

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN  
PRE-EKLAMPSIA BERAT DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN  
PENGELUARAN ASI DI RUANG CEMPAKA  
RSUD dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya  
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan  
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

**Oleh :**

**Mery Juliana. M**

**NIM: AKX.17.050**



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mery Juliana, M

NIM : AXK.17.050

Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Partum Spontan Pre-Eklampsia Berat Dengan Ketidakefektifan Pengeluaran ASI Di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak dapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di fublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 01 September 2020

Yang Membuat Pernyataan

  
METERAI  
TEMPEL  
42A04AHF700034110  
6000  
ENAM RIBU RUPAH

Mery Juliana, M

AKX.17.050

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN  
PRE-EKLAMPSIA BERAT DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN  
PENGELUARAN ASI DI RUANG CEMPAKA  
RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

Oleh :  
**Mery Juliana. M**  
**AKX.17.050**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal  
01 September 2020

**Menyetujui,**

**Pembimbing Utama**



**Hj. Djubaedah, S.Pd., MM**  
**NIK : 02011050160**

**Pembimbing Pendamping**



**Yati Nurhayati, S.Kep**  
**NIK : 0200702032**

**Mengetahui,**

**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep**  
**NIDN : 02001020009**

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN  
PRE-EKLAMPSIA BERAT DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN  
PENGELUARAN ASI DI RUANG CEMPAKA  
RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

Oleh :

**Mery Juliana. M**

**NIM : AKX.17.050**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung Pada Tanggal 06 September 2020

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Hj. Djubaedah, S.Pd., MM**

**(Pembimbing Utama)**

**Anggota :**

- 1. Agus Miraj Darajat, S.Kep., Ners., M.Kes  
(Penguji 1)**
- 2. Ade Tika Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep  
(Penguji 2)**
- 3. Yati Nurhayati, S.Kep  
(Pembimbing Pendamping)**



**Mengetahui,**

**Universitas Bhakti Kencana  
Dekan Fakultas Keperawatan,**



**Rd. Siji Munding, S.Kep., M.Kep  
NIDN : 020007020132**

## 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 ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan pada Klien Post Partum Spontan Pre-Eklampsia Berat dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pengeluaran ASI di ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya ” dengan tidak ada halangan yang berarti.

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.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H.A Mulyana SH.MPd.,MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah S.Kp., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Aziz Muslim, S. Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
5. Hj. Djubaedah S.pd.,MM selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Yati Nurhayati S.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Utama RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

8. Vita Erfinawati Am.Keb selaku Pembimbing Praktik Lapangan yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi kepada penulis dengan baik selama praktek lapangan.
9. Seluruh Dosen Prodi D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi, selaku dosen yang telah memberikan banyak ilmu dan pengalaman sehingga memberikan semangat positif kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis ini.
10. Ayahanda tercinta Serda Tonny Rudiyanto, ibunda tercinta Rohaeni, kakakku A. Dicky Rudiyanto, S.T dan Novi Andiani yang selalu memberikan yang terbaik dalam hal dukungan, semangat, motivasi, materi, dan do'a terbaik untuk penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
11. Sahabat tercinta, Devi, Meigita, Mita, Septy yang selalu memberi semangat, mendukung, dan memotivasi sehingga karya tulis ini terselesaikan.
12. Yunalia, sekarcia ainun, anggia, disna, ismi, liza, neng erni, ravi, virna, wanda, sri, tauhid, teguh, shova, ajeng, marini, nadila, nia, putri, fitri yang selalu ada kapanpun dan dimanapun berada. Dan teman-teman Anestesi Angkatan XIII tahun 2017 yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

Bandung, 1 September 2020

Penulis

Mery Juliana. M

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Angka kelahiran ibu post partum pre-eklampsia berat menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2012 adalah 0,51% - 38,4%. Dari hasil Riskesdas tahun 2018 angka kelahiran ibu yaitu 17%. Di Jawa Barat angka kelahiran ibu yaitu 79,5%. Di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019 berjumlah 275 kasus post partum pre-eklampsia berat. Masalah keperawatan yang sering terjadi pada ibu post partum adalah ketidakefektifan pengeluaran ASI. Jika ketidakefektifan pengeluaran ASI tidak teratasi bayi akan beresiko terkena penyakit infeksi. **Tujuan :** Memperoleh pengalaman dalam melakukan askep pada klien post partum pre-eklampsia berat dengan ketidakefektifan pengeluaran ASI. **Metode :** Studi kasus yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dilakukan terhadap Klien 1 dan Klien 2 dengan masalah post partum pre-eklampsia berat dengan ketidakefektifan pengeluaran ASI. **Hasil :** Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan dengan pijat oksitosin dan teknik marmet pada Klien 1 dan Klien 2 menunjukkan produksi ASI pada klien sudah dapat keluar dengan lancar, payudara tampak bersih dan klien merasa nyaman. **Diskusi :** Setelah dilakukan intervensi dalam meningkatnya produksi ASI pada hari ke 2 menunjukkan hasil Klien 1 dan Klien 2 produksi ASI meningkat. Dalam studi kasus ini Klien 1 dan Klien 2 memberikan respon yang sama terhadap implementasi yang dilakukan. Hal ini bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu, psikologis yaitu support dan dukungan keluarga serta imunitas Klien.

**Kata Kunci :** Post Partum Pre-Eklampsia Berat, Ketidakefektifan Pengeluaran ASI, Asuhan Keperawatan

**Daftar Pustaka :** 13 buku (2010-2019), 2 jurnal

## ABSTRACT

*Background :* The birth rate of severe pre-eclampsia post partum mothers according to the World Health Organization (WHO) in 2012 was 0.51% - 38.4%. From riskesdas results in 2018 the maternal birth rate is 17%. In West Java the maternal birth rate is 79.5%. In Dr. Soekardjo Tasikmalaya Hospital in 2019 there were 275 cases of severe pre-eclampsia post partum. A common nursing problem in post partum mothers is the ineffectiveness of breast milk production. *Purpose:* Gain experience in asking clients post partum pre-eclampsia weight with ineffective breast milk production. *Method:* The case study used in this study is conducted against Client 1 and Client 2 with severe pre-eclampsia post partum problems with ineffective breast milk expenditure. *Result :* After nursing care with oxytocin massage and marmet technique on Client 1 and Client 2 shows the production of breast milk in the client can already come out smoothly, the breasts look clean and the client feels comfortable. *Discussion:* After intervention in increasing breast milk production on the 2nd day shows the results of Client 1 and Client 2 breast milk production increased. In this case study Client 1 and Client 2 gave the same response to the implementation carried out. This can be influenced by several factors, namely, psychological support and family support as well as client immunity.

**Keywords :** Post Partum Pre-Eclampsia Weight, Ineffective Breastfeeding Expenditure, Nursing Care

**Bibliography :** 13 books (2010-2019), 2 journals

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak .....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar .....	x
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Bagan.....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
Daftar Singkatan .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan .....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
1.4 Manfaat .....	8
1.4.1 Teoritis .....	8
1.4.2 Praktis .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
2.1 Konsep Persalinan.....	10
2.2 Konsep Laktasi .....	21
2.3 Masa Nifas.....	26
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	31
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>56</b>
3.1 Desain.....	56
3.2 Batasan Istilah.....	56
3.3 Partisipan .....	58



3.4 Lokasi dan Waktu .....	58
3.5 Pengumpulan Data .....	58
3.6 Uji Keabsahan Data .....	59
3.7 Analisa Data .....	59
3.8 Etik Penelitian.....	60
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>56</b>
4.1 Hasil .....	56
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	56
4.1.2 Asuhan Keperawatan .....	56
4.1.2.1 Pengkajian .....	56
4.1.2.2 Analisa Data .....	66
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan .....	81
4.1.2.4 Intervensi Keperawatan .....	84
4.1.2.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Formatif .....	89
4.1.2.6 Evaluasi Sumatif .....	93
4.2 Pembahasan .....	94
4.2.1 Pengkajian .....	94
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	97
4.2.3 Intervensi Keperawatan .....	101
4.2.4 Implementasi Keperawatan .....	103
4.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	104
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>106</b>
5.1 Kesimpulan .....	106
5.2 Saran .....	108
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Anatomi Pelvis

Gambar 2.2 Sumbu Carus dan Bidang Hodge

Gambar 2.3 Uterus dan Servic Uteri

Gambar 2.4 Vagina

Gambar 2.5 Vulva

Gambar 2.6 Anatomi Payudara

## **DAFTAR TABEL**

- Table 2.1 perubahan uterus
- Table 2.2 Intervensi dan Rasional
- Table 4.1 Identitas Klien & Penanggung Jawab
- Table 4.2 Riwayat Kesehatan
- Table 4.3 Riwayat Ginekologi
- Table 4.4 Riwayat Obstetrik
- Table 4.5 Pola Aktivitas Sehari – hari
- Table 4.6 Pemeriksaan Fisik Ibu
- Table 4.7 Pemeriksaan Fisik Bayi
- Table 4.8 Pemeriksaan Psikologi
- Table 4.9 Hasil Pemeriksaan Diagnostik
- Table 4.10 Program Dan Rencana Pengobatan
- Table 4.11 Analisa Data
- Table 4.12 Diagnosa Keperawatan
- Table 4.13 Intervensi
- Table 4.14 Implementasi
- Table 4.15 Evaluasi

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 pathway persalinan normal

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	: Lembar Bimbingan
Lampiran II	: Lembar Persetujuan Responden
Lampiran III	: Persetujuan Justifikasi
Lampiran IV	: Lembar Observasi
Lampiran V	: Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VI	: Leaflet
Lampiran VII	: Jurnal

## **DAFTAR SINGKATAN**

APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
CM	: Centimeter
CRT	: Capillary Refil Time
GCS	: Glasgow Coma Scale
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Haid Pertama Hari Terakhir
KB	: Keluarga Berencana
KG	: Kilogram
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LK	: Lingkar Kepala
MMHG	: Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)
N	: Nadi
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
NIC	: Nursing Interventions Classification
NOC	: Nursing Outcomes Classification
PB	: Panjang Badan
R	: Respirasi
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
SAP	: Satuan Acara Penyuluhan
SUPAS	: Survey Penduduk Antar Sensus
TD	: Tekanan Darah

TFU : Tinggi Fundus Uteri  
TTV : Tanda – Tanda Vital  
USG : Ultrasonografi  
VK : Verlos Kamer  
WHO : World Health Organization

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan ataupun tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistiyowati & Nugraheny, 2013). Terdapat dua metode persalinan yaitu persalinan buatan dan persalinan normal. Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37 – 40 minggu) dengan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir dengan persentase belakang kepala tanpa alat atau bantuan (lahir spontan) serta tidak ada komplikasi pada ibu dan janin (Eka Puspita, 2014).

Data menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2012, menyatakan persalinan *post partum pre-eklampsia* berkisar antara 0,51% - 38,4%, di negara maju angka kejadian *post partum pre-eklampsia berat* berkisar 6 – 7%. Hasil Riskesdas Tahun 2018 menunjukkan kelahiran dengan metode *post partum pre-eklampsia berat* sekitar 17%, dengan proporsi tertinggi di Bali (97,2%) dan terendah di Maluku (30,1%) di Jawa



Barat (79,5%) jadi, di daerah Jawa Barat persalinan pada perempuan *post partum pre-eklampsia berat* termasuk dalam tingkat sedang. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari hasil data rekapitulasi kebidanan RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2019, didapatkan data kasus persalinan 2.153 kasus, partus normal 1.881 kasus, dan tindakan *post partum pre-eklampsia berat* sebanyak 275 kasus ( Sumber laporan medikal record Rumah Sakit Umum dr. Soekardjo Tasikmalaya ).

Masalah keperawatan pada klien *post partum pre eklampsia berat*. Post partum adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ – organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Suherni, 2010). Pre-eklampsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema, dan protein uria tetapi tidak menunjukkan tanda – tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, sedangkan gejalanya biasanya muncul setelah kehamilan berumur 28 minggu atau lebih (Nuha Medika, 2013). Gejala dari pre-eklampsia ini dapat timbul sebelum usia kehamilan 20 minggu apabila terjadi penyakit trofoblastik ( Terbagi menjadi dua kategori yaitu pre-eklampsia ringan dan pre-eklampsia berat. Pre-eklampsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai dengan proteinuria dan atau odema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah kehamilan (CV. Trans Info Media, 2013). Pre-eklampsia berat adalah suatu komplikasi kehamilan yang

ditandai dengan timbulnya hipertensi 160/110 mmHg atau lebih disertai dengan proteinuria dan atau edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (CV. Trans Info Media, 2013). Klien tersebut termasuk *post partum pre-eklampsia berat* dan ciri – cirinya adalah tekanan diastolik lebih dari 110 mmHg, protein urine positif 3, oliguria (urine, 5gr/L) dan hiperrefleksia gangguan penglihatan, nyeri epigastrik, terdapat edema dan sianosis, nyeri kepala, gangguan kesadaran (Walyani, 2015).

Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu pertama setelah kelahiran. Ketidakefektifan pemberian ASI adalah ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak dalam proses menyusui (Hildayani, 2016). Masalah ketidakefektifan pemberian ASI pada klien *post partum pre-eklampsia berat* terjadi karena nyeri luka jahitan dan mules-mules sesudah partus sebagai akibat kontraksi uterus yang mengganggu selama 2-3 hari sehingga menyebabkan ibu sulit untuk proses pengeluaran laktasi, ansietas, kurangnya pengetahuan tentang menyusui yang benar pada ibu *post partum pre-eklampsia berat* akan mengakibatkan gangguan laktasi (TIM, 2013). Sehingga menurut Chunningham (2013), wanita yang tidak menyusui dapat mengalami pembengkakan payudara, kelainan puting susu, nyeri payudara, sumbatan saluran susu, radang payudara yang memuncak pada hari ke-2 sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Jika tidak segera dilakukan perawatan payudara pada ibu, maka akan berakibat radang atau mastitis.

Air susu ibu atau ASI merupakan sumber gizi utama bayi yang belum dapat mencerna makanan padat. ASI merupakan sumber makanan terbaik

bagi bayi karena memiliki begitu banyak zat penting yang bagus guna meningkatkan kekebalan tubuh terhadap penyakit. Hasil penelitian (Amalia, 2016) menyatakan bahwa ASI adalah makanan bayi yang tidak adaandingannya. Makanan bayi dan susu yang dibuat dengan teknologi masa kini tidak mampu menggantikan sumber makanan yang menakjubkan ini (Kodrat, 2010).

ASI eksklusif harus diberikan dalam 6 bulan pertama, dengan demikian bayi akan mencapai tumbuh kembang yang optimal WHO/UNICEF merekomendasikan empat hal yang harus diperhatikan dalam mencapai tumbuh kembang optimal yaitu pemberian ASI segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, pemberian ASI eksklusif, pemberian MP-ASI sejak bayi berusia 6-24 bulan serta meneruskan pemberian ASI sampai 24 bulan (Depkes, 2011). Hambatan klien *post partum pre-eklampsia berat* dengan linu dan nyeri pada luka jahitan. Nyeri yang dirasakan pada daerah perineum yang hilang timbul. Sehingga dapat menyebabkan ibu menunda untuk menyusui dan menimbulkan keterlambatan pemberian ASI. Masalah inilah yang menimbulkan ketidakefektifan pemberian ASI terhadap ibu dan bayi.

Dampak dari ketidakefektifan ASI yaitu daya tahan tubuh atau antibodi kurang sempurna, sehingga bayi rentan terhadap timbulnya penyakit, perkembangan otak kurang optimal, perkembangan motorik mengalami keterlambatan, dampak psikologis kedekatan dengan ibu kurang optimal dan asupan nutrisi bayi kurang terpenuhi (Nurjanah, 2015). Dampak dari

ketidakefektifan ASI terhadap ibu yaitu akan menyebabkan bayi beresiko terkena berbagai penyakit infeksi seperti infeksi saluran pernapasan, infeksi telinga, dan imunitas rendah, berakibat pada generasi penerus yang kurang cerdas, meningkatnya angka kesakitan, meningkatnya kematian anak, menambah subsidi rumah sakit dan menambah devisa untuk membeli susu formula (Nugroho, 2011).

Penatalaksanaan ketidakefektifan ASI dalam menangani klien *post partum pre-eklampsia berat* dilakukan dengan terapi farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan dengan farmakologi yaitu dengan cara pemberian  $MgSO_4$  pada *post partum pre-eklampsia berat* berguna untuk mencegah terjadinya kejang eklamsia atau kejang berulang (Ronald M Ramus, 2018). Sedangkan, penatalaksanaan dengan non farmakologi yaitu terdiri dari berbagai tindakan seperti yang dilakukan disini adalah pijat oksitosin, permasalahan ASI yang tidak keluar pada hari-hari pertama kehidupan bayi seharusnya bisa diantisipasi dan salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk memperlancar pengeluaran ASI adalah dengan melakukan pijat oksitosin (Maita, 2016). Dari hasil penelitian dilakukan penanganan pada klien *post partum pre-eklampsia berat* dengan pijat oksitosin dan teknik marmet. Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau refleks let down. Pijat oksitosin ini dilakukan dengan cara memijat pada daerah punggung sepanjang kedua sisi tulang belakang neurotransmitter akan merangsang medulla oblongata langsung mengirim pesan ke hipotalamus di hipofise posterior untuk mengeluarkan oksitosin

sehingga menyebabkan payudara mengeluarkan air susunya juga diharapkan dengan dilakukan pemijatan ini, ibu akan merasa rileks dan kelelahan setelah melahirkan akan hilang. Jika ibu rileks dan tidak kelelahan setelah melahirkan dapat membantu merangsang pengeluaran hormon oksitosin. Faktor yang dapat mempengaruhi produksi ASI selain hormon oksitosin adalah dari nutrisi, ketenangan jiwa dan pikiran, alat kontrasepsi, pola istirahat, perawatan payudara, anatomis payudara, faktor fisiologis dan faktor isapan bayi atau frekuensi penyusuan (Rizki, 2013). Sedangkan teknik marmet merupakan kombinasi cara memerah ASI dan memijat payudara sehingga refleksi ASI dapat optimal. Teknik memerah ASI dengan cara marmet bertujuan untuk mengosongkan ASI pada sinus laktiferus akan merangsang pengeluaran prolaktin. Pengeluaran hormon prolaktin diharapkan akan merangsang *mammary alveoli* untuk memproduksi ASI. Semakin banyak ASI dikeluarkan atau dikosongkan dari payudara akan semakin baik produksi ASI di payudara (Widiastutik, 2015). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa produksi ASI yang dinilai dari frekuensi bayi minum ASI pada waktu lahir meningkat pada minggu pertama dan kedua.

Berdasarkan permasalahan diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post *partum pre-eklampsia berat* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pengeluaran ASI. Dalam hal ini penulis menuangkannya melalui karya tulis ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA POST PARTUM PRE-

EKLAMPSIA BERAT DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN  
PENGELUARAN ASI DI RUANG CEMPAKA RSUD dr. SOEKARDJO  
TASIKMALAYA”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas “Bagaimanakah Asuhan keperawatan pada klien post *Partum Pre-eklampsia Berat* yang mengalami ketidakefektifan pengeluaran ASI di ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis ingin mengetahui dan memahami pada asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik bio-psiko-sosial dan spiritual pada ibu post *partum pre-eklampsia berat* yang mengalami ketidakefektifan pengeluaran ASI di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien post *partum pre-eklampsia berat* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien post *partum pre-eklampsia berat* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien post *partum pre-eklampsia berat* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post *partum pre-eklampsia berat* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien post *partum pre-eklampsia berat* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien post *partum pre-eklampsia berat* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI.

### **1.4.2 Manfaat Praktik**

#### a. Bagi Perawat

Penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat agar perawat dapat meningkatkan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien post *partum pre-eklampsia berat* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI.

#### b. Bagi Rumah Sakit

Penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien post *partum pre-eklampsia berat* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Penulisan karya tulis ilmiah ini bagi institusi pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post *partum pre-eklampsia berat* dengan masalah keperawatan ketidakfektifan pemberian ASI.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Persalinan**

##### **2.1.1 Definisi Persalinan Normal**

Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir, proses ini berawal dari pembekuan dan dilatasi serviks akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. (Rohani, 2011)

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

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup 37-42 minggu lahir spontan tanpa komplikasi baik ibu maupun janin dan proses ini berawal dari pembekuan darah dan dilatasi serviks akibat kontraksi uterus.

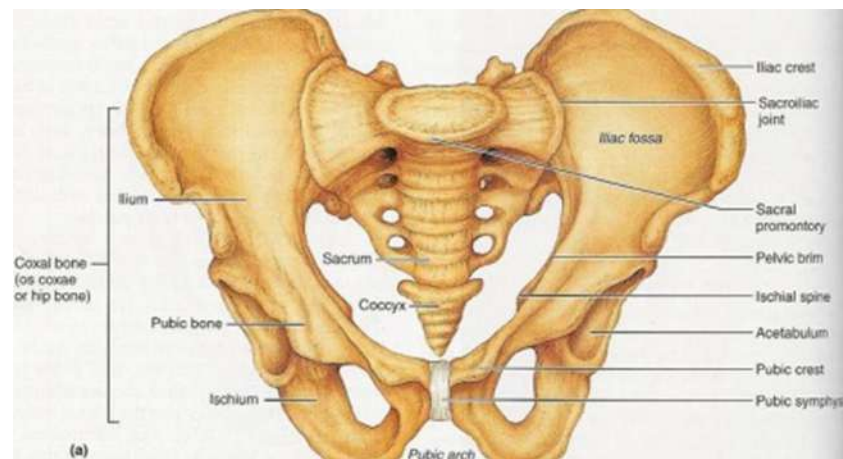
##### **2.1.2 Anatomi Jalan Lahir**

Dalam buku ilmu kebidanan ( prawirohardjo 2016 ) jalan lahir dibagi atas 2 bagian yaitu :

###### **A. Bagian Keras : Pelvis dan persendiannya**

Pelvis adalah bagian tubuh yang terletak dibawah abdomen. Pelvis terdiri dari 4 tulang yaitu : Os. Koksa ( tulang innominata ) 2 buah kanan dan kiri ( yang membentuk dinding samping panggul ), Os Sakrum ( yang membentuk bagian belakang panggul ), dan Os

Koksigis ( yang membentuk dasar panggul dan tulang belakang ). Pada masing – masing tulang innominata tersusun atas 3 tulang yaitu : *Os illium*, *Os iskium*, dan *Os pubis*. Tulang – tulang ini satu dengan lainnya berhubungan dalam satu persendian pelvis. Pada anterior terdapat hubungan antara kedua *os pubis* kanan dan kiri disebut *simfisis pubis*. Pada posterior terdapat *artikulasio sakroiliaka* yang menghubungkan Os Sakrum dengan Os Illium. Pada inferior terdapat *artikulasio sakrokoksigea* yang menghubungkan Os Sakrum dengan Os Koksigis.

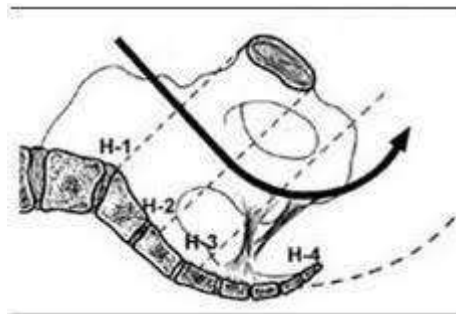


**Gambar 2.1 Anatomi Pelvis ( Prawirohardjo 2016 )**

Secara fungsional pelvis terdiri atas 2 bagian yang disebut pelvis mayor dan pelvis minor. Pelvis mayor atau *false pelvis* adalah bagian pelvis yang terletak diatas linea terminalis, dan berfungsi melindungi isi abdomen setelah kehamilan bulan ketiga membantu menyokong uterus gravidarum. Pelvis minor dan *true pelvis* adalah bagian pelvis yang terletak dibawah linea terminalis. Bentuk pelvis minor ini menyerupai

suatu saluran yang menyerupai sumbu melengkung ( sumbu carus ). Sumbu ini merupakan garis menghubungkan titik persekutuan antara diameter transversa dan konjungatavera pada pintu atas panggul dengan titik sejenis di Hodge II,III,IV. Pelvis minor atau *true pelvis* terdiri dari :

- 1) Hodge I, merupakan bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium. Bidang ini sama dengan pintu atas pelvis.
- 2) Hodge II, yaitu bidang yang sejajar dengan Hodge I dan terletak setinggi bagian bawah simfisis pubis.
- 3) Hodge III, yaitu bidang yang sejajar dengan Hodge II dan terletak setinggi spina ischiadicae.
- 4) Hodge IV, yaitu bidang yang sejajar dengan Hodge III melalui ujung os koksigis.



**Gambar 2.2 sumbu carus dan bidang hodge (Prawirohardjo, 2016)**

- B. Bagian Lunak : otot-otot, jaringan – jaringan dan ligament – ligament. Jalan lahir bagian lunak meliputi segmen bawah rahim, serviks uteri, vagina, otot-otot, jaringan ikat dan ligament yang menyokong alat-alat urogenital. Otot-otot yang menahan dasar panggul yaitu :

- 1) Bagian luar

Muskulus sfingter ani eksternus, muskulus bulbokavernosus yang melingkari vagina, dan muskulus perinei transversus superfisialis.

2) Bagian tengah

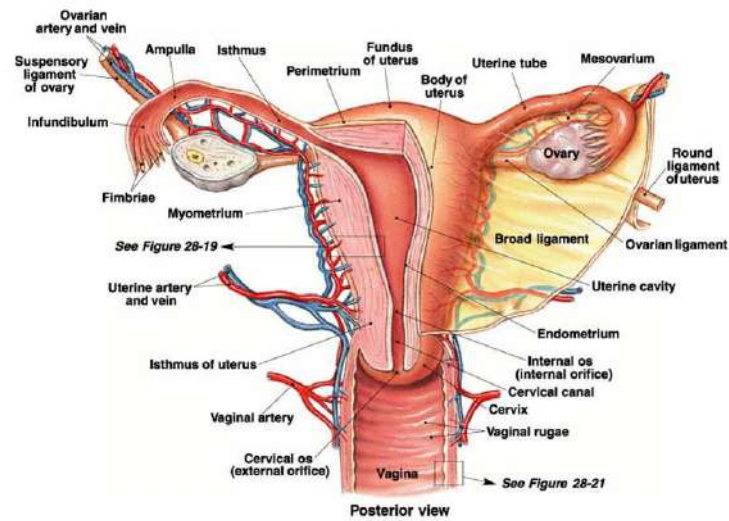
Otot-otot yang melingkari uretra ( muskulus sfingter uretrae ), otot-otot yang melingkar vagina bagian tengah dan anus ( muskulus iliokoksigeus, muskulus iskiokoksigeus, muskulus perinei trans- versus profundus, dan muskulus koksigeus.

3) Bagian dalam

Muskulus levator ani yang berfungsi menahan dasar panggul, menutupi hampir seluruh bagian belakang pintu bawah panggul. Bagian depannya berbentuk segitiga yang disebut trigonum urogenitalis ( hiatus genetalis ) yang di dalamnya berada uretra, vagina, dan rectum.

C. Uterus ( Rahim )

Uterus adalah organ tunggal muscular dan berongga. Uterus digambarkan berbentuk *piriformis* atau berbentuk buah pir. Berat uterus adalah 70 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. Uterus terdiri dari dua bagian utama, yaitu bagian *corpus uteri* (segitiga) dan *cervix uteri* (silindris). Dan dinding uterus terdiri dari 3 lapisan yaitu : peritoneum (lapisan terluar, merupakan lapisan serosa), miometrium (lapisan tengah, merupakan kumpulan sel-sel otot polos) dan endometrium (lapisan terdalam, memiliki 2 lapisan lagi). Ligament-ligament uterus antara lain : ligament latum, ligament rotundum, ligament infudibulo pelvicum, ligament cardinal, ligament sacro uterinum, dan ligament vesico uterinum.



**Gambar 2.3 Uterus dan Servic Uteri (Prawirohardjo, 2016)**

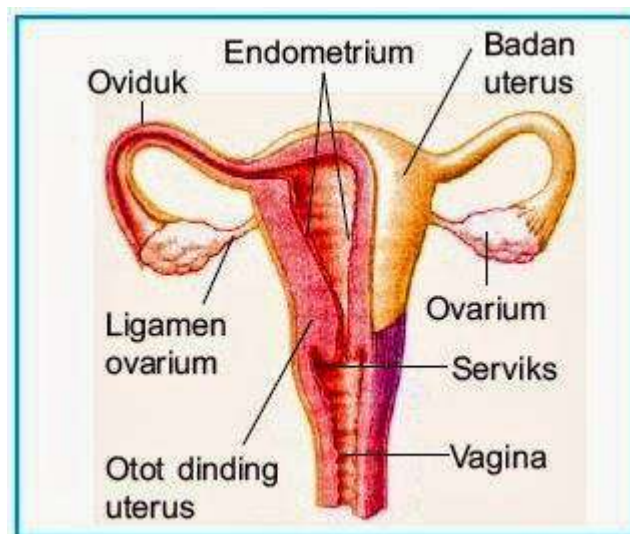
#### D. Servik uteri

Servik uteri atau biasa disebut servik terdapat di setengah hingga sepertiga bawah uterus, berbentuk silindris atau fusiformis dan menghubungkan uterus dengan vagina melalui kanal endoservikal. Servik uteri terdiri dari portio vaginalis, yaitu bagian yang menonjol ke arah vagina dan bagian supravaginal. Panjang servik uteri kira-kira 2,5-3 cm dan memiliki diameter 2-2,5 cm. pada bagian anterior serviks berbatasan dengan kantung kemih dan batas atasnya adalah ostium internum. Pada bagian posterior, servik ditutupi oleh peritoneum yang membentuk garis *cul-de-sac*.

#### E. Vagina

Vagina adalah tuba fibromuskular yang dapat berdistensi. Organ ini merupakan organ – organ kopulasi wanita, dan merupakan jalan lahir. Janin saat persalinan. Vagina memiliki panjang sekitar 8-10 cm, dan berbatasan dengan uretra pada bagian anterior dan rectum pada bagian

posterior. Vagina dilembabkan oleh cairan secret dari kelenjar-kelenjar di serviks. Suasana vagina adalah asam ( $\text{PH} < 7$ ). Suasana asam ini berfungsi sebagai pertahanan untuk mencegah infeksi pada vagina dan merupakan barrier seleksi sperma yang paling awal.

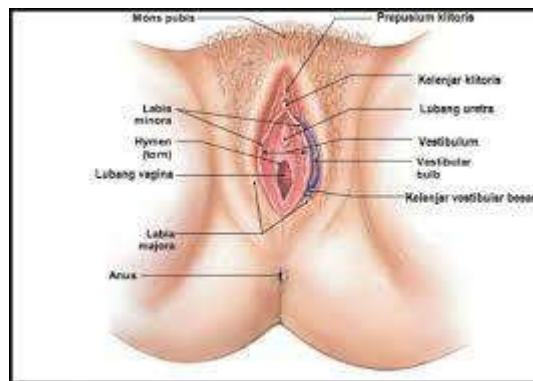


**Gambar 2.4 Vagina (Prawirohardjo, 2016)**

#### F. Vulva

Vulva adalah genitalia eksterna wanita. Beberapa alat yang terdapat pada vulva adalah mons pubis setelah pubertas ditutup oleh rambut, bagian yang menonjol terdiri dari jaringan lemak, menutupi bagian depan simfisis pubis. Labia mayora homolog dengan scrotum, bagian luar seperti kulit biasa berbentuk bibir, lonjong dan ditumbuhi rambut. Labia minora merupakan lipatan garis tipis dibalik labia mayora, labia minora tidak memiliki rambut tetapi memiliki banyak kelenjar keringat sebacea. Klitoris

merupakan sebuah jaringan erektil kecil yang serupa dengan penis, letaknya diantara labia mayora dan labia minora. Vestibulum area yang dikelilingi oleh labia minora, menutupi mulut uretra, mulut vagina, dan duktur kelenjar bartolini. Hymen disebut juga selaput dara yang merupakan lapisan tipis yang melipat secara tidak sempurna. Hymen normal terdapat lubang untuk aliran darah menstruasi.



**Gambar 2.5 Vulva (Prawirohardjo, 2016)**

### **2.1.3 Etiologi Persalinan Normal**

Etiologi terjadinya persalinan belum diketahui secara pasti, tetapi ada beberapa faktor yang dianggap kemungkinan berperan dalam proses terjadinya persalinan. Beberapa teori dibawah ini akan menjelaskan bagaimana terjadinya persalinan tersebut, menurut Mochtar. R (1998) dalam Solehati & Kosasih (2015) :

#### **1) Faktor Hormonal**

Teori penurunan hormonal mengatakan bahwa 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai, terjadi penurunan kadar hormone

estrogen dan progesterone yang bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his (kontraksi pada rahim) bila kadar progesterone turun.

2) Teori Plasenta Menjadi Tua

Dengan bertambahnya umur plasenta akan menyebabkan turunnya kadar progesterone dan estrogen sehingga menyebabkan kekejangan pembuluh darah. Hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang akan menyebabkan iskemia otot-otot sehingga dengan terjadinya iskemia tersebut akan mengganggu sirkulasi utero plasenta (sirkulasi darah dari uterus ke plasenta).

4) Teori Iritasi Mekanik

Adanya penekanan ganglion servikale yang terletak dibelakang servik. Bila ganglion ini digeser dan di tekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

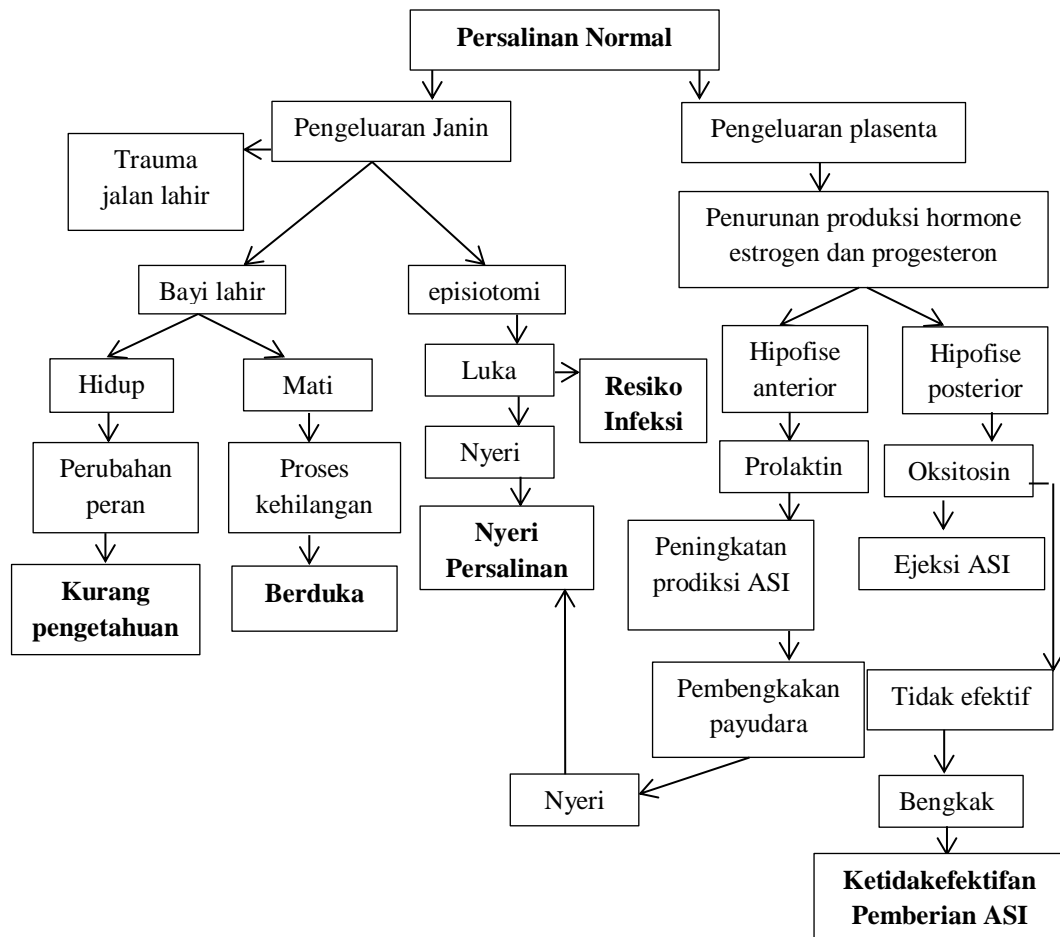
5) Induksi Partus (*Induction of Labour*)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan jalan melakukan rangsangan luminaria, oksitosin drips, dan amniotomi.



### 2.1.4 Pathway Persalinan Normal

Bagan 2.1 Pathway persalinan normal



(Sumber : Reny Yuli Aspiani, 2017)

### 2.1.5 Klasifikasi

Menurut Reni Yuli Aspiani (2017) yaitu :

1) Persalinan Spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

2) Persalinan Bantuan

Persalinan dengan rangsangan yang dibantu dengan tenaga dari luar ekstraksi dengan forcep atau dengan dilakukan sesario.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, baru berlangsung setelah pemecahan ketuban.

### 2.1.6 Komplikasi

Menurut Aspiani (2017) komplikasi persalinan normal yaitu :

1) Distosia atau persalinan yang sulit yaitu :

a) Kelainan tenaga atau his

b) Kelainan janin (kelainan dalam letak atau bentuk janin)

c) Kelainan jalan lahir

2) Perdarahan saat dan setelah persalinan

a) Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir

b) Perluasan vulva, vagina dan serviks

c) Rupture uteri adalah robekan atas diskontinuitas dinding rahim akibat dilampauinya daya tegang miomentrium

d) Emboli air ketuban

### 2.1.7 Pemeriksaan Diagnosis

Menurut Aspiani (2017) pemeriksaan diagnosis yang diperlukan selama sebelum proses persalinan antara lain :

a) Darah : Hb, Gula darah

Pemeriksaan Hb dilakukan 2 kali selama kehamilan, pada trimester pertama dan pada kehamilan 30 minggu, karena pada usia 30 minggu terjadi puncak hemodilusi. Ibu dikatakan anemia ringan Hb < 11 gr% dan anemia berat < 8 gr%. Dilakukan juga pemeriksaan golongan darah, protein dan kadar glukosa pada urin.

b) USG (*Ultrasonografi*)

Teknik diagnostik untuk pengujian struktur badan bagian yang melibatkan formasi bayangan dua dimensi dengan gelombang ultrasonik.

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Hidayat & Sujatini (2010) Penatalaksanaan pada persalinan normal biasa juga disebut dengan kala dan terbagi menjadi empat diantara lain :

1. Kala I atau kala pembukaan dimulai dari adanya kontraksi yang adekuat sampai pembukaan lengkap. Kala I dibagi menjadi dalam 2 fase : fase laten (servik 1-3 cm – dibawah 4 cm) membutuhkan waktu 8 jam, fase aktif (servik 4-10 cm / lengkap), membutuhkan waktu 6 jam.

2. Kala II atau kala pengeluaran dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.
3. Kala III atau kala uri dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.
4. Kala IV atau kala pengawasan dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum

## **2.2 Konsep Laktasi**

### **2.2.1 Definisi Laktasi**

Laktasi adalah kelenjar mammae yang mulai berkembang pada permulaan masa pubertas (Adolesens), pada umur 11-12 tahun, kelenjar mammae tumbuh menjadi besar sebelah lateral linea aksilaris anterior/medial ruang interkostalis III dan sebelah kaudal ruang interkostalis VII-VIII (Syarifuddin, 2013)

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

a) *Refleks prolaktin*

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

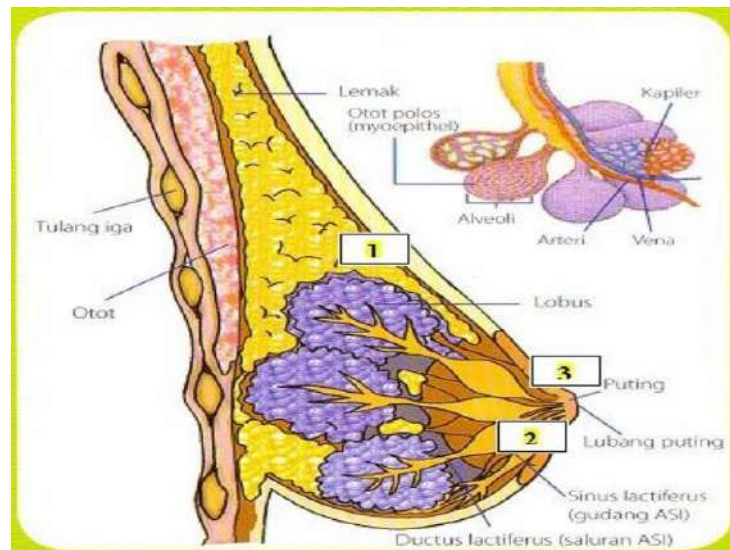
b) *Refleks let down*

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

#### 1) Anatomi dan fisiologi payudara

Payudara merupakan kelenjar yang terletak dibawah kulit, atau otot dada dan fungsinya memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara dengan berat kira-kira 200 gram, yang kiri lebih besar dari kanan. Pada waktu hamil payudara membesar, mencapai 600 gram dan pada waktu menyusui bisa mencapai 800 gram (Reni Yuli Astutik, 2014)

Secara Makrokopis payudara ada tiga bagian utama yaitu sebagai berikut :



**Gambar 2.6 Anatomi Payudara (Syiaifuddin, 2013)**

a) Korpus

Korpus (badan) yaitu bagian yang membesar.

b) Aerola

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

c) Papilla mammae (putting susu)

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

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

## 2) Pembentukan ASI

### a) Proses pembentukan laktogen

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

#### 1. Laktogen I

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

#### 2. Laktogen II

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

#### 3. Laktogen III

Sistem control hormon endokrin mengatur produksi ASI selama kehamilan dan beberapa hari pertama setelah melahirkan. Ketika produksi ASI mulai stabil,

sistem control autokrin dimulai. Fase ini dinamakan laktogenesis III. Pada tahap ini, apabila ASI banyak dikeluarkan maka payudara akan memproduksi ASI dengan banyak pula.

### 3) Pengertian Pijat Oksitosin

Pijat Oksitosin adalah suatu cara untuk membantu mempercepat pengeluaran ASI atau kolostrum dengan rangsangan pijatan pada kedua sisi tulang belakang, mulai dari leher ke arah tulang belikat dilanjutkan ke tulang costae dibawah kedua payudara ibu post partum. Menurut hasil penelitian Lien Lestari (2018) yang meneliti tentang peningkatan pengeluaran ASI dengan kombinasi pijat oksitosin dan teknik marmet pada ibu post partum. Menurut peneliti ibu post partum yang melakukan pijat oksitosin adalah hasilnya menunjukkan terdapat perbedaan waktu pengeluaran kolostrum antara ibu post partum yang di pijat oksitosin (perlakuan) dengan ibu yang tidak dilakukan pijat oksitosin (kontrol). Penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh pijat oksitosin terhadap pengeluaran kolostrum. Melalui pijatan atau rangsangan pada tulang belakang, neurotransmitter akan merangsang medulla oblongata langsung mengirim pesan ke hypothalamus di hypofise posterior untuk mengeluarkan oksitosin sehingga menyebabkan payudara mengeluarkan air susunya. Dengan



pemijatan di daerah tulang belakang ini juga akan merileksasi ketegangan dan menghilangkan stress, dengan begitu hormone oksitosin keluar dan akan membantu pengeluaran ASI, dibantu dengan isapan bayi pada putting susu saat setelah bayi lahir dengan keadaan bayi normal.

## **2.3 Masa Nifas**

### **2.3.1 Definisi Masa Nifas**

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari). (Dewi & Sunarsih, 2011)

### **2.3.2 Tahapan Masa Nifas**

Menurut Dewi & Sunarsih (2011) tahapan masa nifas sebagai berikut :

- 1) Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.
- 2) Puerperium intermediate yaitu suatu pemulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- 3) Puerperium remote, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

### 2.3.3 Fisiologi Masa Nifas

Menurut Sri Wahyuningsih 2019 sebagai berikut :

#### 1. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil

TABEL 2.1 PERUBAHAN UTERUS

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gr
Bayi Lahir	2 jari bawah pusat	750 gr
1 minggu	½ pusat symps	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

#### 2. Lochea

Cairan/secret berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa post partum. Beberapa jenis lochea :

- a. Lochea rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo, meconium berlangsung 2 hari post partum
- b. Lochea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan berlangsung 3-7 hari post partum
- c. Lochea Serosa berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari post partum

d. Lochea alba berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari-2 minggu berikutnya

### 3. Endometrium

Perubahan terjadi dengan thrombosis degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.

### 4. Serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal.

### 5. Vagina dan perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nullipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubag menjadi karunkula mitiformis. Minggu ke 3 rugae vagina kembali. Perineum yang terdapat laserasi atau jahitan serta udem akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Oleh karena itu vulva hygiene perlu dilakukan.

### 6. Mamae / Payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Ada dua mekanisme : produksi susu, sekresi susu atau *let down* selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyikapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. pada hari ke tiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan, sel

acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang ensit *let down* (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejsksi ASI.

#### 7. System Pencernaan

Setelah persalinan 2 jam ibu merasa lapar kecuali ada komplikasi persalinan, tidak ada alasan menunda pemberian makanan. Konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karena luka jahit perineum

#### 8. System Perkemihan

Pelvis ginjal teregang dan laktasi selama kehamilan, kembali normal akhir minggu ke 4 setelah melahirkan. Kurang dari 40% wanita post partum mengalami proteinuria non patologis, kecuali pada kasus preeklamsi

#### 9. System Muskuloskeletal

Ligament fasia diafragma pelvis meregang saat kehamilan berangsur-angsur mengecil seperti semula

#### 10. System Endokrin

- a. Oksitosin berperan dalam kontraksi uterus mencegah pendarahan, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin
- b. Prolaktin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI, jika ibu post partum tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul mentruasi

- c. Estrogen dan progesterone, setelah melahirkan estrogen menurun, progesterone meningkat

11. Perubahan tanda-tanda vital

- a. Suhu tubuh saat post partum dapat naik  $0,5^{\circ}\text{C}$ , setelah 2 jam post partum normal
- b. Nadi dan pernafasan, nadi dapat bradikardi atau takikardi waspada mungkin ada perdarahan, pernafasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal
- c. Tekanan darah kadang naik lalu kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai. BB turun rata-rata 4,5 kg

12. Setelah partus/melahirkan, adanya striase pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans)

13. Evaluasi tonus otot abdomen untuk menentukan diastasis (derajat pemisahan otot rektus abdomen). Setiap wanita mempunyai 3 set otot abdominalis yaitu rectus abdominalis, oblique, transverse. Rectus abdominalis merupakan otot paling luar yang bergerak dari atas kebawah. Otot ini terbagi menjadi 2 yang dinamakan recti yang lebarnya  $\pm 0,5$  cm dan di hubungkan oleh jaringan fibrous (linea alba)

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

#### 1. Identitas Klien

Identitas klien meliputi : nama, usia, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan suku bahasa tanggal masuk rumah sakit dan jam tanggal pengkajian alamat rumah

#### 2. Identitas penanggung jawab : nama, usia, pekerjaan pendidikan agama alamat

### **2.4.2 Riwayat Kesehatan**

#### 1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat 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 keluarga yang bersifat penyakit keturunan (asma, diabetes mellitus, haemophili, keturunan kembar) dan penyakit kronis (Manurung et al, 2011)

## 2.4.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetrik

### 1. Ginekologi

#### a. Riwayat Menstruasi

Menarche, lama haid, siklus, jumlah darah haid, dismenorrhoe, keluahan haid (Manurung et al, 2011), hari pertama haid terakhir (HPHT) guna menentukan taksiran persalinan (TP) (Ratnawati, 2017).

#### b. Riwayat Persalinan

Data yang harus dikaji adalah tanggal melahirkan, lamanya persalinan, posisi fetus, tipe melahirkan, analgetik, masalah selama melahirkan jahitan pada perineum dan pendarahan (Wahyuningsih et al, 2019)

#### c. Riwayat Keluarga Berencana

Penggunaan KB yang lalu, beberapa kontrasepsi dapat berakibat buruk pada janin, ibu atau keduanya. Penggunaan kontrasepsi oral sebelum kelahiran dan berlanjut saat kehamilan yang tidak

diketahui dapat berakibat buruk pada pembentukan organ janin (Ratnawati, 2017)

## 2. Obstetrik

### a. Riwayat Kehamilan

Informasi yang dibutuhkan adalah para dan gravida kehamilan yang direncanakan, masalah saat hamil atau antenatal care dan imunisasi yang diberikan pada ibu selama hamil. (Wahyuningsih et al, 2019)

### b. Riwayat Persalinan

Informasi esensial tentang persalinan yaitu mengenai usia gestasi, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstrasi vakum atau bedah sesar), penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontrasepsi pertama), erat lahir, jenis kelainan dan komplikasi yang lain (Marmi, 2011)

### c. Riwayat nifas

Masa nifas yang terdahulu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan masa nifas saat ini juga tanpa penyakit. Terdapat pengeluaran lochea yang normal. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterus, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. (Manuaba, 2010)

#### **2.4.4 Pola Aktifitas Sehari-hari**

Pengkajian pada pola aktivitas sehari-hari klien menurut Reni Yuli Aspiani (2017) meliputi :



1. Nutrisi

Biasanya klien mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi seperti mual muntah, masukan protein kalori kurang

2. Eliminasi

Biasanya klien mengalami gangguan BAK (kurang dari 400 ml/jam)

3. Istirahat Tidur

Klien biasanya mengalami kesulitan dalam istirahat dan tidurnya karena adanya kontraksi uterus

4. Personal Hygiene

Kebersihan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri dan dilakukan 2x sehari

5. Aktivitas

Biasanya terganggu karena kebiasaan sehari-hari tidak dapat dilakukan/tidak dapat terpenuhi dengan baik

#### **2.4.5 Pemeriksaan Fisik**

1. Keadaan Umum

Mengenai pemeriksaan keadaan umum, kesadaran dan kesehatan ibu, untuk mengetahui kondisi ibu nifas secara umum (Pitriani & Andriyani, 2014)

2. Tanda-tanda vital

Mengenai pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan, berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas. Untuk mengetahui

adanya suatu keadaan yang abnormal pada ibu nifas (Pitriani & Andriyani, 2014)

### 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 partum menurut Reni Yuli Aspiani (2017) meliputi :

- a) Kepala : bersih atau tidak, ada atau tidak lesi, ada atau tidaknya nyeri tekan
- b) Wajah : tampak pucat atau tidak, ada edema atau tidak
- c) Mata : konjungtiva tampak pucat atau tidak, sclera icterus
- d) Hidung : simetris atau tidak, ada tidaknya polip
- e) Telinga : ada tidaknya peradangan atau lesi
- f) Mulut : bibir pucat atau kering, kelengkapan gigi, ada tidaknya karies gigi
- g) Leher : ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan limfe
- h) Payudara : mengkaji pembesaran ukuran, bentuk mammae konsistensi, warna payudara dan mengkaji kondisi puting, kebersihan puting
- i) Thorax
  - 1) Inspeksi : pergerakan dinding dada, frekuensi, irama, kedalaman dan penggunaan otot bantu pernafasan, ada tidaknya retraksi dinding dada

- 2) Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan dan krepitasi vocal premitus
- 3) Perkusi : Kenormalan organ indera thorax
- 4) Auskultasi : ada tidaknya suara nafas tambahan
- j) Abdomen : mengkaji ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uterus, konsistensi serta kontraksi uterus, bagaimana dengan bising usus dan apakah ada nyeri tekan
- k) Genetalia : mengkaji pengeluaran dan perubahan lochea adakah edema oada vulva, ada tidaknya hemoroid
- l) Ekstremitas : ekstremitas atas dan bawah dapat bergerak bebas keadaan ditemukan edema varises pada tungkai kaki ada atau tidaknya tromboflebitis karena penurunan aktivitas dan refleks patella baik

#### **2.4.6 Data Psikologis**

Periode taking in adalah periode ketergantungan. Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Fase taking hold berlangsung mulai hari ke-3 sampai hari ke-10 pasca melahirkan. Pada fase ini ibu akan merasa ketidakmampuannya dan tanggungjawabnya dalam merawat bayinya dan perasaan ibu sangat sensitif. Fase ini adalah fase dimana seorang wanita sudah mau dan mampu menerima tanggungjawab dan peran barunya sebagai seorang ibu. (Hesty, 2012)

#### **2.4.7 Data Social**

Bagaimana keadaan rumah tangganya harmonis/tidak, hubungan ibu, suami dan keluarga serta orang lain baik/tidak, ada/ tidak ada

mitos-mitos selama masa nifas yang dipercaya, ada/tidak budaya pantang makan makanan tertentu.

#### **2.4.8 Kebutuhan Bounding Attachment**

Mengkaji interaksi emosi sensorik fisik antara ibu dan bayi segera setelah lahir. (Andina, 2019)

#### **2.4.9 Kebutuhan Pemenuhan Seksual**

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. (Ai Yeyeh dkk, 2012)

#### **2.4.10 Data Spiritual**

Mengkaji kebiasaan ibadah klien, dan mengetahui apakah adanya adat istiadat dari suatu daerah yang dianut oleh ibu nifas dan keluarga mengenai perawatan masa nifas yang berpengaruh negative/buruk pada kesehatan ibu dan bayi. (Pitriani & Andriyani, 2014)

#### **2.4.11 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri**

Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah di vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali dalam sehari.

#### **2.4.12 Data Spiritual**

Mengkaji kebiasaan ibadah klien, dan mengetahui apakah adanya adat istiadat dari suatu daerah yang dianut oleh ibu nifas dan keluarga

mengenai perawatan masa nifas yang berpengaruh negative/buruk pada kesehatan ibu dan bayi. (Pitriani & Andriyani, 2014)

#### **2.4.13 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri**

Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah di vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali dalam sehari.

#### **2.4.14 Data Penunjang**

Menurut Reni Yuli Aspiani (2017) :

- 1) Jumlah darah lengkap hemoglobin atau hematokrit mengkaji perubahan dari kadar post partum dan mengevaluasi efek dari kehilangan darah pada pembedahan.
- 2) Urinalisis : 2 kultur urine gula darah, vaginal, dan lochea, pemeriksaan tambahan didasarkan pada kebutuhan individual.

#### **2.4.15 Analisa Data**

Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnose keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data pengelompokkan data, menafsirkan adanya kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah yang ada. (Green, 2012)

#### **2.4.16 Diagnosa Keperawatan**

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association 2018*. Rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan post partum normal sebagai berikut :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy)
- 2) Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
- 3) Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
- 4) Deficit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum
- 5) Resiko pendarahan berhubungan dengan ketidakefektifan kontraksi uterus
- 6) Defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum
- 7) Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan trauma kandung kemih
- 8) Konstipasi berhubungan dengan trauma jalan lahir
- 9) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

### 2.4.17 Intervensi Keperawatan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association 2018* rencana keperawatan pada diagnosa yang muncul pada postpartum adalah :

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy).	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pain level</li> <li>2. Pain control</li> <li>3. Comfort level</li> </ol> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).</li> <li>2. Tanda-tanda vital dalam batas normal.</li> <li>3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan teknik manajemen nyeri.</li> <li>4. Mampu mengenali nyeri (skala intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).</li> <li>5. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Pain management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presitipasi.</li> <li>2. Observasi reaksi norverbal dan ketidaknyamanan.</li> <li>3. Gunakan teknik komunkasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</li> <li>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.</li> <li>5. Evaluasi pengalaman nyeri masalalu.</li> <li>6. Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau.</li> <li>7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</li> <li>8. Control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.</li> <li>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri.</li> <li>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan</li> </ol>	<p><b>Pain management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri episiotomy bermakan pada fase pasca post partum. Diperberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. membiarkan klien tentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi ketidakefektifan analgesia.</li> <li>2. Bahasa tubuh dapat secara psikologis dan fisiologi dan dapat digunakan pada hubungan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luasnya masalah.</li> <li>3. Memerikan keyakinan bahwa klien tidak sendiri atau ditolak: memberikan respek dan penerimaan individu, mengembangkan kepercayaan.</li> <li>4. Budaya adalah suatu cara hidup yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang yang diwariskan dari generasi ke generasi.</li> <li>5. Penurunan</li> </ol>

---

interpersonal).	ansietas atau takut
11. Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi.	meningkatkan relaksasi kenyamanan.
12. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi.	6. Penurunan ansietas atau takut meningkatkan relaksasi kenyamanan.
13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.	7. Penggunaan persepsi sendiri atau perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu klien mengatasinya lebih efektif.
14. Evaluasi keefektifan control nyeri.	8. Suhu ruangan normal dapat rentang 20-25C dengan pencahayaan yang cukup mempengaruhi kemampuan klien untuk rileks dan tidur atau istirahat secara efektif.
15. Tingkatkan istirahat.	9. Perubahan berat atau lamanya dapat mengidentifikasi kemajuan proses penyakit atau terjadinya komplikasi.
16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.	10. Ada dua cara penanganan nyeri yaitu menggunakan farmakologi dan non farmakologi.
17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.	11. Nyeri episiotomy bermakna pada fase post partum. diperberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. Membiarkan klien rentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi
<b>Analgetik administration</b>	
18. Tentukan lokasi karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.	
19. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi.	
20. Cek riwayat alergi.	
21. Pilih analgetik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu.	
22. Temukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri.	
23. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur.	
24. Monitor vital sign sebelum dan sesudah	

---



- 
- pemberian analgetik pertama kali.
25. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.
26. Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala.
- ketidakefektifan analgesia.
12. Manajemen nyeri non farmakologi lebih aman digunakan karena tidak menimbulkan feel samping.
13. mengontrol atau mengurangi nyeri untuk meningkatkan kerja sama dengan aturan terapeutik.
14. Penurunan ansietas atau takut meningkatkan relaksasi kenyamanan.
15. Mengontrol atau mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan terapeutik.
16. Mengontrol mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan terapeutik.
17. Peraturan ansietas atau takut meningkatkan relaksasi kenyamanan.
- Analgetik administration**
18. Dosis adalah banyaknya suatu obat yang dapat dipergunakan atau diberikan kepada seorang penderita.
19. Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang diinginkan.
20. Alergi adalah
-

				<p>suatu respon abnormal sistem kekebalan tubuh.</p> <p>21. Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang diinginkan.</p> <p>22. Pertimbangan pemilihan guna mencapai kriteria hasil yang diinginkan.</p> <p>23. Rute pemberian obat terutama ditemukan oleh sifat dan tujuan dari penggunaan obat sehingga dapat memberikan efek terapi yang tepat.</p> <p>24. Respon autonomic meliputi perubahan pada tekanan darah, nadi, dan pernafasan, yang berhubungan dengan keluhan atau penghilangan nyeri, Abnormalitas tanda vital terus menerus memerlukan evaluasi lanjut.</p> <p>25. Pemberian obat yang terlalu cepat atau terlalu lambat dapat berakibat serius.</p> <p>26. Mengontrol atau mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan terapeutik.</p>
2.	Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya	<p><b>NOC</b></p> <p>1. Breastfeding ineffective</p> <p>2. Breathing pattem ineffective</p> <p>3. Breastfeeding</p>	<p><b>NIC</b></p> <p>1. Evaluasi pola menghisap menelan bayi.</p> <p>2. Tentukan keinginan dan</p>	<p>1. Kemampuan menelan bersifat dinamis sejalan dengan tumbuh kembang anak dalam bidang</p>

proses menyusui.	interupted.	motivasi ibu untuk menyusui.	keterampilan oromotor.
	<b>Kriteria hasil :</b>		
1. Kemantapan pemberian ASI : bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.	1. Kemantapan pemberian ASI : bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.	3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga).	2. Motivasi atau semangat dari suami selalu diharapkan oleh ibu menyusui.
2. Kemantapan pemberian ASI : ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama selama pemberian ASI.	2. Kemantapan pemberian ASI : ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama selama pemberian ASI.	4. Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif.	3. Mudah tidaknya seseorang dalam menyusui tergantung pada pengalaman masalahnya jika ada.
3. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi atau toddler.	3. Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi atau toddler.	5. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting.	4. Latch on adalah istilah yang digunakan ketika bayi mendapatkan posisi yang tepat saat menempelkan mulutnya pada puting ibu.
4. Penyapihan pemberian ASI.	4. Penyapihan pemberian ASI.	6. Pantau integritas kulit puting ibu.	5. Jika bayi tidak menempelkan mulutnya dengan baik di payudara, konsumsi ASI akan terganggu.
5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI.	5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI.	7. Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar air susu dan mastitis.	6. Infeksi pada payudara yang sering disebabkan karena masuknya kuman yang terdapat pada mulut dan hidung bayi.
6. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera, ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting,	6. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera, ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting,	8. Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara yang benar.	7. Mastitis adalah infeksi pada satu atau lebih pada saluran payudara.
		9. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.	8. Pembengkakan payudara terjadi karena adanya gangguan air susu dan meningkatkan vaskularisasi dan kongesti.
		<b>Brest examination Laktation 29aneuver29c29</b>	9. Peningkatan berat badan di usia dini sangat penting bagi kesehatan tubuh dalam jangka panjang.
		10. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI.	10. Keberhasilan pemberian ASI
		11. Sesiakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual, atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI.	
		12. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian susu formula.	

	mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI.		<b>Laktation konseling</b> 13. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI. 14. Diskusikan metode 30aneuver30c30 pemberian makanan bayi.	pada bayi sangat ditentukan oleh cara dan keberhasilan pemberian ASI sejak awal. 11. Dengan cara memompa ASI yang tepat produksi ASI diharapkan akan meningkatkan kembali sehingga mencukupi kebutuhan sehari-hari. 12. ASI yang akan digunakan secepatnya, lebih baik digunakan kedalam bagian lemari pendingin yang tidak akan membuat beku. 13. ASI mengandung antibody dalam jumlah besar dari tubuh seorang ibu. 14. Makanan pendamping ASI atau disebut MPASI mulai diberikan pada usia 6 bulan karena proses pencernaan bayi yang mulai sempurna.
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomy, laserasi jaan lahir, bantuan pertolongan persalinan.	<b>NOC</b> 1. Immune status 2. Knowledge: infection control 3. Risk control <b>Kriteria hasil :</b> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi. 2. Mendeskripsi proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan. 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah	<b>NIC</b> <b>Kontrol infeksi</b> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien. 2. Pertahankan teknik isolasi. 3. Batasi pengunjung bila perlu. 4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung. 5. Gunakan 30aneuver30c untuk cuci tangan. 6. Cuci tangan setiap	1. Infeksi nosocomial adalah infeksi yang menyebar di dalam rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. 2. Isolasi merupakan sebuah teknik khusus yang didesain terpisah dari pasien lain untuk mencegah penularan penyakit. 3. Infeksi dapat terjadi melalui penularan diri pasien kepada

---

<p>timbulnya infeksi. 4. Jumlah leukosit dalam batas normal. 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat.</p>	<p>sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 7. Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung. 8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. 9. Berikan terapi 30aneuver30c bila perlu. 10. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan 3 laneu.</p>	<p>petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung. 4. Tujuan cuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi. 5. Antiseptik adalah suatu bahan kimia yang bertujuan untuk membunuh kuman. 6. Tujuan mencuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi. 7. Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain, dan dari pasien kepada pengunjung. 8. Infeksi dapat terjadi melalui penularan diri pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain, dan dari pasien kepada pengunjung. 9. Antibiotik adalah zat yang memiliki kemampuan untuk menghambat kehidupan mikroorganisme. 10. Tanda-tanda infeksi adalah bengkak, kemerahan, panas, nyeri atau nyeri tekan dan hilangnya fungsi pada bagian yang terinflamasi.</p>
---	--	---

---

4.	Defisit perawatan diri : mandi atau kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum.	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Activity intolerance</li> <li>2. Mobility: physical impaired.</li> <li>3. Self care deficit hygiene.</li> <li>4. Sensory perception, auditory disturbed.</li> </ol> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi.</li> <li>2. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktifitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu.</li> <li>3. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.</li> <li>4. Perawatan hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.</li> <li>5. Perawatan hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.</li> <li>6. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan alat mandi.</li> <li>7. Memberikan dan</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Self care assistance : Bathing/hygiene</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.</li> <li>2. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan.</li> <li>3. Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau kamar mandi.</li> <li>4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal.</li> <li>5. Memfasilitasi mandi pasien.</li> <li>6. Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai.</li> <li>7. Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien.</li> <li>8. Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan sepenuhnya.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Budaya adalah sesuatu cara hidup yang dimiliki bersama oleh kelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi.</li> <li>2. Identifikasi ketidakmampuan memudahkan dalam melaksanakan intervensi.</li> <li>3. Barang-barang yang mudah dijangkau akan memudahkan prosedur tindakan.</li> <li>4. Lingkungan terapeutik adalah lingkungan yang dipuastkan untuk kesembuhan klien.</li> <li>5. Saat menyikat gigi anda habiskanlah 12-13 detik pergigi hingga gigi anda bersih dengan baik.</li> <li>6. Mandi membuat tubuh atau badan anda sendiri kembali segar.</li> <li>7. Membersihkan kuku hakekatnya adalah untuk menjaga kesehatan tubuh.</li> <li>8. Kepercayaan diri terhadap kemampuan sangat penting untuk kesembuhan.</li> </ol>
----	---	---	---	---

		mengeringkan tubuh. 8. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral.		
5.	Resiko perdarahan berhubungan dengan ketidakadekuatan kontraksi uterus.	<p><b>NOC</b></p> <p>1. Blood lose severity</p> <p>2. Blood koagulation</p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <p>1. Tidak ada hematuria dan hematemesis.</p> <p>2. Kehilangan darah yang terlihat.</p> <p>3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole.</p> <p>4. Tidak ada perdarahan pervagina.</p> <p>5. Tidak ada distensi abdominal.</p> <p>6. Hemoglobin dan Hematokrit dalam batas normal.</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Bleding precaution</b></p> <p>1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan.</p> <p>2. Catat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah perdarahan.</p> <p>3. Monitor TTV ortostatik.</p> <p>4. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif.</p> <p>5. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau freshfrozen plasma).</p> <p>6. Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan.</p> <p>7. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K.</p> <p>8. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output.</p> <p>9. Pertahankan protensial IV line.</p> <p><b>Bleeding reduction gastrointestinal</b></p> <p>10. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka.</p> <p>11. Hindari penggunaan aspirin dan ibu profen.</p>	<p>1. Perdarahan yang banyak dalam nifas 32aneuv selalu disebabkan oleh sisa plasenta.</p> <p>2. Penurunan Hb merupakan tanda-tanda perdarahan yang serius.</p> <p>3. Hipotensi ortostatik adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan tekanan darah saat seseorang berdiri dari posisi duduk.</p> <p>4. Bed rest adalah sebuah prosedur dengan memastikan pasien berbaring dan beristirahat ditempat tidur dalam kurun waktu tertentu.</p> <p>5. Tujuan dalam pemberian tindakan transfuse darah adalah meningkatkan kemampuan darah dalam mengangkut oksigen.</p> <p>6. Antikoagulan adalah obat yang bekerja untuk mencegah pengumpulan darah.</p> <p>7. Fungsi Vitamin K ini untuk membantu proses pembekuan darah saat terjadi luka pada bagian tubuh.</p> <p>8. Keseimbangan intake output</p>

				penting dalam pendarahan.
				9. Cara pemerian obat ada beberapa macam diantaranya adalah melewati jalur intravena.
				10. Sekresi merupakan proses pengeluaran zat oleh kelenjar yang masih digunakan oleh tubuh.
				11. Ibu profen bekerja dengan menghalangi produksi substansi alami tubuh yang menyebabkan peradangan.
6.	Defisiensi pengetahuan: perawatan post partum berhungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.	<p><b>NOC</b></p> <p>1. Knowledge : disease process</p> <p>2. Knowledge : health behavior</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan.</p> <p>2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.</p> <p>3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Treching : disease process</b></p> <p>1. Gambarkan tanda gejala yang biasa muncul pada penyakit dengan cara yang tepat.</p> <p>2. Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat.</p> <p>3. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat.</p> <p>4. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pemgontrolan penyakit.</p> <p>5. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan.</p> <p>6. Intruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat.</p>	<p>1. Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien.</p> <p>2. Pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan penyembuhan.</p> <p>3. Pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan.</p> <p>4. Gaya hidup adalah pola hidup seseorang di dunia yang di ekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya.</p> <p>5. Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom)</p>



				adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien.
7.	Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan trauma kandung kemih.	<p><b>NOC</b></p> <p>1. Urinary Elimination</p> <p>2. Urinary Continuence</p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <p>1. Kandung kemih kosong secara penuh.</p> <p>2. Tidak ada residu urine &gt;100-200 cc.</p> <p>3. Intake cairan dalam rentang normal.</p> <p>4. Bebas dari ISK.</p> <p>5. Tidak ada spasme bladder.</p> <p>6. Balance cairan seimbang.</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Urinary Retention Care</b></p> <p>1. Lakukan penilaian kemih yang komphrensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten).</p> <p>2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau property alpha agonis.</p> <p>3. Memonitor efek dari obat-obatan yang di resepkan, seperti calcium chanel blockers dan antikolinergik.</p> <p>4. Menyediakan penghapusan privasi.</p> <p>5. Gunakan kekuatan sugesti dengan menyalakan air atau disiramkan ke toilet.</p> <p>6. Merangsang kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air.</p> <p>7. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit).</p> <p>8. Gunakam spirit wintergreen di pispot atau urinal.</p> <p>9. Menyediakan 35anauver crede, yang diperlukan.</p> <p>10. Gunakan double-void teknik.</p> <p>11. Masukkan kateter</p>	<p>1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih, termasuk efektifitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan.</p> <p>2. Perubahan karakteristik urine dapat mengidentifikasi ISK dan meningkatkan resiko sepsis. Diptik multistrip dapat memberikan penentuan nilai PH, nitrit, leukosit esterase secara cepat yang menunjukkan keberadaan infeksi atau penyakit perkemihan.</p> <p>3. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih, selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urin dan memantau keluaran urin. Kateterisasi intermitten mungkin di implementasikan untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka panjang.</p>

---

				<p>kemih, sesuai</p> <p>12. Anjurkan pasien atau keluarga untuk merekam output urin, sesuai</p> <p>13. Intruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja.</p> <p>14. Memantau asupan dan keluaran</p> <p>15. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi.</p> <p>16. Membantu dengan toilet secara berkala, sesuai</p> <p>17. Memasukan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa, sesuai</p> <p>18. Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai</p> <p>19. Merujuk ke spesialis kontinensia kemih, sesuai</p>	
8.	Konstipasi berhubungan dengan trauma jalan lahir.	<p><b>NOC</b></p> <p>1. Bowel elimination</p> <p>2. Hydration</p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <p>1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari.</p> <p>2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi.</p> <p>3. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi.</p> <p>4. Feses lunak dan berbentuk.</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Constipation / impaction Management</b></p> <p>1. Monitor tanda dan gejala konstipasi.</p> <p>2. Monitor bising usus.</p> <p>3. Monitor feses: frekuensi, konsistensi dan volume.</p> <p>4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus.</p> <p>5. Monitor tanda dan gejala rupture usus atau peritonitis.</p> <p>6. Jelaskan etiologi dan rasionalisme tindakan terhadap pasien.</p> <p>7. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi</p>	<p>1. Distensi abdomen dan ketiadaan bising usus mengidentifikasi bahwa usus tidak berfungsi, kemungkinan penyebab dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatik system gastrointestinal secara mendadak.</p> <p>2. Makanan padat tidak dimulai hingga bising usus kembali, platus keluar dan bahaya pembekuan ileus telah berkurang.</p> <p>3. Mungkin diperlukan untuk mengurangi distensi abdomen</p>	

---

- konstipasi.
8. Dukung intake cairan.
9. Kolaborasikan pemberian laktasif.
10. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi.
11. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi.
12. Pantau tanda-tanda dan gejala impaks.
13. Memantau gerakan usus termasuk konsistensi frekuensi, bentuk, volume, dan warna.
14. Memantau bising usus.
15. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan kenaikan frekuensi bising usus.
16. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan atau peritonitis.
17. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien.
18. Menyusun jadwal ke toilet.
19. Mendorong dan meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan.
20. Evaluasi profil obat untuk efek samping gastrointestinal.
21. Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja.
22. Ajarkan pasien atau keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan.
- dan meningkatkan pengembalian usus normal.
-

23. Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tingkat serat.

24. Anjurkan pasien atau keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar.

25. Anjurkan pasien atau keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga, dan cairan sembelit impaksi.

26. Mengajarkan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada.

27. Menginformasikan prosedur penghapusan manual dari tinja, jika perlu

28. Lepaskan impaksi tinja secara manual, jika perlu

29. Timbang pasien secara teratur.

30. Ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal.

31. Ajarkan pasien atau keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit.

9.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anxiety reduction</li> <li>2. Comfort level</li> <li>3. Pain level</li> <li>4. Rest : extent and pattern</li> <li>5. Sleep : extent and pattern</li> </ol> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam perhari.</li> <li>2. pola tidur, kualitas dalam batas normal.</li> <li>3. Perasaan segar</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Sleep Enhancement</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur.</li> <li>2. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.</li> <li>3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca).</li> <li>4. Ciptakan lingkungan yang nyaman.</li> <li>5. Kolaborasikan obat tidur.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat.</li> <li>2. Meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis atau psikologis.</li> <li>3. Bila rutinitas baru seperti membaca buku mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stress dan ansietas</li> </ol>
----	--	---	---	--

---

<p>sesudah tidur atau istirahat.</p> <p>4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.</p>	<p>6. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien.</p> <p>7. Intruksikan untuk memonitorkan tidur pasien.</p> <p>8. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur.</p> <p>9. Monitor atau catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam.</p>	<p>berhubungan dapat berkurang.</p> <p>4. Mungkin diberikan untuk membantu klien istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru.</p> <p>5. Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang dapat menunda klien untuk dapat terlelap atau menyebabkan terbangun.</p>
--	--	--

---

#### 2.4.18 Implementasi

Dalam melaksanakan implementasi seorang tenaga kesehatan harus mempunyai kemampuan kognitif dalam proses implementasi yaitu mencakup melakukan pengkajian ulang kondisi pasien, validasi rencana keperawatan yang telah disusun, menentukan kebutuhan yang tepat untuk memberikan bantuan, melaksanakan strategi keperawatan dan mengomunikasi kegiatan baik dalam bentuk lisan maupun tulisan. Diharapkan juga tenaga kesehatan mampu bekerjasama dengan klien keluarga serta anggota tim kesehatan yang terkait, sehingga Asuhan Keperawatan yang diberikan dapat optimal dan komprehensif. (Wahyuningsih et al, 2019)

#### 2.4.19 Evaluasi

Evaluasi yang merupakan tahap akhir dari proses keperawatan bertujuan untuk memulai hasil akhir dari seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan evaluasi pada ibu post partum meliputi titik 2

dimulainya Ikatan Keluarga, berkurangnya nyeri terpenuhi kebutuhan psikologi, mengekspresikan harapan diri yang positif, komplikasi tercegah teratasi, bebas dari infeksi, pola eliminasi optimal, mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fisiologis kebutuhan ibu post partum. (Doenges, 2005 dikutip dalam Wahyuningsih et al, 2019)