

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO
SESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN
PEMBERIAN ASI DI RUANG KALIMAYA
BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

RALISTA MONIKA

AKX.16.101



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

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Dengan ini saya,

Nama : Ralista Monika

NPM : AKX.16.101

Program studi : D III Keperawatan

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Klien Post Seksio Sesarea dengan Ketidakefektifan Pemberian ASI di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya., serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing. kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat atau jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan saya.

Bandung, 24 Mei 2019

Yang Membuat Pernyataan



Ralista Monika

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI DI RUANG
KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT**

OLEH

RALISTA MONIKA

AKX.16.101

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal seperti tertera di bawah ini

Bandung, Mei 2019

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Inggrid Dirgahayu, S.Kep.,M.KM

NIK : 10104019

Pembimbing Pendamping




Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIK : 10104025

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIK : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI DI RUANG
KALIMAYA BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT**

**OLEH
RALISTA MONIKA
AKX.16.101**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi diploma III Keperawatan STikes Bhakti Kencana Bandung, pada tanggal,

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ingrid Dirgahayu, S.kep., MKM

(Pembimbing Utama)

()

Anggota :

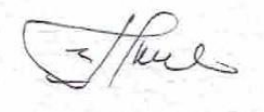
1. Tuti Suprapti. S.Kp., M.Kep

()

2. Sri Lestari Kartikawati, M.Keb

()

3. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep

()

(Pembimbing Pendamping)

**Mengetahui,
STikes Bhakti Kencana Bandung
Ketua**



**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.kep
NIK : 1010670641**

ABSTRAK

Latar Belakang: Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui sebuah insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram, sehingga tindakan tersebut dapat menimbulkan masalah menyusui terhadap ibu dan bayi yang disebabkan oleh kadar hormone prolaktin dan oksitoksin yang dapat mempengaruhi pengeluaran kolostrum pada ibu karena penggunaan obat-obat saat dilakukan operasi seksio sesarea.

Tujuan: penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan pengetahuan perawatan payudara yaitu pijat oksitosin dengan kelancaran produksi ASI pada ibu post partum seksio saesarea hari ke 2. **Metode** penelitian yang digunakan yaitu Studi kasus ini dilakukan pada dua klien *post op sectio caesarea* dengan masalah keperawatan dan diagnosa medis yang sama yaitu ketidakefektifan pemberian ASI. **Hasil penelitian:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI pada kasus 1 dan 2 dapat teratasi pada hari ke 3 dan pada kasus 1 masalah ketidakefektifan pemberian ASI teratasi saat dilakukan pijatan oksitosin pada lumbal 3 dan pada kasus 2 masalah ketidakefektifan ASI teratasi pada saat dilakukan pijat oksitosisin di torakal 4. **Diskusi:** pada kedua klien ditemukan masalah ketidakefektifan pemberian ASI dikarnakan oleh kurangnya pengetahuan tentang pemberian ASI dan perawatan payudara. Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan standar pelayanan dalam pemberian asuhan keperawatan, khususnya keterlibatan dalam pelaksanaan perawatan payudara pada klien dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literature terbitan baru terutama mengenai seksio sesarea dan ketidakefektifan pemberian ASI sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa.

Kata Kunci : Post seksio sesarea, Ketidakefektifan pemberian ASI

Referensi : 10 buku (2008-2018), 2 Jurnal (2015-2018) Daftar pustaka: 10 (2008-2018).

ABSTRACT

Background: *Cesarean section is an artificial labor whereby the fetus is born through an incision in the front wall of the abdomen and uterine wall provided the uterus is intact and the fetus weighs above 500 grams, so that the action can cause breastfeeding problems for mothers and babies caused by levels of prolactin and oxytocin which can affect the release of colostrum in mothers due to the use of drugs during cesarean section surgery.* **Objective:** *this study was to analyze the relationship between breast care knowledge that is oxytocin massage with the smooth production of breast milk in post partum section sexesia day 2. The research method used was this case study was conducted on two post-operative clients of sectio caesarea with nursing problems and medical diagnosis the same is the ineffectiveness of breastfeeding.* **Results:** *After nursing care the ineffectiveness of breastfeeding in cases 1 and 2 can be resolved on day 3 and in case 1 the problem of ineffectiveness of breastfeeding is resolved when an oxytocin massage is performed on lumbar 3 and in case 2 the problem of ineffectiveness of ASI is resolved during oxytocin massage at toracal 4.* **Discussion:** *in both clients found the problem of ineffectiveness of breastfeeding due to lack of knowledge about breastfeeding and breast care. The author recommends the hospital to improve service standards in giving nursing care, especially involvement in the implementation of breast care to clients and to the educational institutions is expected to be able to meet the availability of new published literature, especially regarding cesarean section and the ineffectiveness of breastfeeding so that students can add scientific insight.* **Keywords:** *Post cesarean section, Ineffectiveness of breastfeeding* **Reference:** *10 books (2008-2018), 2 Journals (2015-2018) Bibliography: 10 (2008-2018).*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT”** dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penyusunan karya tulis ini tidak pernah berdiri sendiri, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah turut serta membantu proses hingga terwujudnya harapan dan tujuan penulis dengan baik, ucapan terima kasih ini penulis sampaikan yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Keperawatan Anestesi di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana.
3. Bandung. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

4. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
5. Ingrid Dirgahayu, MKM. selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners. selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
8. Deti Fuji Adianti, S.Kep., Ners selaku CI Ruang Kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut.
9. Ayahanda Yahya dan Ibunda Susanti, Abang Rangga, Ramadini, Ridho Rahmatullah, Razif Ibrahim yang selalu memberi semangat serta dorongan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Untuk teman - teman seperjuangan Anestesi Angkatan XII yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 24 Mei 2019

PENULIS

DAFTAR ISI

	Halaman
SURAT PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori.....	7
2.1.1 Konsep Seksio Sesarea.....	7
2.1.2 Anatomi Abdomen.....	7
2.1.3 Teknik Insisi Seksio Sesarea.....	11
2.1.4 Etiologi.....	17
2.1.5 Patofisiologi.....	18
2.1.6 Klasifikasi.....	20
2.1.7 Indikasi.....	20
2.1.8 Komplikasi.....	21
2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik.....	22
2.1.10 Penatalaksanaan Medik dan Implementasi Keperawatan.....	22
2.2 Konsep Dasar Nifas.....	23
2.2.1 Definisi Nifas.....	23
2.2.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas.....	24
2.2.3 Tahapan Masa Nifas.....	24
2.2.4 Adaptasi Fisiologis Postpartum.....	25
2.2.5 Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas.....	35
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas.....	36
2.3.1 Pengkajian.....	36
2.3.2 Analisa Data.....	48
2.3.3 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Postpartum.....	48
2.3.4 Rencana Keperawatan.....	49

2.4 Konsep Dasar Laktasi.....	85
-------------------------------	----

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian.....	90
3.2 Batasan Istilah	91
3.3 Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian.....	91
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	92
3.5 Pengumpulan Data	92
3.6 Uji Keabsahan Data.....	93
3.7 Analisis Data	93
3.8 Etik Penulisan KTI	95

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil.....	98
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	99
4.1.2 Pengkajian.....	99
4.1.3 Analisis Data.....	110
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	113
4.1.5 Perencanaan.....	116
4.1.6 Implementasi.....	119
4.1.7 Evaluasi.....	125
4.2 Pembahasan	126
4.2.1 Pengkajian.....	126
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	128
4.2.3 Perencanaan.....	132

4.2.4 Implementasi.....	138
4.2.5 Evaluasi.....	139
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	141
5.2 Saran.....	143
Daftar Pustaka.....	144
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Perubahan Tanda-tanda Vital	26
Tabel 2.2 Involusi Uterus	27
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	50
Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut.....	53
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi	57
Tabel 2.6 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI	60
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Eleminasi Urine	63
Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur	65
Tabel 2.9 Intervensi Resiko Infeksi	67
Tabel 2.10 Intervensi Defisit Perawatan Diri	70
Tabel 2.11 Intervensi Konstipasi	73
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Syok	75
Tabel 2.13 Intervensi Resiko Perdarahan	78
Tabel 2.14 Intervensi Defisit Pengetahuan	83
Tabel 4.1 Identitas Klien	99
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan	99
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi	100
Tabel 4.4 Riwayat Obstetri	101
Tabel 4.5 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	102
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik	104

Tabel 4.7 Data Psikologi	108
Tabel 4.8 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	109
Tabel 4.9 Program dan Rencana Pengobatan	110
Tabel 4.10 Analisis Data	110
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan	113
Tabel 4.12 Perencanaan	116
Tabel 4.13 Implementasi	119
Tabel 4.14 Evaluasi	124

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea.....	18
---------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Bimbingan (Pembimbing 1)
Lampiran II	Lembar Bimbingan (Pembimbing 2)
Lampiran III	Satuan Acara Penyuluhan (Perawatan luka post SC)
Lampiran IV	Satuan Acara Penyuluhan (Perawatan luka post SC)
Lampiran V	Leaflet
Lampiran VI	Lembaran Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran VII	Format Review Artikel
Lampiran VIII	Jurnal
Lampiran IX	Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
EEG	: <i>Elektroensefalogram</i>
MRI	: <i>Magneti Resonance Imaging</i>
PET	: <i>Positron Emission Tomography</i>
AGD	: Analisa Gas Darah
CT	: <i>Clothing Time</i>
KB	: Keluarga Berencana
TFU	: Tinggi Fundus Uterus
LH	: <i>Luteinizing Stimulating Hormone</i>
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
NANDA	: <i>The North American Nursing Diagnosis Association</i>
PES	: Problem Etiologi Simtom
SOAP	: Subjektif Objektif Analisis data Perencanaan
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
CT-SCAN	: <i>Computerized Tomography Scanner</i>
UGD	: Unit Gawat Darurat
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan

LBP	: <i>Low Back Pain</i>
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
TP	: Tafsiran Persalinan
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
TT	: <i>Tetanus Toksoid</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat
BB	: Berat Badan
KG	: Kilogram
CM	: Sentimeter
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala
PB	: Panjang Badan
Cc	: <i>Cubic Centimeter</i>
C	: <i>Celsius</i>
TTV	: Tanda Tanda Vital
RR	: <i>Respiratory Rate</i>

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kuadran Abdomen.....	9
Gambar 2.2 Jenis Insisi Abdomen.....	11

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seksio sesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui sebuah insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Oxorn, William, 2010 dan Sarwono, 2011). Keputusan untuk melakukan seksio sesarea diambil ketika ada pertimbangan indikasi dan resiko yang mungkin terjadi seperti pendarahan, cedera saluran kemih/usus dan infeksi. Indikasi seksio saesar pada ibu berupa disproporsi kepala panggul, disfungsi uterus, distosia jaringan lunak dan plasenta previa, sedangkan pada bayi berupa janin besar, gawat janin dan letak lintang.

Terjadi peningkatan angka persalinan seksio sesarea. Menurut *World Health Organization* (WHO), (2013) menunjukan angka kelahiran dengan seksio sesarea pada tahun 2013 Di China mencapai 27% dan Colombia 47%. WHO menyatakan persalinan dengan seksio sesarea adalah sekitar 10-15% dari semua proses persalinan di negara berkembang. Menurut Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), pada tahun 2018 menunjukan bedah seksio sesarea di Indonesia sebanyak 17,6% dengan proporsi tertinggi di Bali 30,2% dan terendah di Papua 6,7% (Depkes RI, 2018). Berdasarkan catatan *medical record* di RSUD Dr. Slamet garut periode Januari 2017 sampai

Desember 2018 didapatkan hasil pada ruangan Nifas proporsi ibu yang mengalami persalinan dengan seksio sesarea yaitu 4219 kasus.

Seksio sesarea merupakan tindakan insisi pada dinding abdomen dan uterus, yang akan menimbulkan masalah keperawatan pada pasien *post op sectio caesarea* diantaranya ketidakefektifan jalan nafas, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, terhentinya proses menyusui, gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur, risiko infeksi, defisit perawatan diri, konstipasi, risiko syok hipovolemik, risiko perdarahan, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan *postpartum* dan ketidakefektifan pemberian ASI (Nurarif, 2015).

Persalinan dengan cara seksio sesarea juga dapat menimbulkan masalah menyusui terhadap ibu dan bayi. Ibu yang mengalami bedah caesar mungkin belum mengeluarkan ASI nya dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, kadangkala perlu waktu hingga 48 jam karena beberapa hal, yaitu kadar hormone prolaktin dan oksitosin yang dapat mempengaruhi pengeluaran kolostrum pada ibu karena penggunaan obat obat saat dilakukan operasi seksio sesarea sehingga sehingga diperlukan perawatan payudara seperti pijat oksitosin untuk mepengeluaran hormone oksitosin. Hambatan menyusui pada ibu post seksio sesarea disebabkan karena nyeri post operasi yang mengganggu kenyamanan ibu sehingga ibu menunda untuk menyusui dan menimbulkan keterlambatan dalam pengeluaran kolostrum. (Zamzami dkk. et al, (2015).

Masalah menyusui pada umumnya terjadi dalam dua minggu pertama masa nifas, sehingga pada masa ini pengawasan dan perhatian petugas kesehatan sangat diperlukan

agar masalah menyusui dapat segera di atasi, serta tidak mengganggu ibu untuk menyusui anaknya. Berbagai permasalahan dapat menyebabkan ibu malas memberikan ASI sehingga menyebabkan ketidakefektifan pemberian ASI, masalah tersebut diantaranya payudara bengkak (*engorgement*), kelainan puting, Nyeri puting (*sore nipple*) dan puting lecet (*cracked nipple*), sumbatan saluran susu (*obstructive duct*), radang payudara (*mastitis*), abses payudara (Djamhoer Martaadisoebrata et al. 2015).

Oleh karena itu perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif terdiri dari biologis, psikologis, sosial, spiritual terutama dalam penanganan post seksio sesarea dengan masalah pemberian ASI. Asuhan keperawatan tersebut dilakukan dengan melakukan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan dan mengevaluasinya (Dermawan Deden, 2012).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMBERIAN ASI DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimakah asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spiritual, dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Konsep Seksio Sesarea

Proses persalinan tidak selalu berlangsung alamiah atau normal. Banyak faktor yang menyebabkan persalinan tidak berlangsung normal, karena syarat persalinan normal itu ada jalan lahir, turunnya kepala bayi pada panggul, kekuatan, posisi ibu selama persalinan, dan kondisi psikologis jiwa (Johnson, 2014). Jika salah satu tidak memenuhi maka akan sulit dilakukan persalinan secara normal dan apabila keadaan ibu maupun bayi tidak memungkinkan biasanya dapat dilakukan tindakan seksio sesarea (Holmes & Philip, 2012).

Jadi operasi Caesar atau sering disebut seksio sesarea adalah kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi) yang dapat dilakukan terencana maupun segera (*cyto*), dimana operasi terencana (*elektif*) di rencanakan jauh-jauh hari sebelum jadwal melahirkan dengan pertimbangan keselamatan ibu dan bayi.

2.1.2 Anatomi Abdomen

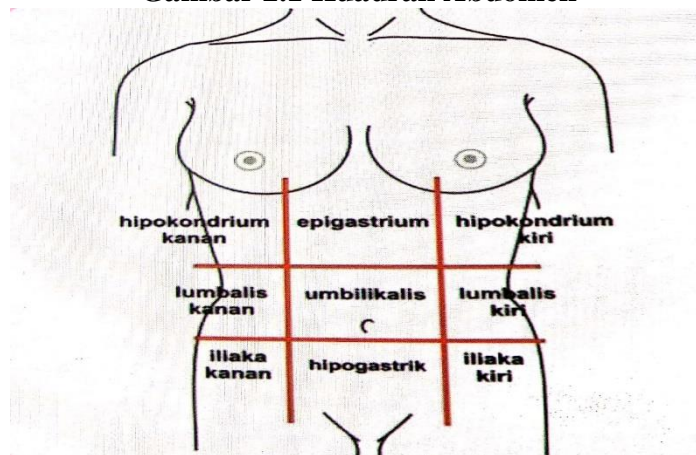
Menurut (Rasmiji,2009) kuadran abdomen dibagi menjadi 9 regio oleh dua garis vertikal dan dua garis horizontal. Garis vertikal melalui pertengahan antara SIAS (*spina iliaca anterior superior*) dan *simfisis pubis*. Garis horizontal bidang subskostalis, menghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta X dan terletak berseberangan dengan vertebra

lumbalis III. Bidang intertuberkularis, menghubungkan tuberkulum pada krista iliaka yang terletak setinggi korpus vertebra lumbal V.

Organ-organ yang terdapat di 9 regio yaitu :

1. Hipokandrium kanan terdapat hati, kandung empedu, sebagian duodenum, seperdua atas ginjal kanan, kelenjar suprarenal
2. Epigastrium terdapat aorta, lambung, pankreas dan sebagian hati.
3. Hipokandrium kiri terdapat limpa, lambung, ekor pankreas, seperdua atas ginjal kiri dan kelenjar suprarenal.
4. Lumbalis kanan terdapat kolon asenden, seperdua bawah ginjal kanan, sebagian duodenum dan jejunum
5. Umbilikal is terdapat omentum, bagian bawah duodenum, sebagian jejunum dan ileum
6. Lumbalis kiri terdapat kolon desenden, seperdua bawah ginjal kiri, sebagian jejunum dan ileum
7. Iliaka kanan terdapat apendiks, sekum, ujung bawah ileum, ureter kanan, saluran sperma kanan, ovarium kanan
8. Hipogastrik terdapat organ ileum, kandung kemih dan uterus
Iliaka kiri terdapat ovarium kiri, saluran sperma kiri, ureter kiri, dan kolon sigmoid.

Gambar 2.1 Kuadran Abdomen



Sumber : (Rasmiji,2009)

Dinding Abdomen dari bagian luar ke bagian dalam terdiri dari kulit, jaringan subcutis, fascia super cialis, otot-otot perut dan bagian punggung. Kulit abdomen mempunyai turgor yang bervariasi, pada wanita yang telah melahirkan anak, turgornya berkurang sehingga kulit menjadi lembek dan keriput. Pada penderita dehidrasi turgor kulit juga berkurang (Widjaja, 2009).

Otot dinding ventral abdomen : *M.rektus abdominalis* dan *m.piramidalis*. Otot-otot dinding lateral abdomen : *m.obliquus abdominis eksternus*, *m. Obliquus abdominis internus*, dan *m.transversus abdominis*. Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu *aponeurosis* (lapis tendon datar luas) ini nampak sebagai suatu garis yang disebut *linea alba*. Sarung rektus berguna sebagai retikulum yang mempertahankan *m.rektus abdominis* tetap pada posisinya (mencegah terjadinya *bow-string effect*) pada waktu berkontraksi.

Aponeuris dari otot-otot abdomen ini tersusun sedemikian rupa sehingga ada perbedaan antara lapisan aponeurosis yang terletak di atas dan dibawah umbilikus, yang dibatasi oleh *linea arkuata*. Diatas *linea arkuata*, sarung rektus

terdiri atas dua lamina, yaitu lamina anterior dan lamina superior. Susunan serabut dinding abdomen sejajar dengan serabut kulit. Oleh karena itu, garis jahitan pada insisi vertikal akan mendapatkan tegangan yang lebih besar sehingga insisi vertikal lebih sering menyebabkan terjadinya dehiscensi dan hernia. Fungsi otot abdomen untuk pergerakan dan untuk melindungi alat-alat dalam abdomen. Peritonium merupakan serabut tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam. Peritonium di bagi menjadi dua :

Peritonium perietalis langsung melekat pada dinding abdomen

1. *Peritonium visceralis* meliputi organ visceralis, peritoneum yang menghunung organ dan dinding abdomen ini secara umum disebut mesenterium. Peritonium parietalis dan visceralis merupakan suatu kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut kavum peritonei. Kavum peritoneum dibagi menjadi dua :

1. *Saccus major* (kavum peritoneum *s.s* ; *greater sac*)
2. *Saccus minor* (bursa omentalis;*lasser sac*)

Pada wanita, kavum peritoneum mempunyai dua lubang, yaitu kedua ostium tuba uteria (Rasmiji,2009).

2.1.3 Teknik insisi seksio sesarea

Beberapa teknik insisi seksio sesarea yaitu : (Cunningham et al. 2013).

1. Teknik insisi seksio sesarea
 - 1) Insisi abdomen

Gambar 2.2 Jenis Insisi Abdomen



Sumber : Cunningham et al. (2013).

a. Insisi vertikal

Insisi vertical linea mediana infraumbilikal dilakukan dengan diseksi tajam dilakukan setinggi selubung rektus anterior, yang dibebaskan dari lemak subkutan untuk memperlihatkan fascia selebar 2 cm dilinea mediana. Lapisan fascia di linea mediana diinsisi dengan gunting. M. rektus dan pyramidalis dipisahkan di garis tengah dengan diseksi tajam dan tumpul untuk memperlihatkan fascia transversalis dan peritoneum.

Fascia transversalis dan lemak preperitoneal didiseksi dengan hati-hati. Peritoneum yang dekat dengan bagian ujung atas insisi dibuka dengan dua hemostat berjarak sekitar 2 cm. Lipatan peritoneum yang teregang diantara klem kemudian diperiksa dan dipalpasi untuk memastikan omentum, usus, dan kandung kemih terletak tidak melekat. Peritoneum diinsisi pada bagian superior dari ujung atas insisi dan turun hingga diatas bayangan peritoneum yang menutupi kandung kemih.

b. Insisi transversal

Insisi dilakukan setinggi garis rambut pubis dan diperluas melewati batas lateral M. rectus. Diseksi tajam dilanjutkan melalui lapisan subkutaneum hingga fascia. Setelah jaringan subkutaneum dipisahkan dari fascia dibawahnya sepanjang 1 cm atau lebih pada setiap sisi, maka fascia diinsisi. Pada tahap ini, fascia abdomen anterior tersusun dari dua lapisan yang terlihat, aponeurosis dari M. obliquus externus dan penyatuan lapisan aponeurosis dari M. transversus obliquus dengan M. transversus abdominis. Idealnya, dua lapisan itu diinsisi tersendiri selama perluasan ke lateral pada insisi fascia. Apabila ini dilakukan, maka pembuluh darah epigastrika inferior dicari dan dikauter atau diligasi agar pembuluh darah tidak terpotong. Tepi superior fascia lalu tepi inferior dipegang dengan klem dan dielevasi. Selubung fascia dipisahkan dari M. rectus dibawahnya secara tumpul atau tajam. Pembuluh darah yang berjalan diantara otot dan fascia diklem, dipotong dan diligasi atau dikateterisasi dengan elektrokauter. Pemisahan fascia ditarik cukup dekat ke umbilikus untuk melakukan insisi longitudinal linea mediana yang adekuat pada peritoneum. Kemudian, M. rectus dipisahkan di linea mediana untuk memperlihatkan peritoneum dibawahnya. Insisi Pfannestiel mengikuti garis Langer dari tegangan kulit.

2) Insisi uterus

Segmen bawah uterus paling sering diinsisi secara transversal tetapi terkadang dilakukan insisi klasik yaitu insisi vertikal kedalam korpus uteri diatas segmen bawah uterus mencapai fundus uteri. Namun, insisi ini jarang dilakukan. Insisi transversal lebih disukai karena lebih mudah dijahit, terletak pada lokasi

yang tidak mudah ruptur selama kehamilan berikutnya, dan tidak menyebabkan perlekatan usus atau miomentum pada garis insisional.

a. Teknik insisi seksio sesarea transversal

Uterus biasanya berada pada posisi dekstrorotasi sehingga ligamentum teres uteri kiri terletak lebih anterior dan lebih dekat ke linea mediana dibandingkan yang kanan. Pada keadaan mekonium yang tebal atau cairan amnion terinfeksi, maka diletakkan kasa laparotomi yang lembab dalam setiap lekukan peritoneum bagian lateral. Lapisan peritoneum yang menutupi segmen bawah uterus bagian *anterior-bladder flap* dipegang dengan forceps di linea mediana dan diinsisi secara transversal dengan gunting. Gunting dimasukkan di antara serosa vesikouteri dan myometrium segmen bawah uterus lalu didorong ke arah lateral dari linea mediana, kemudian ditarik sambil membuka gunting secara intermiten sehingga memisahkan serosa selebar 2 cm, kemudian diinsisi. *Flap* peritoneum bagian bawah dielevasi, dan kandung kemih dipisahkan dengan kedalaman 5 cm secara perlahan dengan diseksi tajam atau tumpul dari miometrium. Uterus dimasuki melalui segmen bawah kira-kira 1 cm dibawah tepi atas lipatan peritoneum. Insisi harus dibuat relative lebih tinggi pada wanita dengan dilatasi serviks lengkap atau lanjut untuk mengurangi perluasan insisi ke arah lateral mengenai arteria uterina dan masuk secara tidak sengaja ke dalam vagina. Setiap teknik diawali dengan skalpel menginsisi transversal segmen bawah uterus yang terlihat sepanjang 1 hingga 2 cm pada linea mediana. Setelah uterus dibuka, insisi dapat diperluas dengan memotong ke arah lateral kemudian sedikit ke atas dengan gunting kasa. Ketika segmen bawah uterus menipis, insisi juga dapat mudah

diperluas dengan melebarkan insisi menggunakan tekanan ke lateral dan keatas yang diberikan oleh tiap jari telunjuk. Apabila plasenta ditemukan pada jalur insisi, plasenta harus dilepaskan atau diinsisi. Pelahiran dan klem tali pusat harus dilakukan segera mungkin.

3) Pelahiran bayi

Pada presentasi kepala, tangan masuk kedalam rongga uterus diantara simfisis dan kepala janin. Kepala janin dielevasi secara perlahan dengan jari dan telapak tangan melalui insisi, ditambah tekanan transabdominal sedang pada fundus. Pada wanita yang belum memasuki proses persalinan, kepala janin mungkin tidak molase, dan karena tidak terdapat bagian kepala yang menonjol, kepala yang bulat dapat sulit diangkat melalui insisi uterus. Pada keadaan demikian, peralatan forseps atau vakum digunakan untuk melahirkan kepala janin. Bahu dilahirkan dengan traksi perlahan dan tekanna pada fundus. Sisa tubuh akan mengikuti. Untuk mengurangi terjadinya aspirasi cairan amnion pada janin, maka hidung dan mulut siaspirasi dengan balon hisap. Insisi uterus diklem dengan forceps cincin atau pennington atau instrument lain yang serupa. Kemudian plasenta dikeluarkan secara spontan tetapi jika tidak keluar secara spontan, pijatan pada fundus dapat menurunkan terjadinya perdarahan dan mempercepat pelahiran plasenta.

4) Penjahitan uterus

Rongga uterus diinspeksi dan dihisap atau dibersihkan dengan kasa untuk membuang selaput yang lepas, verniks, bekuan darah, dan febris lain. Tepi irisan bagian atas dan bawah serta setiap sudut lateral insisi uterus diperiksa adanya

perdarahan. Pembuluh darah besar yang diklem diligasi dengan jahitan. Insisi uterus kemudian ditutup dengan satu atau dua lapis benang yang dapat diserap seperti benang kromik atau dapat digunakan benang yang lambat diserap seperti sintetik. Jahitan pertama dilakukan tepat pada salah satu sudut insisi uterus. Selanjutnya, dilakukan jahitan *running-lock*, yang menciptakan penutupan yang lebih hemostatik, dengan setiap jahitan dengan menembus seluruh ketebalan miometrium. Penutupan tepi irisan biasanya dapat memuaskan dengan satu lapis jahitan, terutama bila segmen bawah uterus tipis.

5) Penutupan abdomen

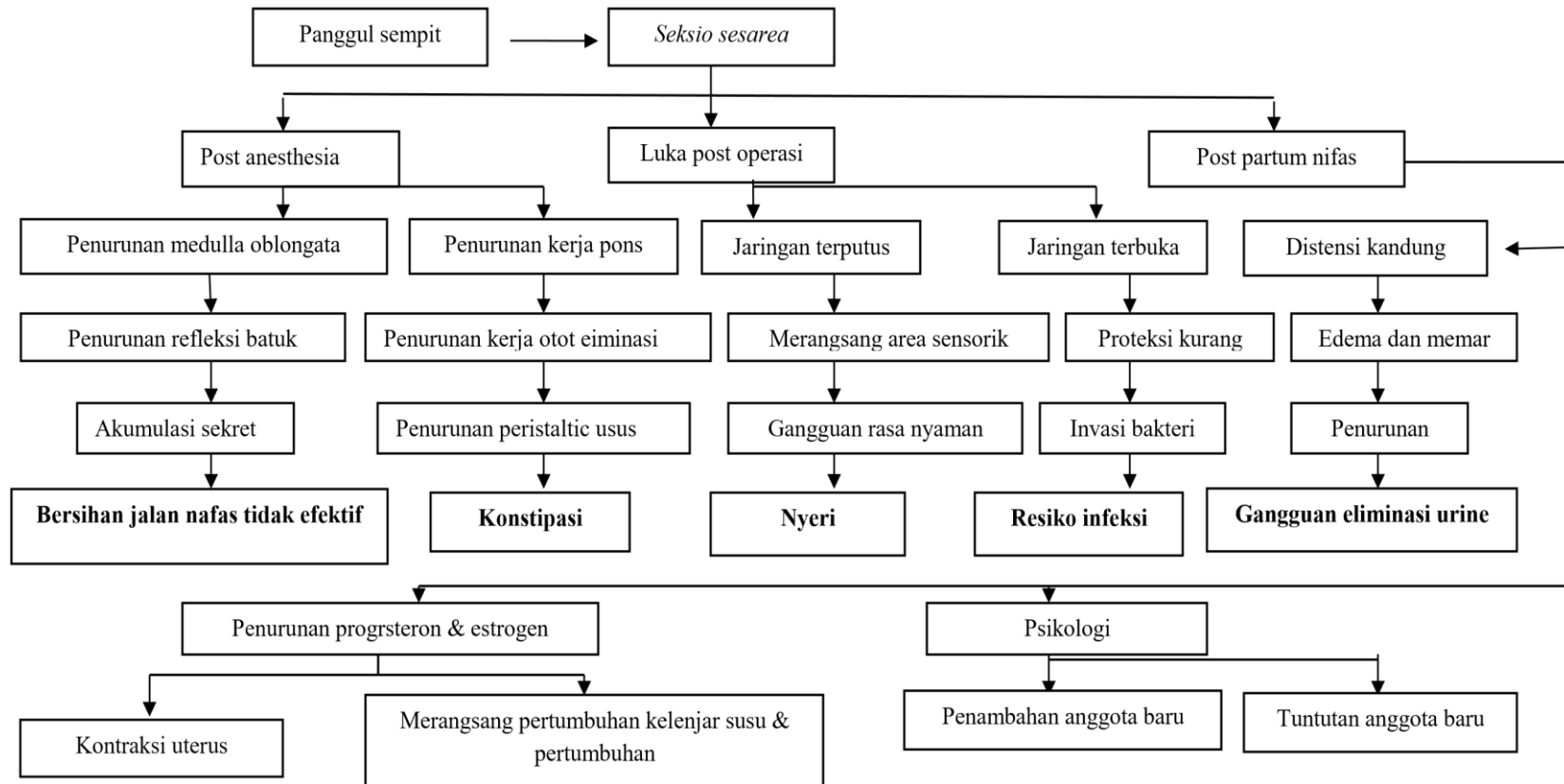
Semua kasa dibuang, *sulci paracolici*, dan *cul-de-sac* dikosongkan dari darah dan cairan amnion dengan *suction* secara perlahan. Setelah perhitungan spons dan instrument bedah benar, insisi abdomen ditutup. Pada saat ditutupnya setiap lapisan setiap lapisan, lokasi perdarahandicari, diklem, dan diligasi atau dikoagulasi dengan pisau elektrobedah. M. rectus dikembalikan ke posisi asal, dan rongga subfacia diperiksa dengan hati-hati untuk hemostatis. M. rectus dapat ditutup dengan satu atau dua jahitan *figure-of-eight*. Fascia rektus di atasnya ditutup dengan jahitan interuptus. Jaringan subkutan biasanya tidak perlu ditutup jika ketebalan kurang dari 2 cm, dan kulit ditutup dengan jahitan vertikal atau dengan jahitan *running subcuticular* atau dengan *skin clip*.

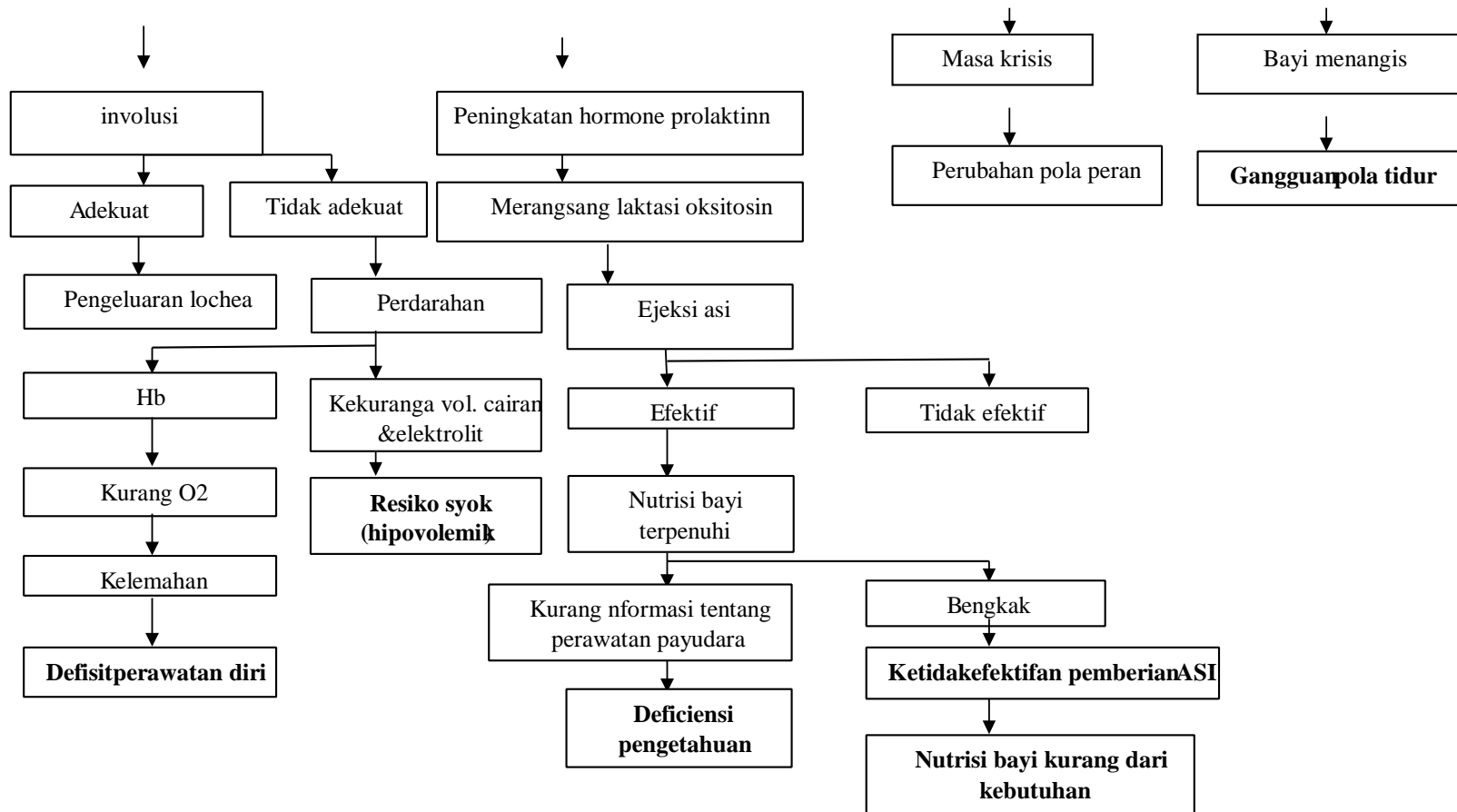
2.1.4 Etiologi

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), etiologi seksio sesarea ada dua, yaitu etiologi yang berasal dari ibu seperti pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvik (disporposi janin / panggul), terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, solution plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya), dan etiologi yang berasal dari janin seperti *fetal distress* / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, *prolapsus* tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum.

2.1.5 Patofisiologi

Bagan 2.1 Patway Seksio Sesarea





Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

2.1.6 Klasifikasi

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), klasifikasi dari seksio sesarea adalah:

- a. Seksio sesarea abdomen :
 - 1) Seksio sesarea transperitonealis.
 - a) Seksio sesarea klasik (corporal)
 - b) Seksio sesarea ismika (profunda).
 - 2) Sectio sesarea peritonealis yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka kavum abdomen.
- b. Seksio caesarea vaginalis

Menurut arah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kroning.
- 2) Sayatan melintang (transfersal) menurut Kerr.
- 3) Sayatan huruf T (T-incision)

2.1.7 Indikasi

Indikasi dilakukannya *sectio caesarea* menurut Doris dan Serdar (2005), digolongkan menjadi 3 besar indikasi, yaitu :

- 1) Indikasi Janin

Indikasi janin antara lain, bayi terlalu besar (makrosomia), berat lahir sangat rendah, bayi kembar (gemelli), kelainan letak janin seperti letak

sungsang atau letak lintang, presentasi breech/bokong. Adapula indikasi janin yang menyebabkan *sectio caesarea* harus dilakukan secara *emergency*, yaitu *fetal distress*, prolapsus tali pusat saat persalinan, adanya korioamnionitis yang membahayakan janin, dan ketuban pecah dini.

2) Indikasi Ibu

Seperti indikasi janin, kondisi ibu pun dapat menjadi indikasi dilakukannya *sectio caesarea*. Indikasi tersebut antara lain *cephalo pelvic disproportion* yaitu keadaan dimana ukuran panggul ibu dan kepala janin tidak serasi dan adanya tumor yang menutup jalan lahir.

a. Kombinasi antara Indikasi Ibu dan Janin

Kombinasi antara indikasi ibu dan janin antara lain adanya pendarahan pervaginam akut, dapat terjadi karena *plasenta previa* atau *solusio plasenta*. Apabila pendarahan dapat membahayakan ibu dan janin, maka tindakan pembedahan *sectio caesarea* harus dilakukan tanpa memperhatikan usia kehamilan janin.

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi seksio sesarea menurut Oxorn & Forte, 2010)

1. Angka morbiditasnya 20 %
2. Darah lebih banyak hilang
3. Kerusakan pada traktus urinarius dan usus termasuk pembentukan fistula

4. Trauma psikologis akibat tindakan pembedahan
5. Pendarahan
 - a. Atonia uteri
 - b. Pelebaran insisi uterus
 - c. Kesulitan mengeluarkan plasenta
 - d. Hematoma ligamentum matum
6. Infeksi
 - a. Traktus genitalia
 - b. Insisi
 - c. Traktus urinaria
 - d. Paru-paru dan traktus respiratorius atas
7. Thrombophlebitis
8. Cedera dengan atau tanpa fistula
 - a. Traktus urinaria
 - b. Usus
9. Obstruksi usus

2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik dilakukan untuk pemantauan janin terhadap kesehatan janin seperti pemantauan EKG, JDL dengan diferensial, elektrolit, hemoglobin/ hematokrit, golongan darah, urinalisis, amniosentesis terhadap

maturitas paru janin sesuai indikasi, pemeriksaan sinar X sesuai indikasi, dan ltrasound sesuai pesananan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

2.1.10 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan

Penatalaksanaan medik dan implikasi keperawatan pada ibu post seksio sesarea yaitu: pemberian cairan, karena 24 jam pertama penderita pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya; diet, pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 – 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh; mobilisasi, dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 – 10 jam setelah operasi. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi setengah posisi duduk (semi fowler). Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi; kateterisasi, kateter biasanya terpasang 24-48 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Juga diberikan beberapa jenis obat-obatan seperti antibiotik, analgetik, caboransia seperti neurobian I vit. C. Dilakukan juga perawatan luka, kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus

dibuka dan diganti. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

2.2 Konsep Dasar Nifas

2.2.1 Definisi Nifas

Masa nifas dimulai dari setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandung kemih kembali keadaan semula (sebelum hamil) yang berlangsung kurang lebih 6 minggu, dimana pada periode post partum ini dimana masa penyesuaian ibu terhadap peran baru (Anik Muryunani, 2010).

Periode masa nifas selama 6-8 minggu setelah persalinan, proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil atau tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologis dan psikologis karena proses persalinan (Sulistyawati, 2009).

2.2.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas menurut Dewi & Sunarsih (2011) adalah:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.

- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana

2.2.3 Tahapan Masa Nifas

Adapun tahapan-tahapan masa nifas (post partum dan puerperium menurut Suherni, Hesty, Anita (2009) adalah :

- a. Pueriperium dini adalah masa kepulihan, yakni saat-saat ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan.
- b. Pueriperium intermedial adalah masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu
- c. Remot puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil ataupun persalinan mempunyai komplikasi.

Sebagai catatan, waktu untuk sehat sempurna bisa cepat bila kondisi sehat prima, atau bisa juga berminggu-minggu, berbulan, bahkan tahunan, bila ada gangguan-gangguan kesehatan lainnya.

2.2.4 Adaptasi Fisiologis Postpartum

a. Perubahan tanda-tanda vital (Anik Maryunani, 2015)

Dalam hal ini perubahan tanda-tanda vital, yaitu:

1) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37⁰C. Setelah partus dapat naik kurang lebih 0,5⁰C dari keadaan normal. Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal (Sulistyawati, 2009). Penjelasan lain mengenai perubahan suhu pada masa nifas ini adalah pada 24 jam pertama suhu tubuh ibu dapat meningkat sekitar 38⁰C, hal ini mungkin disebabkan oleh karena ekskresi otot, dehidrasi dan perubahan hormonal. Jika terjadi peningkatan suhu 38⁰C yang menetap dalam dua hari dalam 24 jam melahirkan maka perlu dipikirkan adanya infeksi.

2) Tekanan Darah

Tekanan darah sedikit mengalami penurunan sekitar 20 mmHg atau lebih pada tekanan systole akibat dari hipotensi ortostatik; yang ditandai dengan sedikit pusing pada saat perubahan posisi dari berbaring ke berdiri dalam 48 jam pertama.

3) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhirnya kembali normal setelah beberapa jam postpartum. Nadi berkisar antara 60-80

denyutan per menit setelah partus. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas, mungkin ada perdarahan berlebihan.

4) Pernafasan

Pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula. Dalam hal ini, fungsi pernafasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama postpartum.

Tabel 2.1 Tabel Perubahan Tanda-tanda Vital

Parameter	Penemuan normal	Penemuan abnormal
Tanda-tanda vital	Tekanan darah < 140/90 mmHg mungkin bisa naik dari tingkat disaat persalinan 1-3 hari postpartum	Tekanan darah > 140/90 mmHg
	- Suhu < 38°C	Suhu > 38°C
	- Denyut nadi 60-100 x/menit	Denyut nadi > 100 x/menit

Sumber : Anik M, 2015

b. Perubahan Sistem Reproduksi (Dewi & Sunarsih, 2011)

1) Uterus

a) Pengerutan Rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati). Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFUnya (tinggi fundus uteri).

Tabel 2.2 Involusi Uterus

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: Yanti, 2011

Involusi uterus terjadi melalui 3 proses yang bersamaan, sebagai berikut:

(1) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uteri dengan enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur.

(2) Atrofi jaringan

Jaringan yang berproliferasi dengan adanya ekstrogen dalam jumlah yang besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi ekstrogen yang menyertai pelepasan plasenta.

(3) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uteri sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini

membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

b) Lochia

Lochia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochia mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus, berbau amis atau anyir dengan volume yang berbedabeda pada setiap wanita, lochia yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochia dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

(1) Lochia rubra/merah

Keluar pada hari pertama sampai hari keempat masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium.

(2) Lochia sanguinolenta

Berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari keempat sampai hari ketujuh postpartum.

(3) Lochia serosa

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

(4) Lochia alba/putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

c) Laktasi

Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Ada 2 refleks yang sangat dipengaruhi oleh keadaan jiwa ibu, yaitu:

(1) Refleks Prolaktin

Pada waktu bayi menghisap payudara ibu, ibu menerima rangsangan neurohormonal pada puting dan areola, rangsangan ini melalui nervus vagus diteruskan ke hypophysis lalu ke lobus anterior, lobus anterior akan mengeluarkan hormone prolaktin yang masuk melalui peredaran darah sampai pada kelenjarkelenjar pembuat ASI dan merangsang untuk memproduksi ASI.

Pada ibu yang melahirkan anak, tetapi tidak menyusui, kadar prolaktin akan menjadi normal pada minggu ke 2-3. Pada ibu yang menyusui, prolaktin tidak akan meningkat

dalam keadaan seperti stress atau pengaruh psikis, anestesi, operasi, dan merangsang puting susu.

(2) Refleks *Let Down*

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oxytosin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot myoepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas ke arah ampula. Faktor-faktor yang menghambat refleks *let down* adalah stress, seperti keadaan bingung/pikiran kacau, takut, dan cemas.

Menurut jurnal keperawatan dan kebidanan hadianti, et al (2016) & Mododahi, et al (2018), pemijatan punggung dilakukan untuk menstimulasi refleks oksitosin agar membantu ibu secara psikologis, membangun kepercayaan diri ibu. Pijatan atau rangsangan pada tulang belakang, neurotransmitter akan merangsang medulla oblongata yang langsung mengirim pesan ke hipotalamus di hipofisis posterior untuk mengeluarkan oksitosin sehingga mengeluarkan air susunya.

Produksi ASI dipengaruhi oleh hormon prolaktin sedangkan pengeluaran dipengaruhi oleh hormon

oksitosin. Pijatan pada tulang belakang menyebabkan hormone oksitosin keluar dan ASI pun cepat keluar, sehingga ibu merasa tenang, rileks dan meningkatkan ambang rasa nyeri . factor yang mempengaruhi produksi ASI diantaranya adalah perawatan payudara. Perawatan payudara merupakan kegiatan yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara kesehatan payudara. Yang bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga pengeluaran ASI lancar.

Menurut Jurnal Ners dan kebidanan Indonesia oleh Hadiani dan resmana et al (2016) Bayi yang mendapatkan ASI pada waktu 24-47 jam sebesar 13%, 95% kolostrum yang keluar pada < satu hari persalinan SC berpeluang 7 kali lebih besar terjadi pada ibu yang melakukan pijat oksitosin.

2) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Pada minggu ke-6 serviks menutup kembali.

3) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu, vulva

dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

4) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapat kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

c. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami keadaan konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena 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 aktivitas tubuh. Namun hal ini masih dalam kondisi normal dimana faal usus akan kembali normal dalam 3-4 hari.

d. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil. Hal ini disebabkan terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

e. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ligamen, 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 ligament rotundum menjadi kendur. Stabilisasi/secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

f. Perubahan Sistem Endokrin

1) Hormon Plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7.

2) Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi.

g. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui seksio caesarea, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan

hematokrit (*haemoconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada seksio caesarea, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

h. Perubahan Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental. Leukositosis yang meningkat dimana sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari dari masa postpartum. Jumlah haemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal postpartum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut.

2.2.5 Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

a. Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase berikut: (Dewi & Sunarsih, 2011)

1) Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman

selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu menjadi cenderung pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase *taking hold*

Fase *taking hold* adalah fase / periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah.

3) Fase *letting go*

Fase *letting go* merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya yang sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat bergina bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

b. Postpartum Blues

Postpartum blues atau sering juga disebut *maternity blues* atau sindrom ibu baru, dimengerti sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan pada minggu pertama setelah persalinan yang ditandai dengan gejala-gejala seperti reaksi depresi/sedih/disforia, sering menangis, mudah tersinggung, cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, mudah sedih. Puncak dari *postpartum blues* ini 3-5 hari setelah melahirkan dan

berlangsung dari beberapa hari sampai 2 minggu (Dewi & Sunarsih, 2011).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

2.3.1 Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien meliputi nama, umur, pendidikan, suku, nama, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, nomor *medical record*, diagnosa medik, tanggal masuk, dan tanggal dikaji (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

2) Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat serta hubungan dengan klien.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Rwayat kesehatan sekarang menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) meliputi :

a) Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit

Menguraikan mengenai keluhan yang pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan saat di rumah sakit.

b) Keluhan Utama Saat Dikaji

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah klien operasi. Umumnya klien akan mengeluh nyeri pada luka operasi.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita klien dan apakah keluarga klien juga mempunyai riwayat persalinan *sectio caesarea*.

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetrik

Riwayat ginekologi dan obstetrik menurut Sulistyawati (2009), meliputi :

1) Riwayat Ginekologi

Data ini penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika klien mengalami kesulitan post partum. Riwayat ginekologi pada klien post *sectio caesarea* meliputi :

a) Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi yang harus dikaji menurut Sulistyawati (2009), adalah *menarche* atau usia pertama kali menstruasi.

Pada wanita Indonesia usia pertama kali menstruasi umumnya 12-16 tahun. Selain itu, jarak antara menstruasi atau siklus

menstruasi yang biasanya sekitar 23-32 hari dengan lama menstruasi sekitar 7-14 hari. Dikaji pula keluhan saat mengalami menstruasi, dan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menghitung usia kehamilan ibu dan tanggal taksiran partus.

b) Riwayat Persalinan

Mengidentifikasi usia ayah dan ibu menikah, lama perkawinan, dan jumlah anak hasil perkawinan.

c) Riwayat Keluarga Berencana

Mengidentifikasi jenis kontrasepsi yang digunakan, masalah selama menggunakan kontrasepsi, rencana menggunakan kontrasepsi berikutnya dan alasannya.

2) Riwayat Obstetrik

Riwayat obstetrik pada klien post *sectio caesarea* meliputi :

a) Riwayat Kehamilan

Riwayat kehamilan meliputi :

(1) Riwayat Kehamilan Dahulu

Mengidentifikasi riwayat kehamilan yang pernah dialami klien.

(2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Yang perlu dikaji yaitu pemeriksaan kehamilan saat ini, riwayat imunisasi, riwayat pemakaian obat selama hamil, dan keluhan selama hamil.

b) Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan meliputi :

(1) Riwayat Persalinan Dahulu

Kaji riwayat kehamilan sebelumnya, persalinan dan nifas yang lalu, tahun persalinan, tempat persalinan, umur kehamilan, jenis kehamilan anak, BB anak, keluhan saat hamil, dan keadaan anak sekarang, pernah SC atau tidak sebelumnya.

(2) Riwayat Persalinan Sekarang

Menjelaskan indikasi dilakukan *sectio caesarea*, kaji jam, tanggal, jenis kelamin bayi, BB, TB, LK, LB, dan APGAR SCORE.

c) Riwayat Nifas

Riwayat nifas meliputi :

(1) Riwayat Nifas Dahulu

Mengidentifikasi riwayat nifas sebelumnya.

(2) Riwayat Nifas Sekarang

Mengkaji riwayat nifas yang sedang terjadi meliputi jenis lochea, warna, bau, jumlah, dan disertai dengan tinggi fundus uteri.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pengkajian pada pola aktivitas sehari-hari klien menurut Sulistyawati (2009), meliputi :

1) Pola Nutrisi

a) Makan

Menjelaskan dan membandingkan pola makan klien selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Perlu dikaji menu, frekuensi dan keluhan dalam makan. Pada menu makanan dikaitkan dengan pola diet berimbang bagi ibu. Jika pengaturan menu makan yang dilakukan oleh klien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi. Tenaga kesehatan dapat menanyakan pada klien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari (nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan dan lain-lain), serta keluhan atau kesulitan klien dalam mengkonsumsi makanan. Pada ibu post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat *sectio caesarea*.

b) Minum

Yang perlu ditanyakan kepada klien tentang pola minum, antara lain frekuensi ia minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum.

2) Pola Eliminasi

Membandingkan pola eliminasi klien meliputi BAB dan BAK selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Pola eliminasi BAB menjelaskan frekuensi, warna, bau, dan keluhan saat BAB. Pola eliminasi BAK menjelaskan frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan saat BAK. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi.

3) Istirahat Tidur

Membandingkan istirahat tidur klien meliputi tidur siang dan malam klien beserta keluhannya ketika hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada ibu supaya mengetahui hambatan yang mungkin muncul. Dapat menanyakan tentang berapa lama ibu tidur disiang dan malam hari. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan *sectio caesarea*.

4) *Personal Hygiene*

Mengidentifikasi pola *personal hygiene* klien berupa mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku, dan ganti pakaian. Perlu dikaji berapa kali klien mandi dan ganti baju dalam sehari, frekuensi dan

kapan ia keramas dan gunting kuku. Kemudian membandingkan polanya ketika hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit.

5) Aktivitas

Menjelaskan perbandingan aktivitas klien selama hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Data ini memberikan gambaran kepada tenaga kesehatan tentang berapa berat aktivitas yang biasa dilakukan klien.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien yang meliputi:

1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini, perawat perlu mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan perawat laporkan dengan kriteria baik jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Dapat juga dilaporkan dengan kriteria lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta klien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2009).

2) Tanda-tanda Vital

Mengkaji tekanan darah, pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Pada tanda-tanda vital biasanya tekanan darah normal

atau adapula yang menurun apabila pendarahannya banyak. Selain itu, nadi cenderung normal atau lebih cepat. Ada respirasi biasanya normal atau dapat juga lebih lambat yang disebabkan ibu sedang dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Suhu tubuh dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal. Apabila suhu meningkat hingga lebih dari 38°C maka perlu diwaspadai adanya infeksi (Yanti, 2011).

3) Antropometri

Mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.

4) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Pemeriksaan Fisik yang dilakukan pada klien post *sectio caesarea* menurut Sulistyawati (2009) adalah :

(1) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.

(2) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum.

(3) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan pada system penglihatan, fungsi penglihatan.

(4) Telinga

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

(5) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, warna mukosa, dan fungsi penciuman.

(6) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil, dan nyeri pada saat menelan.

(7) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidak penikatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk.

(8) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak

nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan.

(9) Abdomen

Pada hari pertama, tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi seksio sesarea.

(10) Punggung dan bokong

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

(11) Genetalia

Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.

(12) Anus

Hemoroid (varises anus) umum ditemui. Hemoroid interna dapat terbuka saat ibu mengejan ketika melahirkan.

(13) Ekstremitas

Adaptasi sistem musculoskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk

relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravid ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar. Serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

f. Data Psikologis

Pada hari pertama sampai ketiga, klien berada pada fase *taking in* dimana klien fokus terhadap dirinya sendiri dan emosi klien labil (Suherni dkk, 2009). Pada hari ke 3-10 hari, ibu akan mengalami rasa khawatir dan takut tidak akan bisa menanggung tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi. Fase ini dinamakan fase *taking hold*. Setelah rasa khawatir terlewati, ibu akan mengalami fase *letting go* dimana ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan bayinya dan keinginan ibu untuk merawat bayinya semakin meningkat. Fase ini biasanya terjadi setelah 10 hari pasca melahirkan.

g. Data Sosial

Kaji hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, perawat dan lingkungan sekitarnya.

h. Kebutuhan *bounding attachment*

Kaji interaksi antara ibu dan bayi, secara fisik, emosi, maupun psikologi (Suherni dkk, 2009).

i. Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Kaji pemenuhan kebutuhan seksual klien pada masa post *sectio caesarea*.

j. Data Spiritual

Mengidentifikasi keyakinan spiritual klien, apakah ada gangguan dalam melaksanakan ibadah.

k. Pengetahuan tentang Perawatan Diri

Kaji pengetahuan klien tentang perawatan payudara, cara-cara perawatan payudara dan cara merawat luka operasi.

l. Data Penunjang

Biasanya berupa USG untuk menentukan letak implantasi plasenta, pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit (Sulistyawati, 2009).

m. Terapi

Terapi merupakan data obat yang dikonsumsi atau diberikan kepada klien.

3.2 Analisa Data

Langkah awal dari perumusan diagnosa atau masalah adalah pengolahan data dan analisa data dengan menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta. (Sulistyawati, 2009).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum maturus dengan seksio sesarea adalah (Nurarif & Kusmana, 2015)

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
- e. Gangguan eliminasi urine

- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
- g. Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
- h. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi berhubungan dengan kelelahan postpartum
- i. Konstipasi
- j. Risiko syok (hipovolemik)
- k. Risiko perdarahan
- l. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

2.3.4 Rencana Keperawatan

Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*), rencana keperawatan pada diagnosa yang muncul dengan seksio sesarea adalah : (Nurarif & Kusmana, 2015) dan menurut (Herdman & Kamitsuru, 2018)

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).

Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dan saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas Batasan Karakteristik: - Tidak ada batuk - Suara napas tambahan - Perubahan pola nafas - Perubahan frekwensi napas - Sianosis - Kesulitan verbalisasi - Penurunan bunyi napas - Dipsneu - Sputum dalam jumlah yang berlebihan - Batuk yang tidak efektif - Orthopneu - Gelisah - Mata terbuka lebar Faktor Yang Berhubungan: - Mukus berlebihan - Terpajan asap - Benda asing dalam jalan nafas - Sekresi yang bertambah - Perokok pasif - Perokok Kondisi terkait - Spasme jalan nafas - Jalan nafas alergik - Asma	NOC - Respiratory status: Ventilation - Respiratory status: Airway patency Kriteria Hasil: - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) - Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) - Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas	NIC Airway suction - Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning - Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning - Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning - Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan - Berikan O ₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal - Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan - Anjurkan pasien untuk istirahat dan nafas dalam setelah kateter dikeluarkan dan nasotrakeal - Monitor status	- Waktu tindakan suction yang tepat membantu melapangkan jalan nafas pasien - Mengetahui adanya suara nafas tambahan dan keefektifan jalan nafas untuk memenuhi O ₂ pasien - Memberikan pemahaman kepada keluarga mengenai indikasi kenapa dilakukan tindakan suction - Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru atau jalan nafas kecil - Memberi cadangan oksigen untuk menghindari hipoksia - Mencegah infeksi nosokomial - Memberikan ekspansi pada paru-paru setelah tindakan - Mengetahui

<ul style="list-style-type: none"> - Penyakit paru obstruksi kronis - Eksudat dalam alveoli - Hiperplasia pada dinding bronkus - Infeksi - Disfungsi neuromuskular - Adanya jalan nafas buatan 	<p>oksigen pasien</p>	<p>adanya perubahan nilai SaO₂ dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bias dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberi pemahaman keluarga bagaimana tindakan yang akan dilakukan - Mempertahankan jalan nafas dengan tidak mengganggu saluran nafas jika terjadi perubahan
	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O₂, dll. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Airway Management 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjamin jalan masuknya udara ke paru secara normal
	<ul style="list-style-type: none"> - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Posisi ventilasi maksimal membuka area atelectasis dan meningkatkan gerakan secret ke jalan nafas besar untuk dikeluarkan
	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Menentukan indikasi pemasangan dan tindakan
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasang mayo bila perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjaga kepatenan jalan nafas
	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan fisioterapi dada jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan efisiensi pola pernafasan dan membersihkan

-
- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Keluarkan sekret dengan batuk atau suction - Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan - Lakukan suction pada mayo - Berikan bronkodilator bila perlu - Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab - Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan - Monitor respirasi dan status O₂ | <ul style="list-style-type: none"> - - - - - - - | <p>jalan nafas:
Batuk dapat memudahkan pengeluaran secret</p> <p>Untuk mengetahui adanya penurunan atau tidaknya ventilasi atau bunyi tambahan</p> <p>Suction pada mayo tidak mengganggu jalan nafas dan dapat memberi kenyamanan pasien</p> <p>Menurunkan kekentalan secret</p> <p>Mencegah pengeringan membrane mukosa</p> <p>Membantu mengencerkan secret sehingga mudah dikeluarkan</p> <p>Membantu Mengetahui adanya perubahan nilai SaO₂ dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bias dihentikan</p> |
|--|---|---|
-

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi).

Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	NOC	NIC	
<p>Definisi: Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (<i>international association for the study of pain</i>); awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan selera makan - Penurunan pada parameter fisiologis - Diaforesis - Perilaku distraksi - Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya - Perilaku ekspresif - Ekspresi wajah nyeri - Sikap tubuh melindungi 	<ul style="list-style-type: none"> - Pain Level - Pain Cntrol - Comfort Level <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<ul style="list-style-type: none"> - Pain Management - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan - Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien - Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan oleh klien - Untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri - Membantu mengurangi nyeri - Untuk mengurangi faktor yang dapat memperburuk rasa nyeri - Untuk mengetahui adakah terjadi

<ul style="list-style-type: none"> - Putus asa - Fokus menyempit - Sikap melindungi area nyeri - Perilaku protektif - Laporan tentang perilaku nyeri/ perubahan aktivitas - Dilatasi pupil - Fokus pada diri sendiri - Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri - Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri 	<p>kontrol nyeri masa lampau</p>	<p>pengurangan rasa nyeri yang dirasakan klien bertambah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian “health education” dapat mengurangi tingkat kecemasan dan membantu klien dalam membentuk mekanisme koping terhadap rasa nyeri
<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agens cedera biologis - Agens cedera kimiawi - Agens cedera fisik 	<ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengurangi tingkat ketidakhayalan yang dirasakan klien - Agar nyeri yang dirasakan klien tidak bertambah
	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk menangani nyeri yang dirasakan pasien
	<ul style="list-style-type: none"> - Kurangi faktor presipitasi nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui apa yang memperberat terjadinya nyeri
	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan tentang teknik non farmakologi 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar klien mampu menggunakan teknik non

	farmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan
- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	- Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri
- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	- Rasa nyeri lebih dapat teratasi
- Tingkatkan istirahat	- Gara dapat mengurangi nyeri
- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	- Apabila keluhan nyeri belum berkurang
- Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri	- Untuk mengurangi efek samping lanjut dari rasa nyeri
- Analgesic Administration	- Untuk mengetahui intervensi apa yang harus dilakukan Selanjutnya
- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	- Untuk menjaga keselamatan pasien dalam pemberian obat
- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi	- Supaya tidak memperburuk keadaan pasien
- Cek riwayat alergi	- Untuk penatalaksanaan terapi yang lebih
- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari	

satu	baik
<ul style="list-style-type: none"> - Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mempercepat kurangnya rasa nyeri
<ul style="list-style-type: none"> - Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal 	<ul style="list-style-type: none"> - Supaya memilih analgetik yang benar
<ul style="list-style-type: none"> - Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk memberikan pengobatan nyeri secara teratur
<ul style="list-style-type: none"> - Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui adanya perubahan sesudah dan sebelum diberikan analgetik
<ul style="list-style-type: none"> - Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat 	<ul style="list-style-type: none"> - Menangani nyeri yang sesuai
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui efektivitas yang akurat tentang analgetik yang sudah diberikan

- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.

Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	NOC	NIC	
Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	<ul style="list-style-type: none"> - Nutritional status: - Nutritional status: food and fluid intake - Nutritional status: Nutrient Intake - Weight control 	<ul style="list-style-type: none"> - Nutritional Management - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Berikan substansi gula - Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan yang terpilih (sudah 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk menghindari rasa mual muntah dan rasa tidak enak - Pengawasan kehilangan dan alat kebutuhan nutrisi - Membantu pembentukan sel darah merah dalam absorpsi makanan - mempertahankan kekebalan kulit dan cairan dalam tubuh dapat meningkatkan energi pasien - untuk mencegah konstipasi - untuk
Batasan karakteristik:	Kriteria Hasil:		
<ul style="list-style-type: none"> - Kram abdomen - Nyeri abdomen - Gangguan sensasi rasa - Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal - Kerapuhan kapiler - Diare - Kehilangan rambut berlebihan - Enggan makan - Asupan makanan kurang dari <i>recommended daily allowance (RDA)</i> - Bising usus hiperaktif - Kurang informasi - Kurang minat pada makanan - Tonus otot menurun - Kesalahan informasi - Kesalahan persepsi - Membran mukosa pucat - Ketidak mampuan 	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan - Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 		

<p>memakan makanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cepat kenyang setelah makan - Sariawan ronggamulut - Kelemahan otot mengunyah - Kelemahan otot menelan - Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan diet kurang <p>Populasi beresiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faktor biologis - Kesulitan ekonomi <p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien - Ketidakmampuan merencanakan makanan - Ketidakmampuan makan - Gangguan psikososial 	<p>dikonsultasikan dengan ahli gizi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pasien bagaimana - membuat catatan makanan harian - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan - Nutrition Monitoring - BB pasien dalam batas normal - Monitor adanya penurunan berat badan - Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan - Monitor interaksi anak atau orangtua 	<p>membantu dalam proses pemenuhan nutrisi klien</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengerti membuat catatan makanan harian dapat meningkatkan pola makan klien - pemantauan jumlah nutrisi dan kalori dapat meningkatkan jumlah yang dibutuhkan oleh tubuh - untuk mengetahui kebutuhan nutrisi klien - mengetahui status berat badan klien - mengidentifikasi seberapa besar penurunan berat badan klien - aktivitas mempengaruhi respon klien terhadap kondisi fisik untuk sebagian orang makan merupakan
--	---	--

	selama makan	kegiatan sosial.
		- Kesendirian saat makan dapat mengurangi motivasi untuk mempersiapkan makanan bergizi
	- Monitor lingkungan selama makan	- lingkungan yang tidak nyaman dapat mempengaruhi selera makan
	- Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	- klien merasa masih ada orang yang memperhatikan kannya
	- Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi	- mencegah atau menurunkan insiden komplikasi turgor kulit jelek dapat menggambarkan keadaan klien
	- Monitor turgor kulit	- tindakan ini membantu klien dalam perawatan personal hygiene klien
	- Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah	- mual dan muntah mempengaruhi penurunan nutrisi
	- Monitor mual dan muntah	- mual dan muntah mempengaruhi penurunan nutrisi
	- Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht	- memonitor status nutrisi
	- Monitor pertumbuhan dan	

	perkembangan	
	- Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva	- mengetahui status pertumbuhan klien
	- Monitor kalori dan intake nutrisi	- untuk menjamin nutrisi adekuat/ meningkatkan kalori total
	- Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral	
	- Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet	

- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.

Tabel 2.6 Intervensi Ketidakefektifan pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC	NIC	
Definisi: kesulitan memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat memengaruhi status nutrisi bayi/anak.	<ul style="list-style-type: none"> - Breastfeeding Ineffective - Breathing Pattern Ineffective - Breastfeeding Interrupted 	<ul style="list-style-type: none"> - Breastfeeding Assistance - Evaluasi pola menghisap / menelan bayi 	<ul style="list-style-type: none"> - Upaya meningkatkan produksi ASI, nutrisi, meningkatkan frekuensi menyusui
Batasan Karakteristik:	Kriteria Hasil:		
<ul style="list-style-type: none"> - Ketidakadekuatan defekasi bayi - Bayi mendekat kearah payudara - Bayi menangis pada payudara - Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui - Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui 	<ul style="list-style-type: none"> - Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh 	<ul style="list-style-type: none"> - Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui - Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui - Dapat mengetahui kesenjangan proses

- Bayi tidak mau <i>latching on</i> pada payudara secara tepat	nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI	bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga)	pemberian air susu ibu (ASI) ibu
- Bayi menolak <i>latching on</i>	- Kemantapan Pemberian ASI : IBU :	- Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch-on</i> dan menghisap secara efektif	- Monitor apakah bayi dapat menghisap dengan baik, monitor posisi bayi pada dada ibu, dan monitor apakah mulut bayi sudah berada tepat pada puting susu ibu
- Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain.	kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh		
- Ketidacukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui	nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI		
- Kurang penambahan berat badan bayi	- Pemeliharaan pemberian ASI :	- Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting	- Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas
- Tidak tampak ada pelepasan oksitosin	keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler		
- Tampak ketidakadekuatan asupan susu	- Penyapihan Pemberian ASI:	- Pantau integritas kulit puting ibu	- Mengetahui dan mencegah resiko kerusakan kulit puting
- Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui	- Diskontinuitas progresif pemberian ASI	- Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis	- Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik
- Penurunan berat badan bayi terus menerus	- Pengetahuan Pemberian ASI :	- Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi	- Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi
- Tidak menghisap payudara terus-menerus	pemahaman yang ditunjukkan megenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami		
Faktor yang berhubungan			
- Keterlambatan laktogen II			
- Suplai ASI tidak cukup			
- Keluarga tidak mendukung			
- Tidak cukup waktu untuk menyusu ASI			
- Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui			
- Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI			
- Diskontinuitas pemberian ASI			
- Ambivalensi ibu			
- Ansietas ibu			
- Anomali payudara ibu			
- Keletihan ibu			
- Obesitas ibu			
- Nyeri ibu			
- Penggunaan dot			
		- Breast Examination	
		- Lactation Supresion	
		- Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses	- Untuk membantu mempertahankan keberhasilan pemberian ASI

<ul style="list-style-type: none"> - Refleks isap bayi buruk - Penambahan makanan dengan puting artifisial - Populasi beresiko - Bayi prematur - Pembedahan payudara sebelumnya - Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya - Masa cuti melahirkan yang pendek 	<p>nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pemberian ASI - Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI - Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang - Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula - Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> - menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI - untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari pemberian susu formula - meningkatkan kemandirian dan pengalaman pemberian makan yang optimal - meningkatkan kemandirian tentang informasi kembalinya ovulasi dan alat kontrasepsi yang sesuai
--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI - Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - meningkatkan kemampuan tentang lebih bagus diberikan ASi - Membantu orang tua dalam penguasaan tugas tugas baru
--	--	--

e. Gangguan eliminasi urine.

Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Hambatan Eliminasi Urine	NOC	NIC	
Definisi: Disfungsi eliminasi urine	<ul style="list-style-type: none"> - Urinary Elimination - Urinary Continence 	<ul style="list-style-type: none"> - Urinary Retention Care - Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten) - Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis - Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui penilaian berkemih dan masalah kencing preeksisten - Mengetahui pemberian obat yang tepat - Menghindari efek samping dari obat-obat yang sudah
Batasan karakteristik:	<ul style="list-style-type: none"> - Kandung kemih kosong secara penuh - Tidak ada residu urine > 100-200 cc - Intake cairan dalam rentang normal - Bebas dari ISK - Tidak ada spasme bladder - Balance cairan seimbang 		
Faktor Yang Berhubungan:			
<ul style="list-style-type: none"> - Disuria - Sering berkemih - Anyang-anyangan - Nokturia - Inkontinensia urine - Retensi urine - Dorongan berkemih - Penyebab multiple 			
Kondisi terkait			
<ul style="list-style-type: none"> - Obstruksi anatomik - Gangguan sensori motorik - Infeksi saluran 			

kemih	channel blockers dan antikolinergik	diresepkan
	- Menyediakan penghapusan privasi	- Melanjutkan intervensi selanjutnya
	- Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet	- Membantu dengan cara toilet berkala
	- Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air	- Mengurangi terjadinya resiko infeksi saluran kemih
	- Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)	- Mengevaluasi kandung kemih
	- Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal	
	- Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan	- Memudahkan untuk berkemih
		- Memungkinkan klien membuat keputusan berdasarkan informasi
	- Gunakan double-void teknik	- Untuk melatih mengontrol pasien teknik berkemih
	- Masukkan kateter kemih, sesuai	- Supaya menjaga kenyamanan pasien
	- Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai	- Mengurangi terjadinya kekurangan cairan
	- Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja	- Memberikan informasi untuk lebih banyak
	- Memantau asupan dan keluaran	- mengkonsumsi serat

		- Mengetahui apa yang telah di asup oleh tubuh
- Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi	-	- Mengetahui bila terjadi distensi kandung kemih dan melakukan penanganan yang tepat
- Membantu dengan toilet secara berkala	-	- Membantu untuk melatih pasien
- Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa	-	- Untuk melakukan penanganan tepat
- Menerapkan kateterisasi intermiten	-	- Memberikan kateterisasi dalam waktu yang lama
- Merujuk ke spesialis kontinensia kemih	-	- Bila keadaan makin memburuk

f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.

Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur	NOC	NIC	
Definisi: interupsi jumlah dan kualitas tidur akibat faktor eksternal	- Anxiety reduction - Comfort level - Rest: Extent & pattern - Sleep: Extent & pattern	- Sleep Enhancement - Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur	- Mengetahui pengaruh obat dengan pola tidur pasien
Batasan karakteristik: Kesulitan berfungsi sehari-hari Kesulitan memulai	Kriteria Hasil: - Jumlah jam tidur	- Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat	- Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien

tidur	dalam batas normal		- Meningkatkan tidur
- Kesulitan mempertahankan tetap tidur	- Pola tidur, kualitas dalam batas normal	- Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)	
- Ketidakpuasan tidur	- Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat	- Ciptakan lingkungan yang nyaman	- Agar periode tidur tidak terganggu dan relaks
- Tidak merasa cukup istirahat		- Kolaborasikan pemberian obat tidur	- Mengurangi gangguan tidur
- Terjaga tanpa jelas penyebabnya		- Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien	- Meningkatkan pola tidur yang baik secara mandiri
Fungsi yang berhubungan		- Instruksikan untuk memonitor tidur pasien	- Mengetahui perkembangan pola tidur pasien
- gangguan karena cara tidur pemasangan tidur		- Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur	- Mengetahui pengaruh makan dan minum terhadap pola tidur pasien
- kendala lingkungan			- Mengetahui perkembangan pola tidur pasien
- kurang privasi		- Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam	- Mengetahui kemampuan intake makanan
- pola tidur tidak menyehatkan		- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	
Kondisi terkait			
- imobilisasi			

- g. Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan faktor resiko :
episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Tabel 2.9 Intervensi Risiko Infeksi Area Pembedahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
----------------------	---------------------------	------------	----------

Risiko Infeksi	NOC	NIC
<p>Definisi: rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Immune status - Knowledge: Infection control - Risk control <p>Kriteria Hasil:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infection control (control infeksi) - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
<p>Faktor resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan peristaltik - Gangguan integritas kulit - Vaksinasi tidak adekuat - Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen - Malnutrisi - Obesitas - Merokok - Stasis cairan tubuh 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal - Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan teknik isolasi - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien - Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan
<p>Populasi beresiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpapar pada wabah 		<ul style="list-style-type: none"> - Untuk meminimalkan infeksi bakteri - Untuk mencegah penyebaran kuman - Membantu menurunkan rangsangan simpatis - Dapat mencegah infeksi - Dapat membersihkan tangan dan mengurangi mikroba
<p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan PH sekresi - Penyakit kronis - Penurunan kerja siliaris - Penurunan hemoglobin - Imunosupresi - Prosedur invasif - Leukopenia - Pecah ketuban dini - Pecah ketuban lambat - Supresi respon inflamasi 		<ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung - Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat - Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum - Gunakan kateter
		<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mencegah infeksi - Sabagi alat proteksi dan mencegah penyebaran kuman - Tindakan aseptik dapat mengurangi paparan klien dari sumber infeksi - Tindakan observasi turgor kulit untuk mencegah infeksi

intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing	-	Penggunaan kateter jangka pendek untuk mencegah terjadinya infeksi
- Tingkatkan intake nutrisi	-	Membantu penyembuhan
- Berikan terapi antibiotik bila perlu	-	Antibiotik dapat menghambat pembentukan sel bakteri
- Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)	-	Agar bakteri dan penyakit tidak menyebar dari lingkungan keorang lain
- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local	-	Sebagai monitor adanya area infeksi
- Monitor hitung granulosit, WBC	-	Untuk melakukan intervensi kembali
- Monitor kerentangan terhadap infeksi	-	Mengurangi patogen pada sistim imun danmengurangi kemungkinan pasien terjadi infeksi
- Batasi pengunjung	-	Meminimalkan terjadinya penularan infeksi
- Sering pengunjung terhadap penyakit menular	-	Untuk mengurangi terinfeksi teradap penyakit menular
- Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko	-	Mengurangi resiko kolonisasi/infeksi bakteri
- Pertahankan teknik isolasi k/p	-	Observasi turgor kulit

-
- | | |
|---|---|
| | untuk mempertahankan teknik isolasi |
| - Berikan perawatan kulit pada area epidema | - Untuk mencegah iritasi pada kulit |
| - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase | - Dapat mengetahui area yang terjadi infeksi luka / insisi bedah |
| - Inspeksi kondisi luka / insisi bedah | - Dapat mengetahui perkembangan luka |
| - Dorong masukkan nutrisi yang cukup | - Status nutrisi yang cukup dapat membantu penyembuhan luka |
| - Dorong masukan cairan | - Supaya tidak terjadi kekurangan cairan |
| - Dorong istirahat | - Istirahat yang cukup dapat membantu penyembuhan luka |
| - Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep | - Konsumsi antibiotik sesuai program dapat mengurangi retensi kuman |
| - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi | - Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi |
| - Ajarkan cara menghindari infeksi | - Supaya pasien dan keluarga bisa terhindar dari infeksi |
| - Laporkan kecurigaan infeksi | - Untuk melakukan penanganan yang tepat tentang |
| - Laporkan kultur | |
-

	positif	infeksi kultur positif menunjukkan telah terjadinya infeksi
--	---------	---

- h. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi berhubungan dengan kelelahan postpartum.

Tabel 2.10 Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri mandi	NOC	NIC	
Definisi: ketidakmampuan melakukan pembersihan diri saksama secara mandiri	<ul style="list-style-type: none"> - Activity intolerance - Mobility: physical impaired - Self care deficit hygiene - Sensory perceptions, auditory disturbed 	<ul style="list-style-type: none"> - Self-Care Assistance: Bathing/Hygiene - Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 	<ul style="list-style-type: none"> - Kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan perawatan personal hygiene sebab seseorang dari latar belakang yang berbeda akan mengikuti praktik perawatan personal hygiene yang berbeda
Batasan karakteristik:	Kriteria Hasil:		
<ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan mengakses kamar mandi - Ketidakmampuan menjangkau sumber air - Ketidakmampuan membasuh tubuh - Ketidakmampuan mengeringkan tubuh - Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi - Ketidakmampuan mengatur air mandi - Ketidakmampuan membasuh tubuh 	<ul style="list-style-type: none"> - Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi - Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu - Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 	<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan fisik karena faktor usia membuat seseorang tidak peduli akan kebersihan tubuhnya - Mampu berfokus pada keperawatan diri pasien

<p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas - Penurunan motivasi - Kendala lingkungan - Nyeri - Kelemahan 	<p>tanpa alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan diri hygiene : mampu mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi 	<ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki harga diri dan meningkatkan perasaan kesejahteraan
<p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan fungsi kognitif - Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh - Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial - Gangguan muskuloskeletal - Gangguan neuromuskular - Gangguan persepsi 	<ul style="list-style-type: none"> - Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu - Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi - Membersihkan dan mengeringkan tubuh - Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi) - Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal - Memfasilitasi gigi pasien menyikat - Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai - Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien - Memantau integritas kulit pasien - Menjaga kebersihan ritual - Memfasilitasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan informasi yang tepat untuk pasien - Meningkatkan kemampuan pasien dalam personal, sediakan lingkungan yang terapeutik dengan hangat - Kebersihan gigi penting untuk meningkatkan kenyamanan, selera makan klien - Memfasilitasi pasien mandi dan mempertahankan kemandirian - Pantau pembersihan kuku sesuai dengan kemampuan perawatan diri - Kerusakan kulit mungkin terjadi karena imobilisasi tubuh yang terlalu lama - Mempertahankan rutinitas perawatan diri klien - Memudahkan

	<p>pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa - Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri 	<p>rutinitas yang biasa dilakukan pasien sebelum tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan perasaan harga diri, mendorong kemandirian dan partisipasi dalam terapi. - Agar pasien dapat secara mandiri memberi perawatan diri kepada dirinya sendiri
--	---	--

i. Konstipasi

Tabel 2.13 Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi	NOC	NIC	
Definisi: Penurunan frekuensi normal pada defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/atau feses yang keras, kering, dan banyak.	<ul style="list-style-type: none"> - Bowel Elimination - Hidration <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan bentuk 	<ul style="list-style-type: none"> - Constipation/Impaction management - Monitor tanda dan gejala konstipasi - Monitor bising usus 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mencegah terjadinya perubahan pola eliminasi seperti biasanya - Menentukan kesiapan terhadap pemberian
Batasan karakteristik:			

- Nyeri abdomen	feses lunak		makan per oral, dan
- Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot	setiap 1-3 hari		kemungkinan terjadinya komplikasi
- Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot	- Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi	- Monitor frekuensi, konsistensi dan volume	- Meningkatkan pelunakan feses ; dapat merangsang peristaltik
- Anoreksia	- Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi	- Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus	- Untuk memberikan intervensi selanjutnya/pengobatan yang lebih tepat
- Penampilan tidak khas pada lansia		- Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis	- Untuk memonitor tanda-tanda awal ruptur usus/peritonitis
- Borborigirmi	- Feses lunak dan berbentuk	- Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi	- Untuk mengetahui penyebab terjadinya kontribusi konstipasi
- Darah merah pada feses		- Dukung intake cairan	- Supaya tidak terjadi kekurangan cairan pada tubuh klien
- Perubahan pada pola defekasi		- Pantau tanda tanda dan gejala konstipasi	- Meningkatkan pembentukan/pasase pelunakan feses
- Penurunan frekuensi defekasi		- Pantau tanda tanda dan gejala impaksi	- Untuk mengetahui tanda-tanda yang menekan atau infaksi feses
- Penurunan volume feses		- Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna	- Konsistensi, frekuensi, bentuk, volume dan warna normal bagian tinja berkisar dua kali sehari hari ke tiga atau keempat
- Distensi abdomen		- Memantau bising usus	- Untuk mengetahui bising usus yang hiperaktif
- Kelelahan		- Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses	- Bila peristaltik mulai, pemasukan makanan dan minuman meningkat kembalinya eliminasi usus normal
- Feses keras dan berbentuk		- Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat	- Supaya fesanya menjadi lebih lembek/lunak
- Sakit kepala		- Timbang pasien secara teratur	- Supaya tidak terjadi
- Bising usus hiperaktif			
- Bising usus hipoaktif			
- Tidak dapat defekasi			
- Peningkatan tekanan intra abdomen			
- Tidak dapat makan			
- Feses cair			
- Nyeri pada saat defekasi			
- Massa abdomen yang dapat diraba			
- Massa rektal yang dapat diraba			
- Perkusi abdomen pekak			
- Rasa penuh rektal			
- Rasa tekanan rektal			
- Sering flatus			
- Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum			
- Mengejan pada saat defekasi			
- Muntah			
Faktor yang berhubungan			

-
- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan otot abdomen - Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia - Konfusi - Penurunan motilitas traktus gastrointestinal - Dehidrasi - Depresi - Penurunan kebiasaan makan - Gangguan emosi - Kebiasaan menekan dorongan defekasi - Kebiasaan makan buruk - Higiene oral tidak adekuat - Kebiasaan <i>toileting</i> tidak adekuat - Asupan serat kurang - Asupan cairan kurang - Kebiasaan defekasi tidak teratur - Penyalahgunaan laksatif - Obesitas - Perubahan lingkungan yang baru | <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal - Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk revolusi sembelit | <ul style="list-style-type: none"> penurunan berat badan yang drastis - Menambah pengetahuan keluarga dan pasien - Supaya pasien mengetahui tanda dan cara mengatasi sembelit |
|--|---|--|

Kondisi terkait

- Ketidakseimbangan elektrolit
 - Hemoroid
 - Penyakit *hirschsprung*
 - Ketidakadekuatan gigi geligi
 - Garam besi
 - Gangguan neurologis
 - Obstruksi usus pasca bedah
 - Kehamilan
 - Pembesaran prostat
 - Abses rektal
 - Fisura anal rektal
 - Striktur anal rektal
 - Prolaps rektal
 - Ulkus rektal
 - Rektokel
-

- Tumor

j. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.14 Risiko Syok (hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok	NOC	NIC	
<p>Definisi: rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p>Faktor Resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akan dikembangkan <p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipotensi - Hipovolemia - Hipoksemia - Hipoksia - Infeksi - Sepsis - Sindrom respon inflamasi sistemik (<i>systemic inflammatory response syndrome [SIRS]</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Syok prevention - Syok management <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi dalam batas yang diharapkan - Irama jantung dalam batas yang diharapkan - Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan - Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan - Natrium serum dalam batas norma - Kalium serum dalam batas normal - Klorida serum dalam batas normal - Kalsium serum dalam batas normal - Magnesium serum dalam batas normal - PH darah serum dalam batas normal <p>Hidrasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Indikator : ❖ Mata cekung tidak ditemukan ❖ Demam tidak ditemukan ❖ Tekanan darah dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Syok Prevention - Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill - Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan - Monitor suhu dan pernafasan - Monitor input dan output - Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit - Monitor hemodinamik invasi yng sesuai - Monitor tanda dan gejala asites - Monitor tanda awal syok 	<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan status oksigen dapat menandakan klien hipoksia - Kompensasi tubuh terhadap gangguan proses difusi yang akan menyebabkan asidosis - Untuk mengetahui pola demam dan nafas pasien - Untuk mengetahui sistem peredaran darah yang sesuai - Untuk mengetahui resistensi cairan dalam intravaskuler - Untuk menentukan intervensi yang tepat - Membantu meningkatkan pergerakan kaki - Untuk memenuhi kebutuhan cairan klien - Agar dapat

❖ Hematokrit dalam batas normal	<ul style="list-style-type: none"> - Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat - Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas - Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat - Berikan vasodilator yang tepat - Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok - Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok - Syok Management - Monitor fungsi neurologis - Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr: Lavel) - Monitor tekanan nadi, monitor status cairan input, output - Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan - Monitor EKG, sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> melakukan penanganan yang tepat - Vasodilator dapat memperlebar pembuluh darah sehinggadarah mengalir lancar - Agar dapat melakukan penanganan yang tepat - Untuk mengetahui keadaan umum - Monitor neurologi dapat mempengaruhi tingkat kesadaran klien - Memenuhi kandungan cairan (darah dan urin) dalam tubuh - Mengevaluasi kondisi klien - Menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan - Mengetahui tanda gejala syok - Mengukur pH dan kadar oksigen pada darah dari arteri menunjukkan kehilangan cairan yang berlebihan/dehidrasi - Mengetahui perubahan irama
---------------------------------	--	---

-
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai - Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi - Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal / arteri) - Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO₂ kadar hemoglobin SaO₂, CO), jika tersedia - Memantau tingkat karbon dioksida sublingual dan atau tonometry lambung, sesuai - Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO₂ peningkatan PaCO₂ tingkat, kelelahan otot pernafasan) - Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil, ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia) - Masukkan dan memelihara besarnya | <ul style="list-style-type: none"> - jantung secara continue - Dengan melihat jalur arteri dapat mengetahui tekanan darh dengan akurat - Menjaga perfusi oksigen tetap mambaik - Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan mempertahankan fungsi renal - Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi - Memantau karbondioksida yang tersimpan untuk mengontrol ventilasi - Mempertahankan oksigenasi dan mencegah resiko kematian - Menganalisis perubahan fungsi tubuh dan menentukan nilai rujukan - Mempertahankan |
|--|---|
-

kobosanan akses IV

dan memelihara
kebutuhan cairan
secara parenteral

k. Risiko perdarahan

Tabel 2.15 Risiko Perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan	NOC	NIC	
<p>Definisi: rentan mengalamipenurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor Resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan <p>Populasi berisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riwayat jatuh <p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - aneurisme - sirkumsisi - koagulopati intervaskular diseminata - gangguan gastrointestinal - gangguan fungsi hati - koagulopati inheren - komplikasi pascapartum - komplikasi kehamilan - trauma - program pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Blood lose severity - Blood koagulation <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada hematuria dan hematemesis - Kehilangan darah yang terlihat - Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole - Tidak ada perdarahan per vaginam - Tidak ada distensi abdominal - Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal - Plasma, PT, PTT dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Bleeding Precautions - Monitor tanda-tanda perdarahan - Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan - Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit - Monitor ortostatik 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi dini risiko yang mungkin terjadi untuk perdarahan memberikan dasar untuk menerapkan tindakan pencegahan yang tepat - Tes laboratorium ini memberikan informasi penting tentang status koagulasi dan potensi perdarahan pasien - Dengan trombosit yang dipantau setiap hari, dapat diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan perdarahan yang dialami pasien - Dengan pengukuran osmotik dapat mengetahui tingkat trauma klien

- Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif	-	Meminimalkan resiko pendarahan
- Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)	-	Mempertahankan kebutuhan darah cairan memiliki faktor pembekuan tinggi dalam tubuh
- Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	-	Aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan
- Hindari mengukur suhu lewat rectal	-	Merupakan obat yang memiliki kemampuan mengencerkan darah sehingga harus dihindari pada pasien perdarahan
- Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant	-	Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan vitamin K dapat membantu dalam pembekuan darah
- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	-	Konstipasi menyebabkan resiko perdarahan pada daerah rektal
- Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses	-	Menentukan intervensi yang akan dilakukan
- Bleeding Reduction		
- Identifikasi penyebab perdarahan	-	Mengetahui tingkat kecocoran pembuluh darah
- Monitor trend		

tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure	-	Menganalisis data pasien untuk mengetahui keseimbangan cairan
- Monitor status cairan yang meliputi intake dan output	-	Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi
- Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO ₂ , SaO ₂ dan level Hb dan cardiac output)	-	Memenuhi kebutuhan cairan secara parenteral
- Pertahankan patensi IV line	-	
	-	Menentukan pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang keluar
- Bleeding Reduction: wound/luka		
- Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan	-	Membantu mengurangi pendarahan
- Gunakan ice pack pada area perdarahan		
- Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka	-	Mempertahankan keersihan daerah luka
- Tinggikan ekstremitas yang perdarahan	-	Mengurangi resiko pendarahan yang ekstrim
- Monitor ukuran dan karakteristik hematoma	-	Mengetahui keadaan yang akan memperburuk keadaan klien
- Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan	-	Mengetahui jika ada perubahan yang ekstrim

<ul style="list-style-type: none"> - Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi atau menghilangkan pendarahan - Memantau keadaan klien dan klien tidak diperbolehkan untuk melakukan kegiatan yang berat
<ul style="list-style-type: none"> - Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas 	<ul style="list-style-type: none"> - untuk memantau pendarahan yang pasien alami
<ul style="list-style-type: none"> - Bleeding reduction: gastrointestinal - Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka - Monitor complete blood count dan leukosit 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui keadaan complete blood count dan leukosit - Untuk melanjutkan intervensi selanjutnya
<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopresson - Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung - Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin 	<ul style="list-style-type: none"> - Menghindari timbulnya nyeri dan pendarahan, dan aspirasi, observasi sekresi lambung dan kepatenan NGT - Menghentikan perdarahan - Mengetahui apakah ada pendarahan di saluran pencernaan - Menghindari kehilangan darah yang ekstrim, Antasida secara langsung akan menetralkan keasaman, peningkatan pH,
<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasikan 	

<p>warna, jumlah dan karakteristik feses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent - Kurangi faktor stress 	<p>dan mengurangi keasaman di perut</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengurangi ketegangan dan membuat perasaan lebih nyaman - supaya jalan nafas tetap adekuat
<ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan jalan nafas - Hindari penggunaan anticoagulant 	<ul style="list-style-type: none"> - Karena obat ini adalah obat untuk mengencerkan darah sehingga harus dihindari pada pasien pendarahan - Untuk mengetahui apakah nutrisi pasien terpenuhi - Untuk menambah cairan pasien - Obat-obatan ini tidak hanya menurunkan agregasi trombosit normal tetapi juga mengurangi integritas mukosa lambung melalui penghambatan inhibitor siklooksigenase (COX) -1 dan karenanya meningkatkan risiko perdarahan gastrointestinal.
<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status nutrisi pasien - Berikan cairan Intravena - Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui apakah nutrisi pasien terpenuhi - Untuk menambah cairan pasien - Obat-obatan ini tidak hanya menurunkan agregasi trombosit normal tetapi juga mengurangi integritas mukosa lambung melalui penghambatan inhibitor siklooksigenase (COX) -1 dan karenanya meningkatkan risiko perdarahan gastrointestinal.

1. Defisit pengetahuan : perawatan postpartum b.d kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

Tabel 2.15
Defisit Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit Pengetahuan	NOC	NIC	
<p>Definisi: Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakakuratan mengikuti perintah • Ketidakakuratan melakukan tes • Perilaku tidak tepat • Kurang pengetahuan <p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurang informasi • Kurang minat untuk belajar • Kurang sumber pengetahuan • Keterangan yang salah dari orang lain <p>Kondisis terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan fungsi kognitif • Gangguan memori 	<p>- Knowledge: Desease process</p> <p>- Knowledge: Healt beavior</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis,program pengobatan • Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secar benar • Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya 	<p>- Treching: Desease process</p> <p>- Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</p> <p>- Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</p> <p>- Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat</p> <p>- Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat</p> <p>- Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat</p> <p>- Hindari jaminan yang kosong</p> <p>- Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</p> <p>- Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin</p>	<p>- Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dan pasien</p> <p>- Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas</p> <p>- Meningkatkan kemampuan untuk melakukan penanganan yang tepat</p> <p>- Memberikan pengetahuan mengenai peningkatan kemampuan yang tepat</p> <p>- Untuk menambah informasi tentang kondisi pasien dan cara penanganan yang tepat</p> <p>- Mencegah komplikasi dimasa yang akan datang</p> <p>- Mengajarkan kepada keluarga cara sediakan informasi tentang kemajuan yang</p>

<p>diperlukan untuk mencegah komplikasi yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan pilihan terapi atau penanganan - Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan - Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat 	<p>untuk dimasa datang atau proses pengontrolan penyakit</p> <p>- Meningkatkan kualitas hidup atau proses pengontrolan penyakit (Ambarwati,2010)</p> <p>- Untuk mencegah atau dapat menghindari kondisi yang memperberat (Darya & Putra,2012)</p> <p>- Mengeksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan dengan cara yang tepat (Nurkasim,2019)</p> <p>- Mengenal tanda dan gejala dan rencanakan periode istirahat mengurangi aktivitas yang berlebihan (Ceptia,2010)</p>	<p>tepat</p>
--	--	--------------

3.4 Konsep Dasar Laktasi

1. Definisi Bendungan ASI

Bendungan ASI adalah penyempitan pada duktus laktiferus, sehingga sisa ASI terkumpul pada sistem duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan (Sarwono, 2008).

Bendungan ASI adalah pembendungan air susu karena penyempitan ductus laktiferus atau oleh kelenjar-kelenjar yang tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting susu (Anik Maryanani, 2015).

Dari pengertian diatas maka dapat diambil kesimpulan bahwa bendungan ASI adalah terjadinya pembengkakan pada payudara karena peningkatan aliran vena dan limfe sehingga menyebabkan pembengkakan.

2. Etiologi

Menurut Ai Yeyeh (2012), beberapa faktor yang dapat menyebabkan bendungan ASI, yaitu:

- a. Pengosongan mammae yang tidak sempurna
- b. Faktor hisapan bayi yang tidak aktif
- c. Faktor posisi menyusui bayi yang tidak benar
- d. Puting susu terbenam
- e. Puting susu terlalu panjang Manfaat ASI Eksklusif

3. Manfaat ASI Eksklusif

a. Keuntungan ASI untuk ibu

Menurut Anik maryanani (2015) keuntungan ASI bagi ibu, antara lain:

- 1) Bayi yang mengisap payudara dapat meningkatkan involusi uterus setelah partus/melahirkan
- 2) Banyak ibu meneemukan kepuasan yang tidak terkira dalam menyusui bayi dalam payudaranya.
- 3) Menyusui ASI langsung dapat menghemat waktu dan mengurangi biaya untuk membeli susu formula
- 4) Menyusui dapat mengurangi insiden kanker payudara
- 5) Menyusui dapat memenuhi harapan pribadi dan kultural bagi wanita dan keluarganya
- 6) Berat badan ibu dapat turun dengan cepat
- 7) Menyusui dapat membuat ibu rileks dan tenang
- 8) Menyusui ASI secara eksklusif juga dapat membantu menjarangkan kehamilan
- 9) Resiko terkena osteoporosis lebih sedikit
- 10) Melindungi ibu dari fraktur panggul

b. Keuntungan ASI untuk bayi

Menurut Anik Maryunani (2011) manfaat ASI bagi bayi yaitu:

- 1) sebagai nutrisi, karena mengandung campuran yang tepat dari berbagai bahan makanan yang baik untuk bayi
- 2) meningkatkan kecerdasan
- 3) meningkatkan jalinan kasih sayang

4. Perawatan payudara

Menurut Yuliani Atik (2014), perawatan payudara sebagai persiapan untuk menyusui bayinya, karena payudara merupakan organ esensial penghasil ASI yang menjadi makanan pokok bayi baru lahir sehingga perlu dilakukan perawatan sedini mungkin.

a. Tujuan Perawatan Payudara

Untuk memperlancar sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu, sehingga pengeluaran ASI lancar. Mododahi,dkk (2018).

b. Persiapan untuk mencapai hasil yang baik yaitu:

Pengurutan untuk dikerjakan secara teratur, memperhatikan makanan dan minuman dengan menu seimbang, memperhatikan kebersihan sehari-hari terutama kebersihan payudara, memperhatikan BH yang bersih dan bentuknya menyokong payudara, istirahat yang cukup dan pikiran yang tenang, menghindari rokok dan minuman yang beralkohol.

c. Pelaksanaan Perawatan Payudara

Puting susu dikompres dengan kapas minyak selama 3-4 menit, kemudian bersihkan dengan kapas minyak tadi. Setelah itu, pengenyalan yaitu puting susu dipegang dengan ibu jari dan jari telunjuk diputar kedalam 10 kali keluar 10 kali. Lanjutkan penonjolan puting susu yaitu puting susu cukup ditarik sebanyak 20 kali dan dirangsang dengan menggunakan ujung washlap, lalu pengurutan payudara: telapak tangan petugas diberi baby oil atau minyak kelapa kemudian diratakan, tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara. Urutlah payudara dari tengah ke atas, ke samping lalu ke bawah sambil mengangkat kedua payudara dan lepaskan kedua payudara perlahan-lahan. Lakukan gerakan ini 20 kali. Lalu peganglah payudara kiri dengan tangan kiri lalu diurut dari pangkal ke puting susu dengan menggunakan sisi tangan masing-masing sebanyak 20 kali. Setelah itu telapak tangan kiri menyangga payudara kiri, lalu tangan kanan dikepalkan (seperti menggenggam). Lakukan penekanan pada payudara kiri dengan menggunakan posisi persendian dari kelima jari tangan yang mengempal. Lakukan bergantian masing-masing 20 kali. Lakukan pijat oksitoksin usaha untuk merangsang hormone prolkatin dan oksitoksin setelah melahirkan dengan cara melakukan massase atau pemijatan pada sisi tulang belakang (vertebrae) sampai tulang kosta ke 5 dan ke 6 atau arah bawah sebatas dada, dari leher

sampai ke tulang belikat. Ibu berada dalam posisi duduk bersandar ke depan sambil memeluk bantal agar lebih nyaman, lalu pijat kedua sisi tulang belakang dengan ibu jari menuju kedepan. Pijat kuat dengan gerakan melingkar (Hardianti dan Resmana, 2016).

Selanjutnya kompres kedua payudara dengan waslap hangat kemudian ganti dengan kompres waslap dingin. Kompres bergantian selama 5 kali berturut-turut, bersihkan payudara dengan handuk, kemudian pakailah BH (kutang) yang menyangga payudara, bantu ibu memakai baju, setelah selesai bereskan alat, cuci tangan dan keringkan.