

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.A.R
DENGAN POS PARTUM NORMAL
DI RUANG FLAMBOYAN
RSU.WZ.JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
Dan Mendapat Gelar Ahli Media Keperawatan**



OLEH

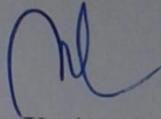
**MAHARDIKA Taneo
NIM : PO.530320116312**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLTEKES KEMENKES
KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan karya tulis ilmiah oleh Mahardika Taneo dengan judul “ Asuhan keperawatan pada pasien Ny.A.R dengan Post Partum Normal Di Wilayah Kerja RSUD.WZ.Johannes Kupang” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing

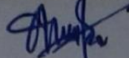


Meiyeriance Kapitan.S.Kep.Ns.M.Kep
NIP : 197904302000122002

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.A.R DENGAN POST PARTUM
NORMAL DI WILAYAH KERJA RSU WZ.JOHANNES KUPANG.

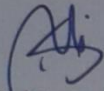
Disusun Oleh



Mahardika Taneo
NIM. PO.530320116312

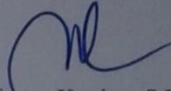
Dewan Penguji

Penguji I



Mariana Oby Betan, S.Kep.Ns.MPH
NIP. 197307101997032003

Penguji II



Meieriance Kapitan, S.Kep.Ns.M.Kep
NIP. 197904302000122002

Mengesahkan

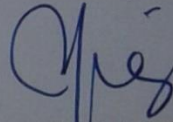
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kep.M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Program Studi



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

BIODATA PENULIS

Nama : Mahardika Taneo
Tempat Tanggal Lahir : Noelbaki 17 Agustus 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Noelbaki
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDN Oepunu, Tahun 2010
2. Tamat SMPN Tuafanu , Tahun 2013
3. Tamat SMAN 1 Kupang Tengah, Tahun 2016
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang.

MOTO

**“ GANJARAN KERENDAHAN HATI DAN TAKUT AKAN TUHAN ADALAH KEKAYAAN,
KEHORMATAN DAN KEHIDUPAN.”**

KATA PENGANTAR

Puji syukur Saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada saya sehingga Saya berhasil menyelesaikan Laporan Studi Kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A.R” dengan Post Partum Normal dengan baik.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan studi kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak lepas dari bantuan tenaga pikiran dan dukungan moril. Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terimah kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Meiyeriance Kapitan, S.Kep, Ns, M,Kep, selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitas menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi , merevisi serta melengkapi dalam menyusun Studi Kasus. Ucapan terimakasih Sebesar-besarnya juga kepada Ibu Mariana Oni Betan, S.Kep, Ns, MPH, yang telah meluangkan waktu untuk meenguji dn memberikan masukan demi penyempurnaan laporan studi kasus. Penulis juga mengucapkan limpah terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Ragu Haning Kristina, SKM, M.Kes Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Dr. Florentianus Tat, S.Kep, M. Kes Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu daalam menyelesaikan studi kasus ini.
3. Seluruh staf Dosen dan Kariawan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu menyelesaikan studi kasus ini.
4. Orang tua tercinta , Almarhumah Bapak Simon Taneo dan Ibu Asnat Mariana Taneo Olla yang telah membesarkan , merawat daan mendidik saya dengan baik.
5. Kakak dan adik tersayang (Erna Marina Taneo S.Ip.M.Si, Tomi Taneo, Cindi Taneo, Ayu Taneo, Maher Taneo, Rin Taneo dan Eca Taneo) yang dengan penuh kesabaran memberikan dukungan dan motivasi serta selalu temani dan membantu dalam penyusunan studi kasus ini.
6. Kepada Orang yang saya Cintai Yohanes Freinademetz Kaki yang dengan penuh kesabaran memberikan dukungan dan motivasi serta selalu temani dan membantu dalam penyusunan studi kasus ini.
7. Sahabat baik (Ina, Maya, Enda, Nia, Veni, Mensi, Ka Blink, kesya, Rutas, Sela, Eci, Wayan, Leo, Imon, Jordi, Jems, Marni, Dami, Jois, Anggel, Jelía).
8. Teman-Teman Reg B terimah kasih buat semua dukungan dan kekompakannya.

9. Semua petugas Kesehatan di RSUD. WZ. JOHANNES KUPANG yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian terkhusus ruangan Flamboyan.

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 12 Juni 2019

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.A.R DENGAN POS PARTUM NORMAL DI RUANG FLAMBOYAN RSU.WZ.JOHANNES KUPANG MAHARDIKA Taneo DI BIMBING OLEH

Meiveriance Kapitan,S.Kep, Ns, M.Kep dan Mariana Oni Betan. S.Kep, Ns, MPH

Masa nifas (perineum) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Wanita yang memulai periode puerpureum disebut puerpura. Nifas berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal. Masalah yang sering muncul pada masa nifas adalah Nyeri berhubungan dengan involusi uterus , Nyeri setelah melahirkan, Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan laserasi dan proses persalinan, Resiko menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang pengetahuan cara perawatan payudara bagi ibu menyusui, Resiko tinggi kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan darah dan intake ke oral, Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon normal psikologis, Proses persalinan dan proses melelahkan , Defisiensi pengetahuan mengenai perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurang sumber informasi. Tujuan dari studi kasus ini untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada ibu dengan post partum normal meliputi : Pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan Evaluasi Keperawatan.

Metode yang di gunakan metode wawancara dengan pendekatan studi kasus, yang dilakukan di ruang flamboyant RSUD. Dr.W.Z. Johannes Kupang. Lama penelitian 4 hari, waktu dimulai sejak 27 Mei 2019 sampai tanggal 30 Mei 2019.Subjek penelitian ibu post partum normal ini adalah Ny. A.R dengan teknik wawancara, observasi pemeriksaan fisik, penyuluhan kesehatan dan studi dokumentasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam didapatkan pasien sudah mengerti tentang cara relaksasi nyeri dan perawatan payudara. Masalah defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya imformaasi.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, post partum normal

DAFTAR ISI

HALAMAN DEPAN

Halaman

HALAMAN SAMPUL DALAM	
LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIHAN TULISAN	iii
BIODATA PENULIS	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	3
1.3 Manfaat	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1.1. Definisi	4
2.1.2. Tahap Masa Nifas	5
2.1.3. Perubahan Fisiologis	7
2.1.4. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas	20
2.1.5. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas Dan Penanganan	6
2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan	35
2.2.1. Pengkajian	35
2.2.2. Diagnosis Keperawatan	38
2.2.3. Intervensi Keperawatan	38
2.3.4. Implementasi Keperawatan	41
2.3.5. Evaluasi	41
BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil studi kasus	42
3.1.1 Pengkajian	42
3.1.2 Diagnosis Keperawatan	43
3.1.3 Intervensi Keperawatan	44
3.1.4 Impelementasi Keperawatan	46
3.1.5 Evaluasi Keperawatan	47
3.2 Pembahasan	47
3.3. Keterbatasa Penelitian	51
BAB IV PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	52
4.2 Saran	53
Daftar Pustaka	55
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 1	7
Tabel 2	10

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Format Asuhan Keperawatan (Pengkajian Sampai evaluasi)	56
Lampiran 2 SAP (Satuan Acara Penyuluhan)	66
Lampiran 4. Lembar Konsul	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Post partum atau nifas merupakan keadaan dimana masa pemulihan alat-alat reproduksi seperti sebelum hamil. Dalam masa nifas perlu melakukan perawatan untuk membantu proses involusi misalnya mobilisasi, diet, miksi, defikasi, laktasi, perawatan payudara dan perawatan perineum (Erna Sotiyaningrum 2010). Proses persalinan hampir 90% yang mengalami robekan perineum, baik dengan atau tanpa episiotomy (Ridhayati, 2013).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Hadjono 2008). Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhirnya ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama 6 minggu (Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, 2002).

Asuhan keperawatan pada post partum normal adalah salah satu pelayanan kesehatan utama yang diperlukan dapat menurunkan angka kematian Ibu, selain itu diadakannya sistem rujukan yang efektif yang dapat mengurangi angka kematian Ibu dan anak. Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai Ibu pada minggu-minggu atau bulan pertama setelah melahirkan, baik dari segi fisik maupun segi psikologis .

Kondisi psikologis seorang ibu, setelah melahirkan akan merasakan gejala-gejala psikiaters, demikian juga pada masa menyusui. Meskipun demikian ada pula ibu yang tidak mengalami hal ini. Agar perubahan psikologi yang dialami tidak berlebihan, ibu perlu mengetahui tentang hal yang lebih lanjut. Wanita banyak mengalami perubahan emosi selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang

ibu. banyak wanita menunjukkan gejala psikiatrik, terutama gejala depresi dari ringan sampai berat serta gejala-gejala neurosis traumatik.

Menurut WHO pada tahun 2015 sebanyak 50-70% kematian ibu akibat masalah persalinan yang terjadi di negara-negara berkembang. Yang tertinggi dengan 300 kematian ibu di negara-negara berkembang. (Basuki Farida 2012)

Berdasarkan Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) dan Biro Pusat Statistik (BPS) tahun 2014 didapatkan ibu nifas yang mengalami infeksi nifas, 22-55% disebabkan karena infeksi jalan lahir. Angka kejadian infeksi luka perineum 0,3-3%,98 wanita mengalami pendarahan post partum.

Berdasarkan hasil pra survey pada Mei 2019 di Ruang Bersalin RSUD Prof Dr W.Z Johannes Kupang bahwa jumlah total persalinan sebanyak 1834 orang, persalinan normal terdapat 352 orang (51,5%) dan persalinan dengan tindakan terdapat 889 orang (48,5%). Persalinan yang mengalami komplikasi yaitu perpanjangan fase laten 116 orang (8,5%), perpanjangan fase aktif 107 orang (7,8%), perpanjangan kala II 114 orang (7,9%) dan mengalami gawat janin 102 orang (7,5%); Perdarahan 18 orang (1,2%); rupture perineum 427 orang (45,2%) (register persalinan di ruang bersalin periode Januari sampai Desember 2018).

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil kasus asuhan keperawatan dalam bentuk Studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Post Partum Normal di Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”

1.2 Tujuan Khusus

Mahasiswa dapat memahami dan dapat melakukan pemeriksaan Post Partum pada pasien Ny. N.R di Ruang Flamboyan.

1. Mengidentifikasi pengkajian pos partum, pemeriksaan fisik pada Ny. A.R. di ruang Flamboyan.
2. Merumuskan diagnosa pada Ny. A.R. di ruang Flamboyan.
3. Menentukan dan menetapkan Perencanaan Keperawatan pada Ny. A.R di ruang Flamboyan.
4. Melakukan implementasi ang telah di rencanakan pada Ny. A.R. di ruang Flamboyan.
5. Melakukan Evaluasi pada pasien Ny. A.R. di ruang Flamboyan.

1.3. Manfaat

1. Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan pertimbangan untuk menambah wawasan tentang asuhan kebidanan meliputi Post partum Normal.

2. Aplikatif

Institusi /Ruang Flamboyan

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

3. Profesi perawat/bidan

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

4. Bagi Ibu

Dapat memahami dan mengerti tentang perawatan masa nifas.

5. Pembaca

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Post Partum

2.1.1 Definisi

Post Partum atau 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).

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 selama kurang lebih 6 minggu (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan alat-alat genitalia 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).

2.1.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

a. Involusi 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 memendekan 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 1. 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.

b. 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 pembuangan lochia (Wiknjosastro, 2006).

c. Perubahan ligament

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

d. Perubahan serviks

Sebelum 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. Setelah melahirkan, 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).

e. 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).

f. 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. Perbedaan Masing-masing Lochea

N o .	Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
1 .	Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, 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 faal usus kembali normal. Meskipun 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 $\text{pH} < 7,35$ 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 spasme 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

- 5) dapat berkemih dalam waktu 4 jam, lakukan keteterisasi 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 muskuloskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri (Reeder, 2011).

Adapun sistem muskuloskeletal 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 muskulus rektus abdominis pada ibu post partum dapat di kaji melalui keadaan umum, aktivitas, parritas 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 beerangsurgangsur 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 mammae pada hari ke 3 post partum.

b Hormon pituitari

Hormone pituitari antara lain : hormone 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 inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$. pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang dari $0,5^{\circ}\text{C}$ 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 per menit. 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 sitolik antara 90 -120 mmHg dan distolik 60-80 mmHg. Pasca melaahirkan 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 per menit. Pada ibu post partum umumnya bernafas lambat dikarenakan ibu dalam tahap pemulihan atau dalam kondidi 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 bernasar 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).

2.1.4 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 vitaminD

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 dri 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. Vitamin 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

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

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

2 Ambulasi

Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang akan dilakukan pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhananya 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 trombus 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 spesmen 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 ketidak mampuan 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 ketidak nyamanan 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 genetalis 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

c Factor predisposisi 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.

d 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) Perluakaan-perluakaan jalan lahir karena tindakan pervaginam maupun perabdominal 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, putting 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 kapan saja sepanjang periode menyusui, tapi paling sering terjadi pada hari ke 10 dan hari ke 28 setelah kelahiran.

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

b) 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

Penanganan: payudara dikompres dengan air hangat, untuk mengurangi rasa sakit dapat diberikan pengobatan analgetik, untuk mengatasi infeksi diberikan antibiotik, bayi mulai menyusui dari payudara yang mengalami peradangan, anjurkan ibu untuk menyusui bayinya, anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi dan istirahat khusus

b Abses payudara

Abses payudara berbeda dengan mastitis. Abses payudara terjadi apabila mastitis tidak ditangani dengan baik, sehingga memperberat infeksi (Yanti dan Sundawati, 2011).

a) Gejala: sakit pada payudara ibu tampak lebih parah, payudara lebih mengkilap dan berwarna merah, benjolan

terasa lunak karena berisi nanah (Yanti dan Sundawati, 2011).

- b) 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 tetapi dikeluarkan, apabila
- c) abses bertambah parah dan mengeluarkan nanah, berikan antibiotik, rujuk apabila keadaan tidak membaik (Yanti dan Sundawati, 2011).

c) **Putting susu lecet**

Putting 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).

- a) 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).
- b) 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).

- c) Gejala: pada payudara terlihat jelas dan lunak pada perabaan (pada wanita kurus), payudara terasa nyeri dan bengkak pada payudara yang tersumbat.
- d) 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 dipreskripsikan 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 prsalinan.

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

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

Perdarahan post partum dapat terjadi akibat terjadinya Antonia uteri dan adanya sisa plasenta atau selaput ketuban, subinvolusi, laserasi 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 pasca partum. Biasanya tanda dan gejala sub involusi 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 pasca partum. Jumlah lochea bisa lebih banyak daripada yang diperkirakan. Leukore, sakit punggung, dan lochea barbau

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 kontraktilitas 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 mikroorganismen 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 achilles. 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
- 2) dilahirkan. Pada kasus sisa plassenta dengan perdarahan kasus pasca-persalinan lanjut, sebagian besar pasien akan kembali lagi ke tempat bersalin dengan keluhan perdarahan selama 6-10 hari pulang kerumah dan subinvolusio uterus.
- 3) Lakukan eksplorasi digital (bila servik terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah dan jaringan bila servik hanya dapat dilalui oleh instrument, keluarkan sisa plasenta dengan cunam vacuum atau kuret besar.
- 4) Berikan antibiotic.

4 Inversio uteri

Inversio 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).

5 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 Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas pasien (nama, umur, alamat, agama, pekerjaan, suku, bangsa suami/istri).
2. Riwayat Haid (apakah haid teratur, siklusnya berapa hari, apakah ada keluhan selama haid, HPHT/HPMT).
3. Riwayat perkawinan (menikah, belum menikah, berapa lama menikah, berapa kali).
4. Riwayat obstetri
 1. Riwayat kehamilan
Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, Hasil laboratorium; USG, Darah, Urine, keluhan selama kehamilan termasuk situasi, emosional dan impresi, upaya mengatasi keluhan, tindakan dan pengobatan yang diperoleh.
 2. Riwayat Persalinan
 - a. Riwayat persalinan lalu : Jumlah Gravida, jumlah partal, dan jumlah abortus, umur kehamilan, saat bersalin, jenis persalinan , penolong persalinan, BB bayi, kelaianan fisik, kondisi anak saat ini.
 - b. Riwayat nifas pada persalinan lalu (masalah nifas dan laktasi yang pernah dialami, masalah bayi yang pernah dialami, keadaan anak).
 - c. Riwayat KB; Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan setelah persalinan, jumlah anak yang direncanakan.
5. Riwayat penyakit dahulu
Penyakit yang pernah diderita pada masa lalu , bagaimana cara pengobatan yang dijalani, dimana mendapat pertolongan,. Apakah

penyakit tersebut pernah diderita sampai saat ini atau kambuh berulang-ulang.

6. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang diturunkan secara genetic, menular, kelaianan, congenital atau gangguan kejiwaan yang pernah diderita oleh keluarga.

7. Profil Keluarga.

8. Pola Nutrisi

Pola menu makanan yang dikonsumsi, jumlah, jenis makanan, dan frekuensi.

9. Pola istirahat tidur

Lamanya, kapan, (malam, siang), rasa tidak nyaman yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut, lampu atau remang-remang atau gelap,

apakah mudah terganggu dengan suara-suara.

10. Pola eliminasi

Apakah terjadi diuresis setelah melahirkan, setelah melahirkan adakah inkontinesia, hilangnya kontrol buang air kecil, Pola BAK, frekuensi dan warna.

Pola BAB, frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena luka perineum.

11. Personal Higiene

Pola mandi, kebersihan mulut dan gigi, penggunaan pembalut dan kebersihan genitalia, pola berpakaian, tata rias rambut dan wajah.

12. Aktifitas

13. Kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan, kemampuan merawat diri dan melakukan eliminasi, kemampuan bekerja dan menyusui.

14. Konsep Diri

Sikap penerimaan ibu terhadap tubuhnya, keinginan ibu menyusui, persepsi ibu tentang tubuhnya terutama perubahan-perubahan selama kehamilan.

15. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : Tingkat kesadaran
2. BB, TB, LL, Tanda- tanda vital : TD, S, RR, N.
3. Kepala : Rambut, Wajah, mata (Conjunctiva), hidung, mulut, fungsi pengecap, pendengaran dan leher.
4. Breast : Kebesaran, simetris, pigmentasi, warna kulit, keadaan areola, dan puting susu. Kepenuhan atau pembengkakan, benjolan, nyeri, produksi, laktasi, kolostrum. Perabaan pembesaran getah bening di ketiak.
5. Abdomen ; Teraba lembut, Tekstur Doughi (kenyal), musculus rectus, abdominal utuh (intact) atau terdapat diastasis, distensi, striae. Tinggi fundus uterus, konsistensi (keras lunak, boggy), lokasi, kontraksi, uterus, nyeri, perabaan distensi bilas.
6. Anogenital : Lihat struktur, ragangan, udem vagina, keadaan liang vagina, (licin, kendur lemah) adakah hematom, nyeri, tegang perineum ; Keadaan luka episiotomy, oedema, kemerahan, eritema, drainage. Lochia (Warna, jumlah, bau, bekuan darah atau konsistensi, 1-3 hr rubra, 4-10 hr serosa \geq 10 hr alba), Anus: Hemoroid dan thrombosis pada anus.
7. Muskuloskeletal : Tanda human, edema, tekstur kulit, nyeri bila dipalpasi, kekuatan otot.

16. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Darah : Hemoglobin dan hematocrit 12-24 jam post partum (jika $Hb \leq 10$ g% dibutuhkan suplemen FE), eritrosit, leukosit, Trombosit.
- 2) Klien dengan Dower kateter diperlukan culture urine.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang di peroleh untuk post partum normal menurut Nanda, 2015-2017 adalah :

1. Nyeri berhubungan dengan involusi uterus, nyeri setelah melahirkan.
2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan laserasi dan proses persalinan.
3. Resiko menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurangnya pengetahuan cara perawatan payudara bagi ibu menyusui.
4. Resiko tinggi kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan darah dan intake ke oral.
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melelahkan.
6. Defisiensi pengetahuan mengenai perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurang sumber informasi

2.2.3 Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis), kerusakan jaringan.

Tujuan dan kriteria hasil :

Noc : tingkatan nyeri , control nyeri, tingkat kenyamanan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil :Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, Mampu mengenali nyeri (skala,

intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), Tanda vital dalam batas normal, Tidak mengalami gangguan tidur.

Nic : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor prespitasi, Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, Kurangi faktor prespitasi nyeri, Ajarkan teknik non farmakologi (napas dalam, relaksasi distraksi, kompres hangat/dingin),Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri dan Monitor vital sign

2. Resiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva.

Noc : status imun, pengetahuan tentang kontrol infeksi dan kontrol resiko, Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam pasien tidak mengalaih infeksi dengan kriteria hasil :Klien bebas dari tanda gejala infeksi, Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya gejala infeksi,Menunjukkan perilaku hidup sehat. Rencana tindakan yang akan di lakukan berdasarkan.

Nic : pertahankan aseptik batasi pengunjung bila perluCuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan,Gunakan alat pelindung diri, Berikan terapi antibiotik, Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal,Monitor adanya luka. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi.

3. Resiko tinggi kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan darah dan intake ke oral

Noc : - keseimbangan cairan, hidrasi, Status gizi : intake makanan dan cairan Kriteria hasil : Mempertahankan urin output dengan usia dan BB, tekanan darah, nadi, suhu dalam batas normal, Tidak ada tanda-tanda

dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan. Rencana tindakan berdadarkan.

Nic: timbang popok/ pembalut bila di perlukan, Monitor status dehidrasi, Monitor tanda vital, Monitor status cairan yang masuk dan keluar, Pemberian cairan IV monitor adanya tanda gejala kelebihan volume cairan.

4. Gangguan polatidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melelahkan

Noc : tingkatkan kenyamanan, tingkatkan pola istirahat dan tidur kriteria hasil yang akan di capai : Jumlah jam tidur dalam batas normal, Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat, Mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur. Rencana tindakan berdasarkan.

Nic : menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, Ciptakan lingkungan yang nyaman, Kolaborasikan pemberian obat tidur, Diskusikan dengan pasien dan keluarga teknik tidur pasien, Monitor atau catat kebutuhan tidur

pasien setiap hari dan jam.

5. Resiko menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang pengetahuan cara perawatan payudara bagi ibu menyusui

Noc : pola pernapasan tidak efektif dan Menyusui terganggu dengan Kriteria hasil :Kemantapan pemberian ASI bayi : perlekatan bayi yang sesuai dan proses menghisap dari payudara ibu, Kemantapan pemberian ASI ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat pada saat menyusui, Pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman yang tunjukan untuk mengenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI. Rencana tindakan berdasarkan.

Nic : mengevaluasi pola menhisap/ menelan bayi, Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui, Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui, Kaji kemampuan bayi menghisap secara refleks, Pantau ketrampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting

6. Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurang mengenai sumber informasi

Noc :pengetahuan proses penyakit, Pengetahuan perilaku kesehatan dengan kriteria hasil :Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan, Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang di jelaskan secara benar, Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang di jelaskan secara benar. Rencana tindakan berdasarkan.

Nic :kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit dengan cara yang tepat, Diskusikan pilihan terapi atau penanganan yang tepat.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien (Rohmah,2012).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan (Rohmah,

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasi Studi Kasus

Pasien yang dirawat dalam studi kasus ini adalah Ny. A.R , umur 22 tahun, dengan riwayat obstetri G1P1A0. Riwayat kesehatan pasien melakukan pemeriksaan di puskesmas sebanyak 9 kali, mendapatkan imunisasi Hepatitis sebanyak 2 kali, Keluhan saat Hamil: Mual, muntah dan sakit pinggang. Riwayat Persalinan : Pasien bersalin Di Rumah Sakit dengan penolong: Dokter dan bidan.Pasien tidak memiliki Riwayat sakit, tidak alergi obat, ataupun makanan.Saat ini Ny. A.R mendapatkan pengobatan dan TTV : TD: 120/70 mmHg, Suhu: 36,4°C, RR: 18x/menit, Nadi: 80x/menit.Kesadarn Compos mentis.

Hasi pengkajian pada tanggal 26 Mei 2019 jam 07: 00 WITA, pada kasus ini diperoleh dengan wawancara secara langsung dan mengadakan pengamatan dan observasi secara langsung, pemeriksaan fisik. Dari data pengkajian tersebut didapat hasil pengkajian pasien bahwa nama NY.A.R umur 22 tahun, agama Islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan Ibu rumah tangga,, alamat Kampung solor, pemeriksaan 26 Mei jam 09:00 WITA.

3.1.1.Pengkajian

Pada saat melakukan pengkajian pada NY.A.R pada kasus ini diperoleh dengan cara wawancara langsung dan mengadakan pengamatan serta pemeriksaan fisik. Dari hasil pengkajian keluhan utama pasien nyeri pada perineum, dan pasien mengatakan kurang mendapatkan informasi tentang perawatan bayi.

Pemeriksaan fisik: TTV keadaan umum: Lemah, Kesadaran: Composmentis, hasil yang didapatkan TD : 120/70 mmHg, Suhu: 36,4°C, RR: 18x/menit,

Nadi: 80x/menit, BB pada saat hamil:60 kg, BB sesudah melahirkan: 50 kg.

Pemeriksaan Kepala : Kepala simetris, tidak ada ketombe, rambut tampak bersih, distribusi rambut baik. Tidak terdapat luka, palpasi tidak terdapat benjolan. Mata : Kelopak mata simetris , gerakan mata baik mengikuti gerakan arah cahaya, konjungtiva warna merah mudah, sclera warna putih, pupil isokor, akomodasi terfokus. Hidung: Reaksi alergi tidak ada: Sinus simetris, dan terdapat bulu-bulu halus pada hidung, tidak terlihat kotoran,.Mulut tenggorokan : Membran mukosa kering, tidak teraba pembesaran kelenjar limfa, dan kelenjar tiroid. Gigi, geligi: Gigi tampak bersih, tidak terdapat karang gigi, kesulitan menelan tidak ada, tidak ada kesulitan saat menelan air ludah, dada dan aksila simetris, areola mammae, warna hitam, jalan napas baik, suara napas veskuler, sirkulasi jantung : Kecepatan denyut nadi baik.

Palpasi : Dada: Bentuk payudara normal dan simetris, puting susu keluar, ada pigmentasi, ada kolostrum. Perut : Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kekenyalan lembek. Diastasis Rectus Abdominalis : Tinggi 2 cm dan lebar 4 cm, Vulva : Lochea: Berjenis Lubra, dengan jumlah sedikit, dan bau. Perineum : Ruptur, dengan 3 jahitan.

Kebutuhan Dasar : Nutrisi : Pola makan: Baik, Frekuensi 4x/ hari, jenis makanan nasi, sayur, daging, buah dan roti, intake cairan : 2500 CC/ hari, Pengetahuan ibu tentang nutrisi pada bayi dan ibu: Tidak tahu, makanan pantang tidak ada. Eliminasi : BAB :1x/hari, konstipasi tidak ada, tidak ada nyeri saat BAB. BAK : Frekuensi : 5-6x/hari, retensi urin tidak ada, nyeri saat BAK: tidak ada.

3.1.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa 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 :

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisik (trauma jalan lahir, dan episotomi) ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan nyeri pada daerah perineum.

DO : Tampak merasakan nyeri. PQRST: P: Jahitan perineum, Q : Sperti teriris-iris, R: Menjalar di area Genetalia, S : 4 (Nyeri Sedang).

- 2) Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi yang ditandai dengan :

DS : Pasien mengatakan tidak tahu cara menyusui yang benar pada bayi.

DO : Pasien kelihatan tidak tahu cara menyusui yang benar apad bayi.

3.1.3 Perencanaan/ Intervensi

Pada perencanaan tanggal 27 mei 2019, mempunyai beberapa kriteria hasil yang mencakupi prioritas masalah. Dalam memprioritaskan masalah ada 3 hal yang perlu dipertimbangkan yaitu apakah masalah tersebut mengancam kehidupan., mengancam kesehatan, atau mengancam tumbuh kembang pasien. Langkah selanjutnya adalah menentukan tujuan, baik itu tujuan umum,/ goal maupun tujuan khusus/ obyektif yang merupakan harapan pasien agar dapat dievaluasi dengan baik oleh perawat. Selanjutnya menetapkan intervensi atau rencanan tindakan untuk menatasi masalah keshatan yang dialamminya.

a. Prioritas masalah keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisik (trauma jalan lahir, dan episotomi) merupakan keadaan dimana pasien mengalami ketidaknyamanan dalam merespon suatu rangsangan yang tidak menyenangkan. Penyebab nyeri yang dirasakan pasien karena baru selesai persalinan dan terdapat luka jahitan pada perineum.
2. Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi merupakan prioritas ke 3 (mengancam tumbuh kembang) karena pasien tidak mengetahui teknik menyusui yang baik dan benar pada bayi.

b. Goal dan Objektif

Goal :

Untuk diagnosa 1, mahasiswa menentukan tujuan dari rencana tindakan yaitu mengurangi rasa nyeri selama dalam masa keperawatan.

Objektif :

Setelah dilakukan keperawatan selama 30 menit diharapkan masalah nyeri dapat teratasi dalam jangka waktu 1x24 jam pasien akan menyatakan nyeri berkurang dari skala nyeri 4 (nyeri sedang) menjadi 2 (nyeri ringan).

Goal :

Pada diagnose II mahasiswa menunjukkan tujuan dari rencana tindakan yaitu pasien mengetahui teknik menyusui yang benar pada bayi.

Objektif :

Setelah dilakukan perawatan selama 1x 24 jam pasien mampu memberikan cara menyusui yang benar pada bayi.

c. Intervensi Keperawatan

Pada diagnose I: Lakukan pengkajian nyeri secara menyeluruh meliputi lokasi, durasi, kualitas, keparahan nyeri dan factor pencetus nyeri..Ajarkan untuk teknik non varmakologi. Kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan, misalnya suhu, lingkungan, cahaya, kegaduhan.Kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi.

Pada Diagnosa II : Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga. Kaji kemampuan bayi untuk mengisap secara efektif.Intruksikan ibu dalam teknik menyusui yang meningkatkan teknik ketrampilan dalam menyusui bayinya.

Anjurkan kepada ibu untuk melatih bayi agar dapat menghisap puting susu dengan baik.

3.1.4. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 27-28 Mei 2019.Tindakan dilakukan pada pukul 09 : 00 WITA yaitu melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik da memberika promosi kesehatan.

Implementasi keperawatan lanjutan pada tanggal 27 Mei 2019 tindakan yang dilakukan melakukan pengkajian skala nyeri pada pasien dan mengajarkan teknik relaksasi paada pasien pada pukul 12:00 WITA untuk mengatasi diagnosa Nyeri berhubungan dengan agen injuri fisik (trauma jalan lahir, dan episotomi).

Pada tanggal 27 Mei Pada pukul 12 : 35 mahasiswa melakukan promosi kesehatan tentang teknik menyusui untuk mengatasi diagnosa Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi. Pada pukul 13 : 00 mahasiswa melakukan tindakan mengukur Tekanan Darah, Nadi, Suhu, dan RR.

3. Evaluasi Tindakan Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi yang dilakukan dapat berlanjut di rumah seperti kunjungan rumah agar dapat mengukur sejauh mana perubahan yang di alami pasien pasien dari intervensi yang diberikan antara lain : Pada diagnosa I : evaluasi terhadap tindakan yang dilakukan yaitu Nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien mengatakan nyeri berkurang karena mmelakukan teknik relaksasi.. Pada diagnose II Didapatkan evaluasi pasien sebagai berikut : Pasien sudah mengetahui cara menyusui yang baik dan benar kepada bayi, TTV : TD: 120/80 mmHg, S : 36,5°C, RR:20x/menit, Nadi : 80x/ menit.

3.2. Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Menurut (Cuninghaam 2013) masalah yang muncul pada pasien post partum normal adalah, Nyeri, Kecemasan dan kurannya pengetahuan. Hasil pengkajian keluhan utama pasien yaitu nyeri pada daerah perineum, dan ketidak pengetahuan tentang teknik menyusui. Berdasarkan teori diatas dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus dikarenakan

pada kasus ditemukan keluhan utama yang sesuai dengan kasus yaitu adanya nyeri dan kekurangan pengetahuan.

3.2.2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan Diagnosa keperawatan NANDA Klarifikasi 2015-2017 ada 5 diagnosa yang bisa diangkat yaitu Resiko tinggi kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan darah dan intake ke oral, Resiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva, Resiko menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang pengetahuan cara perawatan payudara bagi ibu menyusui. Resiko tinggi kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan darah dan intake ke oral, Gangguan pola tidur berhubungan dengan respon hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melelahkan. Defisiensi pengetahuan mengenai perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurang sumber informasi.

Hasil pengumpulan yang dilakukan oleh peneliti kepada Ny. A.R pada tanggal 27 Mei 2019 di ruangan flamboyant ditemukan 2 diagnosa pada Post partum normal yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisik (trauma jalan lahir, dan episotomi). Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi.

Berdasarkan teori diatas dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan kesenjangan antara teori dan kasus dimana hanya 3 diagnosa yang penulis tegakan Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisik (trauma jalan lahir, dan episotomi). Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi, sedangkan diagnosa Resiko tinggi

kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan darah dan intake ke oral, Gangguan pola tidur

berhubungan dengan respon hormonal psikologis, proses persalinan dan proses melelahkan. Defisiensi pengetahuan mengenai perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurang sumber informasi tidak diangkat karena tidak ditemukan data-data yang sesuai dengan batas karakteristik dari diagnosa keperawatan tersebut. Data-data yang didapat pada pasien yaitu pasien yaitu pasien mengalami luka jahitan pada area perineum dan kurang pengetahuan tentang teknik menyusui yang baik dan efektif. Dari data- data tersebut dirumuskan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisik (trauma jalan lahir, dan episiotomi). Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi.

3.2.3. Intervensi Keperawatan

Menurut Nanda (2015) Diagnosa keperawatan yang pertama Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisik (trauma jalan lahir, dan episiotomi) goal dari diagnose ini adalah mengurangi raasa nyeri selama dalam masa keperaawatan dan objektif dari diagnosa pertama adalah Setelah dilakukan keperawatan selama 30 menit diharapkan masalah nyeri dapat teratasi dalam jangka waktu 1x24 jam pasien akan menyatakan nyeri berkurang dari skala nyeri 4 (nyeri sedang) menjadi 2 (nyeri ringan).). Intervensi keperawatan (Nanda NIC NOC) yaitu Lakukan pengkajian nyeri secara menyeluruh meliputi lokasi, durasi, kualitas, keparahan nyeri dan factor pencetus nyeri..Ajarkan untuk teknik non varmakologi. Kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien

terhadap ketidaknyamanan, misalnya suhu, lingkungan, cahaya, kegaduhan. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi.

Diagnosa Ke 2 Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi. Goal dari diagnose ini adalah pasien mengetahui teknik menyusui yang benar dan efektif pada bayi. Objektif dari diagnose ke 2 adalah Setelah dilakukan perawatan selama 1x 24 jam pasien mampu memberikan cara menyusui yang benar pada bayi. Intervensi keperawatan (Nanda NIC NOC) adalah Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga. Kaji kemampuan bayi untuk mengisap secara efektif. Intruksikan ibu dalam teknik menyusui yang meningkatkan teknik ketrampilan dalam menyusui bayinya.

Anjurkan kepada ibu untuk melatih bayi agar dapat menghisap puting susu dengan baik.

3.2.4. Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Ny.A.R, tidak semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan dan berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan :

Diagnosa 1 tindakan yang dilakukan melakukan pengkajian skala nyeri pada pasien dan mengajarkan teknik relaksasi paada pasien. Memantau TTV:TD;110/70 mmHg, N;78x/m, S:37°C, RR;18x/m, Jam 10:00 WITA melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan. Diagnosa II tindakan yang dilakukan melakukan promosi kesehatan tentang teknik menyusui pada ibu.

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi menurut Potter & Perry (2005) yaitu membandingkan data subjek dan objektif yang dikumpulkan dari pasien, perawat lain dan

keluarga untuk menentukan tingkat keberhasilan dalam memenuhi hasil yang diharapkan yang ditetapkan selama perencanaan.

Dari hasil tindakan yang telah dilakukan selama 2 hari, kemudian dilakukan evaluasi pada setiap diagnosa. Pada diagnosa I : evaluasi terhadap tindakan yang dilakukan yaitu Nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien mengatakan nyeri berkurang karena mmelakukan teknik relaksasi.. Pada diagnose II Didapatkan evaluasi pasien sebagai berikut : Pasien sudah mengetahui cara menyusui yang baik dan benar kepada bayi, TTV : TD: 120/80 mmHg, S : 36,5°C, RR:20x/menit, Nadi : 80x/ menit.

Dari evaluasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan di lapangan. Pada kasus Ny A.R evaluasi dilakukan setiap kali melakukan implementasi. Dan setelah dilakukan 2 hari perawatan, hasil yang ditemukan adalah sudah tercapai.

3.3. Keterbatasan Penelitian

3.3.1 Persiapan

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah dari studi kasus membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu untuk studi kasus sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik.

3.3.2 Hasil

Dari hasil yang di peroleh penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini jauhlah dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang sangat singkat sehingga hasil yang diperolehpun kurang begitu sempurna dan masih membutuhkan pembenahan dalam penulisan hasil.

BAB IV

PENUTUP

1.1.Kesimpulan

1. Pengkajian pada Ny. A.R pada tanggal 27 Mei 2019, pasien mengatakan masuk RSUD Prof dr W Z Yohanes Kupang pada tanggal 25 Mei 2019 jam 16:00 WITA dengan keluhan utama yaitu pada pukul 15:30 pasien merasakan nyeri pada bagian perut dan keluar air dari vagina. Ny. A.R mengatakan badan terasa lemas dan tidak bisa mmengontrol nyeri.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisik (trauma jalan lahir, dan episotomi), Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi.
3. Intervensi yang di ambil dari (NANDA NIC NOC) pada diagnose I Lakukan pengkajian nyeri secara menyeluruh meliputi lokasi, durasi, kualitas, keparahan nyeri dan factor pencetus nyeri..Ajarkan untuk teknik non varmakologi. Kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadaap ketidaknyamanan, misalnya suhu, lingkungan, cahaya, kegaduhan.Kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi. Pada diagnosa II intervensi yang dilakukan Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga. Kaji kemampuan bayi untuk mengisap secara efektif.Intruksikan ibu dalam teknik menyusui yang meningkatkan teknik ketrampilan dalam menyusui bayinya.
Anjurkan kepada ibu untuk melatih bayi agar dapat menghisap puting susu dengan baik.
4. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan aktifitas-aktiftas yang berada pada intervensi keperawatan yang disusun mulai dari diagnosa yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisik (trauma jalan lahir, dan episotomi), dan Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi

berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi.

5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny. A.R menunjukkan kedua masalah keperawatan yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisik (trauma jalan lahir, dan episiotomi) masalah teratasi, Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi masalah teratasi.

1.2.Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada keperawatan maternitas terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan Post Partum Normal..

2. Bagi Rumah sakit

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan penanganan asuhan keperawatan maternitas yang lebih cepat dan tepat kepada pasien-pasien yang mengalami Post Partum Normal.

3. Bagi Perawat

Diharapkan bagi perawat-perawat yang berada di Flamboyan yang melakukan tindakan keperawatan maternitas pada pasien dengan Post Partum Normal bisa lebih memperhatikan dan menekankan perawatan secara tepat dan cepat.

4. Bagi Paasien

Agar klien mengetahui teknik-teknik perawatan post partum sehingga tidak merugikan.

5. Bagi Pembaca

Studi kasus ini secara teoritis dapat menjadi acuan bagi pembaca dengan responden yang lebih besar sehingga dapat menjadi kontribusi bagi

perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan Post Partum Normal.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Eny Retna dan Diah wulandari. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Nuha medika
- Bobak,M.Irene.2004. *Perawatan Maternitas dan Gynekologi*.Bandung: VIA PKP
- Erna Sotia Ningrum 2010.*Bukku Ajar Kegawat Daruratan Maternitas.Pada Ibu Hamil Bersalin Nifas*. Jakarta
- Hadjono 2008. *Keperawatan Maternitas Masa Nifas Pada Ibu*.Edisi 1.EGC.Jakarta
- Manuaba,Ida Bagus.2007.*Ilmu Kebidanan,Penyakit kandungan, dan keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*.Jakarta:EGC
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maryunani, Anik. 2009. *Asuhan Pada Ibu Dalam Masa Nifas (Postpartum)*. Jakarta: TIM
- Ridhayati, 2013 *ilmu kebidanan pada Masa Nifas.Keperawatan Maternitas Kehamilan*. Volume 1 Jakarta
- Sundawati dan Yanti, 2011*Sinopsis Obstetri Jilid I*. EGC : Jakarta
- Saifuddin, Abdul Bari.2006.*Buku Panduan Praktis Kesehatan Maternal dan Neonatal*.Jakarta:Tridasa Printer
- Saleha, Siti.2009.*Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
- Sarwono, P. 2008.*Ilmu Kebidanan*.Jakarta:Yayasan Bina Pustaka
- Wiknjosastro, 2006. (2009). *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Penerbit Fitramaya.
- Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017. 2018. Kementerian Kesehatan RI.

FORMAT PENGKAJIAN IBU POST PARTUM

Nama Mahasiswa : Mahardika Taneo
Tanggal Masuk : 27 Mei 2019
Ruang/Kelas : Flamboyan
Pengkajian Tanggal : 26 Mei 2019
Nim : PO 530320116312
Jam Masuk : 07:00 WITA
Kamar NO : 6
Jam : 09:00 WITA

I. IDENTITAS UMUM

Nama : Ny. A.R
Umur : 22 tahun
Suku/ bangsa : Flores
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Kampung Solor
Status Perkawinan : Belum Menikah
Riwayat Obstetri : GI PI AO AHO
Post Partum Hari ke : 2

Nama Suami : H.M
Umur : 23 tahun
Suku/bangsa : Rote
Agama : Kristen Protestan
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Kampung Solor

II. RIWAYAT KESEHATAN

a. Tempat Pemeriksaan Kehamilan : Puskesmas
b. Frekuensi : 9x
c. Imunisasi : 2x (Hepatitis)
d. Keluhan Selama Kehamilan : Mula, muntah, Sakit
Pinggang

e. Pendidikan Kesehatan yang sudah diperoleh :

(-) Perawatan payudara : (-) Nutrisi Ibu Menyusui: (-) Nutrisi Bayi:

(-) Lain – Lain :

1. RIWAYAT PERSALINAN

a. Tempat Persalinan : Rumah Sakit

b. Penolong : Dokter, Bidang, Perawat.

c. Jalannya persalinan

KALA I	KALA II	KALA III	KALA IV
<ul style="list-style-type: none">• Keluar lendir atau darah• Ustium uteri internium dan eksternum terbuka.• Selaput Ketuban Pecah spontan.• Kontraksi Teratur• Kecepatan Pembukaan serviks 1 cm	<ul style="list-style-type: none">• Bagian terbawah janin: Kepala turun samapai dasar panggul.• Perineum meregang dan anus terbuka.• Kepala bayi keluar lebih dahulu• Pematangan jaringan perineum (3 jahitan).	<ul style="list-style-type: none">• Kontraksi Uterus mulai berkurang• Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat• Tali pusat memanjang	<ul style="list-style-type: none">• Kontraksi uterus baik.• Plasenta dan air ketuban keluar.• Luka perineum 3 jahitan• Keadaan ibu dan bayi baik.

III. PEMERIKSAAN FISIK IBU

a. TTV : TD: 120/70 mmHg, Suhu: 36,4°C, RR: 18x/menit, Nadi: 80x/menit

b. Pemeriksaan umum :

- Keadaan umum : Lemah
- Kesadaran : Composmentis
- Kelaianan bentuk badan : Tidak ada kelainan bentuk badan.

c. Kepala/Muka

- Kulit Kepala : Bersih

- Mata : Konjungtiva pucat, sclera normal.
 - Telinga : Simetris
 - Hidung : Normal
 - Mukosa Mulut/Gigi : Bibir kering, gigi bersih.
- d. Leher
- JVP : 6 cm
 - Kelenjar Tiroid : Tidak teraba Kelenjar tiroid.
 - Kelenjar Limfe : Tidak teraba pembesaran kelenjar limfa
- e. Dada
- Bentuk Payudara : Normal, simetris kanan dan kiri
 - Putting susu : Keluar
 - Pigmentasi : Ada
 - Kolostrum : Ada
 - Kebersihan Payudara : Bersih
- f. Perut
- Tinggi Fundus Uteri : 2 jari dibawah pusat
 - Kekenyalan : Lembek
 - Diastasis Rectus Abdominalis:
 - Panjang : 2 cm
 - Lebar : 4 cm
- g. Vulva
- Lochea
 - Jumlah : Sedikit
 - Jenis : Lubra
 - Bau : Ya
- h. Perineum : Ruptur (3 jahitan)
- i. Haemoroid : Tidak ada
- j. Ekstremitas : Refleks

IV. KEBUTUHAN DASAR

a. Nutrisi

- Pola makan : Baik
- Frekuensi : 4x/hari
- Jenis makanan : Nasi,sayur,buah,roti.

- Intake cairan/24 jam : 2500 CC/hari
 - Pengetahuan ibu tentang nutrisi buteki : Tidak tahu
 - Makanan pantangan : Tidak ada
- b. Eliminasi
- BAB
 - Frekuensi : 1x/hari
 - Konstipasi : Tidak
 - Nyeri saat BAB : Tidak ada
 - BAK
 - Frekuensi : 5-6x/menit
 - Retensi : Tidak
 - Nyeri saat BAK : Tidak ada.
- c. Aktivitas
- Mulai ambulasi jam : 3 hari sesudah post partum
 - Senam nifas : Belum
- d. Personal Higiene
- Frekuensi mandi : Belum mandi
 - Frekuensi gosok gigi : Belum gosok gigi
 - Frekuensi ganti pakian : 1x/hari
- e. Istirahat dan tidur
- Tidur siang : 13:00-15:00
 - Tidur malam : 21:00-05:00
 - Gangguan tidur : Tidak ada
- f. Kenyamanan
- Nyeri : Ada
 - Lokasi : Pada daerah perineum
 - Durasi : Pada saat tidur
 - Skala : 4 (Nyeri sedang)
- g. Psikososial
- Respon ibu terhadap kelahiran bayi : Ibu menerima bayi
 - Respon keluarga terhadap kelahiran bayi : Keluarga menerima bayi
 - Fase taking in : Ibu senang dan bahagi terhadap bayinya
 - Fase taking Hold : -
 - Fase letting go : -
 - Post partum blues : -
- h. Komplikasi Post partum

- Infeksi : Tidak ada
- Gangguan laktasi : Tidak ada
- Perdarahan post partum : Ada

i. Bagaimana pengetahuan ibu tentang

- Cara perawatan payudara : Tidak tahu
- Cara menyusui : Tidak tahu
- Perawatan tali pusat : Tidak tahu
- Cara memandikan bayi ; Tidak tahu
- Nutrisi bayi : Tidak tahu
- Nutrisi ibu menyusui : Tidak tahu
- Keluarga berencana : Tidak tahu
- Imunisasi : Tidak tahu
- Lain –lain : Teknik menyusui

j. Pendidikan Kesehatan yang dibutuhkan

- Perawatan payudara
- Cara menyusui
- Keluarga berencana
- Nutrisi bayi
- Nutrisi Ibu menyusui

k. Data Spiritual

- Agama : Muslim
- Kegiatan Keagamaan : Sembayang
- Apakah pasien yakin terhadap agama yang dianut : Pasien yakin

l. Data Penunjang :

1. Pemeriksaan urin protein : Protein +2

Terapi yang didapat :

- RL drip 500 ml 2o tpm
- Amoxilin 3x500 mg
- Asam mefenamat 3x500 mg
- Livion 6.plex 2x1

Analisa Data

NO	Data-data	Problem	Etiologi
	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada daerah perineum.</p> <p>DO : Saat pengkajian nyeri</p> <p>PQRST: P: Jahitan perineum, Q : Sperti teriris-iris, R: Menjalar di area Genetalia, S : 4 (Nyeri Sedang).</p> <p>DS : Pasien mengatakan tidak tahu cara menyusui yang benar pada bayi.</p> <p>DO : Pasien kelihatan tidak tahu cara menyusui yang benar pada bayi.</p>	<p>Nyeri Akut</p> <p>Kurang pengetahuan</p>	<p>Agen injuri fisik (trauma jalan lahir</p> <p>Kurangnya informasi</p>

Rumusan Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisik (trauma jalan lahir, dan episotomi).
2. Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi.

Goal :

Untuk diagnosa 1, mahasiswa menentukan tujuan dari rencana tindakan yaitu mengurangi raasa nyeri selama dalam masa keperaawatan.

Objektif :

Setelah dilakukan keperawatan selama 30 menit diharapkan masalah nyeri dapat teratasi dalam jangka waktu 1x24 jam pasien akan menyatakan nyeri berkurang dari skala nyeri 4 (nyeri sedang) menjadi 2 (nyeri ringan).

Goal :

Untuk diagnosa II mahasiswa menunjukan tujuan dari rencana tindakan yaitu pasien mengetahui teknik menyusui yang benar pada bayi.

Objektif :

Setelah dilakukan perawatan selama 1x 24 jam pasien mampu memberikan cara menyusui yang benar pada bayi.

Intervensi Keperawatan

Diagnosa I :

NOC		NIC
NO	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri pasien dapat berkurang atau hilang dengan kriteria hasil :</p> <p>Domain 5 : Kondisi Kesehatan yang di sarankan</p> <p>Kelas V : Status Gejala</p> <p>Luaran : Tingkat Nyeri (Halaman : 577), yaitu keparahan dari nyeri yang diamati atau dilaporkan ditingkatkan dari 2 (cukup berat) menjadi 4 (ringan).</p> <p>Dengan indicator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri yang dilaporkan 2. Panjangnya episode nyeri. 3. Menggosok area yang terkena dampak. 4. Mengerang dan menangis. 5. Ekspresi nyeri wajah. 	<p>1400</p> <p>Domain 1 : Fisiologi Dasar</p> <p>Kelas E : Peningkatan kenyamanan fisik.</p> <p>Intervensi</p> <p>Manajemen Nyeri (Hal 198)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara menyeluruh meliputi lokasi, durasi, kualitas, keparahan nyeri dan factor pencetus nyeri. 2. Observasi ketidaknyamanan non verbal. 3. Ajarkan untuk teknik non varmakologi. 4. Kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan, misalnya suhu, lingkungan, cahaya, kegaduhan. 5. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi.

Diagnosa II

NOC	NIC
Kriteria Hasil	Intervensi
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam pasien dapat mengetahui pengetahuan tentang teknik menyusui yang baik dan benar pada bayi.	<ul style="list-style-type: none">• Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga.• Kaji kemampuan bayi untuk mengisap secara efektif.• Intruksikan ibu dalam teknik menyusui yang meningkatkan teknik ketrampilan dalam menyusui bayinya.• Anjurkan kepada ibu untuk melatih bayi agar dapat menghisap puting susu dengan baik.

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 27-28 Mei 2019. Tindakan dilakukan pada pukul 09 : 00 WITA yaitu melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik dan memberika promosi kesehatan.

Implementasi keperawatan lanjutan pada tanggal 27 Mei 2019 tindakan yang dilakukan melakukan pengkajian skala nyeri pada pasien dan mengajarkan teknik relaksasi paada pasien pada pukul 12:00 WITA untuk mengatasi diagnosa Nyeri

Pada pukul 12 : 35 mahasiswa melakukan promosi kesehatan tentang teknik menyusui untuk mengatasi diagnosa Kurang pengetahuan teknik menyusui pada bayi berhubungan dengan kurangnya informasi tentang teknik menyusui pada bayi. Pada pukul 13 : 00 mahasiswa melakukan tindakan mengukur Tekanan Darah, Nadi, Suhu, dan RR.

Evaluasi Tindakan Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi yang dilakukan dapat berlanjut di rumah seperti kunjungan rumah agar dapat mengukur sejauh mana perubahan yang di alami pasien pasien dari intervensi yang diberikan antara lain : Pada diagnosa I : evaluasi terhadap tindakan yang dilakukan yaitu Nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien mengatakan nyeri berkurang karena mmelakukan teknik relaksasi. Pada diagnosa II Didapatkan evaluasi pasien sebagai berikut : Pasien sudah mengetahui cara menyusui yang baik dan benar kepada bayi, TTV : TD: 120/80 mmHg, S : 36,5°C, RR:20x/menit, Nadi : 80x/ menit.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
TEKNIK MENYUSUI YANG BAIK DAN BENAR

A. Pendahuluan

Menyusui merupakan kegiatan yang menyenangkan bagi ibu sekaligus memberikan manfaat yang tidak terhingga pada anak (Yuliarti, 2009).

Keberhasilan menyusui harus diawali dengan kepekaan terhadap waktu yang tepat saat pemberian ASI. Kalau diperhatikan sebelum sampai menangis bayi sudah bisa memberikan tanda-tanda kebutuhan akan ASI berupa gerakan-gerakan memainkan mulut dan lidah atau tangan di mulut.

Kendala terhadap pemberian ASI telah teridentifikasi, hal ini mencakup faktor-faktor seperti kurangnya informasi dari pihak perawat kesehatan bayi, praktik-praktik rumah sakit yang merugikan seperti pemberian air dan suplemen bayi tanpa kebutuhan medis, kurangnya perawatan tindak lanjut pada periode pasca kelahiran dini, kurangnya dukungan dari masyarakat luas (Maribeth Hasselquist, 2006).

Sehingga penulis menyusun makalah satuan acara penyuluhan dengan tema Teknik Menyusui yang Baik dan benar, agar ibu menyusui mampu menerapkan tehnik menyusui yang baik dan benar pada bayi umur 0-2 tahun.

1. Pokok bahasan : Post Partum Normal
2. Sub pokok bahasan : Teknik Menyusui yang baik dan benar
3. Hari/Tanggal : Senin, 27 Mei 2019
4. Waktu : 30 menit
5. Tempat : RSUD Prof Dr W.Z Yohanes Kupang/ruang
Flamboyan A
6. Sasaran : Ibu Menyusui dan Keluarga

B. Tujuan umum

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 1 x 30 menit diharapkan agar Pasien dapat mengetahui tentang teknik menyusui yang benar dan benar.

C. Tujuan khusus

Setelah dilakukan penyuluhan, Pasien dapat mengetahui tentang:

- 1 Menyebutkan kembali pengertian tehnik menyusui yang baik dan benar
- 2 Menyebutkan kembali Tanda Bayi Menyusui Dengan Benar
- 3 Menyebutkan kembali Fungsi menyusui yang benar
- 4 Menyebutkan kembali Akibat tidak menyusui dengan benar
- 5 Menyebutkan kembali Tanda bayi mendapat ASI dalam jumlah cukup
- 6 Menyebutkan kembali Langkah-langkah menyusui yang benar
- 7 Menyebutkan kembali Upaya memperbanyak ASI
- 8 Menyebutkan kembali Lama dan Frekuensi Menyusui

D. Materi Penyuluhan

1. Pengertian tehnik menyusui yang benar
2. Tanda Bayi Menyusui Dengan Benar
3. Fungsi menyusui yang benar
4. Akibat tidak menyusui dengan benar
5. Tanda bayi mendapat ASI dalam jumlah cukup
6. Langkah-langkah menyusui yang benar
7. Upaya memperbanyak ASI
8. Lama dan Frekuensi Menyusui

E. Peserta Penyuluhan

Pasien dan Keluarga

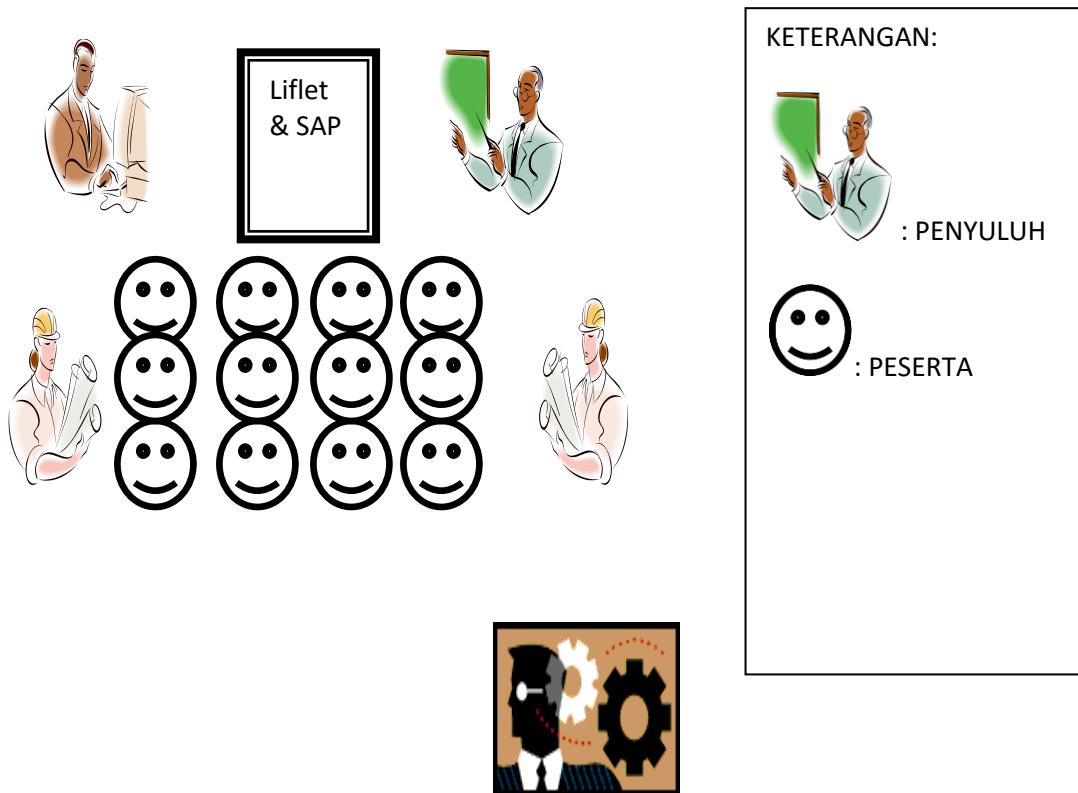
F. Metode Penyuluhan

Ceramah dan Tanya jawab.

G. Media Penyuluhan

1. Leaflet

H. SETING TEMPAT



I. PENGORGANISASIAN

Penanggung jawab : Dosen Mata Kuliah Maternitas

J. RINCIAN TUGAS

Penanggung jawab : Mengkoordinir persiapan dan pelaksanaan penyuluhan.

Penyuluh : Mahardika Taneo

K. Kegiatan penyuluhan

No	Tahap/waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan sasaran
1.	Pembukaan : 5 menit	Memberi salam pembuka Memperkenalkan diri Menjelaskan pokok bahasan dan tujuan penyuluhan Membagi leaflet	Menjawab salam Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan
2.	Pelaksanaan : 15 menit	Menjelaskan pengertian teknik menyusui. Menjelaskan posisi dan perlekatan menyusui yang benar. Menjelaskan persiapan memperlancar pengeluaran ASI Menjelaskan langkah-langkah menyusui yang benar Menjelaskan cara pengamatan tehnik menyusui yang benar. Menjelaskan Lama dan frekuensi menyusui	Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan
3.	Evaluasi : 5 menit	Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan.	Menjawab pertanyaan

4.	Terminasi : 5 menit	Mengucapkan terimakasih atas peran serta dan peserta Mengucapkan salam penutup	Mendengarkan Menjawab salam
----	------------------------	---	------------------------------------

L. Evaluasi

1. Jelaskan cara menyusui yang baik dan benar?
2. Jelaskan posisi bagaimana cara menyusui bayi kembar yang baik dan benar?
3. Sebutkan langkah-langkah menyusui yang baik dan benar?

M. Hasil

1. Ibu bisa menjelaskan teknik cara menyusui yang baik dan benar.
2. Ibu bisa menjelaskan dan memperagakan bagaimananya caranya menyusui bayi kembar dengan baik dan benar.
3. Ibu mampu menyebutkan langkah-langkah menyusui yang baik dan benar.

Materi Penyuluhan
“Tekhnik Menyusui yang Baik dan Benar”

1. Pengertian Tekhnik Menyusui yang benar

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

Tekhnik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Suradi dan Hesti, 2010,)

Tekhnik 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 menyusui.

2. Tanda Bayi Menyusui Dengan Benar

- a. Bayi tampak tenang
- b. Badan bayi menempel pada perut ibu
- c. Mulut bayi terbuka lebar
- d. Dagu bayi menempel pada payudara ibu
- e. Sebagian areola masuk dalam mulut bayi, areola bawah masuk lebih banyak
- f. Bayi Nampak menghisap kuat dengan irama perlahan

Terdapat berbagai macam posisi menyusui. Cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri atau berbaring.



Gambar 1. Posisi menyusui sambil berdiri yang benar



Gambar 2. Posisi menyusui sambil duduk yang benar



Gambar 3. Posisi menyusui sambil rebahan yang benar

Ada posisi khusus yang berkaitan dengan situasi tertentu seperti ibu pasca operasi sesar. Bayi diletakkan disamping kepala ibu dengan posisi kaki diatas. Menyusui bayi kembar dilakukan dengan cara seperti memegang bola bila disusui bersamaan, dipayudara kiri dan kanan. Pada ASI yang memancar

(penuh), bayi ditengkurapkan diatas dada ibu, tangan ibu sedikit menahan kepala bayi, dengan posisi ini bayi tidak tersedak (Vivian Nanny Lia Dewi, Tri Sunarsih, 2011)



Gambar 4. Posisi menyusui balita pada kondisi normal



Gambar 5. Posisi menyusui bayi baru lahir yang benar di ruang perawatan



Gambar 6. Posisi menyusui bayi baru lahir yang benar di rumah



Gambar 7. Posisi menyusui bayi bila ASI penuh



3. Fungsi menyusui yang benar

- a. Puting susu tidak lecet
- b. Perlekatan menyusui pada bayi kuat
- c. Bayi menjadi tenang
- d. Tidak terjadi gumoh

4. Akibat tidak menyusui dengan benar

- a. Puting susu menjadi lecet
- b. ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI
- c. Bayi enggan menyusui
- d. Bayi menjadi kembung

5. Tanda bayi mendapat ASI dalam jumlah cukup

- a. Bayi akan terlihat puas setelah menyusui

- b. Bayi terlihat sehat dan berat badannya naik setelah 2 minggu
- c. pertama (100-200 gr setiap minggu)
- d. Puting dan payudara tidak luka atau nyeri
- e. Setelah beberapa hari menyusui, bayi akan buang air kecil 6-8 kali sehari dan buang air besar berwarna kuning 2 kali sehari
- f. Apabila selalu tidur dan tidak mau menyusui maka sebaiknya bayi dibangunkan dan dirangsang untuk menyusui setiap 2-3 jam sekali setiap harinya.

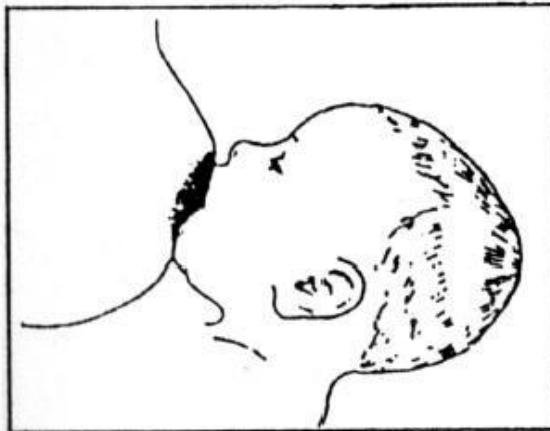
6. Langkah-langkah menyusui yang benar

- a. Menjelaskan maksud dan tujuan pendekes
- b. Cuci tangan sebelum menyusui dan mengajari ibu
- c. Ibu duduk atau berbaring dengan santai (bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu menggantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi).
- d. Mempersilahkan dan membantu ibu membuka pakaian bagian atas
- e. Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit, kemudian dioleskan pada puting dan sekitar areola payudara (cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu).
- f. Mengajari ibu untuk meletakkan bayi pada satu lengan, kepala bayi berada pada lengkung siku ibu dan bokong bayi berada pada lengan bawah ibu
- g. Mengajari ibu untuk menempelkan perut bayi pada perut ibu dengan meletakkan satu tangan bayi di belakang badan ibu dan yang satu di depan, kepala bayi menghadap payudara
- h. Mengajari ibu untuk memposisikan bayi dengan telinga dan lengan pada garis lurus

- i. Mengajari ibu untuk memegang payudara dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah serta jangan menekan puting susu dan areolanya



- j. Mengajari ibu untuk merangsang membuka mulut bayi : Menyentuh pipi dengan puting susu atau menyentuh sudut mulut bayi



Cara yang benar



Cara yang salah

- k. Setelah bayi membuka mulut (anjurkan ibu untuk mendekatkan dengan cepat kepala bayi ke payudara ibu, kemudian memasukkan puting susu serta sebagian besar areola ke mulut bayi)
- l. Setelah bayi mulai menghisap, menganjurkan ibu untuk tidak memegang atau menyangga payudara lagi
- m. Menganjurkan ibu untuk memperhatikan bayi selama menyusui
- n. Mengajari ibu cara melepas isapan bayi (jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau dagu bayi ditekan ke bawah).



- o. Setelah selesai menyusui, mengajarkan ibu untuk mengoleskan sedikit ASI pada puting susu dan areola. Biarkan kering dengan sendirinya



cara menyusui yang benar

- p. Mengajari ibu untuk menyendawakan bayi :
- q. Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung ditepuk perlahan-lahan sampai bayi bersendawa (bila tidak bersendawa tunggu 10 – 15 menit) ATAU Bayi ditengkurapkan dipangkuan



Cara menyendawakan bayi

7. Upaya memperbanyak ASI

a. Untuk Bayi

- 1) Menyusui bayi setiap 2 jam siang dan malam dengan lama menyusui antara 10-15 menit disetiap payudara
- 2) Bangunkan bayi, lepas baju bayi yang menyebabkan rasa gerah
- 3) Pastikan bayi menyusui dengan posisi menempel yang baik dan mendengarkan suara menelan yang aktif.
- 4) Susui bayi ditempat yang tenang dan nyaman dan minumlah setiap kali menyusui.

b. Untuk Ibu

- 1) Ibu harus meningkatkan istirahat dan minum
- 2) Makan makanan yang bergizi
- 3) Petugas kesehatan harus mengamati ibu yang menyusui bayinya dan mengoreksi setiap kali terdapat masalah pada posisi penempelan.
- 4) Susukan bayinya sesering mungkin (Anggraini, 2010; h. 22).

8. Lama dan Frekuensi Menyusui

Sebaiknya tindakan menyusui bayi dilakukan disetiap bayi membutuhkan karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena penyebab lain (BAK, kepanasan/kedinginan, atau sekedar ingin didekap) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya, bayi tidak memiliki pola yang teratur dalam menyusui dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian.

Menyusui yang dijadwal akan berakibat kurang baik karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya. Dengan menyusui tanpa jadwal dan sesuai kebutuhan bayi, akan mencegah timbulnya masalah menyusui. Ibu yang bekerja dianjurkan agar lebih sering menyusui pada malam hari. Bila sering disusukan pada malam hari akan memicu produksi ASI.

Untuk menjaga keseimbangan ukuran kedua payudara, maka sebaiknya setiap kali menyusui harus dengan kedua payudara. Pesankan kepada ibu agar berusaha menyusui sampai payudara terasa kosong, agar produksi ASI menjadi lebih baik. Setiap kali menyusui, dimulai dengan payudara yang terakhir disusukan. Selama masa menyusui sebaiknya ibu menggunakan kutang (bra) yang dapat menyangga payudara, tetapi tidak terlalu ketat. (Vivian Nanny Lia Dewi, Tri Sunarsih, 2011).

1. Kesimpulan

Teknik Menyusui Yang Benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar. Langkah-langkah menyusui yang benar yaitu Cuci tangan yang bersih dengan sabun, perah sedikit ASI dan oleskan disekitar puting, duduk dan berbaring dengan santai. Bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyetuh bibir bayi ke puting susunya dan menunggu sampai mulut bayi terbuka lebar. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah puting susu. Cara melekatkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bawah bayi membuka lebar. Menyusui dengan teknik yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet, ASI tidak keluar optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI selanjutnya atau bayi enggan menyusu. Apabila bayi telah menyusui dengan benar maka akan memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut yaitu: bayi tampak tenang, badan bayi menempel pada perut ibu, mulu bayi terbuka lebar, dagu bayi menempel pada payudara ibu, sebagian areola masuk kedalam mulut bayi, areola bawah lebih banyak yang masuk, bayi nampak menghisap kuat dengan irama perlahan, puting susu tidak terasa nyeri, telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus, kepala bayi agak menengadah.

Dalam menyusui, terdapat macam posisi menyusui, cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri atau berbaring.

Adapun posisi khusus yang berkaitan dengan situasi tertentu, seperti ibu pasca operasi Caesar. Bayi diletakkan di samping kepala ibu dengan posisi kaki di atas. Menyusui bayi kembar dilakukan dengan cara seperti memegang bola bila disusui bersamaan, yaitu di payudara kiri dan kanan. Pada ASI yang

memancar (penuh), bayi ditengkurapkan di atas dada ibu, tangan ibu sedikit menahan kepala bayi, sehingga dengan posisi ini bayi tidak tersedak.

2. Saran

Setelah mengetahui cara menyusui yang baik dan benar, di harapkan kepada ibu menyusui agar dapat menyusui bayinya dengan baik dan benar.

DAFTAR PUSTAKA

Dessy, T., dkk. 2009. *Perubahan Fisiologi Masa Nifas*. Akademi Kebidanan Mamba'ul 'Ulum Surakarta

Henderson C, dan jone K. 2005. *Buku Ajar Konsep Kebidanan (Edisi Bahasa Indonesia)*. Ed. Yulianti. Jakarta: EGC

Pusdiknekes, 2001. *Panduan Pengajar Asuhan Kebidanan Fisiologi Bagi dosen Dipolma III Kebidanan*. Jakarta: pusdiknes. WHOJHPIEGO.

Vivian Nanny Lia Dewi, Tri Sunarsih, 2011. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Salemba Medika: Jakarta

Varney H, et al.2007, Buku a Saleha, 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*.

Jakarta: Salemba Medika (hlm: 53-57).