yang tidak terkontrol dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. 8. Evaluasi terapi memastikan efektivitas intervensi nonfarmakologis. 9. Penggunaan obat nyeri dapat menyebabkan efek samping seperti mual, kantuk, atau ketergantungan. Terapeutik 1. Teknik seperti relaksasi, distraksi, dan terapi panas/dingin dapat membantu meredakan nyeri tanpa efek samping obat.

			memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	2. Faktor lingkungan seperti kebisingan dapat meningkatkan ketidaknyamanan pasien. 3. Tidur yang cukup membantu tubuh dalam pemulihan. 4. Pendekatan individual memastikan manajemen nyeri yang lebih efektif. Edukasi 1. Pemahaman tentang nyeri membantu pasien dalam mengenali dan mengelolanya dengan lebih baik. 2. Pasien dapat memilih strategi yang paling efektif dan nyaman untuk mereka. 3. Pasien yang mampu menilai nyerinya sendiri dapat segera mencari bantuan jika diperlukan. 4. Penggunaan obat yang benar dapat menghindari efek samping. 5. Teknik seperti pernapasan dalam atau meditasi. Kolaborasi 1. Penggunaan obat pereda nyeri harus disesuaikan dengan kondisi pasien.
5	Defisit Pengetahuan (D. 0111)	Tingkat Pengetahuan (L.12111) Diharapkan kecukupan informasi kognitif membaik, dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampun menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3. Perilaku sesuai dengan kemampuan meningkat 4. Perilaku membaik	Edukasi kesehatan (L.12383) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Indentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik: 1. Sediakan materi dan media	Observasi 1. Memastikan pasien siap menerima edukasi akan meningkatkan efektivitas pembelajaran. 2. Mengetahui hambatan dan motivasi pasien membantu dalam merancang strategi edukasi. Terapeutik 1. Media edukatif seperti brosur atau video dapat memperjelas informasi. 2. Menyesuaikan waktu edukasi

			pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	dengan kesiapan pasien. 3. Mendorong pasien untuk bertanya membantu memastikan pemahaman yang lebih baik. Edukasi 1. Memahami risiko kesehatan dapat meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan dalam menjaga kesehatannya. 2. Perilaku sehat seperti mencuci tangan, pola makan seimbang, dan olahraga teratur. 3. Memberikan strategi yang sesuai membantu pasien menerapkan kebiasaan sehat.
6	Resiko Gangguan Perlekatan (D.0127)	Perlekatan (L.13122) Diharapkan interaksi antara ibu dan anak meningkat, dengan kriteria hasil: 1. mempraktikkan perilaku sehat selama hamil meningkat 2. Menyiapkan perlengkapan bayi sebelum kelahiran meningkat 3. Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi meningkat 4. Mencium bayi meningkat 5. Tersenyum kepada bayi meningkat 6. Melakukan kontak mata dengan bayi meningkat 7. Berbicara dengan baik meningkat 8. Bermain dengan bayi meningkat 9. Berespon dengan isyarat bayi meningkat 10. Kekhawatiran menjalankan	Promosi perlekatan (I.10342) Observasi: 1. Monitor kegiatan menyusul 2. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI 3. Identifikasi payudara ibu (mis. bengkak, puting lecet, mastitis, nyeri pada payudara) 4. Monitor perlekatan saat menyusui (mis. aerola bagian bawah lebih kecil dari pada aerola bagian atas, mulut bayi terbuka lebar, bibir bayi terputar keluar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu) Terapeutik: 1. Hindari memegang kepala bayi 2. Diskusikan dengan ibu	Observasi 1. Memastikan proses menyusui berjalan dengan baik dan efektif. 2. Menilai apakah bayi dapat menerima ASI dengan optimal dan mencegah risiko malnutrisi. 3. Mendeteksi masalah laktasi yang dapat menghambat proses menyusui dan memberikan intervensi yang tepat. 4. Perlekatan yang baik meningkatkan efektivitas menyusui dan mencegah trauma pada puting ibu. Terapeutik 1. Membantu bayi menemukan posisi menyusu yang nyaman secara alami. 2. Memberikan dukungan emosional dan solusi terhadap kendala yang dihadapi selama menyusui. Edukasi 1. Memastikan bayi dalam posisi

	peran orang tua menurun		masalah selama proses menyusui	yang aman dan nyaman saat menyusui.
	11. Konflik hubungan orang tua dengan bayi/anak menurun	Edukasi:	1. Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi 2. Anjurkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu 3. Anjurkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah 4. Anjurkan ibu memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf "C" pada posisi jam 12-6 atau 3-9 saat mengarahkan ke mulut bayi 5. Anjurkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga aerola bagian bawah dapat masuk sempurna 6. Anjurkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusui	2. Skin-to-skin contact meningkatkan refleks menyusui bayi dan produksi ASI. 3. Membantu bayi mendapatkan perlekatan yang lebih baik. 4. Memudahkan ibu mengarahkan puting ke mulut bayi tanpa menekan payudara secara berlebihan. 5. Memastikan aerola bagian bawah masuk sempurna agar perlekatan optimal dan tidak menyebabkan puting lecet. 6. Menghindari keterlambatan menyusui yang dapat menyebabkan bayi rewel atau bingung puting.
7	Resiko Infeksi (D. 0142)	Tingkat Infeksi (L.14137) Diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Demam menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Bengkak menurun 7. Kadar sel darah putih membaik 8. Kadar sel darah merah membaik	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi	Observasi 1. Deteksi dini infeksi untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Terapeutik 1. Mengurangi risiko penularan infeksi dari lingkungan eksternal. 2. Mencegah luka akibat tekanan dan mengurangi risiko infeksi sekunder. 3. Mengurangi penyebaran mikroorganisme penyebab infeksi. 4. Mencegah kontaminasi dan infeksi pada pasien dengan daya tahan tubuh rendah.

		Edukasi: 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	Edukasi 1. Membantu pasien mengenali infeksi sejak dini agar segera mendapatkan perawatan. 2. Mencegah penyebaran patogen melalui kontak tangan. 3. Mengurangi penyebaran infeksi saluran pernapasan. 4. Deteksi dini tanda infeksi pada luka untuk intervensi cepat. 5. Mendukung sistem imun dalam melawan infeksi. 6. Membantu tubuh mengeluarkan toksin dan mendukung pemulihan. Kolaborasi 1. Mencegah infeksi yang dapat dicegah melalui vaksinasi, meningkatkan daya tahan tubuh pasien.	
8	Anxietas (D.0080)	Tingkat ansietas (L.09093) Diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil : 1. Berkurangnya ungkapan kebingungan dari pasien 2. Menurunnya pernyataan kekhawatiran terkait situasi yang dialami 3. Menurunnya tanda-tanda kegelisahan 4. Penurunan ketegangan dalam perilaku 5. Meningkatnya kemampuan untuk berkonsentrasi 6. Perbaikan dalam pola tidur	Reduksi ansietas (I.09314) Observasi: 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik: 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani untuk mengurangi kecemasan 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang 5. Tempatkan barang pribadi yang memberikan	Observasi 1. Mengetahui penyebab utama ansietas membantu perawat dan pasien dalam mengelola serta menghindari atau memodifikasi situasi pemicu. 2. Kecemasan dapat mengganggu proses berpikir dan pengambilan keputusan, sehingga penting untuk memantau tingkat kemandirian pasien. 3. Gejala ansietas bisa muncul dalam bentuk fisik atau emosional; pengenalan dini dapat mencegah peningkatan tingkat kecemasan. Terapeutik 1. Suasana yang mendukung dapat menurunkan ketegangan dan membangun hubungan terapeutik. 2. Kehadiran perawat memberi rasa

-
6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
 7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi:

1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama keluarga pasien, jika perlu
4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kkebutuhan
5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
8. Latih tehnik relaksasi

Kolaborasi:

1. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu

didukung dan menurunkan rasa takut berlebihan.

3. Mendengarkan aktif membantu pasien merasa dipahami, yang dapat meredakan kecemasan.
4. Pendekatan tenang mengurangi stimulasi yang bisa memperburuk kecemasan.
5. Barang pribadi bisa memberi rasa nyaman dan familiar yang membantu mengurangi stres.
6. Kesadaran terhadap pemicu dapat membantu pasien menghindari atau mengelolanya dengan strategi yang sesuai.
7. Perencanaan yang konkret memberi rasa kontrol dan mengurangi ketidakpastian yang dapat memicu kecemasan.

Edukasi

1. Pemahaman terhadap prosedur membantu mengurangi rasa takut akibat ketidaktahuan.
 2. Informasi yang jelas dan benar mencegah kecemasan akibat asumsi atau ketakutan yang tidak berdasar.
 3. Kehadiran orang yang dipercaya dapat meningkatkan rasa aman dan menenangkan.
 4. Aktivitas ringan dapat mengalihkan perhatian dari kecemasan dan meningkatkan kenyamanan emosional.
 5. Mengungkapkan emosi membantu mengurangi beban psikologis yang memicu kecemasan.
 6. Aktivitas pengalihan dapat meredakan fokus berlebihan
-

				terhadap stresor. 7. Mekanisme pertahanan yang sehat membantu pasien merespons stres secara lebih adaptif. 8. Teknik relaksasi terbukti menurunkan gejala kecemasan secara fisiologis dan psikologis. Kolaborasi 1. Farmakoterapi dapat membantu mengontrol kecemasan berat yang tidak dapat dikelola dengan intervensi non-farmakologis.
9	Risiko perdarahan (D.0012)	Tingkat perdarahan (L.02017) Diharapkan tingkat perdarahan menurun, dengan kriteria hasil: 1. Membran mukosa lembab 2. Kelembaban kulit meningkat 3. Hb membaik 4. Hematokrit membaik 5. Hematuria menurun	Pencegahan perdarahan (L.02067) Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor Ttv ortostatik 4. Monitor koagulasi, partial thromoplastin time Terapeutik: 1. Pertahankan bedrest selama perdarahan 2. Batasi tindakan invasive, jika perlu 3. Gunakan kasur pencegah decubitus 4. Hindari suhu rektal Edukasi: 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 4. Anjurkan menghindari	Observasi 1. Deteksi dini gejala perdarahan memungkinkan penanganan segera untuk mencegah komplikasi yang lebih berat. 2. Nilai HGB/Ht mencerminkan jumlah kehilangan darah dan status oksigenasi jaringan. 3. Hipotensi ortostatik dapat menjadi indikator hipovolemia akibat perdarahan. 4. Gangguan pembekuan darah dapat memperburuk perdarahan dan membutuhkan intervensi segera. Terapeutik 1. Aktivitas fisik dapat meningkatkan tekanan darah dan memperparah perdarahan. 2. Tindakan invasif dapat memperbesar risiko perdarahan, terutama jika pasien memiliki gangguan koagulasi. 3. Perdarahan bisa menyebabkan imobilisasi; kasur ini membantu mencegah komplikasi seperti ulkus dekubitus. 4. Rektum sangat vaskular dan

aspirin 5. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K 6. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan	mudah berdarah, terutama pada pasien berisiko perdarahan.
Kolaborasi:	Edukasi
1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	1. Pengetahuan ini memungkinkan pasien mendeteksi masalah lebih cepat dan mencari bantuan segera. 2. Mencegah trauma atau luka kecil di kaki yang bisa memicu perdarahan. 3. Mengejan saat buang air besar dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah dan memicu perdarahan. 4. Aspirin menghambat fungsi trombosit dan dapat memperparah perdarahan. 5. Vitamin K diperlukan untuk proses pembekuan darah yang normal. 6. Penanganan cepat dapat mencegah komplikasi seperti syok hipovolemik.
	Kolaborasi
	1. Obat seperti oksitosin atau antifibrinolitik dapat mengurangi atau menghentikan perdarahan aktif. 2. Transfusi membantu mengembalikan volume darah dan kapasitas oksigenasi. 3. Mengurangi tekanan saat defekasi membantu mencegah perdarahan dari area sensitif.

2.2.4 Implementasi

Menurut Putri (2021), implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya. Pelaksanaan ini dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien jika diperlukan.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai asuhan keperawatan yang telah diberikan, dengan berpedoman pada tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Melalui proses ini, akan ditentukan apakah intervensi yang dilakukan telah berhasil mencapai target, belum sepenuhnya tercapai, masalah hanya teratasi sebagian, atau bahkan muncul masalah baru (Putri, 2021).

2.4 Konsep Menyusui Tidak efektif

2.4.1 Definisi

Menurut Marifah & Suryantini (2021), ketidakefektifan dalam menyusui terjadi ketika bayi tidak memperoleh ASI dalam jumlah yang cukup. Hal ini disebabkan oleh produksi ASI yang rendah pada ibu setelah melahirkan, yang dapat dipengaruhi oleh faktor hormonal serta kurangnya rangsangan terhadap hormon oksitosin.

2.4.2 Faktor Penyebab

Menyusui yang tidak efektif dapat terjadi akibat ketidakseimbangan hormon oksitosin dan prolaktin, yang berperan dalam produksi serta pelepasan ASI. Menurut penelitian Pinem et al. (2020), kesulitan dalam mengeluarkan kolostrum atau ASI awal sering kali disebabkan oleh kurangnya rangsangan terhadap hormon oksitosin, mengakibatkan pembengkakan payudara dan puting susu ibu juga tidak menonjol. Hal ini dapat memperlambat refleks let-down, sehingga proses menyusui menjadi kurang optimal. Selain itu, faktor seperti stres dan kelelahan pada ibu juga dapat menghambat produksi ASI, yang berakibat pada kurangnya asupan nutrisi bagi bayi (Pinem et al., 2020).

2.4.3 Dampak Menyusui Tidak Efektif

Dampak dari menyusui yang tidak efektif dapat memengaruhi kecukupan nutrisi bayi. Ketika bayi tidak mendapatkan cukup ASI, mereka berpotensi mengalami kekurangan zat gizi penting seperti lemak, protein, dan zat kekebalan yang sangat dibutuhkan. Kondisi ini dapat mengakibatkan berat badan yang tidak naik secara optimal, gangguan tumbuh kembang, hingga lemahnya sistem kekebalan tubuh, bayi yang mengalami kesulitan menyusu selama enam bulan pertama hidupnya memiliki kemungkinan dua kali lebih besar mengalami

stunting dibandingkan bayi yang memperoleh ASI eksklusif (Sari et al, 2021).

Menyusui bukan sekadar memberi nutrisi, tetapi juga menjadi proses penting dalam menjalin kedekatan emosional antara ibu dan bayinya. Kontak fisik saat menyusui memicu produksi hormon oksitosin yang memperkuat ikatan batin. Namun, jika menyusui tidak berjalan efektif, hal ini bisa menghambat pelepasan hormon tersebut dan mengganggu hubungan emosional. Bahkan, ibu bisa mengalami gangguan psikologis seperti baby blues atau depresi setelah melahirkan, ibu yang mengalami kesulitan dalam menyusui cenderung memiliki ikatan emosional yang lebih lemah dengan bayinya dibanding ibu yang dapat menyusui dengan lancar (Lestari dan Widodo, 2023).

2.4.4 Penatalaksanaan Mengatasi Menyusui Tidak Efektif

Penatalaksanaan mengatasi menyusui tidak efektif, diantaranya :

1. Edukasi menyusui
2. Mengajarkan tehnik menyusui yang tepat
3. Konseling laktasi
4. Breast care/ pijat payudara
5. Pijat Oksitosin

Teknik pijat oksitosin terbukti dapat meningkatkan produksi ASI dengan cara merangsang pelepasan hormon oksitosin (Marifah & Suryantini, 2021).

Persiapan Alat yang diperlukan:

- a. Baby oil atau minyak kelapa
- b. Handuk
- c. Kursi
- d. Meja atau tempat tidur
- e. Bra khusus menyusui (jika tersedia)

Persiapan lingkungan:

Menutup gorden atau pintu untuk menjaga privasi pasien

Pelaksanaan Pijat Oksitosin

- a. Petugas mencuci tangan terlebih dahulu.
- b. Ibu diminta melepas pakaian bagian atas.
- c. Ibu bersandar ke meja atau tempat tidur dengan kedua tangan dilipat sebagai penyangga kepala, atau bisa memeluk bantal untuk kenyamanan.
- d. Payudara dibiarkan menggantung dengan melepas bra, sementara handuk diletakkan di pangkuan ibu.
- e. Petugas mengoleskan minyak atau baby oil ke tangan.
- f. Pemijatan dilakukan dengan mengepalkan tangan dan ibu jari mengarah ke depan, kemudian memberikan tekanan kuat pada kedua sisi tulang belakang dengan gerakan melingkar kecil menggunakan ibu jari.
- g. Pemijatan dilakukan dari leher hingga tulang belikat, ke arah bawah di sepanjang kedua sisi tulang belakang hingga tulang

rusuk ke-5 dan ke-6, selama 3-5 menit menggunakan kedua ibu jari.

- h. Gerakan pijatan diulangi sebanyak tiga kali.
- i. Ibu di informasikan bahwa pijat oksitosin sebaiknya dilakukan selama enam hari berturut-turut.
- j. Setelah selesai, punggung ibu dibersihkan dengan waslap yang dibasahi air hangat dan dingin secara bergantian untuk memberikan efek relaksasi dan kenyamanan.

Gambar 2.3 Langkah-langkah pijat oksitosin

