

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN *POST PARTUM* PADA NY.Y.L DENGAN G₂P₂A₀
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BAKUNASE, KOTA KUPANG



IMELDA PALUNDUN MANGEKE
NIM.:PO.530320118195

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN KUPANG
2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Imelda Palundun Mangeke
NIM : PO530320118195
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



Marlina Yeni Umbu Deta

NIM : PO. 5303201181213

Mengetahui

Pembimbing



Dr. Ina Debora Ratu Ludji, SKp.M.Kes


NIP. 196806181990032001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM PADA NY.Y.L DENGAN
G₂ P₂ A₀ DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BAKUNASE, KOTA
KUPANG,”

Disusun Oleh :



Imelda Palundun Mangeke
NIM. PO5303201181195

Telah Diuji Pada Tanggal 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Natalia Debi Subani, S.Kep.M.Kes
NIP.19801225 200212 2 002

Penguji II



Dr. Ina Debora Ratu Ludji, SKp, M.Kes
NIP.19680618 199003 2 001

Mengesahkan

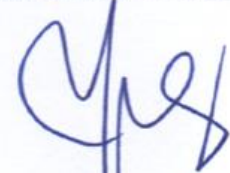
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Taf, S.Kp., M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Imelda Palundun Mangeke, NIM : PO530320118195 dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM PADA NY. Y.Ldi PUSKESMAS BAKUNASE,” telah di periksa dan di setujui untuk di ujikan

Disusun Oleh :



Imelda Palundun Mangeke

NIM. PO530320118195

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D- III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada Tanggal, 20 Juli 2019

Pembimbing



Dr. Ina Debora Ratu Ludji,SKp.,M.Kes

NIP.196806181990032001

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Imelda Palundun Mangeke
Tempat Tanggal Lahir : Waikabubak, 18 Pebruari 1989
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Alak, Kota Kupang
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD Negeri Dedekadu 2000
2. Tamat SMP Negeri 02 Waikabubak 2003
3. Tamat SPK Waikabubak 2006
4. Sejak Tahun 2018 Kuliah di Jurusan Keperawatan Prodi D-III
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Motto

Tidak ada kesuksesan melainkan dengan pertolongan Allah

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulisaturkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat kasih karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang “TINGKAT PENGETAHUAN IBU NIFAS TENTANG PERAWATAN PAYUDARA di PUSKESMAS BAKUNASE” dengan baik dan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini dilaksanakan untuk memenuhi tugas akhir program D-III Keperawatan yang berlangsung sejak tanggal 15 Juli – 18 2019.

Selama melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan bantuan dan masukan, motivasi yang baik dari berbagai pihak. Melalui kesempatan ini juga penulis tidak lupa untuk menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Ibu R.H Kristina, SKM.,M.,Kes selaku Direktur Politeknik KesehatanKemenkes Kupang
2. Bapak Dr. Florentianus Taat, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupangyang telah banyak memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini
3. Ibu Margaretha Teli,S.Kep,Ns.,MSc-PHselaku Ketua Program Studi Diploma III keperawatan Kupang yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan di Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang
4. Bapak Yustinus Rindu,S,Kep,Ns,M.Kep, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan dukungan dan bimbingan serta motivasi kepada penulis hingga menyelesaikan Studi Diploma III Keperawatan Kupang.

5. Seluruh Staf dosen dan karyawan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu dalam menyelesaikan studi kasus ini.
6. Orang Tua tercinta, yang telah membesarkan, merawat, mendidik, memberikan dorongan, motivasi serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.
7. Suami dan anak —anak tercinta memberikan motivasi serta ide-ide untuk _ dapat menyelesaikan studi kasus ini.
8. Teman-teman seperjuangan RPL 2018/2019, terima kasih untuk dukungan dan kekompakannya.
9. Semua petugas kesehatan di Puskesmas Bakunase Kupang yang telah ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian terkhusus ruangan KIA.

Akhir kata penulis menyadari bahwa studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu segala pendapat, saran, dan kritik yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk penyempurnaan studi kasus ini.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kupang
Prodi Keperawatan Kupang
Departemen Kesehatan RI
Karya Tulis Ilmiah, Jun 2019

ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM PADA NY.Y.L DENGAN G₂P₂A₀DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BAKUNASE, KOTA KUPANG

Latar Belakang: Post partum merupakan salah satu penyebab dari kematian ibu meninggal, karena ibu post partum membutuhkan perhatian lebih dimis: 7It rsalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Masa nifas merupakan — xerrinz setelah melahirkan. Dalam kunjungan rumah yang dilakukan alms hari permiatan basil yang didapat pasien sudah paham/mengetahui menyusui yang benar dan Nutrisi yang balk pada ibu menyusui.

Tujuan : Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan post partumnormal meliputi pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selarna 3 x 4 jam didapatkan pasienpaham tentang materi – materi yang disampaikan.

Kesimpulan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan, pengkajian, menganalisa data, menyimpulkan diagnosa, merencanakan tindakan, dan mengevaluasi pada Ny.Y.L.dengan post partum atau masa nifas sudah teratasi dengan balk.

Kata kunci : Post Partum spontan, Teknik menyusui, Nutrisi Masa Nifas, Defisiensi Pengetahuan.

ABSTRACT

Health Polytechnic of Kupang
Nusing Departement of Kupang
Health Department of Indonesia
Paper, July 2019

NURSING CARE POST PARTUM NURSING CARE FOR Mrs. Y.L WITH

G₂P₂A₀

IN THE WORK AREA OF THE BAKUNASE HEALTH CENTER

Background: Post partum be one of the cause from death several mothers died, because mother post partum want more attention in birthing time finished until 6 weeks or 42 days.

Post partum is an important period after giving birth. In home visit carried out for three days of treatment, the result obtained by patients understand the correct techniques of breast feeding and good nutrition in nursing mothers

Objective : To knowing nursing care to with normal post partum include assessment, intervention, implementation, and evaluation of nursing.

Results: After adjusting for 3x4 hour nursing actions obtained by patient understand the material presented.

Conclusion : After carried out for nursing performances, studying, data analyzing, concluding the diagnosis, planning about the action, and evaluating to Mrs.Y.L. with post partum or menstruation periods has been encountering well.

Keywords: Spontaneous, Post Partum , lactation, post partum nutrition, knowledge deficiency.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Pernyataan Keaslian Tulisan	i
Lembar Persetujuan Pembimbing	ii
Lembar Pengesahan Penguji	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak	vii
Abstract	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Lampiran.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	2
1.3 Manfaat Studi Kasus	3
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Konsep <i>Post Partum</i>	4
2.1.1 Pengertian	4
2.1.2 Tahapan-Tahapan Masa Nifas	5
2.1.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas	7
2.1.4 Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas	20
2.1.5 Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas Dan Penanganannya	26
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	34
2.2.1 Pengkajian	34
2.2.2 Pemeriksaan Fisik	34
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	37

2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	38
2.2.5 Implementasi Keperawatan	40
2.2.6 Evaluasi Keperawatan	40
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus	41
3.2 Pembahasan	42
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	51
3.3.1 Persiapan	51
3.3.2 Hasil	51
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan.....	52
4.2 Saran	53
Daftar Pustaka	

DAFTAR LAMPIRAN

Judul	Halaman
Lembar Konsultasi	
Format Pengkajian	
Satuan Acara Penyuluhan dan Leaflet	
Dokumentasi	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Post partum atau masa nifas disebut juga *puerperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu kata *puer* yang berarti bayi dan *partus* yang berarti melahirkan. Masa nifas didefinisikan sebagai periode selama dan tepat setelah kelahiran. Namun secara populer, diketahui istilah tersebut mencakup 6 minggu berikutnya setelah terjadi involusi kehamilan normal (Chunnighain, 2006).

Menurut WHO, sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio kematian ibu di negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100 kelahiran bayi hidup jika di bandingkan dengan rasio kematian ibu di sembilan negara maju dan 51 negara berkembang (Walyani, 2015).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menyebutkan bahwa AKI di Indonesia sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga dikawasan ASEAN (Profil Kesehatan Indonesia 2014).

Data profil kesehatan NTT menunjukkan bahwa angka kematian ibu (AKI) pada tahun 2014-2017 terjadipenurunan. Tahun 2014 AKI 169 per 100.000 KH menurun menjadi 163 per 100.000 KH pada tahun2015, mengalami penurunan lagi pada tahun 2016 menjadi 131 per 100.000 KH dan 120 per100.000 KH. Data profil kesetahan kota kupang pada tahun 2014 AKI Kota Kupang sebesar 81/100.000kelahiran hidup. Data AKI pada tahun 2018 di Puskesmas Bakunase terdapat 979 kasus (Dinkes, 2007)

Penyebab kematian ibu lebih sering terjadi pada usia kurang dari 20 tahun, lebih dari 35 tahun dan yang mempunyai anak lebih dari tiga orang dengan jarak kehamilan pendek (RAN-AKI, 2013).

Sejalan dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga. Keluarga Berencana dan Sistem Informasi Keluarga, program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T; terlalu mudah melahirkan (dibawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat dengan jarak melahirkan dan terlalu tua melahirkan (diatas usia 35 tahun). Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tentram dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin (Kemenkes RI. 2015).

Sebenarnya AKI dan AKB dapat ditekan melalui pelayanan asuhan secara komprehensif yang berfokus pada asuhan ibu dan bayi. Melalui asuhan komprehensif faktor risiko yang terdeteksi saat awal pemeriksaan kehamilan dapat segera ditangani sehingga dapat mengurangi faktor risiko pada saat persalinan, nifas dan pada bayi baru lahir dengan berkurangnya faktor risiko tersebut maka kematian ibu dan bayi dapat dicegah.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik dan termotivasi untuk menyusun studi kasus sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan dengan mengambil kasus berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny.N.L Dengan *Post Partum* Normal Hari ke 6 Di Puskesmas Bakunase.

1.2 Tujuan Studi Kasus

Tujuan umum

Setelah melakukan studi kasus tentang ibu *PostPartum* penulis dapat menerapkan asuhan keperawatan secara bertahap pada pasien Ny.N.L di Puskesmas Bakunase.

Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian *Post Partum*, pemeriksaan fisik pada Ny.Y.L di Puskesmas Bakunase
2. Merumuskan diagnose pada Ny.Y.L di Puskesmas Bakunase
3. Mahasiswa dapat menentukan dan menetapkan perencanaan keperawatan pada Ny.Y.L di Puskesmas Bakunase
4. Melakukan implementasi yang direncanakan pada Ny.Y.L di Puskesmas Bakunase
5. Melakukan evaluasi pada pasien Ny.Y.L di Puskesmas Bakunase

1.3 Manfaat Studi Kasus

1. Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan pertimbangan untuk menambah wawasan tentang asuhan kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB.

2. Aplikatif

a. Institusi Puskesmas Bakunase

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan asuhan kebidanan berkelanjutan serta dapat dijadikan acuan untuk penelitian lanjutan.

b. Proesi Perawat/Bidan

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan.

c. Klien dan Masyarakat

Hasil studi kasus ini dapat meningkatkan peran serta klien dan masyarakat untuk mendeteksi dini terhadap komplikasi dalam kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

d. Pembaca

Hasil studi kasus ini dapat menjadi sumber pengetahuan bagi para pembaca mengenai asuhan kebidanan secara berkelanjutan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Pengertian

Masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Yanti dan Sundawati, 2011).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saleha, 2009).

1. Tujuan masa nifas

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk:

a. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis ibu dan bayi.

Pemberian asuhan, pertama bertujuan untuk memberi fasilitas dan dukungan bagi ibu yang baru saja melahirkan anak pertama untuk dapat menyesuaikan diri dengan kondisi dan peran barunya sebagai seorang ibu. Kedua, memberi pendampingan dan dukungan bagi ibu yang melahirkan anak kedua dan seterusnya untuk membentuk pola baru dalam keluarga sehingga perannya sebagai ibu tetap terlaksana dengan baik. Jika ibu dapat melewati masa ini maka kesejahteraan fisik dan psikologis bayi pun akan meningkat (Saiffuddin, 2006).

b. Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi

Pemberian asuhan pada ibu nifas diharapkan permasalahan dan komplikasi yang terjadi akan lebih cepat terdeteksi sehingga penanganannya pun dapat lebih maksimal (Saiffuddin, 2006).

- c. Dapat segera merujuk ibu ke asuhan tenaga bilamana perlu
Pendampingan pada ibu pada masa nifas bertujuan agar keputusan tepat dapat segera diambil sesuai dengan kondisi pasien sehingga kejadian mortalitas dapat dicegah (Saiffuddin, 2006).
- d. Mendukung dan mendampingi ibu dalam menjalankan peran barunya
Hal ini sangat penting untuk diperhatikan karena banyak pihak yang beranggapan bahwa jika bayi lahir dengan selamat, maka tidak perlu lagi dilakukan pendampingan bagi ibu, beradaptasi dengan peran barunya sangatlah berat dan membutuhkan suatu kondisi mental yang maksimal (Saiffuddin, 2006).
- e. Mencegah ibu terkena tetanus
Pemberian asuhan yang maksimal pada ibu nifas, diharapkan tetanus pada ibu melahirkan dapat dihindari (Saiffuddin, 2006).
- f. Memberi bimbingan dan dorongan tentang pemberian makan anak secara sehat serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.
Pemberian asuhan, kesempatan untuk berkonsultasi tentang kesehatan, termasuk kesehatan anak dan keluarga akan sangat terbuka. Bidan akan membuka wawasan ibu dan keluarga untuk peningkatan kesehatan keluarga dan hubungan psikologis yang baik antara ibu, anak, dan keluarga (Saiffuddin, 2006).

2.1.2 Tahap Masa Nifas

Masa nifas terbagi menjadi 3 tahapan, yaitu :

1. Puerperium Dini

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium dini merupakan masa kepulihan, pada saat ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (Ambarwati, 2010).

2. Puerperium Intermedial

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selam kurang lebih 6 minggu (Sundawati dan Yanti, 2011).Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan ala-alat genetalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu (Ambarwati, 2010).

3. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Sundawati dan Yanti, 2011).Remote puerpartum merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan (Ambarwati, 2010).

Tabel 2.1. Asuhan dan jadwal kunjungan rumah

No	Waktu	Asuhan
1	6 jam- 3 hari	<ul style="list-style-type: none">a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak berbaub. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormalc. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahatd. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda infeksie. Bagaimana tingkatan adaptasi pasien sebagai

		<p>ibu dalam melaksanakan perannya dirumah</p> <p>f. Bagaimana perawatan diri dan bayi sehari-hari, siapa yang membantu, sejauh mana ia membantu</p>
2	2 minggu	<p>a. Persepsinya tentang persalinan dan kelahiran, kemampuan kopingnya yang sekarang dan bagaimana ia merespon terhadap bayi barunya</p> <p>b. Kondisi payudara, waktu istirahat dan asupan Makanan</p> <p>c. Nyeri, kram abdomen, fungsi bowel, pemeriksaan ekstremitas ibu</p> <p>d. Perdarahan yang keluar (jumlah, warna, bau), perawatan luka perineum</p> <p>e. Aktivitas ibu sehari-hari, respon ibu dan keluarga terhadap bayi</p> <p>f. Kebersihan lingkungan dan personal hygiene</p>
3	6 minggu	<p>a. Permulaan hubungan seksualitas, metode dan penggunaan kontrasepsi</p> <p>b. Keadaan payudara, fungsi perkemihan dan pencernaan</p> <p>c. Pengeluaran pervaginam, kram atau nyeri tungkai</p>

Sumber : Sulistyawati, 2015

2.1.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

a. Involution uterus

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

- 1) Iskemia miometrium. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- 2) Atrofi jaringan. Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormone estrogen saat pelepasan plasenta.
- 3) Autolysis Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur sehingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.
- 4) Efek oksitosin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Yanti dan Sundawati, 2011).

Tabel 2.2. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum

Involusi Uteri	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

a. Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah placenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhirnya minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidu basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta sehingga terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuang lochia (Wiknjosastro, 2006).

b. Perubahan ligament

Setelah bayi lahir, ligament dan difragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali sepele sedia kala. Perubahan ligament yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligamen fasia, jaringan penunjang alat genetalia menjadi agak kendur (Yanti dan Sundawati, 2011).

c. Perubahan serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulasi dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya (Yanti dan Sundawati, 2011).

d. Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva, vagina dan perineum mengalami penekanan dan peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. (Wulandari, 2009).

Perubahan pada perineum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan secara spontan ataupun mengalami episiotomi dengan indikasi tertentu. Meski demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus

tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu (Wulandari, 2009).

e. Lochea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa-sisa cairan. Pencampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochia. Reaksi basa/alkalis yang membuat organism berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda setiap wanita. Lochia dapat dibagi menjadi lochia rubra, sanguilenta, serosa dan alba (Yanti dan Sundawati, 2011).

Table 2.3. Perbedaan Masing-masing Lochea

No.	Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
1.	Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, vernikscaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.
2.	Sanguilental	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah dan lender
3.	Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi

				plasenta
4	Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

2. Perubahan system pencernaan

Sistem gastrotinal selama hamil dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan 3-4 hari untuk kembali normal (Yanti dan sundawati, 2011). Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sitem pencernaan antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

a. Nafsu makan

Pasca melahirkan ibu biasanya merasa lapar, dan diperbolehkan untuk makan. Pemulihan nafsu makan dibutuhkan 3 sampai 4 hari sebelum faaal usus kembali normal. Messkipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengambilan tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c. Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. System pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain : Pemberian diet/makanan yang mengandung serat; pemberian cairan yang cukup; pengetahuan tentang pola eliminasi; pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

3. Perubahan system perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan (Saleha, 2009).

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain (Saleha, 2009) :

a. Hemostasis internal

Tubuh terdiri dari air dan unsur-unsur yang larut di dalamnya, dan 70 persen dari cairan tubuh terletak di dalam sel-sel, yang disebut dengan cairan intraseluler. Cairan ekstraseluler terbagi dalam plasma darah, dan langsung diberikan untuk sel-sel yang disebut cairan interstisial. Beberapa hal yang berkaitan dengan cairan tubuh antara lain edema dan dehidrasi. Edema adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh. Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume tubuh.

b. Keseimbangan asam basa tubuh

Keasaman dalam tubuh disebut PH. Batas normal PH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila $PH > 7,4$ disebut alkalosis dan jika $PH < 7,35$ disebut asidosis.

c. Pengeluaran sisa metabolisme racun dan zat toksin ginjal

Zat toksin ginjal mengekskresikan hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatini. Ibu post partum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, pasca melahirkan ibu merasa sulit buang air kecil. Hal yang menyebabkan kesulitan buang air kecil pada ibu post partum, antara lain:

1. Adanya oedem trigonium yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin
2. Diaphoresis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang retensi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan.
3. Depresi dari sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spesme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi.
4. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen akan menurun, hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut diuresis pasca partum. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pasca partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil. Bila wanita pasca bersalin tidak dapat berkemih selama 4 jam kemungkinan ada masalah dan segeralah memasang kateter selama 24 jam. Kemudian keluhan tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam, lakukan ketetrisasi dan bila jumlah residu > 200 ml maka kemungkinan ada gangguan proses urinasinya. Maka kateter tetap

terpasang dan dibuka 4 jam kemudian, lakukan kateterisasi dan bila jumlah residu <200 ml, kateter dibuka dan pasien diharapkan dapat berkemih seperti biasa.

4. Perubahan sistem muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah, adaptasinya mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum system musculoskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri (Reeder, 2011).

Adapun sistem musculoskeletal pada masa nifas, meliputi:

a. Dinding perut dan peritoneum

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Pada wanita yang athenis terjadi diatasis dari otot-otot rectus abdominis, sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit.

b. Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dari dinding abdomen akan kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dalam latihan post natal.

c. Strie

Strie adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut pada dinding abdomen. Strie pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Tingkat distasis musculus rektus abdominis pada ibu post partum dapat di kaji melalui keadaan umum, aktivitas, paritas dan jarak kehamilan, sehingga

dapat membantu menentukan lama pengembalian tonus otot menjadi normal.

d. Perubahan ligament

Setelah janin lahir, ligament-ligamen, diafragma pelvis dan vasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus beerangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala.

e. Simpisis pubis

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi, namun demikian, hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari pemisahan pubis antara lain: nyari tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan simpisis dapat di palpasi, gejala ini dapat menghilang dalam beberapa minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap.

5. Perubahan Sistem Endokrin

Selama masa kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormone-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain (Wulandari, 2009):

a. Hormone plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormone plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormone plasenta (*human placenta lactogen*) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam sehingga hari ke 7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 post partum.

b. Hormon pituitari

Hormone pituitari antara lain : hormon prolaktin, FSH dan LH. Hormone prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormone prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikel pada minggu ke 3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hipotalamik pituitary ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca salin berkisar 16% dan 45% setelah 12 minggu pasca salin. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40% setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90% setelah 24 minggu.

d. Hormone oksitosin

Hormone oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, berkerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ke 3 persalinan, hormone oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan ekresi oksitosin, sehingga dapat memantu involusi uteri.

e. Hormone estrogen dan progesterone

Volume darah selama kehamilan, akan meningkat. Hormone estrogen yang tinggi memperbesar hormone anti diuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormone progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih,

ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum serta vulva dan vagina.

6. Perubahan tanda-tanda vital

Menurut Varney 2007 pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

a Suhu badan

Suhu wanita in partu tidak lebih dari 37,2 °C. pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang dari 0,5 °C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum suhu akan naik lagi. Hal ini diakibatkan adanya pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalia ataupun system lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38 °C, waspada terhadap infeksi post partum.

b Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 sampai 80 kali permenit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi brikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

c Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami oleh pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90 -120 mmHg dan distolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah lebih rendah pasca melahirkan bisa disebabkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklampsia post partum.

d Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16 sampai 20 kali permenit. Pada ibu post partum umumnya bernafas lambat dikarenakan ibu dalam tahap pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan bernafas selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan kusus pada saluran nafas. Bila bernafas lebih cepat pada post partum kemungkinan ada tanda-tanda syok.

7. Perubahan Fisiologis Pada Sistem Kardiovaskuler

Menurut Wulandari, 2009 setelah janin dilahirkan, hubungan sirkulasi darah tersebut akan terputus sehingga volume darah ibu relatif akan meningkat. Keadaan ini terjadi secara cepat dan mengakibatkan beban kerja jantung sedikit meningkat. Namun hal tersebut segera diatasi oleh sistem homeostatis tubuh dengan mekanisme kompensasi berupa timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah akan kembali normal. Biasanya ini terjadi sekitar 1 sampai 2 minggu setelah melahirkan.

Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesar menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan heokonsentrasi. Pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi cenderung naik dan pada persalinan *seksio sesaria*, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Wulandari, 2009).

8. Perubahan Sistem Hematologi

Menurut Wulndari, 2009 pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Menurut Wulandari, 2009 jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa nifas berkisar 500 ml (Wulandari, 2009).

2.1.3 Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1 Nutrisi

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca persalinan antara lain:

a. Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 -500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak. (Wiknjosastro, 2006).

b. Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D di dapat dari minum susu rendah kalori atau berjemur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahukalsium (Wiknjosastro, 2006).

c. Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan (Wiknjosastro, 2006).

d. Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan setidaknya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4- 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat (Wiknjosastro, 2006).

e. Karbohidrat

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara dengan 1/2 cangkir nasi, 1/4 cangkir jagung pipi, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, 1/2 kue maffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, 1/2 cangkir kacang-kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh (Wiknjosastro, 2006).

f. Lemak

Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah 41/2 porsi lemak (14 gram porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, 1/2 buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, 2 iris cake, satu sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan salad (Wiknjosastro, 2006).

g. Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin.

h. Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup (Wiknjosastro, 2006).

i. Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antara lain: Vitamin A yang berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1.300 mcg; Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitain B6 dapat ditemui didaging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang; Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum (Wiknjosastro, 2006).

j. Zinc (*seng*)

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuh luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc di dapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging (Wiknjosastro, 2006).

k. DHA

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi, asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI. Sumber DHA ada pada telur, otak, hati dan ikan (Wiknjosastro, 2006).

2 Ambulasi

Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang akan dilakukan pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhan luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan. Keuntungan ambulasi dini adalah (Yanti dan Sundawati, 2011): ibu merasa lebih sehat dan kuat; fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik; memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu; mencegah trombotik pada pembuluh tungkai; sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis).

3 Eliminasi

a. Miksi

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spesm oleh iritasi muskulo sfingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih (Yanti dan Sundawati, 2011).

b. Defekasi

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur; cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/ rectal atau lakukan klisma bilamana perlu (Yanti dan Sundawati, 2011)

4 Kebersihan diri atau perineum

Kebutuhan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur

maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri adalah sebagai berikut: mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia (Yanti dan Sundawati, 2011).

5 Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain: anjurkan ibu untuk cukup istirahat, sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan, tidur siang atau istirahat saat bayi tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, menyebabkan deperesi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi (Yanti dan Sundawati, 2011)

6 Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti. Namun demikian hubungan seksual dilakukan tergantung suami istri tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang dapat menyebabkan pola seksual selama masa nifas berkurang antara lain: gangguan atau ketidaknyamanan fisik, kelelahan, ketidakseimbangan berlebihan hormon, kecemasan berlebihan. Program KB sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dipareuni, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri. Beberapa cara yang dapat mengatasi kemesraan suami istri setelah periode nifas antara lain: hindari menyebut ayah dan ibu, mencari pengasuh bayi,

membantu kesibukan istri, menyempatkan berkencan, meyakinkan diri, bersikap terbuka, konsultasi dengan ahlinya(Saiffuddin, 2006).

7 Latihan atau senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Hal ini dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan kesepuluh. Beberapa faktor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain: tingkat keberuntungan tubuh ibu, riwayat persalinan, kemudahan bayi dalam pemberian asuhan, kesulitan adaptasi post partum (Saiffuddin, 2006).

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut : membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses involusi uteri, membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum, memperlancar pengeluaran lochea, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan, mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Saiffuddin, 2006).

Manfaat senam nifas antara lain: membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh dengan punggung pasca salin, memperbaiki dan memperkuat otot panggul, membantu ibu lebih relaks dan segar pasca persalinan(Saiffuddin, 2006).

Senam nifas dilakukan saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi dan penyulit pada masa nifas atau antara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah: mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga, minum banyak air putih, dapat dilakukan ddi tempat tidur, dapat diiringi musik, perhatikan keadaan ibu (Saiffuddin, 2006).

2.1.5 Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas dan Penangan

1. Infeksi masa nifas

Infeksi nifas adalah infeksi yang dimulai pada dan melalui traktus genitalis setelah persalinan. Suhu 38 °c atau lebih yang terjadi pada hari ke 2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari (Yanti dan Sundawati, 2011). Menurut Yanti dan Sundawati (2011) Penyebab dan cara terjadinya infeksi nifas yaitu:

a Penyebab infeksi nifas

Macam-macam jalan kuman masuk kea lat kandungan seperti eksogen (kuman datang dari luar), autogen (kuman masuk dari tempat lain dalam tubuh), dan endogen (dari jalan lahir sendiri). Penyebab terbanyak adalah *streptococcus anaerob* yang sebenarnya tidak pathogen sebagai penghuni normal jalan lahir.

b Cara terjadinya infeksi nifas

Infeksi ini dapat terjadi sebagai berikut :

- 1) Tangan pemeriksa atau penolong
- 2) *Droplet infection*
- 3) Virus nosokomial
- 4) Koitus

Factor presdisposisi infeksi nifas: Semua keadaan yang menurunkan daya tahan penderita seperti perdarahan banyak, diabetes, preeklamps, malnutrisi, anemia. Kelelahan juga infeksi lain yaitu pneumonia, penyakit jantung dan sebagainya, proses persalinan bermasalah seperti partus lama/macet terutama dengan ketuban pecah lama, korioamnionitis, persalinan traumatic, kurang baiknya proses pencegahan infeksi dan manipulasi yang berlebihan, tindakan obstetrikoperatif baik pervaginam maupun perabdominal, tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban, dan bekuan darah dalam rongga rahim, episiotomy atau laserasi.

c Pencegahan Infeksi Nifas

- 1) Masa kehamilan: mengurangi atau mencegah factor-faktor
- 2) Selama persalinan

- a) Hindari partus terlalu lama dan ketuban pecah lama/menjaga supaya persalinan tidak berlarut-larut
 - b) Menyelesaikan persalinan dengan trauma sedikit mungkin
 - c) Perlucaann-perlucaan jalan lahir karena tindakan pervaginam maupun perabddominan dibersihkan, dijahit sebaik-baiknya dan menjaga sterilitas
 - d) Mencegah terjadinya perdarahan banyak, bila terjadi darah yang hilang harus segera diganti dengan tranfusi darah
 - e) Semua petugas dalam kamar bersalin harus menutup hidung dan mulut dengan masker
 - f) Alat-alat dan kain yang dipakai dalam persalinan dalam keadaan steril
 - g) Hindari PD berulang-ulang
- 3) Selama masa nifas luka-luka dirawat.

2. Masalah payudara

Payudara berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit disebabkan oleh payudara yang tidak disuse secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet jelek, kurang istirahat, anemia (Yanti dan Sundawati, 2011).

a) Mastitis

Mastitis adalah peradangan pada payudara. Mastitis ini dapat terjadi kapansaja sepanjang periode menyusui, tapi paling sering terjadi pada hari ke 10 dan harri ke 28 setelah kelahiran (Yanti dan Sundawati, 2011).

- 1) Penyebab: payudara bengkak akibat tidak disusukan secara adekuat, bra yang terlalu ketat, puting susu lecet yang menyebabkan infeksi, asupan gizi kurang, anemi.

- 2) Gejala: bengkak dan nyeri, payudara tampak merah pada keseluruhan atau di tempat tertentu, payudara terasa keras dan benjol-benjol, ada demam dan rasa sakit umum (Yanti dan Sundawati, 2011).
 - 3) Penanganan: payudara dikompres dengan air hangat, untuk mengurangi rasa sakit dapat diberikan pengobatan analgetik, untuk mengatasi infeksi diberikan antibiotic, bayi mulai menyusui dari payudara yang mengalami peradangan, anjurkan ibu untuk menyusui bayinya, anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi dan istirahat khusus (Yanti dan Sundawati, 2011).
- b) Abses payudara
- Abses payudara berbeda dengan mastitis. Abses payudara terjadi apabila mastitis tidak ditangani dengan baik, sehingga memperberat infeksi (Yanti dan Sundawati, 2011).
- 1) Gejala: sakit pada payudara ibu tampak lebih parah, payudara lebih mengkilap dan berwarna merah, benjolan terasa lunak karena berisi nanah (Yanti dan Sundawati, 2011).
 - 2) Penanganan: teknik menyusui yang benar kompres payudara dengan air hangat dan air dingin secara bergantian, tetap menyusui bayi, mulai menyusui pada payudara yang sehat, hentikan menyusui pada payudara yang mengalami abses tetapi ASI tetap dikeluarkan, apabila abses bertambah parah dan mengeluarkan nanah, berikan antibiotik, rujuk apabila keadaan tidak membaik (Yanti dan Sundawati, 2011).
- c) Puting susu lecet
- Puting susu lecet dapat disebabkan trauma pada puting susu saat menyusui, selain itu dapat pula terjadi retak dan pembentukan celah-celah. Retakan pada puting susu bisa sembuh sendiri dalam waktu 48 jam (Yanti dan Sundawati, 2011).

- 1) Penyebab: teknik menyusui tidak benar, puting susu terpapar cairan saat ibu membersihkan puting susu, moniliasis pada mulut bayi yang menular pada puting susu ibu, bayi dengan tali lidah pendek, cara menghentikan menyusui yang kurang tepat (Yanti dan Sundawati, 2011).
- 2) Penatalaksanaan: cari penyebab susu lecet, bayi disusukan lebih dahulu pada puting susu yang normal atau lecetnya sedikit, tidak menggunakan sabun, krim atau alcohol untuk membersihkan puting susu, menyusui lebih sering 8-12 kali dalam 24 jam, posisi menyusui harus benar, bayi menyusui sampai ke kalang payudara, keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering, menggunakan BH yang menyangga, bila terasa sangat sakit, boleh minum obat pengurang rasa sakit, jika penyebabnya monilia, diberi pengobatan, saluran susu tersumbat (Yanti dan Sundawati, 2011).
 - a) Gejala: pada payudara terlihat jelas dan lunak pada perabaan (pada wanita kurus), payudara terasa nyeri dan bengkak pada payudara yang tersumbat.
 - b) Penanganan: payudara dikompres dengan air hangat dan air dingin setelah bergantian. Setelah itu bayi disusui, lakukan masase pada payudara untuk mengurangi nyeri dan bengkak, menyusui bayi sesering mungkin, bayi disusui mulai dengan payudara yang salurannya tersumbat, gunakan bra yang menyangga payudara, posisi menyusui diubah-ubah untuk melancarkan aliran ASI (Yanti dan Sundawati, 2011).

3. Hematoma

Hematoma terjadi karena kompresi yang kuat di sepanjang traktus genitalia, dan tampak sebagai warna ungu pada mukosa vagina atau perineum yang ekimotik. Hematoma yang kecil diatasi dengan es, analgetik, dan pemantauan yang terus-

menerus. Biasanya hematoma ini dapat diserap secara alami. Hematoma yang lebih besar atau yang ukurannya meningkat perlu diinsisi dan didrainase untuk mencapai hemostasis. Pendarahan pembuluh diligasi (diikat). Jika diperlukan dapat dilakukan dengan penyumbatan dengan pembalut vagina untuk mencapai hemostasis. Karena tindakan insisi dan drainase bisa meningkatkan kecenderungan ibu terinfeksi, perlu dipesanan antibiotik spektrum luas. Jika dibutuhkan, berikan transfusi darah.

Faktor-faktor pembekuan(Wulandari, 2009).

a Hemoragia postpartum

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) perdarahan pervaginam yang melebihi 500 mililiter setelah persalinan didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan.

Perdarahan pasca persalinan dapat dikategorikan menjadi 2, yaitu (Mansyur N, 2014) :

- 1) Perdarahan postpartum primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir.
- 2) Perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam sampai, biasanya antara dari ke-5 sampai hari ke-15 postpartum.

Perdarahan post partum dapat terjadi akibat terjadinya Anterior uteri dan adanya sisa plasenta atau selaput ketuban, subinvolusi, lacerasi jalan lahir dan kegagalan pembekuan darah (MansyurN, 2014).

b Subinvolusi

Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi, dan keadaan ini merupakan satu dari penyebab umum perdarahan pascapartum. Biasanya tanda dan gejala subinvolusi tidak tampak, sampai

kira-kira 4 hingga 6 minggu pasca partum. Fundus letaknya tetap tinggi di dalam abdomen/pelvis dari yang diperkirakan. Kemajuan lochea seringkali gagal berubah dari bentuk rubra ke bentuk serosa, lalu ke bentuk lochea alba. Lochea ini bisa tetap dalam bentuk rubra, atau kembali ke bentuk rubra dalam beberapa hari pascapartum. Jumlah lochea bisa lebih banyak daripada yang diperkirakan. Leukore, sakit punggung, dan lochea berbau menyengat, bisa terjadi jika ada infeksi (Ramona dan Patricia 2013).

Terapi klinis yang dilakukan adalah pemeriksaan uterus, dimana hasilnya memperlihatkan suatu pembesaran uterus yang lebih lembut dari uterus normal. Terapi obat-obatan, seperti metilergonovin 0,2 mg atau ergonovine 0,2 mg per oral setiap 3-4 jam, selama 24-48 jam diberikan untuk menstimulasi kontraktibilitas uterus. Diberikan antibiotik per oral, jika terdapat metritis (infeksi) atau dilakukan prosedur invasif. Kuretasi uterus dapat dilakukan jika terapi tidak efektif atau jika penyebabnya fragmen plasenta yang tertahan dan poli (Mansyur N, 2014).

c *Trombophabilitis*

Trombophabilitis terjadi karena perluasan infeksi atau invasi mikroorganisme patogen yang mengikuti aliran darah sepanjang vena dengan cabang-cabangnya (Mansyur N, 2014).

Adapun tanda dan gejala yang terjadi pada penderita adalah (Mansyur N, 2014) :

1. Suhu mendadak naik kira-kira pada hari ke 10-20, yang disertai dengan menggigil dan nyeri sekali.
2. Biasanya hanya 1 kaki yang terkena dengan tanda-tanda: kaki sedikit dalam keadaan fleksi, sukar bergerak, salah satu vena pada kaki terasa tegang dan keras pada paha bagian atas, nyeri betis, yang dapat terjadi secara spontan atau dengan memijat betis atau meregangkan tendon

akhiles. Kaki yang sakit biasanya lebih panas, nyeri hebat pada daerah paha dan lipatan paha, edema kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri.

d Sisa placenta

Adanya sisa placenta dan selaput ketuban yang melekat dapat menyebabkan perdarahan karena tidak dapat berkontraksi secara efektif. Penanganan yang dapat dilakukan dari adanya sisa placenta dan sisa selaput ketuban adalah (Mansyur N, 2014) :

- 1) Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Pada kasus sisa plassenta dengan perdarahan kasus pasca-persalinan lanjut, sebagian besar pasien akan kembali lagi ketempat bersalin dengan keluhan perdarahan selama 6-10 hari pulang kerumah dan subinvolusio uterus.
- 2) Lakukan eksplorasi digital (bila servik terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah dan jaringan bila servik hanya dapat dilalui oleh instrument, keluarkan sisa plasenta ddengan cunan vacuum atau kuret besar.
- 3) Berikan antibiotic.

e. Inversio uteri

Invesio uteri pada waktu persalinan disebabkan oleh kesalahan dalam memberi pertolongan pada kala III. Kejadian inversio uteri sering disertai dengan adanya syok. Perdarahan merupakan faktor terjadinya syok, tetapi tanpa perdarahan syok tetap dapat terjadi karena tarikan kuat pada peritoneum, kedua ligamentum infundibulo-pelvikum, serta ligamentum rotundum. Syok dalam hal ini lebih banyak bersifat neurogenik. Pada kasus ini, tindakan operasi biasanya lebih dipertimbangkan, meskipun tidak

menutup kemungkinan dilakukan reposisi uteri terlebih dahulu (Sulistyawati, 2009).

4. Masalah psikologis

Pada minggu-minggu pertama setelah persalinan kurang lebih 1 tahun ibu postpartum cenderung akan mengalami perasaan-perasaan yang tidak pada umumnya seperti merasa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya. Faktor penyebab yaitu kekecewaan emosional yang mengikuti kegiatan bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita selama hamil dan melahirkan, rasa nyeri pada awal masa nifas, kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan telah melahirkan kebanyakan di rumah sakit, kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit. (Nugroho, dkk 2014). Merasa sedih tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan dirinya sendiri. Menurut Marmi (2012) faktor penyebab yaitu:

- a) Kekecewaan emosional yang mengikuti kegiatan bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita selama hamil dan melahirkan.
- b) Rasa nyeri pada awal masa nifas
- c) Kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan telah melahirkan kebanyakan di rumah sakit.
- d) Kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit.
- e) Ketakutan akan menjadi tidak menarik lagi.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas pasien

Biodata pasien terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan dan alamat.

2. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan terdiri dari tempat pemeriksaan kehamilan, frekuensi, imunisasi, keluhan selama kehamilan, pendidikan kesehatan yang diperoleh.

3. Riwayat persalinan

Riwayat persalinanan terdiri dari tempat persalinana, penolong persalinanan, jalannya persalinan.

2.2.2 Pemeriksaan fisik

1 Vital Sign

Dalam vital sign yang perlu di cek yaitu: suhu, nadi, pernapasan, dan juga tekanan darah. Suhu tubuh diukur setiap 4 sampai 8 jam selama beberapa hari pascapartum karena demam biasanya merupakan gejala awal infeksi. Suhu tubuh 38°C mungkin disebabkan oleh dehidrasi pada 24 jam pertama setelah persalinan atau karena awitan laktasi dalam 2 sampai 4 hari. Demam yang menetap atau berulang diatas 24 jam pertama dapat menandakan adanya infeksi.

Bradikardi merupakan perubahan fisiologis normal selama 6 sampai 10 hari pascapartum dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/menit. Frekuensi diatas 100kali/menit dapat menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan, nadi yang cepat dan dangkal yang dihubungkan dengan hipotensi, menunjukkan hemoragi, syok atau emboli.

Tekanan darah umumnya dalam batasan normal selama kehamilan. Wanita pascapartum dapat mengalami hipotensi ortostatik karena diuresis dan diaphoresis, yang menyebabkan pergeseran volume cairan kardiovaskuler, hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan, yang dapat muncul pertama kali pada masa pascapartum. Kejang eklamsia dilaporkan terjadi sampai lebih dari 10 hari pascapartum.

2 Pemeriksaan fisik

- a. Kepala dan wajah: inspeksi kebersihan dan kerontokan rambut (normal rambut bersih, tidak terdapat lesi pada kulit kepala dan rambut tidak rontok), cloasma gravidarum, keadaan sclera (normalnya sclera berwarna putih), konjungtiva (normalnya konjungtiva berwarna merah muda, kalau pucat berarti anemis), kebersihan gigi dan mulut (normalnya mulut dan gigi bersih, tidak berbau, bibir merah), caries. Palpasi palpebra, odem pada mata dan wajah; palpasi pembesaran getah bening (normalnya tidak ada pembengkakan), JVP, kelenjar tiroid.
- b. Dada: inspeksi irama napas, dengarkan bunyi nafas dan bunyi jantung, hitung frekuensi. Payudara: pengkajian payudara pada ibu post partum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan dan palpasi konsisten dan apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Normalnya puting susu menonjol, areola berwarna kecoklatan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bekas luka, , payudara simetris dan tidak ada benjolan atau masa pada saat di palpasi.
- c. Abdomen: menginspeksi adanya striae atau tidak, adanya luka/insisi, adanya linea atau tidak. Involusi uteri: kemajuan involusi yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, di ukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi fundus uterus, masase dan peremasan fundus dan karakter serta jumlah lokia 4 sampai 8 jam. TFU

pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga 2 jari dibawah pusat, pada hari keempat 2 jari diatas simpisis, pada hari ketujuh 1 jari diatas simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisi. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek atau kendor menunjukkan atonia atau subinvolusi. Kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

- d. Vulva dan vagina: melihat apakah vulva bersih atau tidak, adanya tanda-tanda infeksi. Lohea: karakter dan jumlah lochea secara tidak langsung menggambarkan kemajuan penyembuhan normal, jumlah lochea perlahan-lahan berkurang dengan perubahan warna yang khas yang menunjukkan penurunan komponen darah dalam aliran lochea. Jumlah lochea sangat sedikit noda darah berkurang 2,5-5 cm= 10 ml, sedikit noda darah berukuran $\leq 10\text{cm} = 10,25\text{ ml}$, sedang noda darah berukuran $<15\text{ cm} = 25\text{ml}$, banyak pembalut penuh= 50-80 ml. karakteristik lochea rubra (merah terang, mengandung darah, bau amis yang khas, hari ke 1 sampai ke 3 post partum), serosa (merah muda sampai coklat merah muda, tidak ada bekuan, tidak berbau, hari ke empat sampai hari ke tujuh), alba (krem sampai kekuningan, mungkin kecoklatan, tidak berbau, minggu ke 1 sampai ke 3 post partum).
- e. Perineum: pengkajian daerah perineum dan perineal dengan sering untuk mengidentifikasi karakteristik normal atau deviasi dari normal seperti hematoma, memar, edema, kemerahan, dan nyeri tekan. Jika ada jahitan luka, kaji keutuhan, hematoma, perdarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak dan nyeri tekan). Daerah anus dikaji apakah ada hemoroid dan fisura. Wanita dengan persalinan spontan per vagina tanpa laserasi sering mengalami nyeri perineum yang lebih ringan. Hemoroid tampak seperti tonjolan buah anggur pada anus dan

merupakan sumber yang paling sering menimbulkan nyeri perineal. Hemoroid disebabkan oleh tekanan otot-otot dasar panggul oleh bagian terendah janin selama kehamilan akhir dan persalinan akibat mengejan selama fase ekspulsi.

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri b/d kontaksi uterus, episiotomy, laserasi, hemoroid, pembengkakan payudara, insisi bedah
2. Risiko infeksi b/d kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva
3. Gangguan pola eliminasi bowel b/d adanya konstipasi
4. Gangguan pola tidur b/d respon hormonal psikososial, proses persalinan dan proses melahirkan
5. Defisiensi pengetahuan b/kurang informasi

2.2.4 Perencanaan Keperawatan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, perencanaan keperawatan pada ibu post partum normal sebagai berikut:

1. Nyeri b/d kontaksi uterus, episiotomy, laserasi, hemoroid, pembengkakan payudara, insisi bedah.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil: klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2-3, klien terlihat rileks, ekspresi wajah tidak tegang, klien bisa tidur nyaman, tanda-tanda vital dalam batas normal: Suhu: 36-38°C, Nadi: 60-100x/menit, RR: 16-20x/menit, TD: 120/80 mmHg. Intervensi: pengkajian komprehensif (lokasi, durasi, kualitas, karakteristik, berat nyeri dan faktor pencetus) untuk mengurangi nyeri, pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (farmakologi dan non farmakologi) untuk penurunan nyeri sesuai

dengan kebutuhan, ajarkan teknik non farmakologis untuk pengurangan nyeri, kolaborasi untuk memberikan obat sesuai dengan kebutuhan pasien.

2. Risiko infeksi b/d kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi infeksi, pengetahuan bertambah dengan criteria hasil: klien menyertakan perawatan bagi dirinya, klien bisa membersihkan vagina dan perineumnya secara mandiri, perawatan pervagina berkurang, vulva bersih dan tidak infeksi, vital sign dalam batas normal. Intervensi: ajarkan cara cuci tangan untuk mencegah terjadi infeksi, bersihkan daerah genetalia untuk tidak terjadinya infeksi pada daerah genetalia, ganti pakaian dalam dan pembalut jika sudah kotor dan penuh agar tidak terjadinya penyakit kulit.

3. Gangguan pola eliminasi bowel b/d adanya konstipasi

Tujuan: kebutuhan eliminasi pasien terpenuhi dengan criteria hasil: pasien mengatakan sudah BAB, pasien mengatakan tidak konstipasi, pasien mengatakan perasaan nyaman. Intervensi: auskultasi bising usus untuk penurunan peristaltic usus menyebabkan konstipasi, observasi adanya nyeri abdomen karena menimbulkan rasa takut untuk BAB, anjurkan pasien makan makanan tinggi serat karena makanan tinggi serat melancarkan BAB, anjurkan pasien banyak minum air hangat untuk melancarkan BAB, kolaborasi pemberian laksatif (pelunak feses) untuk merangsang peristaltic usus dengan perlahan atau evakuasi feses.

4. Gangguan pola tidur b/d respon hormonal psikososial, proses persalinan dan proses melahirkan

Tujuan: istirahat terpenuhi dengan criteria hasil: mengidentifikasi penilaian untuk mengekomodasi perubahan yang diperlukan terhadap anggota keluarga baru. Intervensi: ciptakan lingkungan yang tenang untuk mendorong istirahat dan tidur, dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman, gunakan teknik relaksasi untuk bisa dapat membantu mempermudah tidur.

5. Defisiensi pengetahuan b/d kurang informasi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien dapat meningkatkan pemeliharaan kesehatan dengan criteria hasil: pasien dapat memahami dan mengerti tentang pentingnya kesehatan dan perawatan. Intervensi: tumbuhkan sikap saling percaya dan perhatian, pilih strategi pengajaran (diskusi, demonstrasi) yang tepat untuk gaya pembelajaran secara individual, ajarkan keterampilan yang dipelajari pasien harus masukkan kedalam gaya hidup sehari-hari.

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dapat disesuaikan dengan intervensi yang telah ditetapkan.

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

Pasien yang dirawat di dalam studi kasus ini adalah Ny.Y.L umur 29 tahun dengan G₂ P₂ A₀. Sudah melakukan kunjungan untuk melakukan pemeriksaan post partum yang pertama kalinya. Pasien memiliki keluhan bahwa ia tidak tahu bagaimana cara menyusui yang benar, bagaimana cara merawat tali pusat, bagaimana cara perawatan vulva yang benar dan apa saja nutrisi pada ibu menyusui. Saat ini Ny.Y.L mendapatkan pengobatan pemeriksaan TTV: TD: 100/70 mmHg, Suhu: 36,6°C, Nadi: 72x/menit, RR: 8x/menit. KU: pasien baik, kesadaran: compos mentis.

Identitas pasien

Hasil pengkajian pada tanggal 16 Juni 2019 jam 10:25 WITA, pada kasus ini diperoleh dengan wawancara secara langsung dan mengadakan pengamatan dan observasi langsung, pemeriksaan fisik, dari data pengkajian tersebut didapatkan hasil identitas pasien bahwa, pasien bernama Ny.Y.L umur 29 tahun, agama Kristen Protestan, pendidikan terakhir SD, pekerjaan IRT, alamat Bakunase, tanggal pemeriksaan 16 Juni 2019.

1. Pengkajian

a. Identitas Umum

Hasil pengkajian didapatkan pasien bernama Ny.Y.L umur 29 tahun suku Timor, pasien beragama Kristen Protestan pendidikan terakhir SD, pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga, tempat tinggal pasien beralamat di Labat dan berstatus menikah. Suami pasien bernama Tn.Y.L berumur 30 tahun suku belu beragama Kristen Protestan pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai Sopir. Riwayat persalinan pasien hamil anak ke 2 partus ke 2 tidak ada keguguran dan jumlah anak 2 orang.

b. Riwayat Kesehatan

Selama kehamilan pasien memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Bakunase dengan frekuensi 4 kali dan sudah mendapat imunisasi TT 1 dan TT 2. Pasien tidak memiliki keluhan selama kehamilan, pendidikan kesehatan yang sudah diperoleh yaitu perawatan payudara.

c. Riwayat Persalinan

Pasien bersalin di Puskesmas Bakunase ditolong oleh bidan dengan usia kehamilan 36 minggu dan jalannya persalinan yaitu kala 1 berlangsung \pm 8 jam, kala 2 berlangsung \pm 20 menit, pasien melahirkan secara normal (pervaginam) dengan tenaga mengedan ibu sendiri, kala 3 plasenta lahir lengkap (selaput dan katiledon lengkap), perdarahan \pm 100 cc, ruptur perineum lamanya kala 3 adalah 6 menit dan kala 4 berlangsung normal, pemantauan kala 4 dilakukan sampai dengan 2 jam, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di atas pusat, BB bayi 3.500 gram dan panjang badan 50cm.

d. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) yang didapatkan TD: 100/70 mmHg, Nadi: 72x/menit, Suhu: 36,6°C, RR: 18x/menit, keadaan umum pasien baik, kesadaran komposmentis dan tidak ada kelainan bentuk badan.

e. Pemeriksaan dari kepala yaitu kepala bersih tidak berketombe dan tidak ada lesi, mata bersih konjungtiva merah muda sclera putih, telinga bersih dan tidak ada serumen, hidung bersih tidak ada polip, membrane mukosa lembab dan gigi bersih tidak ada karies. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan vena jugularis pasien teraba.

f. Bentuk payudara pasien simetris, puting susu menonjol, payudara pasien bersih dan sudah dapat menghasilkan kolostrum. Hasil pemeriksaan TFU 2 jari di bawah pusat dan teraba keras, *diastasis rectus abdominalis* panjangnya 5 cm dan lebar 1 cm. Lochea berwarna kecoklatan berjumlah 75 cc bau amis dan pembalut sudah penuh tapi pasien belum menggantinya. Perineum ruptur, terdapat 9 jahitan dan keadaan luka masih basah dan tidak ada hemoroid.

g. **Kebutuhan Dasar**

Porsi makan pasien baik, pasien makan dalam sehari 3-4 kali dengan jenis makanan bubur, nasi, sayur dan ikan. Pasien minum dalam sehari berjumlah \pm 8 gelas sehari, pasien mengatakan tidak tahu nutrisi apa saja yang baik bagi ibu menyusui dan pasien mengatakan tidak ada jenis makanan patangan.

h. **Pola eliminasi BAB dalam sehari 1-2 kali tidak konstipasi dan tidak ada nyeri saat pasien BAB. Jumlah BAK dalam sehari yaitu lebih dari 5 kali dan tidak ada nyeri saat BAK. Pasien melakukan ambulasi pada 3 jam pertama pasca persalinan, pasien mandi 1 kali dalam sehari gosok gigi 2 kali dan anti pakaian 2 kali. Tidak ada gangguan tidur, pola tidur malam pasien yaitu 6-8 jam, tidur siang 1 jam dan tidak ada nyeri.**

i. **Pasien dan keluarga sangat senang dengan kelahiran bayinya, tidak ada gangguan laktasi dan tidak ada perdarahan post partum.**

j. **Pasien mengatakan tahu cara melakukan perawatan payudara yaitu membersihkan dengan air hangat, pasien juga mengatakan tidak tahu cara menyusui yang benar, bagaimana cara perawatan tali pusat dan apa saja nutrisi bagi ibu hamil. Pasien tahu cara memandikan bayi, nutrisi bayi yaitu ASI eksklusif, pasien juga berencana untuk mengikuti program KB.**

2. Diagnose Keperawatan

Diagnose keperawatan ditegakan berdasarkan data-data hasil pengkajian dan mulai dari menetapkan masalah, penyebab, dan data-data yang mendukung.

Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien adalah:

- a. Risiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva yang ditandai dengan DS: pasien mengatakan kurang paham tentang bagaimana cara perawatan daerah genitalia yang baik dan benar. DO: pasien tampak bingung untuk menjelaskan bagaimana cara perawatan daerah genitalia. Pembalut penuh dan belum diganti, warna lochea kecoklatan.
- b. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi yang ditandai dengan DS: pasien mengatakan bahwa ia tidak tahu cara menyusui yang benar, bagaimana cara melakukan perawatan tali pusat, dan apa saja nutrisi yg baik bagi ibu menyusui. DO: pada saat dikaji pasien tampak terlihat susah memberikan posisi yang baik untuk menyusui bayi, pasien terlihat bingung dan tidak menjawab karena tidak tahu bagaimana cara melakukan perawatan tali pusat, dan apa saja nutrisi yang baik bagi ibu menyusui.

3. Perencanaan Keperawatan

Diagnose keperawatan yaitu risiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva. Goalnya Ny.Y.L. diharapkan tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Objektifnya dalam jangka waktu 3x24 jam tidak terjadi infeksi, pengetahuan bertambah dengan criteria hasil: klien menyertakan perawatan bagi dirinya, klien bisa membersihkan vagina dan perineumnya secara mandiri, perawatan pervagina berkurang, vulva bersih dan tidak infeksi, vital sign dalam batas normal. Intervensi yang diambil yaitu ajarkan cara cuci tangan untuk mencegah terjadi infeksi, bersihkan daerah genitalia untuk tidak terjadinya infeksi pada daerah genitalia, ganti pakaian dalam dan pembalut jika sudah kotor dan penuh agar tidak terjadinya penyakit kulit.

Diagnose keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Goalnya Ny.Y.L akan meningkatkan pengetahuan selama dalam perawatan. Objektifnya dalam jangka waktu 6 jam pasien akan meningkatkan pengetahuan dengan criteria hasil: pasien menunjukkan peningkatan pemahaman tentang cara menyusui yang benar, perawatan tali pusat yang benar, dan nutrisi pada ibu menyusui; pasien dapat menjawab pertanyaan dan mendemonstrasikan kembali bagaimana cara menyusui yang benar, perawatan tali pusat yang benar, dan nutrisi yang baik bagi ibu menyusui. Intervensi yang diambil yaitu tumbuhkan sikap saling percaya dan perhatian untuk meningkatkan pembelajaran dan penerimaan terhadap pengalaman baru dari dasar hubungan saling percaya, pilih strategi pengajaran (diskusi, demonstrasi, bermain peran, materi visul) yang tepat untuk gaya pembelajaran secara individual untuk meningkatkan keefektifan pengajaran, ajarkan keterampilan yang dipelajari pasien harus masukan kedalam gaya hidup sehari-hari untuk membantu mendapatkan rasa percaya.

4. Implementasi keperawatan

Hari pertama (Selasa 16 juni 2019)

Diagnose keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva. Tindakan yang dilakukan yaitu 1). Pada jam 12.40 mengajarkan pasien cara cuci tangan untuk mencegah terjadi infeksi. 2). Pada jam 12.45 membersihkan daerah genitalia. 3). Pada jam 12.55 mengganti pakaian dalam dan pembalut.

Diagnose keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Tindakan yang telah dilakukan yaitu 1). Pada jam 12.30 melakukan pengukuran TTV, hasil yang didapat TD: 100/70 mmHg, Nadi: 72x/menit, Suhu: 36,6°C, RR: 18x/menit. 2). Pada jam 12.45 melakukan penyuluhan kesehatan dan mendemonstrasikan pada ibu tentang teknik menyusui yang benar.

Hari kedua (Rabu 17 juni 2019)

Pada hari jumat pagi saat dilakukan kunjungan rumah untuk melanjutkan tindakan yang belum dilakukan.

Diagnose keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva. Tindakan keperawatan yang dilakukan 1). Pada jam 10.05 membersihkan daerah genitalia. 3). Pada jam 10.20 mengganti pakaian dalam dan pembalut.

Diagnose keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Tindakan yang telah dilakukan yaitu 1). Pada jam 10.05 melakukan pengukuran TTV, hasil yang didapat TD: 110/70 mmHg, Nadi: 74x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 18x/menit. 2). Pada jam 10.45 melakukan penyuluhan kesehatan dan mendemonstrasikan pada ibu tentang cara perawatan tali pusat yang benar.

Hari ketiga (Kamis 18 Juni 2019)

Pada hari ketiga saya masih tetap melakukan kunjungan rumah pada Ny.Y.L di Amnesi untuk melanjutkan tindakan selanjutnya yaitu tindakan untuk diagnose risiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva. Tindakan keperawatan yang dilakukan 1). Pada jam 10.05 membersihkan daerah genitalia. 3). Pada jam 10.20 mengganti pakaian dalam dan pembalut.

Diagnose keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Tindakan yang telah dilakukan yaitu 1). Pada jam 10.05 melakukan pengukuran TTV, hasil yang didapat TD: 100/70 mmHg, Nadi: 70x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 19x/menit. 2). Pada jam 10.45 melakukan penyuluhan kesehatan tentang nutrisi yang baik bagi ibu menyusui.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi ini merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan pada 14.00 WITA. Perawat melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnose keperawatan yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Hari pertama (Selasa 16 Juni 2019)

Untuk diagnose resiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva **S:** Pasien mengatakan sudah paham tentang bagaimana cara melakukan perawatan vulva. **O:**Ny. Y.L tampak terlihat dapat mendemonstrasikan dan menyebutkan kembali bagaimana cara perawatan vulva yang benar. **A:** masalah teratasi. **P:** intervensi dihentikan.

Diagnose defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi **S:** pasien mengatakan sudah paham tentang cara menyusui yang baik dan benar. **O:** pasien dapat mendemonstrasikan dan menyebutkan kembali bagaimana cara menyusui yang benar. **A:** masalah teratasi. **P:** intervensi dihentikan.

Hari kedua (Rabu 17 Juni 2019)

Diagnose defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi **S:** pasien mengatakan sudah paham tentang cara perawatan tali pusat. **O:** pasien dapat mendemonstrasikan dan menyebutkan kembali bagaimana cara perawatan tali pusat yang benar. **A:** masalah teratasi. **P:** intervensi dihentikan.

Hari ketiga (Kamis 18 Juni 2019)

Diagnose defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi **S:** pasien mengatakan sudah paham tentang apa saja nutrisi yang baik bagi ibu menyusui. **O:** pasien menyebutkan kembali apa saja nutrisi yang baik bagi ibu menyusui **A:** masalah teratasi. **P:** intervensi dihentikan.

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberika asuhan keperawatan pada Ny.Y.L dengan *post partum* G₂ P₂ A₀ di Puskesmas Bakunase. Pembahasan ini akan dibahas sesuai dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

Menurut teori Yanti dan Sundawati, 2011. Menjelaskan bahwa pada pemeriksaan vulva dan vagina tidak terdapat tanda-tanda infeksi atau vulva bersih dengan karakteristik lochea sanguilental (putih bercampur merah, sisa darah dan lender, hari ke 3-7 post partum). Namun, pada kasus nyata NY.Y.L vulva kotor, bau, pembalut penuh tapi belum diganti dan lochea berwarna kecoklatan. Dari hasil di atas ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada daerah vulva dan vagina Ny.Y.L dimana pada vulva dan vagina kotor dan berbau dikeranakan Ny.Y.L yang jarang mengangganti pembalut dimana hal tersebut dapat memicu tempat berkembangnya bakteri yang dapat menyebabkan risiko infeksi dan apabila tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan penyakit kanker serviks.

Menurut Reeder, 2011 menjelaskan bahwa pada pemeriksaan abdomen adanya striae namun pada kasus nyata, tidak terdapat striae pada abdomen Ny.N.L ini dikarenakan abdomen pada Ny.N.L tidak mengalami peregangan yang berlebihan.

Teori Yanti dan Sundawati, 2011 menjelaskan bahwa tinggi fundus uteri pada ibu *post partum* di hari ke 7 adalah pertengahan pusat dan simpisis. Sedangkan di kasus nyata pada pemeriksaan tinggi fundus uteri di hari ke 6 adalah 2 jari di bawah pusat. Dari hasil tersebut ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada pemeriksaan tinggi fundus uteri yaitu dimana Ny.Y.L yang tidak tahu cara

menyusui yang benar sehingga bayi menyusu tidak efektif karena dari menyusui yang efektif dapat mempengaruhi kerja dari hormone prolaktin dan oksitosin.

Analisa datadiagnose pada ibu post partum normal antara lain yaitu: nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus, episiotomy, laserasi, hemoroid, pembengkakan payudara, insisi bedah, risiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva, gangguan pola eliminasi bowel berhubungan dengan adanya konstipasi, gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melelahkan, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

3.2.3 Diagnosa Keperawatan

Pada kasus nyata diagnose yang ditegakan pada Ny.Y.L adalah risiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Berdasarkan teori dan kasus nyata maka ditemukan beberapa diagnose yang tidak ditegakan pada Ny.Y.L yaitu nyeri berhubungan dengan kontraksi uterus, episiotomy, laserasi, hemoroid, pembengkakan payudara, gangguan pola eliminasi bowel berhubungan dengan adanya konstipasi, gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melelahkan tidak ditegakan karena tidak ditemukan data-data pendukung pada pasien seperti perut terasa keras, adanya bantalan hitam dibawah kelopak mata, konjungtiva tidak anemis.

Setelah dilakukan analisa data ditemukan prioritas masalah keperawatan yaitu:

- 1). Risiko infeksi b/d kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva yang ditandai dengan vulva kotor dan bau, pembalut sudah penuh tapi tidak diganti.
- 2). Defisiensi pengetahuan b/d kurang informasi yang ditandai dengan Ny.Y.L tidak tahu teknik menyusui, cara perawatan tali pusat, nutrisi yang baik bagi ibu.

3.2.4 Intervensi Keperawatan

Tujuan yang dibuat ditetapkan lebih umum pada praktek nyata tujuan perawatan dimodifikasi sesuai kondisi pasien. Tujuan yang dibuat mempunyai batasan waktu, dapat diukur, dapat dicapai, rasional sesuai kemampuan pasien, sedangkan intervensi disusun berdasarkan diagnose keperawatan ditegakan (Herdman, 2012).

Pada kasus Ny.N.L tidak ditemukan antara kesenjangan teori dan kasus nyata dilahan praktek karena secara teori menurut NANDA *Nursing Interventation Classification (NIC)-Nursing Outcomes Classification (NOC)* yang disusun Herdman & kamitsuru (2015). Diagnosa risiko infeksi b/d kurang pengetahuan tentang perawatan vulva dan defisiensi pengetahuan b/d kurang informasi diterapkan sesuai intervensi pada Ny.N.L

3.2.5 Implementasi Keperawatan

Menurut NANDA NIC-NOC yang disusun oleh Herdman & Kamitsuru (2015). Implementasi pada Ny.N.L tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek nyata. Dimana pada kasus nyata, implementasi dilakukan sesuai dengan diagnose dan intervensi yang telah ditetapkan dan sesuai dengan kondisi pasien berdasarkan teori seperti:

Diagnose risiko infeksi b/d kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva, tindakan yang dilakukan mengajarkan cara cuci tangan untuk mencegah terjadi infeksi, membersihkan daerah genetalia untuk tidak terjadinya infeksi pada daerah genetalia, mengganti pakaian dalam dan pembalut jika sudah kotor dan penuh agar tidak terjadinya penyakit kulit. Diagnose defisiensi pengetahuan b/d kurang informasi tindakan yang dilakukan: melakukan pengukuran tanda-tanda vital (TTV), tumbuhkan sikap saling percaya dan perhatian, melakukan penyuluhan kesehatan pada ibu tentang teknik menyusui, cara perawatan tali pusat dan nutsiri pada ibu menyusui, mendemonstrasikan teknik menyusui dan cara perawatan tali pusat.

3.2.6 Evaluasi Keperawatan

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnose keperawatan, menetapkan perencanaan, dan implementasi. Catatan perkembangan dilakukan sebagai bentuk evaluasi menggunakan SOAP.

Evaluasi pada Ny.Y.L sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada criteria objektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnose risiki infeksi b/d kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva dan defisiensi pengetahuan b/d kurang informasi.

^Dari tahap ini penulis mendapatkan fakta bahwa tidak semua kriteri evaluasi dapat dicapai, semua membutuhkan waktu, proses, kemauan, ketaatan pasien dalam mengikuti perawatan dan pengobatan.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

3.3.1 Persiapan

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan studi kasus ini waktu dan juga persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik.

3.3.2 Hasil

Dari hasil yang diperoleh penulis menyadari bahwa studi kasus ini jauh dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang sangat singkat sehingga hasil yang diperoleh kurang begitu sempurna dan masih membutuhkan pembenahan dalam penulisan hasil.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan post partum di Puskesmas Bakunase Kupang pada tahun 2019 dapat diberikan secara sistematis dan terorganisir dengan menggunakan pengkajian yang baku serta hasil yang diharapkan sesuai dengan harapan pasien, sehingga dapat disimpulkan bahwa: Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Juni 2019 pada Ny.Y.L dengan riwayat obstetric G₂ P₂ A₀ AH₂ post partum hari ke enam. Hasil pengkajian pada Ny.N.L didapatkan kesadaran pasien composmentis, GCS: E₄ V₅ M₆, TD: 100/70 mmHg, Nadi: 72xx/menit, Suhu: 36,6°C, RR: 18x/menit. Setelah melahirkan pasien belum BAB, setelah melahirkan pasien sudah BAK 2x, pada pengkajian didapat data bahwa pasien kurang tahu tentang bagaimana teknik menyusui yang benar karena pasien kurang mendapat informasi.

Dari hasil pengkajian dilakukan analisa data yang pertama DS: pasien mengatakan kurang paham tentang bagaimana cara perawatan daerah genitalia yang baik dan benar. DO: pada saat dikaji pasien tampak bingung untuk menjelaskan bagaimana cara perawatan daerah genitalia. Analisa data yang kedua DS: pasien mengatakan bahwa ia kurang mendapatkan informasi tentang bagaimana cara menyusui yang benar, bagaimana cara melakukan perawatan tali pusat, dan apa saja nutrisi yg baik bagi ibu menyusui. DO: pada saat dikaji pasien tampak terlihat susah memberikan posisi yang baik untuk menyusui bayi dan saat ditanya cara menyusui, bagaimana cara melakukan perawatan tali pusat, dan apa saja nutrisi yang baik bagi ibu menyusui. Setelah dilakukan analisa data maka dapat diangkat diagnose risiko infeksi b/d kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva dan defisiensi pengetahuan b/d kurang informasi.

Didalam perencanaan keperawatan di tentukan tujuan intervensi keperawatan ada 2 tujuan umum yaitu risiko infeksi tujuannya untuk pasien tidak terdapat tanda-tanda infeksi, defisiensi pengetahuan tujuannya untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang teknik menyusui, perawatan tali pusat dan nutrisi bagi iu menyusui. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 16 Juni sampai 18 Juni 2019 yang dilakukan pada Ny.Y.L sesuai dengan rencana tindakan yang telah dilakukan. Hasil evaluasi yang dilakukan selama 216 Juni sampai 18 Juni 2019 dalam bentuk SOAP. Pada kedua diagnose yang di tetapkan yang telah teratasi adalah risiko infeksi b/d kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva dan defisiensi pengetahuan b/d kurang informasi.

4.2 Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.Y.L di Puskesmas Bakunase dan kesimpulan yang telah ditulis oleh penulis diatas, maka dengan itu penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan serta perlu adanya keikutsertaan keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu akan perkembangan dan kebiasaan pasien.
2. Dalam memberikan implementasi tidak harus sesuai dengan apa yang terdapat pada teori, akan tetapi harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari puskesmas.
3. Dalam memberikan pperawatan diagnose harus tercatat dengan baik agar perawat terarah melakukan tindakan.
4. Di dalam penyuluhan menggunakan media yang baik dan dokumentasi yang baik.

DAFTAR PUSTAKA




- Ambarawati, 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Ambarawati, 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Dinkes, 2007. *Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur*. NTT: Kemenkes RI
- Mansyur N, 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Malang: Selaksa Medika
- Marmi, 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Belajar
- Nugroho, 2014. *Buku Ajar Askep Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Pukdiknakes, 2003 dalam Yanti & Sundawati 2011. *Konsep Asuhan Kehamilan*. Jakarta: Pusdiknakes
- Reeder, 2011. *Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga*. Jakarta: EGC
- Saiffuddin, 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Saleha S, 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
- Sulistiyawati, 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Verney H, 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Wiknjosastro H, 2006. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Wulandari, 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Mitra Cendikia



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Imelda P. Mangeke
NIM : PO.53032011181195
NAMA PEMBIMBING : Dr. Ina Debora Ratu Ludji, SKp,M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1	15 Juli 2019	Konsultasi judul dan bimbingan ujian praktek dan mengarahkan cara menyusun KTI	
2	19 Juli 2019	Melaksanakan ujian akhir Praktek di rumah pasien	
3	20 Juli 2019	Konsultasi BAB I dan Bab II lewat email	
4	22 Juli 2019	Perbaikan Bab I - IV dan bimbingan ujian sidang	
5	24 Juli	Revisi Bab I - IV : - Judul harus lengkap - harus cantumkan sumber	

		<p>dan masing-masing Topik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosa dan Intervensi kasus sesuai Nanda Nic Noi 	
6	Senin, 25 Juli 2019.	<p>Revisi Bab I - IV -</p> <ul style="list-style-type: none"> - harus ditambahkan Abstrack dalam bahasa Inggris - Perbaiki letak ukuran penulisan. 	
7	02 Agustus 2019	<p>Karya Tulis Ilmiah di ACC siap di jilid</p>	
8			
9			



FORMAT PENGKAJIAN IBU POST PARTUM

Nama mahasiswa : Imelda P. Mangeke NIM : PO.530201181195
 Tanggal Masuk : 5/7/2019 Jam Masuk : 07.00
 Ruang/Kelas : Puskesmas Bakunase Kamar No :
 Pengkajian tgl : 16/7/2019 Jam : 10⁰⁰

I. IDENTITAS UMUM

Nama Pasien	: Ny. Y. L	Nama Suami	: Jonathan Lionesi
Umur	: 29 Tahun	Umur	: 28 Thn
Suku/ Bangsa	: Timor	Suku/Bangsa	: Timor
Agama	: Kristen protestan	Agama	: Kristen protes tan
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan	: sopir
Alamat	: Labat / Bakunase II	Alamat	: Labat / Bakunase II
Status Perkawinan:			
Riwayat Obstetri	: G. 2. P. 2. A. 0. AH. org		
Post Partum hari ke	: 11		

II. RIWAYAT KESEHATAN

- Tempat pemeriksaan kehamilan : Puskesmas
- Frekuensi : 5 kali
- Imunisasi : 2 kali
- Keluhan selama kehamilan :
- Pendidikan kesehatan yang sudah diperoleh:
 Perawatan payudara; Nutrisi ibu menyusui; Nutrisi bayi
 Lain-lain:
 Sebutkan:

I. RIWAYAT PERSALINAN

- Tempat persalinan : RS Klinik Bersalin Rumah
 Lain-lain sebutkan..... Puskesmas
- Penolong : Dokter bidan/perawat dukun terlatih
 Dukun tidak terlatih Lain-lain:sebutkan.....

KALA I	KALA II	KALA III	KALA IV
Berlangsung 7/9 ± 8 jam	Berlangsung ± 20 menit, pasien melahirkan secara normal (per vagina)	Placenta lahir lengkap - Perdarahan 10 cc	Berlangsung Normal

Laporan operasi:

II. PEMERIKSAAN FISIK IBU

- a. TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 92 x/mnt
 Suhu : 36° °C RR : 22 x/mnt
- b. Pemeriksaan Umum :
 ➤ Keadaan Umum : Baik
 ➤ Kesadaran : Compo mentis
 ➤ Kelainan Bentuk Badan : Tidak ada kelainan
- c. Kepala/Muka :
 ➤ Kulit Kepala : Bersih, tidak ada ketombe dan lesi
 ➤ Mata : Conjunctivita tidak pucat
 ➤ Telinga : Telinga tampak simetris
 ➤ Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung
 ➤ Mukosa mulut/Gigi : Tidak ada caries
- d. Leher :
 ➤ JVP : Simetris kiri kanan
 ➤ Kelenjar Tyroid : Tidak ada pembesaran
 ➤ Kelenjar Limfe : Tidak ada pembesaran
- e. Dada :
 ➤ Bentuk payudara : Simetris kiri kanan
 ➤ Puting susu : menonjol
 ➤ Pigmentasi : Areola mammae menghitam
 ➤ Kolostrum :

- Kebersihan payudara :
- f. Perut
 - Tinggi fundus uteri : Teraba fundus uteri 2 jari di bpet
 - Kekenyalan :
 - Diastasis Rectus Abdominalis:
 - Panjang :
 - Lebar :
- g. Vulva
 - Lochea : Masih keluar darah warna merah kecoklatan
 - Jumlah :
 - Jenis : Lochea semsa
 - Bau :
 - Kebersihan : Bersih 2 kali ganti pembalut
- h. Perineum : () Utuh () Ruptur ()
- Episiotomi, Jenis:
- i. Haemoroid : () Ada () Tidak Ada
- j. Ekstremitas : () Plebitis () Varises
() Oedem () Refleks.....

III. KEBUTUHAN DASAR

- a. Nutrisi
 - Pola Makan : 3 kali sehari
 - Frekuensi :
 - Jenis Makanan : Nasi, sayur, Lauk-pauk
 - Intake Cairan/24 jam :
 - Pengetahuan Ibu tentang nutrisi buteki:
 - Makanan pantangan : Telur ayam
- b. Eliminasi
 - BAB
 - ✓ Frekuensi : 2 kali sehari
 - ✓ Konstipasi : lembek
 - ✓ Nyeri saat BAB : Tidak
 - BAK
 - ✓ Frekuensi : 3 kali sehari
 - ✓ Retensi :
 - ✓ Nyeri saat BAK : Tidak ada
- c. Aktivitas
 - Mulai ambulasi jam : Tidak dilakukan
 - Senam nifas :
- d. Personal Hygiene
 - Frekuensi mandi : 2 kali sehari
 - Frekuensi gosok gigi : 2 kali sehari
 - Frekuensi ganti pakaian : 2 kali sehari

- Tidur siang : 6-8 jam
- Tidur malam : 6-8 jam
- Gangguan Tidur : () Ada () Tidak Ada

Jika ada Jelaskan:

f. Kenyamanan

- Nyeri : Tidak ada
- Lokasi : -
- Durasi : -
- Skala : -
- Lain-lain : -

g. Psikososial

- Respon Ibu terhadap kelahiran bayi: Pasien sangat senang dengan kelahiran
- Respon Keluarga terhadap kelahiran bayi: Keluarga sangat senang dengan kelahiran
- Fase *Taking in* :
- Fase *Taking hold*.....
- Fase *Letting go* :
- *Post Partum Blues* :

h. Komplikasi post partum

- Infeksi : Tidak ada
- Gangguan Laktasi : Tidak ada
- Perdarahan Post Partum : Tidak ada

i. Bagaimana pengetahuan ibu tentang:

- Perawatan payudara : Ibu Mengetahui
- Cara Menyusui : Ibu Tidak Mengetahui
- Perawatan Tali Pusat : Ibu Mengetahui
- Cara Memandikan Bayi : Ibu Mengetahui
- Nutrisi Bayi : Ibu Tidak Mengetahui
- Nutrisi Ibu Menyusui : Ibu Tidak Mengetahui
- Keluarga Berencana : Ibu Mengetahui
- Imunisasi : Ibu Mengetahui
- Lain-Lain :

j. Pendidikan kesehatan yang dibutuhkan

- Perawatan payudara : () Ya () Tidak
- Cara Menyusui : () Ya () Tidak
- Perawatan Tali Pusat : () Ya () Tidak
- Cara Memandikan Bayi : () Ya () Tidak
- Nutrisi Bayi : () Ya () Tidak
- Nutrisi Ibu Menyusui : () Ya () Tidak
- Keluarga Berencana : () Ya () Tidak
- Imunisasi : () Ya () Tidak
- Lain-Lain :

k. Data Spiritual

- Agama : Setiap hari Minggu mengikuti ibadah di gereja.
- Kegiatan Keagamaan :

➤ Apakah Pasien yakin terhadap agama yang dianut :
Pasien yakin akan agama yang dianut

I. Data Penunjang

- Laboratorium -
- Darah -
- USG -

IV. TERAPI:

V. DATA TAMBAHAN

.....
.....

Kupang, 16/7/2019

Mahasiswa

Imelda P.

(..... Imelda P.)

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik	: Teknik Menyusui
Sasaran	: Ibu Menyusui
Penyuluh	: Imelda Palundun Mangeke
Hari/Tanggal	: Selasa 16 Juli 2019
Waktu	: 35 Menit
Tempat	: Rumah Ny. Y.L

TUJUAN

a. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah mengikuti proses penyuluhan keluarga diharapkan dapat mengetahui dan memahami tentang teknik menyusui baik dan benar.

b. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan penyuluhan peserta dapat mengetahui tentang:

1. Pengertian teknik menyusui yang benar
2. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
3. Situasi-situasi khusus dalam menyusui
4. Langkah-langkah menyusui yang benar
5. Tanda bahwa bayi menyusui dengan benar

II. Materi

1. Pengertian teknik menyusui yang benar
2. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
3. Situasi-situasi khusus dalam menyusui
4. Langkah-langkah menyusui yang benar
5. Tanda bahwa bayi menyusui dengan benar

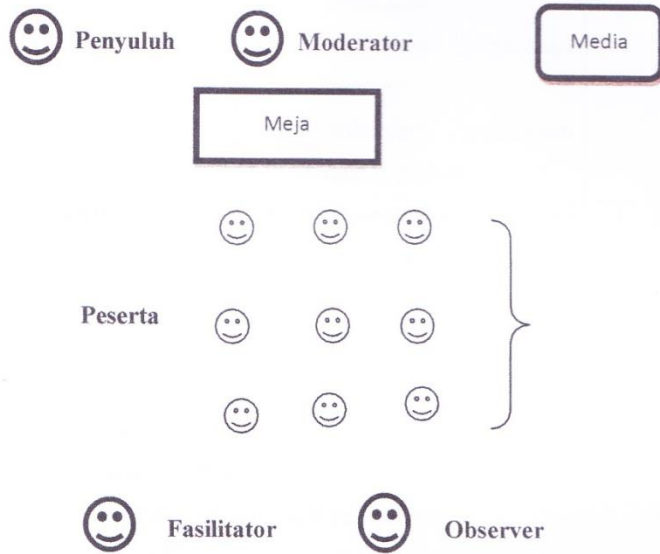
III. Metode

- a. Ceramah
- b. Diskusi

IV. Media penyuluhan :

a. Leaflet

V. Setting Tempat



VI. Kegiatan Penyuluhan

		PENYULUHAN	PESERTA
	5 menit)	<ol style="list-style-type: none">1. Memberikan salam2. Memperkenalkan diri3. Menjelaskan tujuan penyuluhan dan media yang digunakan4. Kontrak waktu	<ol style="list-style-type: none">1. Menjawab salam2. Memperhatikan3. Memperhatikan dan mendengar4. Memperhatikan dan menjawab
	(20	<ol style="list-style-type: none">1. Menjelaskan materi dan	<ol style="list-style-type: none">1. Memperhatiakan dan

menit)	<p>mendemonstrasikan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memberikan kesempatan kepada sasaran untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas. 3. Menjelaskan pertanyaan sasaran 4. Memberikan pertanyaan kepada peserta. 	<p>mendengarkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Bertanya 3. Memperhatikan dan mendengar 4. Menjawab pertanyaan
menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan pertanyaan yang telah disampaikan 2. Memberi salam dan terimakasih. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan penjelasan 2. Menjawab salam.

VII. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- Peserta hadir ditempat penyuluhan
- Penyelenggaraan penyuluhan dilaksanakan di tempat yang telah ditentukan.
- Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelumnya

2. Evaluasi Proses

- Sasaran antusias terhadap materi penyuluhan.
- Sasaran konsentrasi mendengarkan penyuluhan.
- Sasaran dapat mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar (jelaskan apa pertanyaan dan jawabannya)

3. Evaluasi Hasil

- Sasaran mampu menjelaskan pengertian teknik menyusui yang benar
- Sasaran mampu menjelaskan posisi dan perlekatan menyusui yang benar
- Sasaran mampu mengetahui situasi-situasi khusus dalam menyusui

- Saran mampu menyebutkan langkah-langkah menyusui dengan benar
- Sasaran mampu menyebutkan tanda bahwa bayi menyusui dengan benar

4. Pertanyaan untuk sasaran

1. Jelaskan pengertian teknik menyusui
2. Sebutkan posisi dan perlekatan menyusui yang benar
3. Sebutkan situasi-situasi khusus dalam menyusui
4. Sebutkan langkah-langkah menyusui dengan benar
5. Sebutkan tanda bahwa bayi menyusui dengan benar

LAMPIRAN MATERI

1. Pengertian tehnik menyusui yang benar

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Saminem, 2009).

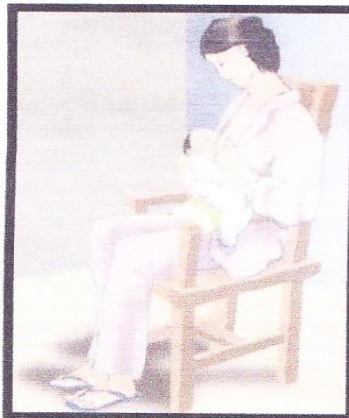
Teknik menyusui yang benar adalah kegiatan yang menyenangkan bagi ibu sekaligus memberikan manfaat yang tidak terhingga pada anak dengan cara yang benar (Yuliarti, 2010).

Tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang produksi susu dan memperkuat refleks menghisap bayi.

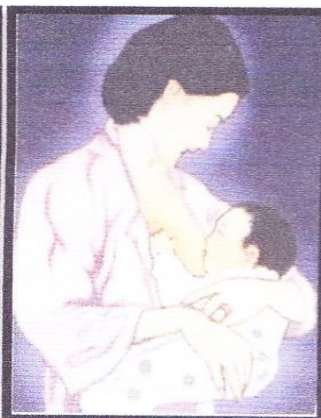
Jadi, teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan posisi ibu yang benar, sehingga memudahkan bayi untuk menyusu.

2. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar

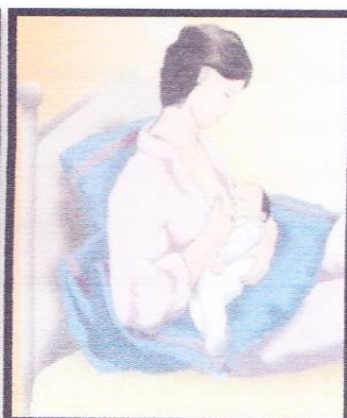
Terdapat berbagai macam cara menyusui. Cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri, dan rebahan.



uduk



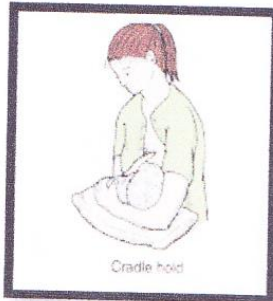
Posisi Berdiri



**Posisi
Berbaring**

Posisi menyusui sendiri terbagi dalam 4 jenis, yaitu :

a) Cradle Hold.



Posisi yang paling umum adalah menggunakan cradle hold. Hal ini bila ibu duduk dengan bayi dalam putaran dan kepala bayi adalah beristirahat di lengan, membengkok ke arah ibu (ibu menekuk siku) pada sisi yang sama ibu menyusui. Dada bayi harus melawan dadibu sehingga bayi tidak harus memutar kepalanya untuk meraih puting susu. Pastikan lengan dari kursi sebelah kanan yang tinggi untuk mendukung lengan. Gunakan bantal untuk mendukung punggung, lengan anda dan kepala bayi.

b) Cross-cradle Hold



Cross-cradle hold mirip dengan cradle kecuali bayi didukung pada lengan dan tangan yang berlawanan payudara yang ibu gunakan. Kepala bayi terletak antara ibu jari dan jari telunjuk dan kembali berada di tangan ibu, hal ini merupakan posisi yang baik ketika bayi pertama kali belajar untuk menyusui karena akan memberikan kontrol kepada bayi sewaktu membantu bayi mengambil payudara dalam mulutnya. Ini adalah posisi yang baik untuk bayi karena mengalami kesulitan untuk belajar melepas puting dengan benar.

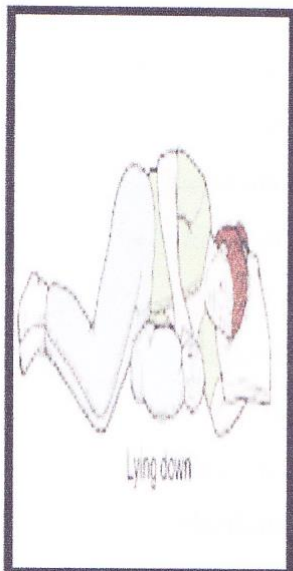
c) Football Hold

Memegang kepala bayi seperti memegang bola di tangan, dengan tubuh bayi pada lengan, kaki kembali ke arah ibu dan wajah ke arah payudara.



Gunakan tangan yang lain untuk mendukung payudara.football hold membantu jika ibu memiliki dada atau puting yang masuk kedalam payudara.posisi football hold merupakan posisi yang terbaik jika memiliki luka cesarean ceksio dan tidak dapat meletakkan bayi di perut. Jika sering tidak terpasang kutang, football hold dapat membantuk bayi jika ASI tumpah di bagianbawah payudara. Hal inijuga posisi yang baik untuk perawatan bayi kembar.

d) Lying Down



Posisi ini sangat tepat untuk menyusui pada waktu malam, karena pada posisi ini ibu berbaring di samping bayi, ibu langsung menghadap bayi dengan kepala bayi di dekat payudara dan mulut bayu berkerut dengan puting ibu. Beberapa bantal dapat diletakkan di belakang ibiu untuk mendukung lengan. Pastikan bahwa bayi dapat bernapas melalui hidung. Posisi ini adalah posisi untuk beristirahat ibu karena ibu dapat mengubah posisi, bayi dapat menyusui dari kedua payudara sambil berbaring di salah satu sisinya. Ini juga merupakan posisiyang baik jika ibu memiliki cesarean ceksio dan tidak dapat meletakkan bayi di perut. Setelah menyusui, jangan lupa untuk menempatkan bayi untuk tidur kembali. Pastikan permukaan tidur yang longgar, dan situasi dimana bayi terlalu dekat dengan alat

pemanas, atau mendapatkan terperangkap antara tempat tidur dan dinding, headboard, atau furniture. Sangat penting untuk memalangi bayi dengan benar pada payudara. Jika bayi tidak menyusui pada payudara dengan benar, akan membuat puting lecet dan bayi tidak akan mendapatkan banyak susu.

3. Situasi-situasi khusus dalam menyusui

1. Setelah perawatan cesaria

- *Lying down*, posisi yang lebih nyaman untuk menyusui setelah operasi cesaria. Perawat rumah sakit akan membantu merubah dari sisi ke sisi.
- Jika dalam posisi duduk, taruh bantal pada putaran untuk melindungi pengirisan
- *Football hold*, dapat digunakan, karena bayi terus menekan dari pada pengirisan

2. Keperawatan bayi premature

- *Football hold* dan *cross-cradle hold* merupakan posisi yang terbaik untuk bayi premature
- Mendukung kepala bayi dan leher di *cross-cradle hold* atau *football hold* dengan tubuh didukung. Gunakan tanganyang lain untuk mendukung payudara dan “sandwich” payudara antara ibu jari dan jari. Berikan sentuhan ringan pada bibir bayi bagian atas dengan puting susu. Ketika bayi membuka mulutnya lebar, bawa bayi ke payudara.
- Jika bayi lemah akibat perawatan, ibu dapat meningkatkan aliran susu oleh tindihan payudara antara ibu jari dan jari, sehingga ibu tidak perlu memeras payudara terus menerus, hanya pemerasan, lepaskan

pemerasan dan lepaskan kembali lagi. Bayi dapat mulai isapan lagi ketika ibu memberikan tambahan susu.

3. Perawatan bayi kembar

- Menggunakan *football hold* dengan bantal di bawah lengan masing-masing untuk mendukung bayi. Menggunakan bantal membantu membebaskan tangan
- Ibu dapat menggunakan *cradle* dan *cross-cradle hold* pada kaki yang tumpang tindih
- Ibu dapat menggabungkan *cradle* untuk satu bayi dan *football hold* untuk bayi yang lainnya
- Bergantian menyusui antara bayi yang satu dengan yang lainnya secara terpisah dan perawatan bayi pada saat yang sama
- Jangan membiarkan menyusui hanya dalam satu payudara. Pastikan setiap bayi menghisap dari masing-masing payudara. Hal ini akan membantu menjaga pasokan susu yang bagus di kedua payudara
- Dapat mengetahui bayi yang lebih lapardan memberikan susu yang lebih

4. Langkah-langkah menyusui yang benar

- Cuci tangan yang bersih dengan sabun
- Perah sedikit ASI dan oleskan disekitar puting
- Duduk dan berbaring dengan santai
- Segera dekatkan bayi kepayudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak dibawah puting susu. Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bayi membuka lebar.
- Bayi disusui secara bergantian dari payudara sebelah kiri lalu kesebelah kanan sampai bayi merasa kenyang.
- Setelah selesai menyusui, mulut bayi dan kedua pipi bayi dibersihkan dengan lap bersih yang telah direndam dengan air hangat.

- Bila kedua payudara masih ada sisa ASI tahan puting susu dengan kain supaya ASI berhenti keluar.

5. Tanda bahwa bayi menyusui dengan benar

- Bayi akan terlihat puas setelah menyusui
- Bayi tampak tenang
- Dagunya menempel pada payudara ibu
- Kepala dan badan lurus
- Pipi terkena pada payudara
- Sebagian besar puting masuk dalam mulut bayi
- Payudara tidak nyeri

Lampiran: Dokumentasi



DAFTAR PUSTAKA

Rinata E., Rusdiyanti T., Sari A. P. Teknik menyusui posisi, perlekatan dan keefektifan menghisap - studi pada ibu menyusui di rsud sidoarjo. Jurnal ilmiah penelitian dan pengabdian masyarakat. (2016). 129-139.

Rahmawati. I. N. Pendidikan Ibu Berhubungan dengan Teknik Menyusui pada Ibu Menyusui yang Memiliki Bayi Usia 0-12 bulan. Indonesian journal of nursing and midwifery (2017). 11-19.