

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

Asuhan Keperawatan merupakan sekumpulan proses tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien, yang mana dalam pelaksanaannya berkolaborasi dengan tenaga medis lain. Tujuan dari asuhan keperawatan ini adalah untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami klien secara sistematis dan jelas, sehingga perawat dapat memberikan pelayanan yang maksimal dan berkualitas. Ada 5 tahapan dalam pemberian Asuhan Keperawatan, yaitu: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, mengembangkan data dasar tentang pasien dan mencatat respon kesehatan pasien (Dartiwen & Nurhayati, 2019).

a. Anamnesa

1) Identitas Klien

Pengkajian identitas ibu hamil meliputi: umur, pendidikan, pekerjaan, suku/budaya, agama, identitas suami dan alamat.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Dinyatakan untuk mengetahui alasan klien datang, apakah untuk memeriksakan kehamilan atau untuk memeriksa keluhan lain.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keadaan ini berlangsung mendadak, baik saat sedang melakukan aktivitas ataupun tidak sedang melakukan aktivitas. Biasanya mual dan muntah.

- c) Riwayat Kesehatan Dahulu
Adanya riwayat kesehatan dahulu yaitu memiliki riwayat anoreksia, anemia.
- d) Riwayat Penyakit Keluarga
Membuat genogram keluarga pada ibu hamil yang memiliki riwayat penyakit yang sama, ditanyakan untuk mengetahui adanya resiko penyakit menular atau diturunkan dan kelainan – kelainan dalam genetic.
- e) Riwayat Perkawinan
Menanyakan riwayat perkawinan dilakukan pada usia beberapa.
- f) Riwayat Kontrasepsi
Ditanyakan untuk mengetahui penggunaan kontrasepsi klien serta masalah yang dialami selama penggunaannya, penyakit transmisi seksual jika ada.
- g) Riwayat Menstruasi
Ditanyakan untuk mengetahui tentang faal alat reproduksi. Hal yang dikaji adalah usia saat menarche, siklus, lama menstruasi, nyeri, konsistensi, perdarahan intra menstruasi, problem, dan prosedur (misalnya: amenorrhoe, perdarahan irreguler).
- h) Riwayat Seksual
Ditanyakan untuk mengetahui penggunaan kontrasepsi klien serta masalah yang dialami selama penggunaannya, penyakit transmisi seksual jika ada.
- i) Riwayat Ginekologi
Ditanyakan untuk mengetahui adanya masalah/penyakit ginekologi.
- j) Riwayat Obstetrik
Ditanyakan untuk mengetahui riwayat kehamilan sebelumnya, misalnya adanya komplikasi pada kehamilan dan kelahiran serta faktor risiko.

- (1) Paritas klien, dituliskan dengan G...P...A... di mana G adalah gravida (jumlah kehamilan sampai dengan kehamilan saat ini), P adalah paritas (Jumlah kelahiran), dan A adalah abortus (berapa kali ibu mengalami abortus pada kehamilan sebelumnya).
- (2) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) ditanyakan untuk memperkirakan tanggal persalinan. Apabila siklus menstruasi 28 hari, Hari Perkiraan Lahir (HPL) dapat dihitung dengan menambahkan 7 pada tanggal, mengurangi 3 pada bulan atau menambah 9 pada bulan, dan menambah 1 pada tahun atau tetap pada tahun $(+7,-3,+1)/(+7,+9,+0)$. Sementara, jika siklus menstruasi 35 hari, maka tanggal ditambahkan 14 hari $(+14,-3,+1)/(+14,+9,+0)$.
- (3) Usia kehamilan, dituliskan dalam minggu.
Gerak janin pertama kali, ditanyakan untuk mengetahui gerak janin yang pertama dirasakan ibu pada umur kehamilan berapa minggu dan mengetahui masalah yang mungkin terjadi pada janin yang dikandung.
- (4) Keluhan yang dialami selama kehamilan, seperti mual, frekuensi kencing, nyeri kepala, leukorhea (keputihan), oedema, konstipasi, perdarahan, nyeri abdomen, dan lain-lain.
- (5) Pengobatan atau obat-obatan yang digunakan sejak kehamilan, paparan terhadap penyakit khususnya rubella dan penyakit imun, sakit yang dialami selama/sejak kehamilan, paparan terhadap toksin di tempat kerja (bila bekerja atau di tempat tinggal) diperlukan untuk mengetahui efek yang dapat ditimbulkan dari masalah tersebut pada kehamilan.

(6) Reaksi dan adaptasi terhadap kehamilan, reaksi dan adaptasi terhadap kehamilan bagi pasangan dan keluarga, hubungan suami dengan klien dan keluarga, ditanyakan untuk mengetahui penerimaan klien, pasangan, dan keluarga terhadap kehamilan yang dapat memengaruhi pemeliharaan kehamilan

3) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Nutrisi

Ditanyakan pada klien jenis, kesukaan, pantangan, intake untuk mengetahui pemenuhan nutrisi selama hamil.

b) Eliminasi

Tanyakan pada klien perubahan yang terjadi baik BAB maupun BAK selama hamil.

c) Aktivitas dan Latihan

Tanyakan ada gangguan atau tidak.

d) Istirahat dan Tidur

Tanyakan tentang pola, lama, dan gangguan tidur baik pada waktu siang maupun malam.

e) Seksualitas

Tanyakan tentang pendidikan seksual dan kesiapan fungsi seksual, konsep seksual diri dan identitas, sikap terhadap seksualitas dan efek terhadap kehamilan.

f) Persepsi dan Kognitif

Kaji tentang status mental, pendengaran, berbicara, penciuman, perabaan, kejang, dan nyeri.

g) Persepsi Diri dan Konsep Diri

Tanyakan motivasi terhadap kehamilan, efek kehamilan terhadap body image, orang terdekat, dan tujuan dari kehamilan.

(1) Keyakinan budaya (culture).

(2) Kepercayaan dan ibadah.

(3) Kebiasaan yang merugikan, seperti merokok, minum alkohol, dan lain-lain.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan umum atau kesadaran pasien biasanya akan mengalami kelemahan, lesu dan pucat. Inspeksi dilakukan saat bertemu dengan klien.

2) Pengukuran tinggi badan dan berat badan serta lingkaran lengan atas (Lila). Penimbangan badan dilakukan setiap kali kunjungan, selama kehamilan berat badan akan naik 6,5-16,5 kg. Tinggi badan diukur pada saat kunjungan pertama. Perhatikan kemungkinan adanya panggul sempit (terutama pada ibu yang memiliki tinggi badan yang kurang). Melakukan pemeriksaan lingkaran lengan atas dinyatakan kurang gizi bila kurang dari 23,5 cm.

3) Tanda-Tanda Vital

a) Tekanan Darah

Biasanya tekanan darah pada ibu hamil dengan KEK akan cenderung rendah dari batas normal.

b) Pernapasan

RR pada ibu hamil dengan KEK biasanya akan bernapas pendek.

c) Suhu.

Suhu pada ibu hamil pada umumnya akan mengalami kenaikan

d) Pemeriksaan *Cephalo Caudal*

Pemeriksaan fisik pada ibu Hamill menurut (Nurhayati dan Dartiwen, 2019:146-149), dilakukan melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Pada saat melakukan pemeriksaan dada dan perut, pemeriksaan dilakukan secara bersamaan dan berurutan sehingga tidak membuat ibu merasa malu.

(1) Pemeriksaan Kepala

(a) Rambut

Meliputi penyebaran rambut, keadaan rambut, dan warna rambut

(b) Wajah

Meliputi warna kulit wajah, struktur wajah apakah simetris atau tidak.

(c) Mata

Meliputi pemeriksaan kelengkapan dan kesimetrisan mata klien, pemeriksaan kelopak mata apakah ada edema, pemeriksaan konjungtiva apakah anemis atau tidak

(d) Hidung

Meliputi pemeriksaan bentuk hidung dan posisi septum nasal, pemeriksaan apakah ada secret atau sumbatan.

(e) Telinga

Meliputi pemeriksaan tanda infeksi, serumen dan kesimetrisan telinga.

(f) Mulut

Meliputi pemeriksaan warna bibir, mukosa apakah lembab atau kering dan letak uvula.

(2) Pemeriksaan Leher

Pada leher meliputi bentuk leher, ada pembesaran kelenjar tyroid atau pembesaran kelenjar limfe.

(3) Pemeriksaan Dada dan Payudara

Pada kunjungan pertama, periksa adanya kemungkinan benjolan yang tidak normal. Perhatikan ukuran payudara simetris/tidak, puting payudara (menonjol, datar atau masuk), keluarnya kolostrum/cairan lain, hiperpigmentasi areola mammae dan kebersihannya. Perhatikan pula retraksi dada dan adanya kemungkinan massa/nodul pada aksila.

(4) Pemeriksaan Jantung

Meliputi CRT, akral, dan suara tambahan.

(5) Pemeriksaan Abdomen

Perhatikan bentuk pembesaran perut (melintang, memanjang, atau asimetris) adakah pigmentasi di linea alba/nigra, striae gravidarum, luka bekas infeksi, gerakan janin. Lakukan juga palpasi untuk merasakan adanya gerakan janin, kemudian pastikan apakah pembesaran perut sesuai umur kehamilan. Perhatikan pula pertumbuhan janin dari tinggi fundus uteri. Biasanya semakin tua umur kehamilan, maka semakin tinggi fundus uterinya. Namun pada kehamilan 9 bulan, fundus uteri akan turun karena kepala telah turun atau masuk panggul. Pada kunjungan pertama TFU dicocokkan dengan perhitungan usia kehamilan dari HPHT. Selanjutnya lihat prosedur pemeriksaan Leopold dan perhitungan DJJ yang dapat terdengar pada usia kehamilan di atas 18 minggu.

(6) Pemeriksaan Genitalia

Pada vulva mungkin didapatkan cairan jernih atau sedikit berwarna putih tidak berbau. Pada keadaan normal, tidak akan ada rasa gatal, luka, atau perdarahan. Raba kulit pada daerah selangkangan. Pada keadaan normal tidak teraba benjolan kelenjar. Perhatikan pula adanya varises. Periksa juga apakah penyebaran rambut merata atau tidak.

(7) Pemeriksaan Punggung di Bagian Ginjal

Tepuk punggung di bagian ginjal dengan bagian sisi tangan yang dikepalkan. Bila ibu merasa nyeri, mungkin terdapat gangguan ginjal dan salurannya.

(8) Pemeriksaan Ekstremitas

(a) Ekstremitas Atas

Periksa kekuatan otot, pergerakan sendi, kelainan

ekstremitas atas dan lakukan pengukuran LILA.

(b) Ekstremitas Bawah

Meliputi pergerakan sendi, kekuatan otot, kelainan ekstermitas bawah. Periksa adanya oedema yang paling mudah dilakukan pretibia dan mata kaki, dengan cara menekan jari beberapa detik. Apabila terjadi cekung yang tidak lekas kembali, berarti oedema positif. Oedema positif pada tungkai menandakan adanya preeklamsi. Positif (+) 1 apabila cekung 2 mm, +2 apabila cekung 4 mm, +3 apabila cekung 6 mm.

(9) Pemeriksaan Lutut (*Patella*)

Minta ibu duduk dengan tungkai tergantung bebas, jelaskan apa yang hendak dilakukan. Raba tendon dibawah lutut. Dengan menggunakan hammer ketuklah tendon pada lutut bagian depan. Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk. Bila reflek lutut negatif kemungkinan klien kekurangan B1, bila gerakan berlebihan dan cepat, hal ini menunjukkan pre eklamsi.

c. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan tambahan, misalnya *urine, feses*, darah, USG, dan lain-lain.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Jenis-jenis diagnosis keperawatan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut (Carpenito, 2013; Potter & Perry, 2013 dalam Tim Pokja SDKI PPNI, 2017):

a. **Diagnosis Aktual**

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

b. **Diagnosis Risiko**

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

c. **Diagnosis Promosi Kesehatan**

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Berikut adalah uraian dari masing – masing komponen diagnosa keperawatan tersebut menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

Tabel 2.1 Jenis, Komponen dan Penulisan Diagnosis Keperawatan

No	Jenis Diagnosis Keperawatan	Komponen dan Penulisan Diagnosis
1.	Diagnosis Aktual	Masalah b.d. Penyebab d.d. Tanda/Gejala
2.	Diagnosis Resiko	Masalah d.d. Faktor Resiko
3.	Diagnosis Promosi Kesehatan	Masalah d.d. Tanda/Gejala

SDKI mengelompokkan tanda dan gejala menjadi dua kategori, yaitu:

1) Mayor

Tanda dan gejala yang ditemukan dalam rentang 80 – 100% untuk validasi penegakan diagnosa (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2) Minor

Tanda dan gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat digunakan sebagai pendukung tanda dan gejala mayor dalam penegakan diagnose.

Masalah yang mungkin terjadi pada ibu post partum yaitu:

- a) Menyusui tidak efektif (D0029) b.d Ketidakadekuatan suplai ASI.
- b) Nyeri akut (D.0077) b.d Agen pencedera fisik.
- c) Menyusui efektif (D.0028) b.d Hormon oksitosin dan prolaktin adekuat.

3. Intervensi Keperawatan

Intevensi Keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan Keperawatan adalahh perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tujuan perawatan berdasarkan SMART yaitu:

- 1) S: Spesific (Tidak memberikan makna ganda).
- 2) M: Measurable (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu).
- 3) A: Achievable (secara realistis dapat dicapai).
- 4) R: Reasonable (dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah).
- 5) T: Time (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan Luaran Keperawatan (SLKI)					Intervensi Keperawatan (SIKI)
	<p>Menyusi efektif (D.0028) Defenisi: Pemberian ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi. Menyusi efektif (D.0028) b.d Hormon oksitosin dan prolaktin adekuat. Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif</i> 1. Ibu merasa percaya diri selama proses menyusui. <i>Objektif</i> 1. Bayi melekat pada payudara ibu dengan benar.</p>	<p>Status menyusui (L.03029) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik, dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p>					<p>pijat Laktasi (L.1.03134) Observasi 1. Monitor kondisi <i>mammae</i> dan putting 2. Identifikasi keinginan ibu untuk menyusui 3. Identifikasi pengetahuan ibu tentang menyusui Terapeutik 4. Posisikan ibu dengan nyaman 5. Pijat mulai dari kepala, leher, bahu, punggung, dan payudara 6. Pijat dengan lembut 7. Pijat secara melingkar (<i>butterfly stroke</i>) 8. Pijat secara rutin setiap hari 9. Dukung ibu</p>
		Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
		Perlekatan bayi pada payudara ibu	1	2	3	4	5
		Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar	1	2	3	4	5
		Miksi bayi lebih dari 8kali/24 jam	1	2	3	4	5
		Berat badan bayi	1	2	3	4	5
		Tetes atau pancaran ASI	1	2	3	4	5
		Suplai ASI adekuat	1	2	3	4	5
		Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan	1	2	3	4	5
		Kepercayaan diri ibu	1	2	3	4	5
		Bayi tidur setelah menyusui	1	2	3	4	5
		Payudara ibu kosong setelah	1	2	3	4	5

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan Luaran Keperawatan (SLKI)					Intervensi Keperawatan (SIKI)	
	2. Ibu mampu memposisikan bayi dengan benar. 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali dalam 24 jam. 4. Berat badan bayi meningkat. 5. ASI menetes atau memancar. 6. Suplai ASI adekuat. 7. Putting tidak lecet setelah minggu kedua.	menyusui						meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan memberikan pujian terhadap perilaku positif ibu 10. Libatkan suami dan keluarga Edukasi 11. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan. 12. Jelaskan manfaat tindakan.
		Intake bayi	1	2	3	4	5	
		Hisapan bayi	1	2	3	4	5	
		Lecet pada puting	1	2	3	4	5	
		Kelelahan maternal	1	2	3	4	5	
		Kecemasan maternal	1	2	3	4	5	
		Bayi rewel	1	2	3	4	5	
		Bayi menangis setelah menyusui.	1	2	3	4	5	
Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar	1	2	3	4	5			
2	Nyeri akut (D.0077)	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut :					Manajemen nyeri (1.08238) Observasi	
	Definisi : Pengalaman sensorik atau	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat		Meningkat
		Kemampuan menuntaskan	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan Luaran Keperawatan (SLKI)					Intervensi Keperawatan (SIKI)	
			Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun		Menurun
	emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau funfsuonal, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akut (D.0077) b.d Agen pencedera fisik. Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri). 3. Gelisah. 4. Frekuensi nadi	aktivitas						nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping
		Keluhan nyeri	1	2	3	4	5	
		Meringis	1	2	3	4	5	
		Sikap protektif	1	2	3	4	5	
		Gelisah	1	2	3	4	5	
		Kesulitan tidur	1	2	3	4	5	
		Menarik diri	1	2	3	4	5	
		Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5	
		Diaforesis	1	2	3	4	5	
		Perasaan depresi(tertekan)	1	2	3	4	5	
		Perasaan takut mengalami cendera berulang	1	2	3	4	5	
		Anoreksia	1	2	3	4	5	
		Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5	
		Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5	
Ketegangan otot	1	2	3	4	5			
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5			
Muntah	1	2	3	4	5			

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan Luaran Keperawatan (SLKI)						Intervensi Keperawatan (SIKI)
		Mual	1	2	3	4	5	
	Meningkat. Sulit tidur. Gejala dan Tanda Minor Subjektif (Tidak tersedia) Objektif 1. Tekanan darah meningkat. 2. Pola napas berubah. 3. Nafsu makan berubah. 4. Proses berpikir terganggu. 5. Menarik diri. 6. Berfokus pada diri sendiri. 7. Diaforesis.	Hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik	penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin. Terapi bermain). 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam
		Frekuensi nadi	1	2	3	4	5	
		Pola napas	1	2	3	4	5	
		Tekanan darah	1	2	3	4	5	
		Proses berpikir	1	2	3	4	5	
		Fokus	1	2	3	4	5	
		Fungsi berkemih	1	2	3	4	5	
		Perilaku	1	2	3	4	5	
		Nafsu makan	1	2	3	4	5	
		Pola tidur	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan Luaran Keperawatan (SLKI)						Intervensi Keperawatan (SIKI)
								<p>pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Kolaborasi pemberian analgetik. <i>Jika perlu</i>

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan Luaran Keperawatan (SLKI)					Intervensi Keperawatan (SIKI)																																				
3	<p>Menyusui tidak efektif(D.0029) Definisi: Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. Menyusui tidak efektif (D.0029) b.d Ketidakadekuatan suplai ASI Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1.Kelelahan maternal 2.Kecemasan maternal</p>	<p>Status menyusui (L.03029) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik, dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perlekatan bayi pada payudara ibu</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Berat badan bayi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tetes/pancaran ASI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>					Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Perlekatan bayi pada payudara ibu	1	2	3	4	5	Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar	1	2	3	4	5	Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam	1	2	3	4	5	Berat badan bayi	1	2	3	4	5	Tetes/pancaran ASI	1	2	3	4	5	<p>Konseling laktasi (1.03093) Observasi 1. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui. 3. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. Terapeutik 4. Gunakan teknik mendengarkan aktif (mis. Duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu). 5. Berikan pujian</p>
Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																																						
Perlekatan bayi pada payudara ibu	1	2	3	4	5																																						
Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar	1	2	3	4	5																																						
Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam	1	2	3	4	5																																						
Berat badan bayi	1	2	3	4	5																																						
Tetes/pancaran ASI	1	2	3	4	5																																						

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan Luaran Keperawatan (SLKI)					Intervensi Keperawatan (SIKI)	
	Objektif 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu. 2. ASI tidak menetes/meman car 3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua. Gejala dan Tanda Minor Subjektif <i>(Tidak tersedia)</i> Objektif 1. Intake bayi tidak adekuat. 2. Bayi menghisap tidak terus menerus. 3. Bayi menangis saat disusui.	Suplai ASI adekuat	1	2	3	4	5	terhadap perilaku ibu yang benar. Edukasi 6. Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu.
		Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan	1	2	3	4	5	
		Kepercayaan diri ibu	1	2	3	4	5	
		Bayi tidur setelah menyusui	1	2	3	4	5	
		Payudara ibu kosong setelah menyusui	1	2	3	4	5	
		Intake bayi	1	2	3	4	5	
		Hisapan bayi	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan Luaran Keperawatan (SLKI)						Intervensi Keperawatan (SIKI)
	4. Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui. Menolak untuk menghisap.							

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik, yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi hasil berpusat kepada kebutuhan klien. Factor – factor yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Implementasi adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dan implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan intervensi atau perencanaan keperawatan. Dalam pelaksanaannya harus ada Standar Prosedur Operasional (SPO) atau panduan dalam melakukan implementasi. (Clara Febiola).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses atau tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai dari tindakan. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Terdapat dua jenis evaluasi:

a. Evaluasi Formatif (proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat koomponen yang

dikenal dengan istilah SOAP, yakni subyektif (data berupa keluhan klien), obyektif (data hasil pengkajian), analisis data (perbandingan dengan teori), dan perencanaan. Komponen catatan perkembangan antara lain yaitu SOAP (*Data Subjektif*, *Data Objektif*, Analisis atau *assessment* dan perencanaan/plan) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang.

1) S (*Subjektif*)

Data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.

2) O (*Objektif*)

Data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan atau akibat pengobatan.

3) A (*Analisis atau Assessment*)

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, analisis ada 3 yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan teratasi sebagian) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, sering memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana dan tindakan.

4) P (*Perencanaan / Planning*)

Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan periode yang ditentukan.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang didapatkan digunakan pada evaluasi jenis ini

akan melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respons klien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

Adapun tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan pada tahap evaluasi meliputi:

- 1) Tujuan tercapai/masalah teratasi: jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian / masalah teratasi sebagian: jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang ditetapkan
- 3) Tujuan tidak tercapai / masalah tidak teratasi : jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/diagnosis keperawatan yang baru.

B. KONSEP POST PARTUM

1. Definisi

Masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan Kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Periode masa nifas (puerperium) adalah periode waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan. Periode pasca partum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Rejeki & Fajri, 2024).

2. Etiologi

Masa beberapa jam setelah lahirnya plasenta sampai enam minggu setelah lahir disebut masa nifas. Setelah lahirnya plasenta , organ rahim kembali ke keadaan sebelum hamil dan masa nifas berlangsung kurang lebih 6 minggu. Ini adalah saat yang kritis bagi para ibu dan bayinya. Masa nifas merupakan masa yang dialami seluruh wanita setelah melahirkan. Pada masa ini, komplikasi persalinan dapat terjadi secara

langsung maupun tidak langsung. Tahapan masa nifas berdasarkan (Febriana & Zuhana, 2021).

a. Early Puerperium

Early Puerperium adalah masa dimana ibu sudah diperbolehkan untuk berdiri sendiri dan berjalan.

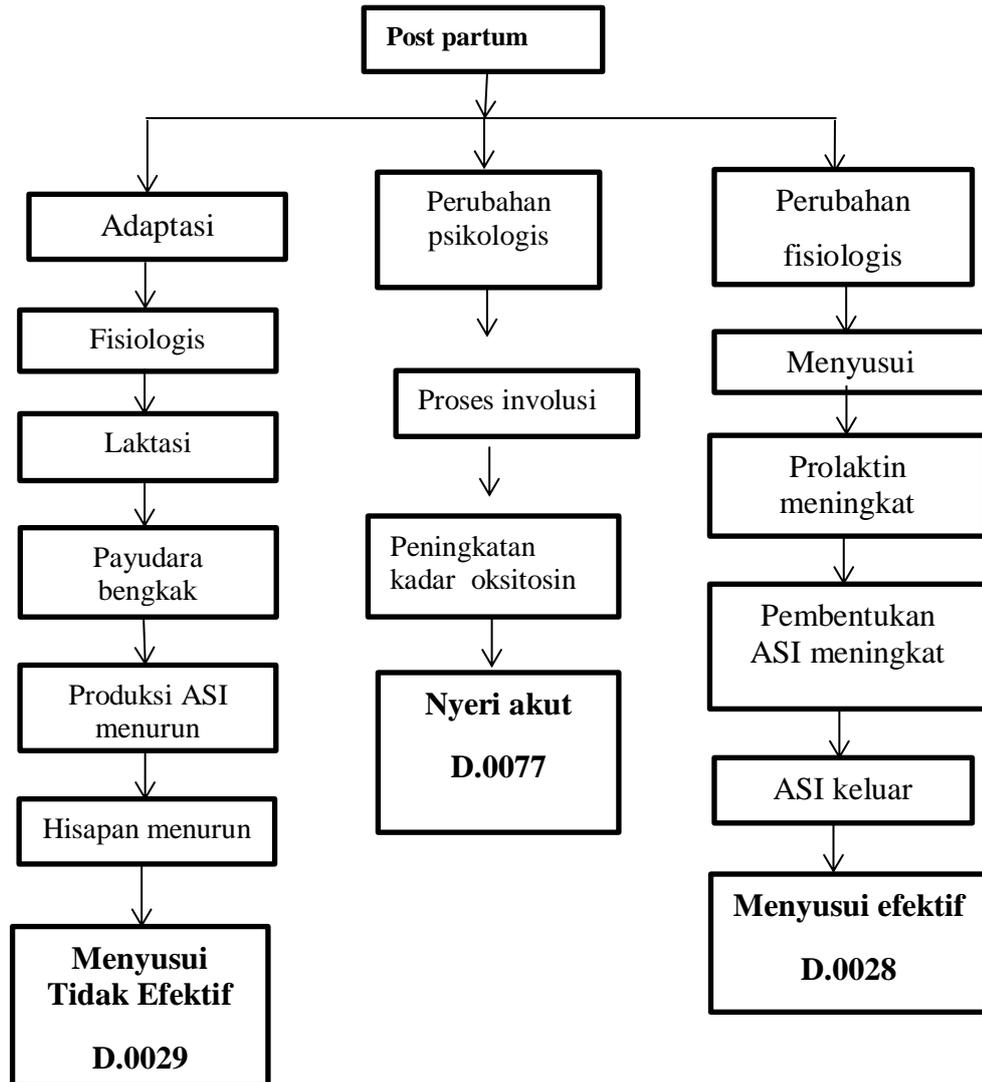
b. Intermedial Puerperium

Intermedial adalah masa dimana organ-organ kandungan ibu telah pulih secara keseluruhan dalam waktu 6-8 minggu.

c. Remot Puerperium

Remote puerperium adalah masa yang dibutuhkan ibu untuk pulih dan sehat secara sempurna khususnya bagi ibu yang mengalami komplikasi selama kehamilan atau saat bersalin. Waktu yang dibutuhkan untuk sehat secara sempurna dapat dicapai dalam beberapa minggu, bulan atau tahun.

3. Pathway Post Partum



Bagan 2.2 Pathway Post Partum

(Sulistyowati et al., 2020)

4. Manifestasi Klinis

Tanda-tanda post partum menurut (Aldianto, 2023) adalah sebagai berikut :

- a. Perdarahan yang hebat selayaknya kondisi haid bahkan berlebih yang mendadak
- b. Keluarnya vaginal berbau sangat busuk
- c. Nyeri pada perut bawah serta punggung dan sakit kepala berkepanjangan sampai masalah pada penglihatan
- d. Hilangnya selera atau keinginn untuk makan
- e. Nafas tersengal-sengal serta merasakan kelelahan

5. Komplikasi

Pada post partum menurut (Shinta, 2022) yaitu :

- a. Pada saat melahirkan kehilangan lebih 500 ml darah dalam waktu 24 jam pertama pasca melahirkan
- b. Infeksi
 - 1) Endometritis (radang pada dinding rahim)
 - 2) Miometritis atau metritis (otot-otot uterus yang meradang)
 - 3) Perimetritis (sekitar uterus terdapat radang peritonium) yang merupakan selaput tipis yang membatasi dinding perut
 - 4) Caket breast/ bendungan ASI (terjadinya distensi pada payudara, menyebabkan berbenjol-benjol serta keras)
 - 5) Mastitis (membesarnya mammae sehingga pada suatu bagian terasa nyeri, kulit memerah, dan sedikit membengkak, dan pada perabaan terasa nyeri, bisa terjadi abses atau benjolan jika tidak diobati)
 - 6) Trombophlebitis (pada darah dalam vena varicose superficial terjadi pembekuan sehingga mengakibatkan kehamilan dan nifas terjadi stasis dan hiperkoagulasi)

- 7) Luka perineum (terdapat nyeri, disuria, naiknya suhu 38oC, edema, nadi<100x /menit, kemerahan dan peradangan pada tepi, terdapat nanah warna kehijauan, luka bewarna kecoklatan, meluas dengan kondisi lembab)
- 8) Perubahan lochea purulenta, merupakan keluarnya cairan kekuningan seperti nanah dan berbau busuk

6. Penatalaksanaan

Menurut (Zahroh, 2021) penatalaksanaan keperawatan yang bisa diberikan pada ibu nifas terdiri dari

a. Kebutuhan nutrisi

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat- zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan minelar untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi. Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat- zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan minelar untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi. Kebutuhan kalori wanita dewasa yang sehat dengan berat badan 47 kg diperkirakan sekitar 2200 kalori/ hari. Ibu yang berada dalam masa nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa.

b. Kebutuhan cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minumlah cairan cukup untuk membuat tubuh ibu tidak dehidrasi. Ibu dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui dan menjaga kebutuhan hidrasi sedikitnya 3 liter setiap hari. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari postpartum. Minum kapsul Vit A (200.000 unit).

c. Kebutuhan ambulasi

Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah melakukan mobilisasi. Dilakukan secara perlahan- lahan dan bertahap. Dapat dilakukan dengan miring kanan atau kiri terlebih dahulu dan berangsur- angsur untuk berdiri dan jalan.

d. Kebutuhan eliminasi

Pada kala IV persalinan pemantauan urin dilakukan selama 2 jam, setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan 30 menit sekali pada jam berikutnya. Pemantauan urin dilakukan untuk memastikan kandung kemih tetap kosong sehingga uterus dapat berkontraksi dengan baik. Dengan adanya kontraksi uterus yang adekuat diharapkan perdarahan postpartum dapat dihindari. Memasuki masa nifas, ibu diharapkan untuk berkemih dalam 6- 8 jam pertama. Pengeluaran urin masih tetap dipantau dan diharapkan setiap kali berkemih urin yang keluar minimal sekitar 150 ml. Ibu nifas yang mengalami kesulitan dalam berkemih kemungkinan disebabkan oleh menurunnya tonus otot kandung kemih, adanya edema akibat trauma persalinan dan rasa takut timbulnya rasa nyeri setiap kali berkemih.

e. Kebersihan diri

Pada masa nifas yang berlangsung selama lebih kurang 40 hari, kebersihan vagina perlu mendapat perhatian lebih. Vagina merupakan bagian dari jalan lahir yang dilewati janin pada saat proses persalinan. Kebersihan vagina yang tidak terjaga dengan baik pada masa nifas dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada vagina itu sendiri yang dapat meluas sampai ke rahim.

f. Kebutuhan istirahat dan tidur

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Pada tiga hari pertama dapat merupakan hari yang sulit bagi ibu akibat menumpuknya kelelahan karena proses persalinan dan nyeri

yang timbul pada luka perineum. Secara teoritis, pola tidur akan kembali mendekati normal dalam 2 sampai 3 minggu setelah persalinan.

g. Kebutuhan seksual

Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan. Batasan waktu 6 minggu didasarkan atas pemikiran pada masa itu semua luka akibat persalinan, termasuk luka episiotomi dan luka bekas *section caesarea* biasanya telah sembuh dengan baik. Bila suatu persalinan dipastikan tidak ada luka atau laserasi/ robek pada jaringan, hubungan seks bahkan telah boleh dilakukan 3- 4 minggu setelah proses melahirkan.

h. Kebutuhan perawatan payudara

Menurut Walyani (2017) kebutuhan perawatan payudara pada ibu masa nifas antara lain:

- 1) Sebaiknya perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.
- 2) Bila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara: pembalutan mammae sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH seperti tablet Lynoral dan Pardolel.
- 3) Ibu menyusui harus menjaga payudaranya untuk tetap bersih dan kering.
- 4) Menggunakan bra yang menyongkong payudara.
- 5) Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui, kemudian apabila lecetnya sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. Asi dikeluarkan dan diminumkan menggunakan sendok. Selain itu, untuk menghilangkan rasa nyeri dapat minum paracetamol 1 tablet setiap 4- 6 jam.

6) Latihan senam nifas

Pada masa nifas yang berlangsung selama lebih kurang 6 minggu, ibu membutuhkan latihan- latihan tertentu yang dapat mempercepat proses involusi. Salah satu latihan yang dianjurkan pada masa ini adalah senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan oleh ibu setelah persalinan, setelah keadaan ibu normal. Senam nifas sebaiknya dilakukan dalam 24 jam setelah persalinan, secara teratur setiap hari. Luka yang timbul akibat proses persalinan karena 6 jam setelah persalinan normal dan 8 jam setelah persalinan Caesar, ibu sudah dianjurkan untuk mobilisasi dini. Tujuan utama mobilisasi dini adalah agar peredaran darah ibu dapat berjalan dengan baik sehingga ibu dapat melakukan senam nifas(Zahroh, 2021).

C. KONSEP DASAR *BACK MESSAGE*

1. Definisi *Back Massage*

Back massage merupakan tindakan yang dilakukan pada ibu menyusui yang berupa pemijatan pada punggung ibu untuk meningkatkan pengeluaran hormon oksitosin. Pijat oksitosin yang dilakukan akan memberikan kenyamanan dan membuat ibu menjadi lebih rileks. Secara fisiologis hal tersebut meningkatkan hormon oksitosin yang dikirimkan ke otak sehingga hormon oksitosin dikeluarkan dan mengalir ke dalam darah, kemudian masuk ke payudara Mama menyebabkan otot-otot di sekitar alveoli berkontraksi dan memproduksi ASI (milk ducts). pada saat memberikan pijat Oksitosin pada Pasien post partum maka dapat memproduksi ASI (Maria Ulfa, 2023).

2. Manfaat *Back Massage* bagi ibu

Back massage bermanfaat meningkatkan aliran dalam darah, serta melancarkan endorphen yang berfungsi memberikan rasa nyaman.. Manfaat lain dari back massage pada ibu yakni mempunyai tujuan

melancarkan pengeluaran kolostrum, melalui pijatan atau rangsangan pada tulang belakang serta skapula, sehingga neurotransmitter akan merangsang medulla oblongata langsung mengirim pesan ke pembuangan-pembuangan sisa-sisa metabolik sehingga memacu hormon hipotalamus di hipofise anterior untuk mengeluarkan oksitosin sehingga payudara mengeluarkan ASI.

Ketika diberikan *massage* punggung, saraf punggung akan mengirimkan sinyal ke otak untuk mengeluarkan oksitosin, yang akan menyebabkan kontraksi sel myoepitel yang akan mendorong keluarnya ASI, karena saraf payudara dipersarafi oleh saraf punggung (saraf dorsal) yang menyebar disepanjang tulang belakang. Lancarnya pengeluaran ASI disebabkan juga karena meningkatnya sirkulasi darah pada daerah payudara setelah diberikan *massage* punggung (Djunaedi et al., 2023).

3. Langkah Pijatan *Back Massage*

Teknik pijat punggung (Pattel, 2013; Selasi 2013) terdiri dari: Eflourage, Thumb walking, dan Thumb Dancing yang dimulai dari bagian pinggang bawah (otot gluteus) sampai ke pundak. Langkah pertama teknik pijat ini dapat dimulai dari memijat daerah pinggang ± 3 cm jari kanan dan kiri dari tulang belakang, dengan gerakan dimulaidari bagian bawah sampai ke pundak. Pada lokasi yang sama ± 3 cm jari kanan dan kiri dari tulang belakang dengan menggunakan ibu jari dilakukan gerakan dengan menekan-nekan (thumb walking) bagian bawah sampai ke pundak. Dilanjutkan dengan menggunakan ibu jari juga, lakukan gerakan melingkar (thumb dancing) secara ber-kesinambungan dimulai pada daerah yang sama dengan gerakan sebelumnya. Gerakan selanjutnya ibu dianjurkan untuk menekuk tangan kebelakang sampai kelihatan tulang belikat ibu kemudiantentukan titik pada daerah tulang belikat ibu dengan menarik garis horisontal dari ketiak ibu ke daerah samping tulang belikat kemudian lakukan penekanan pada satu titik kurang lebih 30 detik. Lakukan penekanan yang sama dengan memberi jarak satu ibu jari diatas

titik sebelumnya, kemudian lakukan gerakan yang sama pada sisi lain. Pada posisi tangan ibu yang masih menekuk, gunakan ibu jari untuk memijat daerah tulang belikat ibu yang dimulai dari arah pundak kebawah ketiak mengikuti bentuk tulang belikat, tangan yanglain menahan pundak ibu lakukan secara bergantian pada sisi yang lain. Gerakan selanjutnya, ibu dianjurkan untuk menegakkan badan, tangan yang lain menahan dahi ibu gerakan dimulai dengan memijat belakang telinga ibu secara melingkar pada satu titik lakukan tangan gerakan kearah pundak memakai jari telunjuk dan ibu jari yang melebar. Lakukan gerakan yang sama tetapi dimulai dari pertengahan telinga dan bahu. Tentukan tulang leher ibu yang menonjol. Kedua ibu jari digerakan secara berlawanan arah membentuk segitiga dari satu titik pada tulang leher yang menonjol kedaerah punggung, gerakan terakhir kedua tangan mencengkram dan melepas pundak ibu secara bersama sebanyak 3 kali (Yunitasari et al., 2022).

D. KONSEP DASAR ASI

1. Definisi

Memberikan ASI secara eksklusif merujuk pada memberi bayi hanya ASI mulai dari lahir sampai 6 bulan dengan pemberian sesuai kebutuhan yang sering. Praktik ASI eksklusif sangat baik dibandingkan dengan pemberian makanan awal. Tubuh bayi akan lebih mudah beradaptasi dengan makanan setelah usia 6 bulan dan mencegah terjadinya masalah pencernaan dikemudian hari (Rosdiana et al., 2024).

ASI merupakan sumber makanan pokok bayi yang baru lahir. Mereka wajib mendapatkan ASI mengingat nutrisi yang terkandung di dalamnya begitu besar. Mengonsumsi ASI pada masa pertumbuhan juga bisa mencegah bayi terhindar dari stunting. ASI mengandung kolostrum yang memberikan imunitas dan perlindungan saluran cerna untuk bayi (Hizriyani, 2021).

2. Manfaat ASI

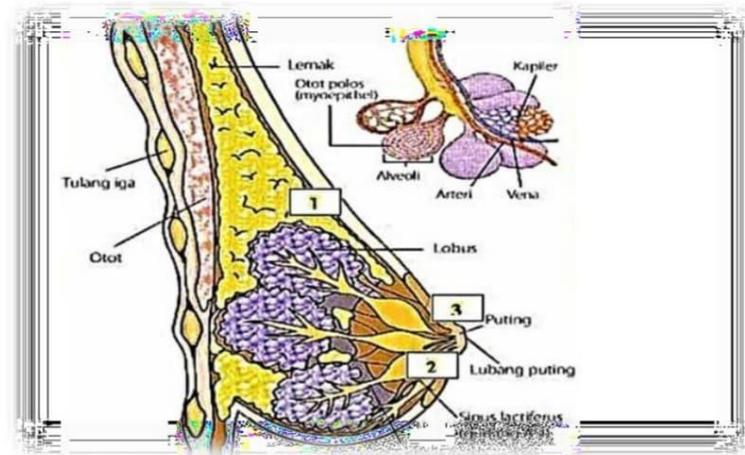
Bayi akan mendapatkan manfaat ASI secara optimal jika ibu memberikan ASI saja, tanpa makanan tambahan sejak lahir sampai usia enam bulan yang disebut dengan ASI Eksklusif. Terdapat banyak faktor yang harus diperhatikan agar ibu dapat memberikan ASInya secara Eksklusif, antara lain kesehatan, rasa nyaman, istirahat dan dukungan dari keluarga. Kesehatan ibu memegang peran penting dalam produksi ASI. Ibu yang sakit, kekurangan darah atau berkurangnya asupan makanan yang masuk ke tubuh, akan berdampak pada berkurangnya nutrient yang di olah oleh sel-sel acini payudara, menyebabkan produksi ASI menurun. Manfaat ASI sangatlah penting bagi bayi, karena dapat melindungi bayi dari infeksi kuman seperti bakteri, virus, maupun parasit. Peralnya, ASI mengandung protein khusus yang dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh anak. Semakin rutin Ibu memberikan ASI eksklusif, maka semakin terlindungi pula tubuh anak dari berbagai penyakit. Produksi ASI dipengaruhi oleh hormon oksitosin, hormon prolaktin, refleksi prolaktin dan let-down refleksi. Pada saat bayi menghisap puting maka akan terjadi refleksi prolaktin yang akan merangsang hormon prolaktin untuk memproduksi ASI dan let-down reflex (LDR) yang akan merangsang pengaliran ASI. (Reviani, 2023).

Produksi ASI dipengaruhi faktor langsung dan tidak langsung yang memengaruhi produksi ASI. Faktor langsung yang memengaruhi produksi ASI yaitu:

- a. Perilaku menyusui (waktu inisiasi menyusui, frekuensi, durasi, perilaku menyusui bayi, dan menyusui di malam hari);
- b. Faktor psikologis ibu (persepsi, kepribadian, sikap, pengetahuan tentang menyusui);
- c. Faktor fisiologis maternal (status kesehatan, nutrisi, intake cairan, medikasi, usia, penggunaan rokok dan kontrasepsi oral). Sedangkan faktor tidak langsung yang memengaruhi produksi ASI yaitu keterbatasan waktu ibu, faktor sosiokultural, faktor kenyamanan ibu,

dan faktor bayi. Selain itu, faktor genetik dan hormonal juga berpengaruh terhadap produksi dan pengeluaran ASI.

3. Anatomi Payudara



Gambar 2.1. Anatomi Payudara (Salsabila et al., 2023).

4. Faktor Penghambat Produksi ASI

Produksi ASI dipengaruhi faktor langsung dan tidak langsung yang memengaruhi produksi ASI. Faktor langsung yang memengaruhi produksi ASI yaitu:

- a. Perilaku menyusui (waktu inisiasi menyusui, frekuensi, durasi, perilaku menyusui bayi, dan menyusui di malam hari).
- b. Faktor psikologis ibu (persepsi, kepribadian, sikap, pengetahuan tentang menyusui).
- c. Faktor fisiologis maternal (status kesehatan, nutrisi, intake cairan, medikasi, usia, penggunaan rokok dan kontrasepsi oral).

Sedangkan faktor tidak langsung yang memengaruhi produksi ASI yaitu keterbatasan waktu ibu, faktor sosiokultural, faktor kenyamanan ibu, dan faktor bayi. Selain itu, faktor genetik dan hormonal juga berpengaruh terhadap produksi dan pengeluaran ASI.

5. Pembentukan ASI

Pembentukan air susu sangat dipengaruhi oleh hormon prolaktin dan kontrol laktasi serta penekanan fungsi laktasi. Pada seorang ibu yang menyusui dikenal 2 refleks yang masing-masing berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu refleks prolaktin dan refleks "Let down". Pada ibu yang menyusui, prolaktin akan meningkat dalam keadaan-keadaan seperti:

- a. Stres atau pengaruh psikis
- b. Anastesi
- c. Operasi
- d. Rangsangan puting susu
- e. Hubungan kelamin
- f. Obat-obatan tranqulizer hipotalamus seperti reserpin, klorpromazin, fenotiazid.

6. Komposisi ASI

Komposisi ASI terdiri dari lemak yang teremulsi dalam larutan protein, laktosa, dan mineral. Faktor gizi yang dikonsumsi oleh ibu dapat mempengaruhi komposisi ASI, termasuk asupan nutrisi, cadangan nutrisi, dan kemampuan penyerapan nutrisi oleh ibu. Selain itu, produksi ASI juga dipengaruhi oleh factor-faktor seperti frekuensi menyusui, faktor psikologis ibu, penggunaan alat kontrasepsi, dan perilaku ibu.