

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSU Dr.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

SRI WIDANINGSIH

AKX 15.091



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2018**

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Sri Widaningsih
NPM : AKX 15.091
Program studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSU DR.SLAMET GARUT

Menyatakan :

1. Tugas akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/ jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia sangsi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sangsi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 30 April 2018



Sri Widaningsih

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSU Dr. SLAMET GARUT**

SRI WIDANINGSIH

AKX 15.091

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 26 APRIL 2018

Oleh

Pembimbing Ketua



Iceu komalanengsih, SKM

Pembimbing Pendamping



Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners

NIP: 10114149

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp, M.Kep

NIP: 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST PARTUM DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSU Dr.SLAMET GARUT**

Oleh :
Sri Widaningsih
AKX 15.091

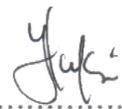
Telah diuji
Pada tanggal, 30 April 2018

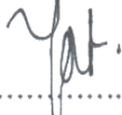
Panitia Penguji

Ketua : Iceu komalanengsih,SKM
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Inggrid Dirgahayu, S.Kep.,MKM
(Penguji I)
2. Yati Nurhayati, AmK
(Penguji II)
3. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners
(Pembimbing Pendamping)


.....

.....

.....

.....

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,


Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.kep

NIP: 10107064



ABSTRAK

Latar Belakang: Masa nisaf atau post partum terjadi Perubahan termasuk proses laktasi atau menyusui terjadi secara alami. Pemberian ASI dapat terganggu apabila ibu mengalami gangguan saat menyusui yaitu bendungan ASI. Tujuan penelitian ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu post partum dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr Slamet Garut. **Metode:** Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus untuk mengeksplorasi suatu masalah dalam asuhan keperawatan pada ibu post partum dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberiaan ASI. subyek yang digunakan 2 klien Ny.T dan Ny.E penelitian dilakukan selama 3 hari yang bertempat diruang maternitas Kalimaya Bawah RSUD dr.Slamet Garut. metode pengumpulan data dilakukan dengancara wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi dan angket. analisa data dilakukan dengan cara pengumpulan data kemudian dicatat dalam bentuk laporan dan dibandingkan dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini. **Hasil:** Dari hasil penelitian didapatkan bahwa klien dengan post partum dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI. diberikan asuhan dengan tindakan *breast care* efektif untuk memperlancar ASI, pada klien 1 masalah teratasi di hari ke 3 sedangkan pada klien 2 masalah teratasi pada hari ke 2. Pasien dengan masalah ketidakefektifan pemberian ASI memiliki respon yang berbeda hal ini dipengaruhi oleh keadaan psikologis klien. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan setiap pasien.

Kata kunci: Ketidakefektifan Pemberian ASI, Ibu Post Partum

Daftar Fustaka: V BAB, 111 halaman, 25 Tabel, 1 Gambar, 5 Lampiran, 7 Buku (tahun 2009-1014), 3 Wabsit

ABSTRACT

Background: During childbirth or postpartum changes including lactation or breast-feeding process occurs naturally. Breastfeeding may be impaired if the mother is breastfeeding is impaired when the dam breast milk. The purpose of this study is to carry out nursing care in postpartum mother with nursing ineffective breastfeeding in RSUD Dr Slamet Garut. **Method:** This research design used a study case to explore a problem in nursing care on the post partum client with the problem of ineffective nursing breastfeeding. This research used two subjects, Mrs.T and Mrs.E. This research is conducted in 3 days which took place in the maternity kalimaya Bawah room RSUD dr. Slamet Garut. data collection methods were conducted by interview, observation, physical examination, documentation and questionnaire studies. Data analysis is conducted by collecting the data and recorded in the form of report and compared with existing theory and poured in opinion. **Result:** From the result of research was found that post partum client with nursing problem of ineffective breastfeeding is given care with effective breast care measures to facilitate breastfeeding, the client 1 problem was resolved in day 3 while on client 2 problem was resolved in the day 2. Patients with breastfeeding ineffectiveness problems have different responses, this is influenced by the psychological state of the client. So nurses must do comprehensive care to handle every patient's nursing problems.

Keywords: Ineffective Breastfeeding, Post Partum

Bibliogtaphy: V Chapters, 111 Pages, 25 Drawing, 1 Picture, 5 Attachments, 7 books (Year 2009-2015), 3 Wabsite

KATA PENGANTAR



Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan Karunia-Nya dan yang telah melimpahkan Rahmat, Hidayat serta kasih sayang-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan baik dan tepat pada waktunya.

Karya tulis ini berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr.Slamet Garut”** disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan baik moril maupun material dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis dengan hati yang tulus ingin mengucapkan terima kasih yang sangat mendalam kepada :

1. H. Mulyana, S.H, M.Pd, M.H.Kes selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp, M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp, M.Kep, selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan
4. H. Husi Husaeni, dr. SpAn, KIC, M.Kes selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat.
5. H. Jajang S. Mail, dr.SpAn sebagai pelaksana harian prodi anestesi.
6. H. Maskut Farid, dr. MM selaku Direktur Utama RSUD dr.Slamet Garut beserta staff yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk lapangan ujian praktek.
7. Bd. Hj Aih Hartilah .SST sebagai kepala ruangan kalimaya bawah.
8. Deti Fuji A.md S.Kep.Ners selaku CI ruangan kalimaya bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi selama praktek keperawatan.

9. Iceu komalanengsih, SKM selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, dukungan, arahan dan motivasi.
10. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan, dukungan, arahan dan motivasi.
11. Seluruh Staff dosen karyawan program studi Diploma III Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat yang telah memberikan ilmu dan keterampilan selama penulis menuntut ilmu di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
12. Ayahanda Tercinta Drs H Samsudin, Ibunda Tercinta Hj Siti Aisah, untuk kakakku Riri Melinda dan adikku Muhammad Rizki Nur'ilahi dan seluruh keluarga besar terima kasih atas do'a, pengorbanan, kesabaran, motivasi, dukungan baik secara moril maupun materil dan kasih sayang yang selalu menjadi penyemangat demi keberhasilan anakmu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
13. Seluruh teman seperjuangan angkatan XI, senior dan adik-adik tingkat yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ilmiah ini.
14. Kepada teman SMP ku tersayang Citra, Vera, Salma, Isma, Ummu, Tami yang selalu memberi semangat dan motivasi dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
15. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis mendapat pahala dari Allah SWT. Demikian karya tulis ini penulis buat, semoga bermanfaat bagi dunia keperawatan.

Bandung, 19 April 2018

Sri Widaningsih

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Payudara.....	14

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1	Skala Nyeeri..... 23
Table 2.2	Intervensi dan Rasional..... 37
Table 2.3	Intervensi dan Rasional..... 39
Table 2.4	Intervensi dan Rasional..... 41
Table 2.5	Intervensi dan Rasional..... 43
Table 2.6	Intervensi dan Rasional..... 45
Table 2.7	Intervensi dan Rasional..... 47
Table 2.8	Intervensi dan Rasional..... 48
Table 2.9	Intervensi dan Rasional..... 50
Table 2.10	Intervensi dan Rasional..... 52
Table 2.11	Intervensi dan Rasional..... 55
Table 2.12	Intervensi dan Rasional..... 57
Table 2.13	Intervensi dan Rasional..... 58
Table 2.14	Intervensi dan Rasional..... 60
Tabel 4.1	Pengkajian..... 70
Tabel 4.2	Perubahan Aktifitas sehari-hari..... 73
Tabel 4.3	Pemeriksaan Fisik (<i>head to toe</i>) 74
Tabel 4.4	Pemeriksaan Psikologis..... 76
Tabel 4.5	Data Penunjang..... 77
Tabel 4.6	Data Pengobatan..... 78
Tabel 4.7	Analisa Data..... 78
Tabel 4.8	Diagnosa Keperawatan..... 83
Tabel 4.9	Perencanaan..... 84
Tabel 4.10	Pelaksanaan..... 89
Tabel 4.11	Evaluasi..... 92

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Bimbingan
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	Lembar Observasi
Lampiran IV	Lembar Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
Lampiran V	Satuan Acara Penyuluhan dan Leaflet
Lampiran VI	Jurnal

DAFTAR SINGKATAN

SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
WHO	: <i>World Heart Organization</i>
ASI	: Air Susu Ibu
EKG	: Elektrokardiogram
TBC	: Tuberkulosis
DM	: Diabetes melitus
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
KB	: Keluarga Berencana
TB	: Tinggi Badan
BB	: Berat Badan
APGAR	: <i>American Pediatric Gross Assessment Record</i>
POD	: Post Operatif Day
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
IUD	: <i>Intrauterine Device</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
TTV	: Tanda-tanda Vital
SC	: Sectio Caesarea
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uterus
IV	: Intra Vena
IM	: Intra Muskular
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
TT	: Tetanus
ADL	: <i>Activity Daily Life</i>
HR	: <i>Heart Rate</i>
BP	: <i>Blood Pressure</i>
HT	: Hematokrit
AGD	: Analisa Gas Darah

MAP	: Mean Arterial Pressure
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HBsAg	: Hepatitis B surface Antigen
SDKI	: survey demografi dan kesehatan Indonesia
RisKesDas	: Riset Kesehatan Dasar
SAP	: Satuan Acara Penyuluhan
PNC	: Post Natal Care

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan yaitu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau ari) yang telah cukup bulan atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Rati, 2011).

Masa nifas merupakan masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, waktu yang di butuhkan seorang wanita untuk kembali keadan fisiologis yang normal seperti sebelum hamil. Waktu ini diperkirakan berlangsung selama 6 minggu. Perawatan masa nifas sangat diperlukan untuk mencegah dan mendeteksi adanya komplikasi yang terjadi setelah persalinan, antara lain perdarahan, infeksi, gangguan fisiologi pada payudara bisa terjadi faktor ketidakefektifan pemberian ASI atau kesulitan memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status nutrisi bayi dan akan mengganggu kontak batin antara ibu dan bayi dalam proses menyusui. Maka dari itu bagi seorang wanita payudara merupakan organ yang sangat penting bagi kelangsungan perkembangan bayi yang dilahirkan. Payudara secara natural akan mengeluarkan ASI begitu ibu melahirkan (Ari Sulistiyawati, 2009).

Menyusui merupakan suatu proses alamiah. Pada masa nifas, masalah yang sering timbul antara lain kelainan puting, payudara bengkak, terjadi pembendungan ASI Terjadinya masalah tersebut karena beberapa faktor antara lain kurangnya perawatan payudara pada ibu menyusui.

Laktasi mempunyai dua pengertian, yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron menurun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan pada saat inilah mulai terjadi sekresi ASI. Dengan menyusukan lebih dini akan terjadi perangsangan puting susu, terbentuk prolaktin oleh hipofisis, sehingga sekresi ASI makin lancar (Anik Maryunani, 2010).

Menurut data *World Health Organisation* (WHO) terbaru pada tahun 2013 di Amerika Serikat persentase perempuan menyusui yang mengalami bendungan ASI rata-rata mencapai 87,05% atau sebanyak 8242 ibu nifas dari 12.765 orang, pada tahun 2014 ibu yang mengalami bendungan ASI sebanyak 7198 orang dari 10.764 orang dan pada tahun 2015 terdapat ibu yang mengalami bendungan ASI sebanyak 6543 orang dari 9.862 orang (WHO, 2015).

Data ASEAN menyebutkan pada tahun 2013 persentase cakupan kasus bendungan ASI pada ibu nifas tercatat 107.654 ibu nifas, pada tahun 2014 terdapat ibu nifas yang mengalami bendungan ASI sebanyak 95.698 orang, serta pada tahun 2015 ibu yang mengalami bendungan ASI sebanyak 76.543 orang dari hal ini disebabkan karena kesadaran masyarakat dalam mendorong peningkatan pemberian ASI dan perawatan payudara masih relatif rendah (Depkes RI, 2014).

Salah satu tidak tercapainya ASI eksklusif yaitu bayi tidak mendapatkan ASI yang cukup dikarenakan masalah dalam menyusui yang dikarenakan bendungan ASI. Bendungan ASI disebabkan oleh pengeluaran susu yang tidak lancar, karena bayi tidak sering menyusu, produksi

meningkat, terlambat menyusui, hubungan dengan bayi (*bonding*) kurang baik, dan dapat pula karena adanya pembatasan waktu menyusui. Bendungan ASI kebanyakan terjadi pada hari kedua sampai hari keempat post partum. Terjadi pembengkakan payudara dan secara palpasi teraba keras, kadang terasa nyeri serta sering kali disertai peningkatan suhu badan ibu, tetapi tidak terdapat kemerahan dan demam. Gangguan ini dapat menjadi lebih parah bila ibu jarang menyusui bayinya, akibatnya bayi tidak mendapatkan ASI (Sarwono, 20018).

Hasil riset kesehatan dasar tahun 2010 menunjukkan pemberian ASI di Indonesia saat ini memperhatikan, presentase bayi yang menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan hanya 15,3%. Hal ini disebabkan kesadaran masyarakat dalam mendorong peningkatan pemberian ASI masih relative rendah (Depkes, 2011)

Dari data survey demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2012 (SDKI 2012) menunjukkan bahwa sebanyak 27% bayi di Indonesia mendapatkan ASI eksklusif sampai dengan umur 4-5 bulan. Sedangkan riset kesehatan dasar tahun 2013 (Rikesdas 2013) dipatkan hasil 30,2% bayi 0-6 bulan mendapatkan ASI saja 24 jam terakhir. Masalah yang tersering dalam menyusui adalah putting susu nyeri atau lecet, sekitar 57% dari ibu menyusui dilaporkan pernah menderita kelecetan pada puttingnya (Soetjiningsih, 2012).

Berdasarkan data yang didapatkan dari Rekam Medis RSUD dr.Slamet Garut periode tahun 2015-2017, di dapatkan kasus persalinan spontan sebanyak 8.774 kasus. Berdasarkan survey lapangan di RSUD

dr.Slamet Garut di ruang kalimaya bawah pada tanggal 5 maret sampai 14 maret 2018 terdapat 10 orang ibu nifas mengalami payudara keras, terjadi bendungan ASI, puting susu tidak menonjol atau *anomaly* payudara, hal ini disebabkan karena ibu nifas tersebut tidak mengetahui tentang perawatan payudara. Maka dari itu dilakukan intervensi tentang perawatan payudara (*Breast Care*) pada ibu nifas tersebut.

Perawatan payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya aliran susu sehingga memperlancar penegeluaran ASI, serta menghindari terjadinya pembekakan dan kesulitan menyusui, selain itu juga menjaga kebersihan payudara agar tidak mudah terkena infeksi (Anggraini Y, 2010).

Berdasarkan uraian tersebut penulis memilih perawatan payudara (*Breast Care*) pada ibu nifas, maka penulis tertarik untuk penelitian karya tulis ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulisan mampu mengaplikasikan ilmu dan memperoleh pengalaman nyata dalam mengetahui hubungan antara perawatan payudara dengan kejadian ketidakefektifan pemberian ASI dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komprehensif dengan proses Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penulis dapat melakukan asuhan keperawatan yang meliputi :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Ibu Post Partum dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI Menetapkan diagnosis keperawatan dan menyusun sesuai prioritas masalah yang ditemukan pada Ibu dengan Post Partum dengan ketidakefektifan pemberian ASI Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Menyusun perencanaan keperawatan Ibu Post Partum dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ibu Post Partum dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

- d. Melakukan evaluasi pada Ibu Post Partum dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Mendokumentasikan hasil pengkajian pada Ibu Post Partum dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memeberikan manfaat bagi dunia keperawatan khususnya pada keperawatan maternitas sebagai informasi dalam melakukan perawatan payudara (*Breast Care*) untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya aliran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, serta menghindari terjadinya pembekakan dan kesulitan menyusui, selain itu juga menjaga kebersihan payudara agar tidak mudah terkena infeksi.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi perawat

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi referensi melakukan tindakan perawatan payudara (*breast care*), sehingga dapat di aplikasikan sebagai pencegahan Ketidakefektifan Pemberian ASI.

- b. Bagi Rumah Sakit

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan penanggulangan

Ketidakefektifan Pemberian ASI dengan melakuakn tehnik perawatan payudara (*breast care*) di rumah sakit khususnya di ruang maternitas.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi referensi untuk penanganan Ketidakefektifan Pemberian ASI pada Ibu Post Partum.

d. Bagi Klien

Dari karya tulis ilmiah ini penulis mengharapkan dapat digunakan sebagai sumber informasi bagi Ibu Post Partum dalam melakukan perawatan payudara.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 39 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Wiknjosastro, HG, 2008).

Secara umum persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan 37-42 minggu lahir spontan, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Naomy Marie Tando, 2013).

a. Bentuk-bentuk persalinan menurut (Naomy Marie Tando, 2013).

- 1) Persalinan spontan: Persalinan yang berlangsung, dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
- 2) Persalinan buatan: Persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi vakum dan *section caesarea*.
- 3) Persalinan anjuran: Persalinan tidak dimulai dengan sendiri tetapi berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian oksitosin atau prostaglandin.

2.1.2 Post Partum

Masa nifas merupakan masa setelah keluarnya plasenta sampai pemulihan kembali alat-alat reproduksi pulih seperti semula sebelum hamil berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Nurliana Mansyur,ST, 2014).

Masa nifas merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi meningkat (Nurliana Mansyur,ST, 2014).

2.1.3 Tahap Post Partum

Post partum dibagi menjadi 3 tahap menurut (Nurliana Mansyur, S.ST, 2014) yaitu :

1. Puerperium dini

Masa setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam, yang dalam hal ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2. Puerperium intermedical

Masa 24 jam setelah melahirkan sampai 7 hari (1 minggu).

3. Remote Puerperium

Masa 1 minggu sampai 6 minggu sesudah melahirkan. Periode ini bidan tetap melanjutkan pemeriksaan dan perawatan sehari-hari serta memberikan konseling KB.

2.1.4 Perubahan Fisiologi masa nifas

A. Perubahan Sistem Reproduksi

1. Uterus

a. Pengerutan Rahim (*involsi*)

Pengerutan Rahim (*involsi*) merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU nya (tinggi fundus uteri) (Nurliana Mansyur, S.ST, 2014).

- 1) pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- 2) Pada akhir kala 3, TFU teraba 2 jari di bawah pusat.
- 3) Satu minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
- 4) 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.
- 5) 6 minggu post partum fundus uteri mengecil (tidak teraba) dengan berat 50 gram.
- 6) 8 minggu post partum fundus uteri sebesar normal dengan berat 30 gram.

Perubahan ini berhubungan erat dengan Perubahan *miometriun* yang bersifat *proteolysis*. *Involsi* uterus terjadi melalui 3 proses yang bersama, antara lain:

a) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran sendiri yang terjadi didalam otot uteri.

b) Atrofi jaringan

Atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi ekstrogen yang menyertai pelepasan plasenta.

c) Efek oksitosin (kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir. Hal tersebut diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar, hormone oksitosin yang dilepas dari kelenjar hypofisis memperkuat dan mengatur kontraksi terus, mengopres pembuluh darah, dan membantu proses homeostatis.

b. Lokhea

Lokhea adalah eksresi cairan Rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda, lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi.

Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1) Lokhea rubra/merah

Keluar dari hari pertama sampai hari ke-4 masa *post partum*.

2) Lokhea sanguinolenta

Berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari ke-4 sampai hari ketujuh *post partum*.

3) Lokhea serosa

Berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) Lokhea alba/putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender servik, dan serabut jaringan yang mati. Berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

c. Laktasi

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu, yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, stress, kurang percaya diri dan berbagi ketegangan emosional akan mengganggu volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang.

Laktasi, kelenjar mammae telah disiapkan semenjak kehamilan. Umumnya produksi ASI baru terjadi hari kedua atau ketiga pasca persalinan. Pada hari pertama keluar kolostrum cairan kuning yang lebih kental dari pada air susu mengandung banyak protein, albumin, globulin dan puting susu harus dijaga kebersihannya.

Menurut (Nurliana Mansyur, S.ST, 2014) pemberian ASI terdapat 2 refleksi yang berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu, yaitu:

a) *Refleks prolaktin*

Setelah ibu melahirkan dan terlepasnya plasenta fungsi korpus luteum berkurang maka estrogen dan progesteronnya berkurang. Hormon prolaktin yang akan merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat susu.

b) *Refleks let down*

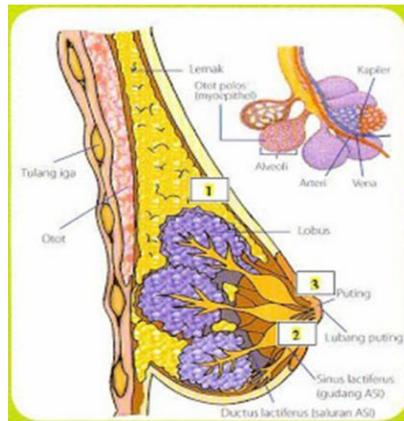
Bersamaan dengan pembentukan prolaktin rangsangan yang berasal dari hisapan bayi yang dilanjutkan ke hipofise anterior yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini diangkut menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi pada uterus sehingga terjadinya proses involusi. Factor yang menghambat *refleks let down* adalah keadaan bingung atau pikiran kacau, takut, cemas. Bila ada stress dari ibu yang menyusui akan terjadi suatu *blockade* dari *refleks let down*. Ini disebabkan oleh karena adanya pelepasan dari adrenalin yang menyebabkan vaso konstriksi dari pembuluh darah alveoli, sehingga oksitosin sedikit harapannya. Akibat dari tidak sempurnanya reflex let down maka akan terjadinya penumpukan air susu didalam alveoli yang secara klinis tampak payudara membesar dan rasa sakit. Rasa sakit ini merupakan stress bagi ibunya.

1) Anatomi dan Fisiologi payudara

Payudara merupakan kelenjar yang terletak dibawah kulit, atau otot dada dan fungsinya memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara dengan berat kira-kira 200 gram, yang kiri lebih besar dari kanan. Pada waktu hamil payudara membesar,

mencapai 600 gram dan pada waktu menyusui bisa mencapai 800 gram (Reni Yuli Astutik, 2014).

Secara makroskopis payudara ada tiga bagian utama yaitu sebagai berikut.



Gambar 2.1 Anatomi payudara (Roesli, 2005)

a) Korpus

Korpus (badan) yaitu bagian yang membesar.

b) Areola

Areola adalah lingkaran yang terdiri atas kulit longgar dan mengalami pigmentasi. areola pada masing-masing payudara memiliki garis tengah kira-kira 2,5 cm.

c) Papilla mammae (puting susu)

Terletak setinggi interkosta IV, tetapi berhubung adanya variasi bentuk dan ukuran payudara, maka letaknya akan bervariasi. Pada tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara dari duktus laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat-serat otot polos yang tersusun secara sirkuler sehingga bila ada kontraksi duktus laktiferus akan memadat dan menyebabkan puting susu ekskresi,

sedangkan serat-serat otot longitudinal akan menarik kembali puting susu tersebut. Bentuk puting ada 4 macam yaitu, bentuk yang normal, pendek/datar, panjang, dan terbenam (*inverted*).

2) Pembentukan ASI

a) Proses Pembentukan Laktogen

Proses pembentukan laktogen dimulai sejak kehamilan (Reni Yuli Astutik, 2014). Yang meliputi proses sebagai berikut:

(1) Laktogen I

Pada fase terakhir kehamilan, payudara wanita memasuki fase laktogenesis I. payudara memproduksi kolostrum, yaitu berupa cairan kental yang kuning. Pada saat itu, tingkat progesterone yang tinggi mencegah produksi ASI sebenarnya.

(2) Laktogen II

Saat melahirkan, keluarnya plasenta menyebabkan turunnya tingkat hormone progesterone, estrogen, dan *human placenta lactogen* (HPL) secara tiba-tiba, tetapi hormone proklaktin tetap tinggi. Hal ini menyebabkan produksi ASI secara maksimal yang dikenal dengan fase laktogen II.

(3) Laktogen III

System control hormone endrokin mengatur produksi ASI selama kehamilan dan beberapa hari pertama setelah melahirkan. Ketika produksi ASI mulai stabil, system control autokrin dimulai. Fase ini dinamakan laktogenesis III. Pada tahap ini, apabila ASI bayak

dikeluarkan, maka payudara akan memproduksi ASI dengan banyak pula.

3) Pengertian Perawatan Payudara

Breast Care merupakan suatu tindakan perawatan payudara yang dilaksanakan, baik oleh pasien maupun dibantu orang lain yang dilaksanakan mulai hari pertama atau kedua setelah melahirkan. Perawatan payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya aliran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, serta menghindari terjadinya pembekakan dan kesulitan menyusui, selain itu juga menjaga kebersihan payudara agar tidak mudah terkena infeksi (Anggraini Y, 2010). Menurut hasil penelitian Evi Rosi (2017) yang meneliti tentang hubungan perawatan payudara pada ibu nifas dengan bendungan ASI. Menurut peneliti ibu nifas yang melakukan perawatan payudara selama menyusui berdampak baik selama menyusui yaitu tidak terjadinya bendungan ASI. Hal ini dikarenakan gerakan pada perawatan payudara akan melancarkan reflek pengeluaran ASI, serta dapat mencegah dan mendeteksi dini kemungkinan adanya bendungan ASI dapat berjalan lancar. Puting susu memegang peranan penting pada saat menyusui. Air susu ibu akan keluar dari lubang-lubang pada puting susu oleh karena itu puting susu perlu dirawat agar dapat bekerja dengan baik, tidak semua wanita mempunyai puting susu yang menonjol (normal).

2. Servik

Perubahan yang terdapat pada servik ialah denag bentuk menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir, disebabkan oleh corpus uteri yang

dapat mengadakan kontraksi, sedangkan servik tidak berkontraksi seolah-olah pada perbatasan antara corpus dan servik berbentuk semacam cincin.

3. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi.

4. Perineum

Perineum setelah melahirkan menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju.

B. Perubahan Sistem Pencernaan

Pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktifitas tubuh.

C. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah persalinan biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kandung kemih dalam puerperium kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh.

D. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ligmen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligment rotundun menjadi kendur. Strabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

E. Perubahan Sistem Endrokrin

a) Hormone plasenta

Hormone plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 *post partum*.

b) Hormone pituitary

Proklatin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu.

c) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga di pengaruhi oleh menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesterone.

F. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Suhu Badan: Satu hari (24 jam) post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, hilang cairan dan kelelahan. Nadi: Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Tekanan Darat: Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklamsi post partum. Pernafasan: Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas.

G. Perubahan Sistem kardiovaskuler

Pada dasarnya tekanan darah sedikit berubah atau tidak berubah sama sekali. Tapi biasanya terjadi penurunan tekanan darah sistolik 20 mmHg.

H. Perubahan Sistem Hemotologi

Hemoglobin akan meningkat 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat pra persalinan pada hari pertama (Ari Sulistyawati, 2009).

Alat reproduksi dalam wanita terdiri atas ovarium, saluran reproduksi, uterus, dan vagina.

1) Ovarium

Ovarium terletak pada daerah pinggang sebelah kiri dan kanan. Di dalam ovarium terdapat kelenjar endrokin penghasil hormone dan sel tubuh sebagai penghasil ovum (sel telur).

2) Saluran reproduksi

Saluran reproduksi pada wanita adalah oviduk atau tuba fallopi. Oviduk merupakan tempat terjadinya fertilasi. Fertilasi akan menghasilkan zigot yang akan bergerak menuju uterus/

2.1.5 Adaptasi Psikologi Ibu Post Partum

Reva Rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian (Ari Sulistyawati, 2009), antara lain:

a. Periode "Taking In"

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan, ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada

kekhawatiran akan tubuhnya. Mengulang-ulang menceritakan pengalaman waktu melahirkan.

b. Periode “*Taking Hold*”

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum. Ibu menjadi perhatian kepada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok dan sebagainya. Pada masa ini biasanya ibu biasanya sedikit sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.

c. Periode “*Letting Go*”

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang kerumah, periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan social. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan, proses pemecahan masalah yang kreatif dan sistematis, telah digunakan dalam keperawatan sejak tahun 1950-an. Proses keperawatan meliputi enam komponen yang saling berkaitan: pengkajian, diagnosis, perencanaan hasil, perencanaan intervensi, implementasi, dan evaluasi. Fase tersebut disajikan secara terpisah untuk kejelasannya; meskipun demikian, didalam praktiknya fase tersebut saling tumpang tindih dan tidak selalu terjadi sesuai urutan (Carol J. Green, 2012).

2.2.1 Pengkajian

Pada langkah pertama ini, semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien telah dikumpulkan. Untuk memperoleh data, dilakukan melalui anamnesa. Anamnesa adalah pengkajian dalam rangka mendapatkan data tentang pasien melalui pengajuan pertanyaan-pertanyaan (Ari Sulistyawati, 2009).

1. Biodata

Dikaji tentang identitas klien yang meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medik, diagnosa medis, alamat. Serta dikaji juga identitas penanggung jawab klien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, alamat.

2. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan klien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dan menjelaskan keluhan yang terjadi saat dikaji. Pada post partum spontan biasanya sebagian klien mengeluh nyeri di jalan lahir karena ada luka episiotomi.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Kaji apa yang menyebabkan klien mengalami gangguan nyeri. Hal tersebut dapat di uraikan dengan metode PQRST:

P : *paliatif/propokatif*, yaitu segala Sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum spontan biasanya klien mengeluh nyeri diraskan bertambah apabila klien banyak bergerak dan diraskan berkurang apabila klien istirahat/berbaring.

Q : *quality/quantity*, yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum spontan biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti ditusuk-tusuk.

R : *region/radiasi*, yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya.pada post partum spontan biasanya klien mngeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada derah perineum biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S : *severity, scale*, yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan besar gangguannya yang di ukur dengan skala nyeri 0-10.

Tabel 2.1 Tabel skala nyeri menurut Hayward

Skala	Kriteria
0	Tidak ada rasa nyeri yang dirasakan
1-3	Nyeri ringan: secara objektif klien bisa berkomunikasi dengan baik.
4-6	Nyeri sedang: secara objektif klien mendesis, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
7-9	Nyeri berat terkontrol: secara objektif klien sering tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih merespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak bisa nafas dengan atur posisi, nafas panjang dan distraksi.
10	Nyeri berat tidak terkontrol: klien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul-mukul.

Pada post partum spontan biasanya nyeri luka berdampak terhadap aktifitas sehari hari, dengan skala nyeri lebih dari 4 pada skala 0-10.

T : *Timing*, yaitu menunjukan waktu terjadinya dan frekuensinya kejadian keluhan tersebut.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi tentang riwayat penyakit keluarga dan riwayat penyakit yang dialami oleh klien pada masa lalu, seperti riwayat hipertensi, penyakit keturunan seperti diabetes melitus dan asma, riwayat alergi dan penyakit menular seperti hepatitis dan TBC.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga menjelaskan keadaan kondisi anggota keluarga apakah ada yang pernah menderita penyakit serupa dengan klien pada periode 6 bulan terakhir, riwayat menular, maupun penyakit keturunan.

3. Riwayat Ginekologi dan Obstetrik menurut (Ari Sulistyawati, 2009).

a. Riwayat Ginekologi

1) Riwayat Menstruasi

Siklus haid, lamanya haid, banyaknya sifat darah, (warna, bau, cair gumpalan) menerche dismenorrhoe, HPHT dan tapsiran kelahiran.

2) Riwayat Perkawinan

Usia perkawinan, usia klien dan suami saat menikah, pernikahan yang keberapa bagi klien dan suami, jumlah anak.

3) Riwayat Kontrasepsi

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah prsalinan, jumlah anak yang direncanakan oleh keluarga.

b. Riwayat Obstetrik

1) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan nifas yang lalu

Meliputi umur kehamilan, keluhan selama hamil, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Usia kehamilan , keluhan selama hamil, gerakan anak pertama, dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya.

3) Riwayat Persalinan Dahulu

Meliputi tentang jumlah anak., tanggal lahir, usia, jenis kelamin, berat badan lahir, umur kehamilan, jenis persalinan dahulu, tempat persalinan dan apakah ada komplikasi pada ibu dan bayi.

4) Riwayat Persalinan Sekarang

Merupakan persalinan beberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR *score* dalam 1 menit dan 5 menit pertama.

5) Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi pundus uteri setinggi pusat.

4. Aktivitas Sehari-hari menurut (Ari Sulistyawati, 2009).

a. Pola Nutrisi

Meliputi frekuensi, jenis, porsi, jumlah makan dan minum, keluhan. Biasanya pada post partum nafsu makan meningkat, Kehilangan rata-rata berat badan 7-8 kg.

b. Pola Eliminasi/Sistem Urogenital

Kaji kebiasaan BAB/hari, konsistensi, frekuensi serta warna dan BAK baik dalam frekuensi, jumlah serta warna dan keluhan pada saat berkemih.

- 1) Konstipasi, tidak mampu berkemih, retensi urine.
- 2) Edema pada kandung kemih, urethra dan meatus urinarius terjadi karena trauma.
- 3) Pada fungsi ginjal: proteinuria, diuresis mulai 12 jam.
- 4) Fungsi kembali normal dalam 4 minggu.

c. Pola Istirahat Tidur

Kaji kebiasaan tidur, jumlah jam tidur siang dan malam dan masalah yang dialami saat tidur. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8jam.

d. Pola Personal Hygiene

Pengkajian dilakukan dengan menanyakan frekuensi mandi, menyikat gigi, keramas, menggunting kuku sebelum sakit dapat dihubungkan dengan kemampuan untuk merawat diri yang sudah dapat dilakukan oleh klien.

e. Pola Aktivitas

Kaji pola aktivitas klien sebelum sakit dan selama sakit. Pada post partum kebanyakan aktivitas dibantu, pada hari pertama kelelahan dan merasa sakit di daerah jalan lahir (perineum).

5. Pemeriksaan Fisik menurut (Ari Sulistyawati, 2009).

a. Pemeriksaan Fisik Ibu

1) Keadaan umum

Pada klien dengan post partum spontan biasanya kesadaran composmentis, dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

2) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) berupa suhu, tekanan darah, respirasi dan nadi. Tanda-tanda vital pada post partum biasanya normal seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi.

3) Antropometri

Pemeriksaan tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan setelah hamil, berat badan setelah melahirkan.

4) Kepala

Amati bentuk dan kesimetrisan kepala, kebersihan kepala, apakah ada pembesaran kepala, nyeri tekan dan lesi. Perhatikan warna rambut, rambut mudah rontok atau tidak.

5) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting udem pada dahi.

6) Mata

Warna konjungtiva dan sklera, bentuk mata, kebersihan, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, fungsi penglihatan, kelainan dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat).

7) Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pendengaran.

8) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, polip, alergi debu dan gangguan pada fungsi penciuman.

9) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, kebersihan mulut, gigi, lidah. keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil dan adakah nyeri pada saat menelah.

10) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan kelenjar limfe, peritonitis, nyeri saat menelan, adakah peningkatan vena jugularis dan kaku kuduk.

11) Dada

Perhatikan kesimterisan bentuk dada, dada terdiri dari paru-paru, jantung, payudara.

a) Paru-paru

Amati pola nafas apakah ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan kaji respirasi dalam satu menit.

b) Jantung

Bunyi jantung regular S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan S2 lebih terdengar di ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti gallop dan murmur.

c) Payudara

Bentuk payudara, gangguan ASI, keadaan putng, kebersihan, ada tidak pembengkakan dan nyeri tekan, ada tidaknya benjolan. Biasanya pada hari pertama post partum konsistensi lunak, adanya kolostrum, puting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga payudara mengeras, membesar, hangat, puting dapat mengalami luka yang memerah, ASI keluar pada hari kedua sampai hari keempat (Reeder, 2009).

12) Abdomen

Perhatikan bentuk, striae, linea, kontraksi uterus dan TFU.

13) Punggung dan bokong

Bentuk, ada tidaknya lesi, ada tidak kelainan pada tulang belakang.

14) Genetalia

Perhatikan kebersihan, ada tidaknya edema pada vagina, pengeluaran pervagina lochea rubra pada hari pertama dengan

jumlah sedang sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau, keadaan luka jahitan dan tanda-tanda infeksi vagina.

15) Anus

Perhatikan ada atau tidak haemoroid dan kebersihan.

16) Ekstremitas

Pada ekstremitas bawah adanya edema/pedis, tanda hofmen negative pada hari pertama dan edema minimal dan tanda hofmen negative pada hari ketiga, kesimetrisan ekstremitas, ada tidaknya varises, ada tidaknya nyeri tekan.

6. Data Psikologi menurut (Ari Sulistyawati, 2009).

a. Adaptasi Psikologi Post Partum

Ada 3 periode dalam adaptasi post partum yaitu *Taking In, Taking Hold, Letting Go*.

1) Fase taking in

- (1) Merupakan periode ketergantungan
- (2) Berlangsung dari hari 1-2 setelah melahirkan
- (3) Fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri
- (4) Dapat disebabkan karena kelelahan
- (5) Pada fase ini ibu cenderung pasif terhadap lingkungannya
- (6) Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya.

2) Fase taking hold

- (1) Berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan
- (2) Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi

(3) Memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri

3) Fase letting go

(1) Berlangsung 10 hari setelah melahirkan

(2) Merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Ibu sudah memulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya

b. Konsep Diri

1) Gambaran Diri

Kaji Klien bagaimana dengan perubahan badanya selama kehamilan dan setelah persalinan.

2) Ideal Diri

Kaji persepsi klien tentang bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar pribadi.

3) Harga Diri

Kaji penilaian pribadi klien dalam memenuhi ideal diri klien.

4) Peran

Kaji kesadaran diri klien mengenai jenis kelaminnya, dan kaji apakah klien mempunyai tujuan yang bernilai yang dapat direalisasikan.

5) Identitas Diri

Kaji kepada klien tentang fungsinya sebagai wanita.

7. Data Sosial menurut (Ari Sulistyawati, 2009).

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitar

8. Kebutuhan Bounding Attachment menurut (Ari Sulistyawati, 2009).

Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/nifas.

9. Kebutuhan Pemenuhan Seksual menurut (Ari Sulistyawati, 2009).

Mengidentifikasi tentang kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/nifas.

10. Data Spritual menurut (Ari Sulistyawati, 2009).

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimism kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah.

11. Pengetahuan Tentang Perawatan Diri menurut (Ari Sulistyawati, 2009).

Mengidentifikasi pengetahuan tentang perawatan diri; breast care, perawatan luka perineum dan episiotomi, perawatan luka dirumah, senam nifas, KB dll.

12. Data Penunjang menurut (Ari Sulistyawati, 2009).

Merupakan data yang menunjang adanya kelainan atau komplikasi dari suatu penyakit meliputi pemeriksaan laboratorium, foto rongent, rekam kardiografi, dll.

13. Program dan Rencana Pengobatan menurut (Ari Sulistyawati, 2009).

Therapy yang diberikan diidentifikasi mulai nama obat, dosis, waktu pemberian.

14. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan gaya pikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit. Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengeplokkan data, menafsirkan adanya ketimpangan, atau kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah yang ada. Rencana Asuhan Keperawatan Maternal dan Bayi baru lahir Carol J. Green, 2012).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan potensial atau aktual maupun situasi kehidupan. Diagnosa keperawatan menjadi dasar dalam memilih intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat (NANDA, 2003. Rencana Asuhan Keperawatan Maternal dan Bayi baru lahir Carol J. Green, 2012).

Diagnose keperawatan yang muncul pada ibu Post Partum menurut Rencana Asuhan Keperawatan Maternal dan Bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring atau imobilitas, kelemahan umum, ketidakseimbangan antara persediaan/kebutuhan oksigen dan gaya hidup.

2. Ansietas berhubungan dengan ancaman atau persepsi ancaman terhadap kehamilan atau bayi baru lahir, ancaman persepsi ancaman terhadap kesejahteraan fisik, kesalahpahaman atau konflik interpersonal, kurang dukungan emosional, perubahan status finansial, perubahan status fungsional, kurang pengetahuan, pemeriksaan atau prosedur invasif dan kelahiran sesar yang tidak direncanakan atau darurat.
3. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas, gastrointestinal sekunder akibat hormon kehamilan dan tekanan pada organ perut lain yang disebabkan oleh pembesaran uterus, asupan serat tidak adekuat, asupan cairan yang tidak cukup, gaya hidup sedentasi atau aktivitas fisik yang tidak adekuat, stres atau ansietas, lalai untuk menetapkan atau mempertahankan waktu defekasi yang teratur, nyeri atau takut nyeri, suplemen zat besi oral.
4. Resiko gangguan pelekatan orang tua/ bayi berhubungan dengan prematuritas bayi, penyakit, atau masalah yang mengubah kontak orang tua, hambatan fisik, takut atau ansietas, pemisahan orang tua dan bayi atau anak, ketidakmampuan orang tua untuk memenuhi kebutuhan personalnya dan penyalahgunaan zat.
5. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan tidak ada pengalaman atau terpajan sebelumnya dengan situasi, tidak berminat atau memiliki motivasi yang rendah untuk belajar, kurang akses ke sumber pembelajaran, penurunan kemampuan kognitif.
6. Restensi urine berhubungan dengan edema, trauma kandung kemih.

7. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum, riwayat infeksi saluran kemih, trauma jaringan pecah ketuban lama sebelum kelahiran, pemantauan janin intrauteri, kelahiran sesar, persalinan lama, retensi fragmen plasenta, nutrisi buruk dan faktor hormon.
8. Ketidakefektifan ASI berhubungan dengan suplain ASI tidak cukup, *anomaly* payudara ibu, kurang pengalaman akibat kehamilan pertama atau pengalaman pertama menyusui, depresi berat.
9. Nyeri akut berhubungan dengan diaphoresis, kemerahan yang meluap-luap, peningkatan denyut nadi, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nafas, sikap melindungi, mengusap-usap dan sikap tubuh yang tegang, perubahan selera dan pola makan, perilaku distraksi, gangguan tidur dan luka pasca seksio sesarea.
10. Ketakutan berhubungan dengan stresor atau stimulus lingkungan, kurang pengetahuan, hasil yang tidak pasti (ibu dan bayi) pada situasi risiko tinggi, kehilangan fisik misal kehilangan fungsi atau kematian, perubahan maturasi misal kehamilan atau *parenthood*.
11. Ketidakefektifan coping berhubungan dengan depresi sebelum, selama dan setelah kehamilan, tidak yakin terhadap kemampuan coping, gangguan citra tubuh, perubahan pola pelepasan ketegangan, relaksasi dan perawatan diri, kurang cadangan energi untuk penatalaksanaan stress, stress dalam merawat anak misal perubahan tidur, dan masalah pemberian makan, kesempatan yang tidak cukup untuk melakukan persiapan dalam mengatasi stressor misal bayi premature, perubahan maturasi misal pernikahan, *parenthood* atau masalah pengasuhan anak.

12. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan ikatan oksigen pada hemoglobin akibat perubahan pH darah, gangguan pertukaran oksigen-karbon dioksida, gangguan aliran darah arteri dan vena, penurunan konsentrasi hemoglobin, hipoventilasi, hypervolemia, hipovolemia.
13. Deprivasi tidur atau gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, ansietas, depresi, perasaan berkemih yang kuat, sesak napas, perubahan hormone, kesepian atau tidak ada pasangan tidur, perubahan siklus tidur dan terjaga yang sering, obat-obatan misal depresan atau stimulan, gangguan di lingkungan misal bunyi atau suhu.

2.2.3 Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan

Perencanaan dimulai saat diagnosis keperawatan telah dirumuskan. Rencana asuhan memberikan bimbingan untuk perawat dan penyediaan layanan kesehatan lain yang terlibat dalam asuhan klien.

Perencanaan tindakan dan rasional pada ibu Post Partum menurut . Rencana Asuhan Keperawatan Maternal dan Bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring atau imobilitas, kelemahan umum, ketidakseimbangan antara persediaan/kebutuhan oksigen dan gaya hidup.
 - a. Tujuan dan kriteria Hasil :
 - 1) Mempertahankan tingkat aktivitas sesuai dengan kemampuan yang biasa, dibuktikan dengan denyut jantung dan tekanan darah yang normal

selama beraktivitas dan tidak ada keletihan, kelemahan, serta sesak nafas.

2) Menggunakan teknik konservasi energi.

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Intoleransi Aktivitas

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
1) Kaji kemampuan ibu untuk melakukan ambulasi dan aktivitas perawatan diri	1) Membantu menentukan tingkat intoleransi aktivitas ibu untuk menetapkan tujuan yang realistis.
2) Kaji perubahan denyut nadi setelah beraktivitas	2) Denyut jantung dapat meningkat 20 hingga 30 denyut/menit setelah beraktivitas, yang bergantung pada jumlah dan jenis aktivitas. Peningkatan melebihi 20 hingga 30 kali adalah abnormal dan dapat mengindikasikan gangguan jantung serta membutuhkan evaluasi lebih lanjut.
3) Kaji adanya perubahan ostostatik pada tekanan darah	3) Penurunan tekanan darah ostostatik dapat disebabkan oleh penurunan volume cairan, infeksi atau nyeri. Peningkatan atau penurunan tekanan darah yang signifikan saat beraktivitas memerlukan evaluasi lebih lanjut.
4) Kaji perubahan frekuensi pernafasan	4) Aktivitas meningkatkan kecepatan metabolisme dan konsumsi oksigen yang dapat meningkatkan frekuensi pernafasan dan menyebabkan dyspnea.
5) Kaji adanya infeksi	5) Adanya demam, peningkatan hitung sel darah putih, atau drainase purulen merupakan indikasi infeksi. Infeksi adalah penyebab signifikan kelemahan dan keletihan karena peningkatan kebutuhan metabolisme.
6) Kaji adanya data laboratorium abnormal.	6) Data laboratorium abnormal dapat mengindikasikan penyakit utama atau komplikasi.
7) Kaji kebutuhan nutrisi ibu.	7) Ibu yang tidak dapat asupan nutrisi yang adekuat tidak akan memiliki cadangan energi yang dibutuhkan untuk persalinan, kelahiran atau perawatan diri dan bayinya setelah kelahiran atau penyembuhan.
8) Kaji persepsi ibu tentang intoleransi aktivitas yang di alami.	8) Memberikan informasi dasar tentang pemahaman ibu mengenai keletihan dan penyebabnya serta untuk memandu penanganan.
9) Kaji status emosi.	9) Stres psikologis dapat menyebabkan depresi, yang dapat mengakibatkan intoleransi aktivitas yang sama beratnya dengan stress fisiologis.

10) Kaji pola dan keadekuatan tidur.	10) Periode terjaga yang lama atau gangguan tidur yang sering mengacaukan siklus tidur yang normal dan menyebabkan kelelahan serta ketidakmampuan untuk menoleransi aktivitas normal.
--------------------------------------	---

2. Ansietas berhubungan dengan ancaman atau persepsi ancaman terhadap kehamilan atau bayi baru lahir, ancaman persepsi ancaman terhadap kesejahteraan fisik, kesalahpahaman atau konflik interpersonal, kurang dukungan emosional, perubahan status finansial, perubahan status fungsional, kurang pengetahuan, pemeriksaan atau prosedur invasif dan kelahiran sesar yang tidak direncanakan atau darurat.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Tidak ada tanda ansietas misal gemetar, pucat dan wajah tegang.
- b) Berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan dan perawatan dirinya.
- c) Mengidentifikasi dan menggunakan individu pendukung, misal pasangan, pemberi asuhan.
- d) Mengungkapkan rasa kendali dan penerimaan terhadap situasi

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Ansietas

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
1) Kaji indikator perilaku takut/ansietas baik verbal dan non verbal.	1) Menentukan adanya ansietas dan tingkatannya. Informasi ini menjadi dasar untuk merencanakan intervensi keperawatan dan menilai keefektifan intervensi tersebut. Isyarat non verbal dapat dikenali pertama kali karena beberapa klien mungkin tidak mengenali atau menyatakan ansietasnya sendiri. Peningkatan ansietas menyebabkan perubahan perilaku semakin memburuk.
2) Kaji kemampuan ibu atau pasangannya untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.	2) Partisipasi meningkatkan rasa kendali, namun penting untuk tidak meningkatkan stres dengan menuntut keterlibatan ibu lebih dari yang dapat ditoleransi dengan baik.
3) Kaji tingkat pemahaman mengenai diagnosis, penanganan, dan prognosis.	3) Penyuluhan dimulai dengan pengkajian tingkat pengetahuan ibu sehingga penyuluhan dapat disesuaikan dengan ibu dan pasangannya. Pengetahuan dan pemahaman mengurangi ketakutan.
4) Kaji gejala fisiologis ansietas.	4) Ansietas merangsang sistem saraf otonom, menimbulkan gejala sebagai berikut : peningkatan tekanan darah, nadi dan pernafasan, palpitasi jantung, diaforesis, tangan dingin dan berkeringat, pusing dan sakit kepala, tremor, mulut kering dan mual.
5) Kaji tingkat ansietas.	5) Ansietas berkisar dari ringan hingga panik. Ansietas ringan dapat meningkatkan ketegangan dan meningkatkan kemampuan untuk memahami dan belajar. Ansietas sedang menyebabkan inatensi secara periodik, penurunan kemampuan untuk berkomunikasi dan belajar, serta penurunan akan arahan. Gejala berat mengganggu kemampuan belajar dan memahami serta menyampaikan detail. Panic menyebabkan gangguan persepsi, ketidakmampuan untuk belajar, dan ketidakmampuan untuk berkomunikasi atau berfungsi.
Penyuluhan Klien/Keluarga	
6) Luangkan waktu bersama untuk menjelaskan prosedur, memberi dukungan, dan mendengarkan masalah.	6) Membina hubungan, menjadi pendengar aktif, empati dan memberikan penjelasan menunjukkan perhatian perawat, sehingga mengurangi rasa takut terhadap sumber yang tidak diketahui, serta membina rasa percaya.
Lain-lain :	
7) Sediakan lingkungan yang tenang dan memberi kedamaian.	7) Lingkungan yang tenang dan tidak mengancam akan mendorong klien

8) Dorong pernyataan ansietas.	8) Takut terhadap sumber yang tidak diketahui atau takut yang di sebabkan oleh kesalahpahaman mengenai penyakit atau pengobatan meningkatkan ansietas secara signifikan. Ansietas berkurang saat ketakutan dihilangkan atau dikurangi.
9) Bantu klien untuk mengidentifikasi sumber stressor.	9) Membantu mengenali dan mengatasi ansietas. Kadang-kadang stressor dapat dimodifikasi atau dihilangkan. Disaat lain keterampilan coping mungkin membutuhkan dukungan.
10) Dorong partisipasi individu terdekat sebanyak mungkin.	10) Kehadiran pasangan ibu dan individu terdekat meningkatkan perasaan aman dan menurunkan perasaan takut.
11) Dorong klien untuk mengidentifikasi dan menggunakan teknik penurunan stress yang sebelumnya terbukti berhasil.	11) Teknik yang sebelumnya pernah berhasil cenderung akan berhasil pada setiap situasi yang menimbulkan stress. Klien lebih suka untuk menggunakan teknik yang sebelumnya terbukti berhasil.

3. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas, gastrointestinal sekunder akibat hormon kehamilan dan tekanan pada organ perut lain yang disebabkan oleh pembesaran uterus, asupan serat tidak adekuat, asupan cairan yang tidak cukup, gaya hidup sedentasi atau aktivitas fisik yang tidak adekuat, stres atau ansietas, lalai untuk menetapkan atau mempertahankan waktu defekasi yang teratur, nyeri atau takut nyeri, suplemen zat besi oral.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- b) Melaporkan kembali ke pola defekasi yang biasa.
- c) Mengeluarkan feses yang berbentuk dan lembut tanpa laksatif atau enema.
- d) Mengonsumsi diet kaya serat.
- e) Meminum cairan dengan jumlah adekuat setiap hari.

- f) Berpartisipasi dalam program latihan fisik dengan batasan yang ditentukan.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Konstipasi

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
1) Kaji pola eliminasi alvi yang normal atau biasa pada klien.	1) Pola defekasi pada setiap individu beragam dan berkisar dari defekasi satu kali tiap hari hingga defekasi setiap 2 hingga 3 hari. Pola defekasi normal pada klien harus ditentukan untuk merencanakan intervensi korektif.
2) Kaji asupan serat dalam diet.	2) Karena tidak cukup serat dalam diet, hanya sedikit ampas yang tersedia untuk membentuk feses.
3) Kaji asupan cairan.	3) Bila asupan cairan tidak adekuat, feses dapat kekurangan kandungan cairan yang cukup untuk memudahkan pengeluaran melalui saluran usus bawah.
4) Kaji pola aktivitas.	4) Jika latihan fisik tidak cukup, gerakan peristaltik normal dapat berkurang dan otot saluran cerna dapat kehilangan tonusnya sehingga menyebabkan konstipasi dan impaksi feses.
5) Kaji penggunaan obat resep, obat bebas, dan obat herbal saat ini.	5) Banyak obat seperti antidepresan, antasida, analgetik, antihipertensi, dan suplemen diet dapat menyebabkan konstipasi.
6) Kaji penggunaan laksatif atau enema.	6) Penggunaan laksatif atau enema yang lama mengurangi fungsi normal dan menyebabkan ketergantungan.
7) cemas berlebihan.	7) Stres atau cemas berlebihan dapat menekan fungsi fisik sehingga berdampak buruk pada pencernaan dan eliminasi.
Penyuluhan Klien/Keluarga	
8) Dorong penetapan waktu defekasi yang teratur.	8) kebiasaan yang di perlukan untuk memastikan eliminasi feses pada waktu yang sama setiap hari, keinginan untuk defekasi mungkin tidak kuat dirasakan sehingga menyebabkan konstipasi.
9) Jelaskan hubungan antara asupan cairan dan defekasi, serta dorong asupan cairan antara 2000 dan 3000 ml cairan (8 hingga 10 gelas air) per hari.	9) Asupan cairan yang adekuat penting untuk mempertahankan feses cukup basah sehingga memudahkan pengeluarannya melalui saluran usus bawah.
10) Jelaskan pada ibu tentang perlunya meningkatkan makanan berserat dalam diet.	10) Buah dan sayuran mentah menambah serat dan cairan pada feses. Makanan yang mengandung serat tidak dipecah selama proses pencernaan. Makanan tersebut menarik cairan saat melewati

11) Jelaskan pada ibu mengenai pentingnya mempertahankan program latihan fisik dengan batasan yang ditentukan.	usus, yang menambah masa feses dan memudahkan pengeluarannya.
12) Ajarkan pada ibu tentang bagaimana dan kapan menggunakan tindakan farmakologi.	11)gerakkan persistaltik normal dan membantu mempertahankan tonus otot saluran cerna. 12)Penggunaan laksatif atau enema yang terus menerus menyebabkan saluran usus kurang responsif terhadap respon fisiologis normal dan menimbulkan ketergantungan pada laksatif atau enema.
Tindakan Kolaborasi	
13) Konsultasikan dengan pemberian asuhan mengenai instruksi dalam penggunaan agens pelembut atau pembentuk masa feses, jika diperlukan.	13) Mungkin diperlukan hingga hormon kembali ke kondisi sebelum hamil, untuk mendapatkan pola defekasi yang teratur. Pelunak feses mengurangi tegangan permukaan feses sehingga memungkinkan air untuk meresap dan melembutkan feses. Agen pembentuk masa membantu menahan air di dalam usus dan menstimulasi peristaltik.
Lain-lain :	
14) Berikan privasi	14)Kurang privasi dapat berperan sebagai kondisi penghambat yang mempengaruhi keinginan dan kemampuan untuk defekasi.
15) Bantu ke kamar mandi atau gunakan bedside commode jika memungkinkan.	15)Memungkinkan ibu untuk mengambil posisi yang biasa dilakukan saat defekasi dan membutuhkan sedikit energy dari pada menggunakan pispot.
16) Dorong penggunaan pencahar alami jika dibutuhkan. Misalnya buah prem, jus prem dan kacang.	16)Makanan tinggi serat tersebut menambah masa dan cairan pada feses untuk memudahkan pengeluaran.

4. Resiko gangguan pelekatan orang tua/ bayi berhubungan dengan prematuritas bayi, penyakit, atau masalah yang mengubah kontak orang tua, hambatan fisik, takut atau ansietas, pemisahan orang tua dan bayi atau anak, ketidakmampuan orang tua untuk memenuhi kebutuhan personalnya dan penyalahgunaan zat.

1. Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Orang tua mengungkapkan perasaan positif tentang bayi/anak.
- b) Orang tua menunjukkan perilaku sayang, misalnya kontak mata dan posisi en face dengan bayi baru lahir, memilih nama

selama kehamilan, berperilaku sehat selama kehamilan, memberi respon terhadap isyarat bayi, menggendong, menyentuh, mengayun, menepuk, mencium dan tersenyum kepada bayi baru lahir.

2. Rencana Keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Resiko gangguan pelekatan orang tua/bayi

Intervensi	Rasional
pengkajian	
1) Kaji riwayat penyalahgunaan zat pada ibu.	1) Mengidentifikasi individu atau keluarga yang berisiko tinggi mengalami perubahan parenting. Penyalahgunaan zat mengganggu kemampuan fisik dan emosi ibu untuk mengasuh atau melekat dengan bayinya.
2) Kaji harapan orang tua tentang bayi baru lahir selama kehamilan.	2) Orang tua membentuk gambaran "ideal" tentang anaknya selama kehamilan. Kesesuaian perwujudan anak yang lahir dengan gambaran tersebut akan memengaruhi proses ikatan. Jika ketidaksesuaian pandangan ideal orang tua versus anak yang lahir di identifikasikan dini, tindakan korektif dapat dilakukan untuk memperbaiki ikatan.
3) Kaji adanya persalinan lama, ibu merasa lelah, pengaruh obat nyeri, dan masalah menyusui.	3) Faktor tersebut dapat menghambat perkembangan perasaan positif awal terhadap bayi baru lahir dan kemampuan ibu untuk memberikan perawatan fisik. Jika kondisi ini diidentifikasi sejak dini, tindakan korektif dapat dilakukan untuk memperbaiki ikatan orang tua-bayi dan memberi dukungan pada ibu untuk mengasuh bayi.
4) Kaji perilaku orang tua yang mencerminkan kurangnya pelekatan.	4) Tidak memperhatikan bayi, menolak untuk menggendong, gagal menempatkan bayi dalam konteks keluarga, menangani bayi dengan kasar, mengabaikan kebutuhan keamanan bayi, dan memandang bayi sebagai sesuatu yang memuakkan atau buruk adalah perilaku yang dapat mempengaruhi negatif pada pelekatan bayi. Pengenalan perilaku tersebut sejak dini membantu perawat merencanakan strategi korektif atau merujuk orang tua untuk konseling atau terapi.
5) Kaji perilaku bayi yang berpengaruh negatif pada ikatan orang tua-bayi.	5) Perilaku negatif dapat meliputi rewel, menyusu buruk, tidak responsif terhadap orang tua dan menghindari tatapan. Pelekatan membutuhkan interaksi, jika

-
- 6) Kaji keadekuatan sistem dukungan

Penyuluhan Klien/Keluarga

- 7) Berikan informasi pada orang tua tentang sumber yang tersedia di masyarakat.
- 8) Rujuk untuk konseling jika terdapat faktor risiko.

Lain – lain :

- 9) Selama kehamilan berikan informasi tentang perubahan fisiologi dan psikologis normal ibu serta perkembangan janin. Gunakan gambar atau sonogram untuk menjelaskan penampilan janin.
- 10) Sediakan waktu beristirahat atau tidur untuk ibu setelah melahirkan.
- 11) Berikan kesempatan pada orang tua untuk menggendong bayi segera setelah lahir.
- 12) Tunda pemberian salep oftalmik antibiotik profilaksis selama 1 jam setelah kelahiran, berikan kesempatan pada orang tua dan bayi untuk bersama tanpa gangguan.
- 13) Observasi rutinitas perawatan bayi (berkaitan dengan menyusui, memandikan,, mengganti popok, dan lain-lain)

bayi atau orang tua tidak berinteraksi atau memberikan umpan bali, pelekatan dapat terhambat. Pengenalan dini perilaku tersebut membantu perawat merencanakan intervensi korektif.

- 6) Orang tua mungkin membutuhkan bantuan dalam perawatan bayi. Sistem dukungan yang kuat seperti kakek dan nenek, bibi atau paman, dapat memberikan kesempatan istirahat pada orang tua saat dibutuhkan atau membantu adaptasi parenting.
- 7) Orang tua mungkin tidak menyadari sumber yang tersedia dan bagaimana mendapatkan sumber tersebut saat di butuhkan.
- 8) Anak yang memiliki orang tua tidak mampu atau tidak mau mengasuh akibat masalah atau ketunadayaan fisik atau psikologis mengalami peningkatan risiko untuk di abaikan atau di aniaya kondisi tersebut harus diidentifikasi dan orang tua di rujuk untuk konseling atau terapi guna melindungi keamanan anak tersebut.
- 9) Memudahkan pemahaman, membantu ibu dan pasangan untuk memandang kehamilan sebagai kondisi yang normal dan sehat, bukan sakit, memberi motivasi untuk perilaku yang sehat. Juga dukungan pelekatan orang tua-bayi dengan membantu membuat janin sebagai realitas bagi orang tua.
- 10) Ibu mungkin terlalu lelah untuk memberi respon kepada bayi selain respon superfisial.
- 11) Interaksi dini dan keterlibatan aktif dengan bayi membantu perkembangan pelekatan dan meningkatkan ikatan emosi yang lebih kuat. Terhadap periode sensitif yang penting selama kemampuan interaksi bertambah. Periode tersebut adalah waktu paling baik untuk menjalin hubungan.
- 12) Memberikan kesempatan pada bayi untuk membuka mata dan membuat kontak mata.
- 13) Mengevaluasi kesenangan saat orang tua berinteraksi dan mengasuh bayi untuk mengidentifikasi masalah pada teknik atau hubungan bayi-orang tua yang dapat mengindikasikan kebutuhan intervensi.
-

5. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan tidak ada pengalaman atau terpajan sebelumnya dengan situasi, tidak berminat atau memiliki motivasi yang rendah untuk belajar, kurang akses ke sumber pembelajaran, penurunan kemampuan kognitif.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Mengungkapkan pemahaman perubahan fisiologis, kebutuhan individu, hasil yang diharapkan.
- b) Melakukan aktifitas /prosedur yang perlu gdn menjelaskan alasan-alasan tindakan.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Defisiensi pengetahuan

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
1) Kaji pengetahuan, tingkat pendidikan, dan kesediaan ibu saat ini untuk belajar.	1) Untuk menghindari penyuluhan yang terlalu banyak atau sedikit karena persepsi perawat tentang apa yang perlu ibu ketahui mungkin berbeda dari apa yang sebenarnya ibu pahami atau ibu ingin pelajari. Perawat tidak boleh menganggap bahwa ibu multigravida mempunyai pemahaman yang lebih baik karena telah memiliki pengalaman, jika ibu tidak mau atau tidak mampu belajar, penyuluhan hanya memberi sedikit manfaat. Topik yang paling diminati ibu hamil mungkin tidak sesuai dengan topik penyedia layanan kesehatan, oleh sebab itu, penting untuk mengkaji minat klien daripada membuat asumsi tentang topik penyuluhan yang penting.
2) Tentukan gaya belajar ibu (mis, visual atau auditorius).	2) Menyesuaikan pembelajaran dengan kebutuhan klien.
3) Berikan umpan balik untuk menegaskan pemahaman yang tepat mengenai penanganan dan/atau prosedur serta rekomendasi untuk perawatan sendiri.	3) Pengkajian awal mengenai pengetahuan dasar ibu penting untuk merencanakan dan menyesuaikan rencana penyuluhan. Pembelajaran tidak selalu dihasilkan dari penyuluhan, oleh sebab itu, umpan balik sangat diperlukan.
Penyuluhan klien/keluarga	
4) Berikan panduan antisipasi untuk perawatan diri selama periode kehamilan dan pascapartum.	4) Akibat perubahan besar yang terjadi selama kehamilan, ibu biasanya termotivasi untuk belajar tentang tubuh mereka dan perilaku yang sehat, serta

-
- | | |
|---|---|
| | membutuhkan panduan untuk belajar mengenai perawatan diri. Selanjutnya, kecemasan orang tua baru dapat berkurang jika mereka dibekali dengan pengetahuan yang baik tentang pengasuhan bayi. |
| 5) Libatkan keluarga dan individu pendukung dalam penyuluhan. | 5) Keluarga dan teman dapat menguatkan informasi yang diberikan. |
| 6) Ajarkan ibu dan keluarga tentang semua prosedur yang berhubungan dengan proses kehamilan dan kelahiran. | 6) Persiapan psikologis saat melahirkan berdasarkan pada prinsip bahwa tingkat aktivitas serebral terpusat yang tinggi dapat menghambat penerimaan sensasi nyeri dan sensasi yang tidak menyenangkan. Pengetahuan tentang proses kelahiran menurunkan stres dan ansietas. |
| 7) Bantu menetapkan tujuan pembelajaran yang realistis. | 7) Tujuan yang realistis memberikan motivasi dan kriteria untuk mengevaluasi pembelajaran. |
| 8) Gunakan berbagai macam strategi penyuluhan untuk memudahkan pembelajaran (misalnya, praktek langsung, umpan balik lisan, dan tertulis, partisipasi pelajar dan, demonstrasi ulang). | 8) Individu belajar dengan cara berbeda. Beberapa individu “mendengar” kata yang diucapkan dengan lebih baik daripada yang lain : beberapa individu “melihat” makna dalam contoh analogi atau pernyataan : individu lainnya mendapat manfaat paling besar dari aplikasi keterampilan yang dipelajari secara langsung. Apapun caranya, umpan balik positif harus diberikan dalam proses pembelajaran sehingga keterampilan yang benar dan pemikiran yang logis dapat divalidasi. |
| 9) Sediakan materi tertulis: gunakan gambar untuk menjelaskan materi. | 9) Meningkatkan pemahaman tentang materi, meningkatkan kemampuan untuk mengingat dan mengulang materi yang diberikan. |
| 10) Sediakan lingkungan yang tenang dan nyaman saat memberikan penyuluhan. | 10) Memudahkan pembelajaran. |
| 11) Diskusikan mengenai pentingnya mempelajari materi dan bagaimana materi tersebut dapat berpengaruh pada hasil kehamilan yang positif. | 11) Sebagian besar pelajar dewasa lebih cepat menerima pembelajaran saat mereka dapat melihat dan merasakan manfaat segera dari informasi yang diberikan. |
| 12) Tetap bersikap terbuka menyangkut praktik budaya dan spiritual klien serta keluarga. | 12) Jika klien merasa diterima, rasa percaya dapat berkembang dan pembelajaran dapat meningkat. |
| 13) Catat detail penyuluhan dan pembelajaran (misalnya bahan, materi tertulis yang diberikan, respons verbal atau perilaku klien yang mengindikasikan bahwa proses pembelajaran telah berlangsung). | 13) Intervensi keperawatan harus menjadi bagian dari rekam medis permanen klien. Membantu kontinuitas asuhan dan penyuluhan lebih lanjut, jika diperlukan. |
-

5. Restensi urine berhubungan dengan edema, trauma kandung kemih.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Mengenal dorongan berkemih dan memberikan respons tepat waktu.
- b) Bebas dari tanda dan gejala infeksi saluran kemih yang ditunjukkan dengan tidak ada rasa panas, sering berkemih, perasaan berkemih yang kuat, peningkatan sel darah putih, kultur urine positif.
- c) Mengenal awitan gejala, frekuensi, variasi, dan persistensi

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Retensi urin

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
1) Tentukan obat yang digunakan ibu.	1) Beberapa obat yang diresepkan dan obat bebas yang dijual (misalnya, penyekat saluran kalsium dan antikolinergik) dapat menyebabkan retensi urine.
2) Periksa kondisi perineum (misalnya, episiotomi pada periode pasca partum).	2) Pengkajian area perineum (misalnya, edema atau memar) secara sering dapat memberikan informasi tentang faktor yang mempengaruhi kemampuan (atau ketidak mampuan) untuk berkemih.
3) Kaji kontinensia urine, yang berfokus pada pengeluaran urine, pola berkemih, dan masalah berkemih yang sudah ada sebelumnya.	3) Perawat harus mengukur berkemih pertama kalinya selama periode pasca partum dan mengkaji tinggi fundus sebelum dan sesudah berkemih selanjutnya untuk menentukan efisiensi proses pengosongan kandung kemih. Berkemih kurang dari 200 ml adalah indikasi klien retensi urine.
4) Kaji derajat distensi kandung kemih dengan melakukan palpasi dan perkusi.	4) Memantau derajat distensi. Selain tanda dan gejala kandung kemih penuh yang biasa muncul selama periode pasca partum, kandung kemih yang penuh dapat menggeser fundus uterus kekanan dan menyebabkan fundus uterus naik di atas umbilikus
Penyuluhan klien/keluarga	
5) Jelaskan pada klien rasional dari sitz bath, jika digunakan	5) Sitz bath atau lampu perineum meningkatkan sirkulasi dan relaksasi otot sekitar yang mengurangi ketidak nyamanan akibat episiotomi dan/atau laserasi perineum sehingga meningkatkan relaksasi spingter uretra dan berkemih selanjutnya.
Lain-lain	
6) Berikan obat peradang nyeri, bila diperlukan.	6) Laserasi perineum dan episiotomi menimbulkan ketidak nyamanan hebat dan dapat menyebabkan ibu

-
- pascapartum menunda berkemih ; oleh sebab itu, pengendalian nyeri penting untuk memastikan eliminasi urine. Namun harus diperhatikan bahwa analgesia non narkotik pada periode post partum lebih dianjurkan untuk meredakan nyeri. Kegunaan opioid dapat mengurangi pengosongan kandung kemih.
- 7) Sediakan privasi pada saat eliminasi dan berikan kesempatan yang cukup untuk mengosongkan kandung kemih (10menit). 7) Individu terbiasa untuk berkemih seorang diri. Beberapa individu sulit untuk merelaksasi spingter urine kecuali saat sendiri.
- 8) Alirkan air atau siram toilet untuk mendorong keinginan berkemih. 8) Menstimulsi repleks kandung kemih.
- 9) Pasang kateter urine, jika diperlukan. 9) Mencegah distensi berlebihan pada kandung kemih.
-
6. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum, riwayat infeksi saluran kemih, trauma jaringan pecah ketuban lama sebelum kelahiran, pemantauan janin intrauteri, kelahiran sesar, persalinan lama, retensi fragmen plasenta, nutrisi buruk dan faktor hormon.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Mengidentifikasi faktor yang memengaruhi kerentanan seorang terhadap infeksi.
- b) Mematuhi prosedur deteksi, yang dibuktikan dengan mengkaji drainase vagina dan/atau luka abdomen jika diperlukan.
- c) mendemonstrasikan teknik mencuci tangan yang benar.
- d) Melakukan tindakan untuk mengurangi resiko infeksi personal.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional Resiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
1) Kaji tanda atau gejala infeksi local atau sistemik (misalnya, peningkatan suhu, peningkatan nadi, perubahan drainase/ sekresi, kemerahan atau bengkak pada lokasi, urine pekat,malaise.	1) Mendeteksi adanya infeksi sejak dini sehingga intervensi penanganan dapat dimulai.
	2) Pemecahan labaratorium digunakan untuk membedakan inflamasi dari infeksi.

-
- 2) Kaji nilai laboratorium (misalnya, darah periksa lengkap, kultur, urinal lisis).
- 3) Kaji status nutrisi.
- 4) Kaji pemajanan penyakit baru-baru ini (misalnya rubela, penyakit menular seksual, hepatitis).
- Penyuluhan klien/keluarga**
- 5) Jelaskan pentingnya teknik mencuci tangan yang benar
- 6) Ajarkan klien dan keluarga bagaimana mengenali tanda dan gejala infeksi dan kapan melapor pada penyedia layanan kesehatan primer.
- 7) Ajarkan dan dorong teknik hygiene perineum yang benar.
- Lain-lain**
- 8) Berikan perawatan kuliati yang tepat pada lokasi edema.
- 9) Pertahankan pencegahan standard an mencuci tangan dengan benar.
- 10) Tingkatkan nutrisi yang baik.
- Umumnya, hitung sel darah putih yang meningkat adalah tanda infeksi. Akan tetapi, sel darah putih biasanya meningkat pada saat persalinan dan mungkin tetap tinggi selama beberapa hari pertama pasca partum tanpa adanya infeksi (kembali normal pada hari keempat hingga ketujuh post partum).
- 3) Mal nutrisi memicu terjadinya infeksi.
- 4) Mengidentifikasi resiko infeksi dan mengantisipasi intervensi yang mungkin bila timbul infeksi.
- 5) Organisme patologis terutama menyebar dari individu ke individu melalui tangan. Mencuci tangan dengan benar tetap menjadi satu-satunya aktivitas paling penting untuk membatasi penyebaran mikroorganisme dan mengurangi resiko infeksi.
- 6) Sebagai contoh, ibu post partum harus diajarkan untuk memeriksa episiotomi dan/atau laserasi guna mengetahui tanda infeksi dalam menggunakan cermin tangan dan pencahayaan yang baik. Pengkajian harian dapat mengurangi resiko infeksi yang serius melalui deteksi dini. Indicator infeksi local meliputi demam diatas $37,7^{\circ}\text{C}$: bengkak yang bertambah ; kemerahan atau nyeri tekan pada payudara, tungkai atau insisi ; drainase vagina berwarna hijau atau berbusa : rabas vagina berbau tidak sedap dan sering berkemih serta rasa panas pada saat berkemih.
- 7) Mencegah infeksi. Pengetahuan yang baik mengenai perawatan diri penting dalam pencegahan. Membuang pembalut dengan hati-hati dan mengganti tisu setiap kali menyeka perineal dari depan kebelakang membantu menghindari kontaminasi area vagina dengan kloro rectum. Pembalut perlu diganti setiap selesai berkemih atau defekasi. Tangan harus dicuci sebelum dan sesudah mengganti pembalut.
- 8) Edema mengurangi sirkulasi pada area tersebut sehingga meningkatkan resiko kerusakan kulit dan resiko infeksi selanjutnya.
- 9) Mengendalikan penyebaran mikroorganisme oleh penyedia layanan kesehatan.
- 10) Malnutrisi membuat ibu mudah terkena infeksi.
-

7. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan Suplain ASI dan anomaly payudara ibu, kurang pengalaman akibat kehamilan pertama atau pengalaman pertama menyusui, depresi berat

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Menenal isyarat awal bayi lapar
- b) Mengungkapkan kenyamanan posisi selama menyusui
- c) Membantu bayi dengan alignment dan *latch-on* yang benar.
- d) Mempertahankan isapan atau penelanan yang tertatur dan kontinu pada payudara
- e) Bayi puas setelah menyusu
- f) Ibu mengungkapkan kepuasan dengan proses menyusui.
- g) Memperlihatkan pola eliminasi bayi yang adekuat sesuai dengan usia.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.9 Intervensi dan Rasional ketidakefektifan pemberian ASI

Intervensi	Rasional
1. Kaji pengetahuan tentang menyusui.	1. Untuk menentukan kebutuhan edukasi pada ibu guna merencanakan penyuluhan.
2. Kaji tingkat maturitas dan usia gestasi bayi.	2. Untuk menentukan perbedaan yang dapat menghambat kemampuan bayi untuk menghisap atau <i>latch-on</i> pada payudara.
3. Observasi kemampuan bayi untuk menghisap.	3. Untuk menentukan apakah bayi memperoleh ASI yang edukuat guna memenuhi kebutuhan nutrisi. Bayi premature mungkin memiliki reflek isapa yang buruk sehingga berisiko tinggi mengalami kekurangan gizi.
4. Pantau kemampuan bayi untuk meraih putting dengan benar dan <i>latch-on</i> .	4. Kemampuan bayi untuk <i>latch-on</i> bergantung pada ukuran mulut bayi dan ukuran putting serta areola ibu. Mulut bayi harus menutupi seluruh putting dan kira-kira 2 hingga 3 cm area di sekitar putting. Hidung, pipi, dan dagu bayi akan menyentuh payudara ketika bayi melakukan <i>latch on</i> dengan benar.
5. Pantau bayi untuk bunyi kecapan dan sesapan saat menyusu.	5. Bunyi tersebut dapat mengindikasikan bahwa bayi harus dilepas dari payudara dan <i>latch on</i> dicoba kembali.

6. Kaji bayi untuk nyeri saat bayi mengisap.	6. Dapat mengidentifikasi bahwa menerima ASI. Tanda ASI mengalir mencakup sensasi ke semutan pada puting, kram uterus, penegluaran ASI dari payudara, perubahan tempo isapan bayi dari cepat ke lambat, pola menarik, dan suara menelan yang terdengar.
7. Kaji aliran ASI.	7. Untuk menyadarkan ibu bahwa menyusui yang efektif bergabung pada teknik yang tepat. Posisi yang tepat adalah posisi ketika ibu merasa paling nyaman dan memungkinkan bayi untuk melakukan <i>latch on</i> . Posisi dapat mencakup <i>football hold</i> , ayunan yang dimodifikasi, atau posisi melewati pangkuan.
8. Intruksikan ibu posisi yang tepat, dan bantu memosisikan bayi bila diperlukan.	8. Penggunaan sabun dan alcohol dapat mengeringkan puting, menyebabkan pecah, serta meningkatkan nyeri serta ketidaknyamanan. Bra suportif yang pas dipakai secara kontinu minimal 72 jam setelah kelahiran dapat meningkatkan kenyamanan. Terutama ketika timbul pembengkakan.
9. Jelaskan tentang perawatan puting yang tepat, mencakup cara mencegah nyeri pada puting.	9. Agar ibu mengetahui teknik yang dapat meningkatkan pemberian ASI dan kenyamanan bayi serta mencegah akumulasi udara dalam lambung bayi. Udara yang tertelan mengurangi ruang untuk ASI dan dapat menyebabkan kram lambung atau usus.
10. Ajarkan ibu cara membuat bayi baru lahir bersendawa, dan peragakan bila diperlukan.	10. Nyeri puting terjadi akibat posisi <i>latch on</i> , dan pelepasan bayi dari payudara yang salah, bukan durasi menyusui. Beberapa bayi mungkin selesai menyusui dalam waktu 5 hingga 10 menit; yang lain mungkin memerlukan waktu hingga 45 menit. Rata-rata waktu yang diperlukan untuk menyusui adalah 15 menit tiap payudara.
11. Anjurkan pada ibu cara membangunkan bayi yang mengantuk.	11. Tidur bayi baru lahir sangat lama dan mungkin tidak, pada awalnya, bangun tepat waktu untuk menyusui agar tidak mengalami hipoglikemia. Bayi baru lahir harus disusui minimal setiap 2 hingga 3 jam (8 hingga 12 kali menyusui dalam 24 jam).
12. Anjurkan rawat bersama.	12. Memberikan kesempatan pada ibu untuk belajar mengenali isyarat menyusui.
13. Sebelum pulang, pastikan orang tua memiliki pengetahuan tentang menyusui dan mengetahui kapan menghubungi penyedia layanan kesehatan.	13. Menyusui tentunya tidak terjadi secara alami orang tua harus menganggap menyusui sebagai proses belajar.

8. Nyeri akut berhubungan dengan diaphoresis, kemerahan yang meluap-luap, peningkatan denyut nadi, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nafas, sikap melindungi, mengusap-usap dan sikap tubuh yang tegang, perubahan selera dan pola makan, perilaku distraksi dan tidur.

1) Tujuan dan kriteria hasil:

- a) Menggunakan tindakan pereda nyeri non-analgesik untuk mengurangi nyeri. Misalnya teknik nafas dalam.
- b) Mendemonstrasikan teknik relaksasi yang efektif untuk mencapai tingkat kenyamanan yang di ungkapkan oleh individu.
- c) Mendiskusikan keuntungan dan kerugian analgesik atau anesthesia alternatif yang tersedia.
- d) Mempertahankan tingkat nyeri (sebutkan) atau kurang dengan skala 0 hingga 10
- e) Menggunakan analgesik yang tepat untuk mengendalikan nyeri.

2) Tindakan Keperawatan

Tabel 2.10 Intervensi dan Rasional Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
1) Kaji sifat nyeri (lokasi, frekuensi, keparahan, durasi, fakto pencetus, factor yang meredakan); gunakan skala nomor untuk menilai keparahan.	1) Nyeri adalah pengalaman subjektif; pengalaman klien harus dipahami untuk merencanakan tindakan pereda nyeri yang paling efektif, namun paling sedikit mengganggu.
2) Tentukan analgesic atau anestetik yang dipilih (epidural), rute pemberian, dan dosis untuk menghasilkan pereda nyeri yang optimal.	2) Metode pereda nyei farmakologi yang digunakan bergantung pada keinginan dan kebutuhan khusus ibu, serta keuntungan versus kerugian pada ibu dan bayi (melambat atau menghentikan kontaksi uterus). Pemberian analgesic secara sistemik melewati sawar darah-otak ibu dan plasenta, yang menimbulkan efek hypnosis pada ibu dan janin (depresi pernapasan neonates). Perawat dapat membantu keluarga

-
- 3) Kaji tanda-tanda vital dan tingkat kesadaran pada interval yang tepat dan catat.
 - 4) Tentukan kemiskinan pengaruh budaya dan agama ibu pada persepsi dan respon ibu terhadap nyeri.

Penyuluhan klien atau keluarga

- 5) Jelaskan dan bombing klien melalui tindakan non farmakologi (terapi relaksasi sederhana, imajinasi terbimbing) untuk meningkatkan kendaki terhadap nyeri.
- 6) Jelaskan semua penanganan dan prosedur, meliputi sensasi yang mungkin dirasakan.
- 7) Anjurkan ibu untuk memberitahu penyedia layanan kesehatan bila nyeri tidak berkurang.

Lain-lain

- 8) Dorong untuk mengungkapkan rasa takut dan cemas.

dalam pengambilan keputusan berbasis informasi dengan menjelaskan agens yang dipilih, mengevaluasi kesediaan ibu untuk berpartisipasi dalam tindakan pereda nyeri, dan mengkaji kemampuan individu terdekat untuk memberikan dukungan.

- 3) Tekanan darah, nadi, pernapasan, dan keterjagaan adalah indikator penting derajat nyeri (peningkatan tekanan darah, takikardi, peningkatan pernapasan, gelisah), dan analgesia yang terlalu banyak (bradikardi, hipotensi, depresi pernapasan). Tanda-tanda vital adalah nyeri, dan nyeri harus sering dikaji untuk menentukan kenyamanan klien dan kebutuhan analgesia lanjutan, serta menyesuaikan intervensi keperawatan untuk kenyamanan yang terus-menerus.
 - 4) Respon nyeri (seperti menangis keras) mungkin diterima dalam beberapa budaya, namun tidak pada budaya lain; perawat tidak boleh keliru antara tidak menunjukkan emosi dan tidak nyeri. Beberapa agama mungkin memendang nyeri sebagai anugerah; lainnya, sebagai hukuman. Anggapan ini dapat memengaruhi persepsi ibu mengenai nyeri dan ansietas akibat nyeri.
 - 5) Berdasarkan teori teknik pereda nyeri non-invasif membantu mengurangi persepsi nyeri dengan menstimulasi serabut saraf berdiameter besar yang membawa informasi seperti sentuhan untuk menghalangi pengiriman nyeri.
 - 6) Kadar endorfin adalah tubuh dapat mengubah persepsi nyeri individu. Protein menyerupai morfin tersebut mengurangi ansietas, ketegangan, dan stimulasi negatif yang luas. Mengajarkan klien tentang semua prosedur, yang meliputi pereda nyeri, membantu mengurangi nyeri, dengan demikian nyeri yang berhubungan dengan ansietas.
 - 7) Prosedur nyeri yang maksimal adalah hak setiap klien. Berbagai macam tindakan pereda nyeri dapat dicoba sebelum menemukan yang paling efektif.
 - 8) Bila kebutuhan dasar manusia terpenuhi fisik dan psikososial, nyeri dapat berkurang endorfin internal memengaruhi persepsi nyeri, yang juga dipengaruhi oleh psikososial, seperti harapan ibu, edukasi melajirkan, dan interpretasi ibu tentang apa yang terjadi selama persalinan.
-

<p>9) Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengenali pengalaman nyeri individu dan sampaikan penerimaan terhadap respon klien.</p> <p>10) Control factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap nyeri (bunyi, pencahayaan, suhu ruangan).</p> <p>11) Beri tindakan pereda nyeri sebelum nyeri bertambah parah.</p> <p>12) Gunakan pendekatan yang positif saat memberikan analgesik.</p> <p>13) Evaluasi pengaruh nyeri dan catat.</p>	<p>9) Ibu mengalami derajat nyeri yang berbeda sebagai respon terhadap situasi yang sama atau serupa dan mengaitkan pemahaman personal yang berbeda terhadap peristiwa yang menimbulkan nyeri. Proses mengenali dan mendukung pengalaman nyeri ibu dapat memberikan pengaruh analgesic dengan mengurangi persepsi nyeri.</p> <p>10) Stimulasi negatif yang luas atau setiap factor dilingkungan yang mungkin menyebabkan ansietas dapat menurunkan endorfin internal. Penurunan hormone menyerupai morfin tersebut mengurangi ambang nyeri ibu.</p> <p>11) Meningkatkan keefektifan analgesik.</p> <p>12) Menurunkan ansietas; ansietas meningkatkan nyeri</p> <p>13) Perawat tidak boleh mengabaikan intervensi yang meredakan nyeri telah berhasil. Perawat dapat merencanakan tindakan keperawatan selanjutnya berdasarkan evaluasi rencana saat ini dengan mengkaji status nyeri klien pada interval yang tepat misalnya skala nyeri, isyarat non verbal. Riset menunjukkan bahwa alasan sering kenapa nyeri tidak reda adalah kegagalan untuk mengkaji nyeri dan peredaan nyeri secara rutin.</p>
--	--

9. Ketakutan berhubungan dengan stresor atau stimulus lingkungan, kurang pengetahuan, hasil yang tidak pasti (ibu dan bayi) pada situasi risiko tinggi, hambatan bahasa, stimulus fobia misal: takut pada ruangan tertutup, gangguan sensori, kehilangan fisik misal kehilangan fungsi atau kematian, perubahan maturasi misal kehamilan atau *parenthood*.

1) Tujuan dan kriteria hasil :

- a) Mengungkapkan pemahaman tentang risiko pada bayi.
- b) Mencari informasi untuk mengurangi ketakutan.
- c) Menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi ketakutan.
- d) Mengungkapkan kepuasan dengan pengendalian gejala.

e) Mengungkapkan rasa kendali.

f) Membedakan antara ancaman nyata dan imajinasi.

2) Rencana Keperawatan

2.11 Intervensi dan Rasional Ketakutan

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
1) Kaji pengetahuan pasien tentang penanganan/prosedur, persalinan, proses melahirkan, asuhan bati, dan lain-lain.	1) Pengkajian berfungsi sebagai dasar dalam rencana penyuluhan, jika diperlukan. Ketakutan dapat disebabkan oleh kesalahpahaman atau kurang pengetahuan.
2) Kaji adanya manifestasi fisik dari rasa takut.	2) Ibu mungkin enggan mengungkapkan rasa takut atau tidak menyadarinya. Identifikasi membantu perawat menentukan tingkat ketakutan dan merencanakan intervensi yang tepat.
3) Kaji adanya kelelahan dan intoleran aktivitas.	3) Kelelahan dan kelelahan dapat memperbesar rasa takut.
Penyuluhan klien/keluarga	
4) Jelaskan prosedur dan sensasi yang mungkin dirasakan (misal: selama persalinan dan kelahiran, selama amniosentesis).	4) Ketakutan adalah salah satu factor penyebab ansietas paling penting.
5) Ajarkan pasien tentang tindakan untuk menenangkan pasien selama mengalami situasi yang menakutkan (misal: gosokan dan tekanan pada punggung, pengaturan posisi).	5) Aktivitas pengalihan dapat membantu menyalurkan kembali energy emosi ibu dan meningkatkan kenyamanan sehingga mengurangi rasa takut terhadap episode nyeri selanjutnya.
6) Ajarkan teknik perawatan diri guna meningkatkan kesempatan untuk mendapatkan hasil yang sehat (misal: hidrasi, nutrisi, modifikasi aktivitas, pemeriksaan pranatal).	6) Besarnya bahaya pada ibu dan bayi risiko tinggi dapat diminimalkan dengan kepatuhan klien. Menghadapi bahaya dengan perawatan diri dapat mengurangi ketakutan.
Lain-lain	
7) Temani klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi rasa takut.	7) Kehadiran dan jaminan dari asuhan keperawatan yang terampil dapat mengurangi rasa sakit.
8) Ciptakan suasana yang menumbuhkan rasa percaya.	8) Kepercayaan penting untuk hubungan membantu. Tanpa rasa percaya, ketakutan atau ansietas dapat meningkat sebagai respons terhadap pendekatan perawat. Dengan menunjukkan sikap yang baik, perhatian yang tulus pada ibu, dan kompetensi, perawat dapat menumbuhkan rasa percaya, yang membantu klien mengungkapkan pikiran dan perasaan secara terbuka.
9) Dorong klien untuk mengungkapkan rasa takut dan cemas.	9) Mengungkapkan rasa takut seseorang sering kali mengurangi ketakutan tersebut.

-
- | | |
|---|--|
| <p>10) Dorong untuk mengungkapkan factor yang dapat memperbesar rasa takut (misal: perubahan gaya hidup, kesehatan janin, perubahan finansial, fungsi keluarga, keamanan personal).</p> <p>11) Berikan aktivitas pengalihan untuk mengurangi ketegangan.</p> <p>12) Dorong klien untuk mengidentifikasi dan menggunakan teknik koping yang berhasil sebelumnya.</p> | <p>10) Rasa kendali diri yang besar dan keadekuatan dalam menghadapi bahaya mengurangi rasa takut. Kewaspadaan meningkatkan kendali dan mengurangi ketakutan saat dihadapkan dengan situasi nyata.</p> <p>11) Aktivitas mengurangi energy dan menghilangkan reaksi fisik terhadap rasa takut.</p> <p>12) Teknik yang pernah berhasil sebelumnya kemungkinan akan berhasil pada setiap situasi penyebab stress. Klien cenderung menggunakan teknik yang sebelumnya terbukti berhasil.</p> |
|---|--|
-
10. Ketidakefektifan koping berhubungan dengan depresi sebelum, selama dan

setelah kehamilan, tidak yakin terhadap kemampuan koping, gangguan citra tubuh, sumber yang tidak adekuat misal cadangan finansial, dukungan sosial dan konflik pernikahan, perubahan pola pelepasan ketegangan, relaksasi dan perawatan diri, kurang cadangan energi untuk penatalaksanaan stress, stress dalam merawat anak misal perubahan tidur, dan masalah pemberian makan, kepercayaan diri dan atau persepsi tentang kemampuan kendali atau koping yang tidak memadai, kesempatan yang tidak cukup untuk melakukan persiapan dalam mengatasi stressor misal bayi premature, perubahan maturasi misal pernikahan, parenthood atau masalah pengasuhan anak.

1) Tujuan dan kriteria hasil :

- a) Berpartisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari-hari.
- b) Mengidentifikasi strategi koping yang efektif untuk mengatasi stressor sebelumnya.
- c) Menerima dukungan melalui hubungan perawat-klien.
- d) Mengungkapkan strategi dan/atau perilaku untuk mengurangi stress.
- e) Mengungkapkan rencana untuk menerima atau mengubah situasi.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.12 Intervensi dan Rasional ketidakefektifan koping

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
1) Kaji penyesuaian terhadap perubahan citra tubuh.	1) Perubahan citra tubuh dapat menimbulkan masalah bagi ibu hamil. Identifikasi perasaan ibu tentang diri sendiri penting untuk merencanakan intervensi yang tepat
2) Kaji persepsi dan harapan mengenai kehamilan, proses kelahiran, dan <i>parenting</i> .	2) Membantu dalam mengidentifikasi harapan yang tidak realistis sehingga harapan tersebut dapat diklarifikasi atau diperbaiki.
Penyuluhan klien/keluarga	
3) Berikan informasi factual mengenai status kesehatan ibu dan bayi.	3) Informasi yang valid dan factual memberi dasar bagi ibu untuk mempelajari perasaan dan strategi koping alternative.
4) Ulangi penyuluhan dengan sering.	4) Stress dapat mencegah ibu untuk mendengar atau memahami informasi secara akurat. Pengulangan meningkatkan penyimpanan informasi dan memastikan bahwa klien telah memiliki informasi serta pemahaman yang diperlukan untuk membuat keputusan berbasis informasi.
5) Ajarkan ibu tentang penggunaan teknik relaksasi dan pentingnya keseimbangan dalam bekerja dan bersenang-senang.	5) Membentuk keseimbangan antara latihan fisik dan relaksasi mengurangi stimulasi fisiologis terhadap stress dan meningkatkan kesehatan secara optimal.
Lain-lain	
6) Dorong ibu untuk mengungkapkan perasaan dan emosinya sebagai respons terhadap pengalaman dan pikiran.	6) Mengatasi perasaan dapat membantu mengidentifikasi dan menjelaskan emosi serta mengungkapkan dengan cara yang memudahkan pelepasan emosi dan menghilangkan stimulasi fisik yang muncul bersama stress.
7) Selidiki bagaimana ibu menghadapi masalah atau situasi penyebab stress sebelumnya.	7) Individu cenderung menggunakan strategi koping yang sama berulang kali tanpa memperhatikan keefektifan.
8) Libatkan orang terdekat saat merencanakan strategi koping.	8) Dukungan sosial mengurangi pengaruh negatif stress dan membantu ibu untuk mengatasinya. Mendukung ibu yang mempunyai kesulitan koping menunjukkan penerimaan dan memberikan dasar bagi ibu saat ia beradaptasi terhadap perubahan yang banyak terjadi.
9) Anjurkan ibu untuk mendeskripsikan secara realistis bagaimana dalam keluarga telah atau akan berubah.	9) Ibu mungkin mempunyai persepsi dan harapan diri yang tidak realistis. Penilaian ulang yang akurat terhadap situasi dapat mengurangi stress. Membantu klien menjelaskan peran baru dengan kata yang realistis berguna untuk mengembangkan tujuan dalam pencapaian peran.
10) Diskusikan respons alternative terhadap situasi.	10) Koping yang efektif memerlukan penatalaksanaan beragam tugas yang berhasil sehingga memerlukan beberapa strategi yang berbeda. Tidak ada strategi

tunggal yang dapat mengatasi semua stressor atau situasi.

11. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan ikatan oksigen pada hemoglobin akibat perubahan pH darah, gangguan pertukaran oksigen-karbon dioksida, gangguan aliran darah arteri dan vena, penurunan konsentrasi hemoglobin, hipoventilasi, hypervolemia, hipovolemia.

1) Tujuan dan kriteria hasil :

- a) Memerlihatkan perfusi jaringan pada ekstremitas, yang ditandai dengan warna kulit normal, suhu kulit hangat, denyut perifer kuat dan simetris, pengisian ulang kapiler cepat, dan tidak ada edema.
- b) Mengidentifikasi factor yang mengganggu sirkulasi ekstremitas.
- c) Mengidentifikasi aktivitas yang meningkatkan vasodilatasi.
- d) Memulai tindakan untuk memaksimalkan sirkulasi.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.13 Intervensi dan Rasional Ketidakefektifan perpusi jaringan

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
1) Kaji sirkulasi perifer.	1) Perubahan sirkulasi perifer, seperti nadi lemah, edema, pengisian ulang kapiler yang buruk dan pucat, ekstremitas dingin dapat mengindikasikan sirkulasi abnormal dan atau pembekuan. Kaki adalah lokasi yang lazim untuk pembentukan bekuan.
2) Kaji adanya tanda dan gejala tromboflebitis dan thrombosis vena profunda (misal: nyeri, tanda Homans positif, peningkatan suhu kulit, kemerahan, edema).	2) Kehamilan meningkatkan risiko tromboflebitis dan thrombosis vena profunda karena pembesaran uterus di atas vena iliaka dan statis darah pada ekstremitas bawah, yang disebabkan oleh penurunan tonus otot polos vena sekunder akibat peningkatan kadar progesterone dalam kehamilan. Pengenalan dan penanganan dini dapat mencegah akibat yang serius seperti emboli paru.
3) Kaji posisi ekstremitas saat duduk, berbaring, atau mengubah posisi.	3) Menghindari penekanan pada area popliteal membantu mencegah statis vena pada tungkai dan kaki. Tekanan harus

<p>4) Pantau status hidrasi (misal: hematocrit, nitrogen urea darah, asupan dan haluaran).</p>	<p>disebarkan secara merata ke seluruh tungkai.</p>
<p>Penyuluhan klien/keluarga</p> <p>5) Jelaskan tentang pentingnya pencegahan statis vena.</p>	<p>4) Deteksi dini hipovolemia atau dehidrasi membantu mengurangi risiko trombotosis vena profunda. Dehidrasi dapat meningkatkan hitung trombosit, mengurangi fibrinolysis, meningkatkan factor pembekuan, atau meningkatkan viskositas darah, yang menyebabkan pembentukan bekuan.</p>
<p>6) Ajarkan teknik untuk meningkatkan sirkulasi perifer dan menghindari kongesti vena (misal: latihan fisik sedang, ambulasi pascapartum dini, minum banyak cairan).</p>	<p>5) Memahami bagaimana penanganan dilakukan dapat meningkatkan kerjasama dan kepatuhan klien terhadap rutinitas penanganan.</p> <p>6) Ambulasi dini mengurangi insiden tromboflebitis secara signifikan dengan meningkatkan aliran balik vena, yang bergantung hampir seluruhnya pada kontraksi otot betis. Duduk lama menyebabkan pompa otot betis tidak aktif sehingga tekanan vena pada tungkai meningkat. Cairan membantu mempertahankan keadekuatan volume darah sehingga elemen yang terbentuk tetap berada di tengah aliran dan tidak menempel pada dinding vena.</p>
<p>Lain-lain</p> <p>7) Kenakan stocking antiemboli sesuai ketentuan.</p>	<p>7) Stoking antiemboli memudahkan aliran balik darah dari ekstremitas bawah ke jantung dengan memberi tekanan konstan melawan vena perifer.</p>

12. Deprivasi tidur atau gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, ansietas, depresi, perasaan berkemih yang kuat, sesak napas, perubahan hormone, kesepian atau tidak ada pasangan tidur, perubahan siklus tidur dan terjaga yang sering, obat-obatan misal depresan atau stimulan, gangguan di lingkungan misal bunyi atau suhu.

1) Tujuan dan kriteria hasil :

- a) Melaporkan bebas dari gejala deprivasi tidur.
- b) Mengidentifikasi tindakan yang dapat meningkatkan istirahat dan tidur.
- c) Mengidentifikasi factor yang menyebabkan kehilangan waktu tidur, misal nyeri, penurunan aktivitas fisik, ansietas.

2) Rencana tindakan

Tabel 2.14 Intervensi dan Rasional deprivasi tidur atau gangguan pola tidur

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
1) Kaji pola tidur normal.	1) Jumlah tidur yang dibutuhkan seseorang bervariasi bergantung pada gaya hidup, kesehatan, dan usia. Pola tidur normal ibu menjadi dasar untuk merencanakan waktu tidur yang adekuat.
2) Kaji pengaruh status kesehatan dan atau program pengobatan ibu saat ini terhadap pola tidur.	2) Pola tidur selama kehamilan dipengaruhi oleh ansietas akibat kehamilan dan peran sebagai ibu di masa depan, aktivitas janin, ketidaknyamanan musculoskeletal, tekanan pada abdomen, dan sering berkemih. Pemahaman tentang factor fisiologis, emosi, dan atau spiritual yang mengganggu tidur penting dalam pengembangan rencana guna meningkatkan tidur dan istirahat.
Penyuluhan klien/keluarga	
3) Jelaskan pada klien/keluarga tentang factor yang mengganggu tidur (misal: stress, factor lingkungan seperti suhu).	3) Memungkinkan ibu untuk mengimplementasikan perubahan gaya hidup dan regimen sebelum tidur untuk meningkatkan tidur.
4) Jelaskan tentang pentingnya tidur yang adekuat selama kehamilan periode postpartum.	4) Kehamilan berkaitan dengan banyak stressor fisik dan emosi yang menuntut peningkatan periode tidur. Tidur adalah proses penyegaran dan penyembuhan yang membantu pertumbuhan sel, perbaikan jaringan tubuh yang rusak, dan pembentukan jaringan baru.
5) Anjurkan sebelum waktu tidur untuk menghindari makanan dan cairan yang dapat mengganggu tidur.	5) Stimulan, seperti kafein dapat mengacaukan siklus tidur dan harus dihindari sekurangnya 3 hingga 4 jam sebelum waktu tidur. Makanan pedas dan berminyak dapat mengganggu tidur karena menyebabkan gangguan pencernaan atau nyeri ulu hati.
6) Anjurkan mengonsumsi kudapan berprotein tinggi atau segelas susu menjelang tidur.	6) Makanan tertentu (misal: produk susu, makanan berprotein) yang mengandung triptofan, yaitu precursor serotonin, diduga dapat memulai dan memperpanjang tidur.
Lain-lain	
7) Dorong rutinitas yang biasa dilakukan klien sebelum tidur (misal: menggosok gigi, membaca, mandi).	7) Kebiasaan sebelum tidur membantu menyiapkan individu dengan meningkatkan ketenangan mental dan relaksasi fisik.
8) Lakukan tindakan kenyamanan (misal: mengusap punggung, mengatur posisi).	8) Ketidaknyamanan fisik, khususnya selama kehamilan, dapat mempengaruhi kemampuan ibu secara langsung untuk memulai dan tetap tertidur. Tindakan kenyamanan yang meningkatkan relaksasi otot dan mengurangi ketegangan

9) Kurangi stimulus eksternal (misal: bunyi, cahaya).	9) Stimulus eksternal dapat menghambat kemampuan ibu untuk memulai atau tetap tertidur.
---	---

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, selama implementasi perawat melakukan rencana asuhan keperawatan. Instruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu klien memenuhi kriteria hasil (Ari Sulistyawati, 2009).

Komponen tahap implementasi terdiri dari :

- a. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa advice dokter.
- b. Tindakan keperawatan kolaboratif diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah klien.
- c. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.
- d. Frekuensi dokumentasi tergantung kondisi klien dan terapi yang diberikan.

2.2.5 Evaluasi

Tahap evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Klien keluar dari siklus proses keperawatan apabila kriteria hasil telah dicapai. Klien akan masuk kembali dalam siklus apabila kriteria hasil belum tercapai. (Ari Sulistyawati, 2009)