

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP MEDIS

1. Pengertian Post Partum

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2018).

Masa nifas adalah periode sekitar 6 minggu sesudah melahirkan anak, ketika alat-alat reproduksi tengah kembali kepada kondisi normal (Barbara F. weller 2015). Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Wahyuningsih, 2019).

Tahapan Masa Post Partum:

a. Immediate postpartum (setelah plasenta lahir-24jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi pendarahan karena Antonia uteri. Oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokea, tekanan darah dan suhu badan.

b. Early postpartum

Harus dipastikan involusi uteri normal, tidak ada perdarahan, lokea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Late postpartum

Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling/ pendidikan kesehatan keluarga berencana (KB) (Wahyuningsih, 2019).

2. Etiologi

Penyebab komplikasi perdarahan post partum yaitu atonia uteri, retensio plasenta dan sisa plasenta, laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus, gangguan pembekuan darah atau koagulopati. Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan postpartum dan sekaligus penyebab utama kematian maternal (Simanjuntak, 2020).

3. Manifestasi klinis

Menurut Hafifah (2011) post partum ditandai oleh:

a. Sistem reproduksi

1) Uterus ditandai dengan kembalinya uterus ke kondisi normal setelah hamil

2) Keluarnya lochea, komposisi jaringan endometrial, darah dan limfe

b. Siklus menstruasi

Siklus menstruasi akan mengalami perubahan saat ibu mulai menyusui

c. Serviks

Setelah lahir servik akan mengalami edema, bentuk distensi untuk beberapa hari, struktur interna akan kembali setelah 2 minggu

d. Vagina

Nampak berugae kembali pada 3 minggu

e. Perinium

Akan terdapat robekan jika dilakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu

f. Payudara

Payudara akan membesar karena vaskularisasi dan engorgemen (bengkak karena peningkatan prolaktin)

4. Patofisiologi

Dalam masa post partum atau masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat genital ini dalam keseluruhannya disebut “invulasi”. Disamping involusi terjadi perubahan-perubahan penting lain yakni memokonsentrasikan timbulnya laktasi yang terakhir ini karena pengaruh hormon laktogen dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjar-kelenjar mammae.

Otot-otot uterus berkontraksi segera post partum, pembuluh-pembuluh darah yang ada antara nyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta lahir. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks ialah segera post partum bentuk serviks agak menganga seperti corong, bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri terbentuk semacam cincin. Perubahan-perubahan yang terdapat pada endometrium ialah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput

janin regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basalis yang memakai waktu 2 sampai 3 minggu. Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang merenggang sewaktu kehamilan dan pertu setelah janin lahir berangsur-angsur kembali seperti sedia kala.

5. Penatalaksanaan

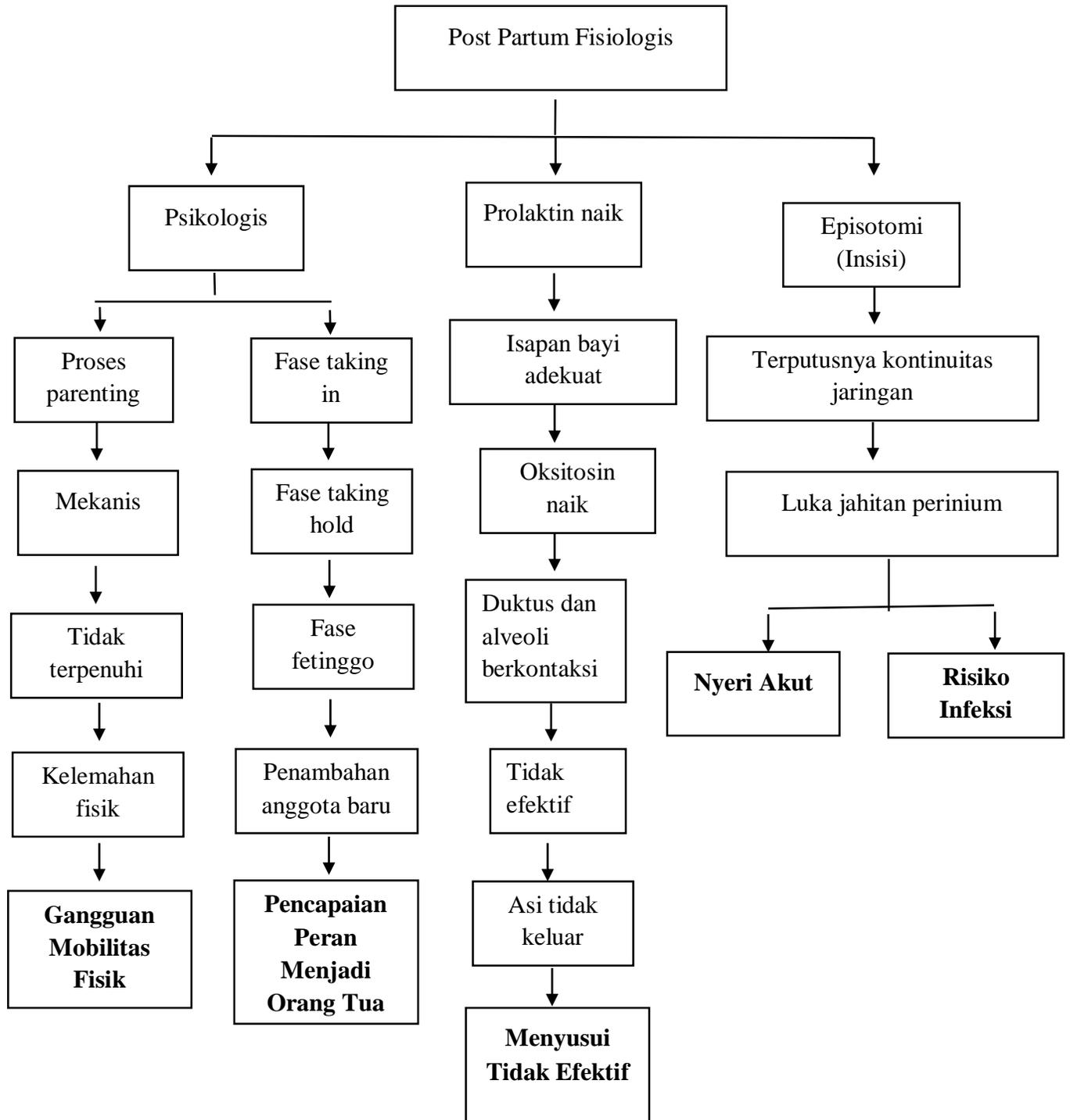
Menurut (Margareth, 2019) penatalaksanaan post partum yaitu :

- a. Observasi ketat 2 jam post partum (adanya komplikasi perdarahan)
- b. Observasi 6-8 jam pasca persalinan (Istirahat dan tidur tenang, usahakan miring kanan kiri)
- c. Hari ke- 1-2 Memberikan KIE kebersihan diri, cara menyusui yang benar dan perawatan payudara, perubahan-perubahan yang terjadi pada masa nifas, pemberian informasi tentang senam nifas.
- d. Hari ke- 2 Mulai latihan duduk
- e. Hari ke- 3 Diperkenankan latihan berdiri dan berjalan

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah dan sistematis yang digunakan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terdiri dari lima tahapan yaitu; pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan ini digunakan sebagai kerangka kerja pemecahan masalah kesehatan yang ditemukan.

1. Pathways



Skema 2. 1 *Pathway Post Partum*

2. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2017). Pengkajian dilakukan sebelum mendapatkan data lengkap. Data ini di prioritaskan untuk menentukan kondisi ibu dan janin (Rachman, 2018).

a. Identitas pasien

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan nama, umur, Pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, nomer rekam medis (RM), tanggal masuk rumah sakit, (MRS), dan tanggal pengkajian, dan kaji identitas penanggung jawab atas pasien.

b. Data kesehatan

Melakukan pengkajian keluhan utama pada pasien, keluhan yang paling dirasakan pada pasien saat dilakukan pengkajian.

c. Riwayat obstetri dan ginekologi

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu, riwayat kehamilannya saat ini, dan riwayat keluarga berencana.

d. Riwayat penyakit

Mengkaji riwayat penyakit pada pasien dan keluarganya, apakah pasien dan keluarganya, apakah pasien dan keluarga memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, atau diabetes melitus (DM).

e. Pola kebutuhan sehari-hari

Melakukan pengkajian pola kebutuhan sehari-hari pada pasien seperti pengkajian pada pernafasan, nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), gerak badan atau aktivitas, istirahat tidur, berpakaian, rasa nyaman (pasien merasakan adanya dorongan meneran, tekanan ke anus, perineum menonjol). Kebersihan diri, rasa aman, pola komunikasi atau hubungan pasien dengan orang lain, ibadah, produktivitas, rekreasi, kebutuhan belajar.

f. Pemeriksaan fisik

1) Kepala: pemeriksaan pada rambut, telinga, mata, mulut, dan leher.

Apakah ada kelainan pada bagian tertentu, ada benjolan atau tidak, ada edema atau tidak.

2) Dada: pemeriksaan pada mammae, areola.

3) Abdomen: pemeriksaan Leopold, tinggi fundus uteri (TFU), detak jantung janin (DJJ).

4) Genitalia dan perineum: pemeriksaan dalam seperti vaginal toucher (VT), status portio, warna air ketuban.

5) Ekstremitas atas dan bawah: lihat dan raba apakah ada tanda-tanda edema, varises, dan sebagainya.

g. Pemeriksaan penunjang

Data penunjang dilakukan atas indikasi tertentu yang digunakan untuk memperoleh keterangan yang lebih jelas. Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendapatkan data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan ultrasonography (USG).

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan (PPNI SDKI Pokja, 2019). Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Dinarti & Mulyanti, 2017).

a. Nyeri Akut (D.0077)

1) Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan

2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)

- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
 - c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)
- 3) Manifestasi klinis
- a) Gejala dan tanda mayor
 - Objektif
 - (1) Tampak meringis
 - (2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
 - (3) Gelisah
 - (4) Frekuensi nadi meningkat
 - (5) Sulit tidur
 - b) Gejala dan tanda minor
 - 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) Diaphoresis
- 4) Kondisi klinis terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

1) Pengertian

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri

2) Etiologi

- a) kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia

- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensoripersepsi

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- (1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

- (1) Kekuatan otot menurun
- (2) Rentang gerak (ROM) menurun

b) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- (1) Nyeri saat bergerak
- (2) Enggan melakukan pergerakan
- (3) Merasa cemas saat bergerak

Objektif

- (1) Sendi kaku

(2) Gerakan tidak terkoordinasi

(3) Gerakan terbatas

(4) Fisik lemah

4) Kondisi klinis terkait

- a) Stroke
- b) Cedera medula spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Osteomalasia
- g) Keganasan

c. Resiko Infeksi (D.0142)

1) Pengertian

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Etiologi

- a) Penyakit kronis (mis. diabetes mellitus)
- b) Efek prosedur invasi
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

3) Manifestasi klinis

Tidak tersedia

- 4) Kondisi klinis terkait
 - a) AIDS
 - b) Luka bakar
 - c) Penyakit paru obstruktif
 - d) Diabetes mellitus
 - e) Tindakan invasi
 - f) Kondisi penggunaan terapi steroid
 - g) Penyalahgunaan obat
 - h) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)
 - i) Kanker
 - j) Gagal ginjal
 - k) Imunosupresi
 - l) *Lymphedema*
 - m) Leukositopenia
 - n) Gangguan fungsi hati

d. Pencapaian Peran Menjadi Orang tua (D.0126)

1) Pengertian

Terjadinya proses interaktif antara anggota keluarga (suami isteri, anggota keluarga dan bayi) yang ditunjukkan dengan perkembangan bayi yang optimal

2) Etiologi

Tidak tersedia

3) Manifestasi Klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Objektif

(1) Bounding attachment optimal

(2) Perilaku positif menjadi orang tua

(3) Saling berinteraksi dalam merawat bayi

b) Gejala dan tanda minor

Subjektif

(1) Mengungkapkan kepuasan dengan bayi

Objektif

(1) Melakukan stimulasi visual, taktil atau pendengaran terhadap bayi

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Status kesehatan ibu

b) Status kesehatan bayi

e. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

1) Pengertian

Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui

2) Etiologi

a) Ketidakadekuatan suplai asi

b) Hambatan pada neonates

c) Anomaly pada payudara ibu

d) Ketidakadekuatan reflex oksitosin

- e) Ketidakadekuatan reflex menghisap bayi
 - f) Payudara bengkak
 - g) Riwayat operasi payudara
 - h) Kelahiran kembar
- 3) Manifestasi klinis
- a) Gejala dan tanda mayor
- Subjektif
- (1) Kelelahan maternal
 - (2) Kecemasan maternal
- Objektif
- (1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
 - (2) ASI tidak menetes/memancar
 - (3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
 - (4) Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua
- b) Gejala dan tanda minor
- Subjektif
- Tidak tersedia
- Objektif
- (1) Intake bayi tidak adekuat
 - (2) Bayi menghisap tidak terus menerus
 - (3) Bayi menangis saat disusui
 - (4) Bayi rewel dan menangis terus dalam jam jam pertama setelah menyusui

- (5) Menolak untuk menghsap
- 4) Kondisi klinis terkait
 - a) Abses payudara
 - b) Mastitis
 - c) Carpal tunnel syndrome

4. Intervensi

Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (PPNI SLKI Pokja, 2019).

a. Nyeri Akut (D.0077)

SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066)

5) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

6) Ekspektasi : Menurun

7) Kriteria Hasil :

Tabel 2 1 SLKI Tingkat Nyeri

Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
-----------	-----------------	--------	---------------	---------

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
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)

1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan (PPNI SIKI Pokja, 2019).

2) Tindakan

a) Observasi

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri

- (2) Identifikasi skala nyeri
 - (3) Identifikasi respon nyeri non verbal
 - (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - (6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 - (7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 - (8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 - (9) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- b) Terapeutik
- (1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis akupresur, terapi musik, *biofeedback*, aromaterapi, terpai pijat, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)
 - (2) Fasilitasi istirahat dan tidur
 - (3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- c) Edukasi
- (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 - (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

(5) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasikan dengan pemberian analgetik, jika perlu

b. Gangguan Mobilitas fisik (D.0054)

SLKI: Mobilitas Fisik (L.05042)

1) Definisi

Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Ekspektasi : Meningkatkan

3) Kriteria Hasil :

Tabel 2 2 SLKI Mobilitas Fisik

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Pergerakan ekstremitas	1	2	3	4	5
Kekuatan otot	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan fisik	1	2	3	4	5

SIKI : Dukungan Mobilisasi

1) Definisi

Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik

2) Tindakan

a) Observasi

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

b) Terapeutik

- (1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- (2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- (3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam

c) Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- (2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- (3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

b. Risiko Infeksi (D. 0142)

SLKI : Tingkat Infeksi (L.14137)

1) Definisi

Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi.

2) Ekspektasi : Menurun

3) Kriteria hasil :

Tabel 2 3 SLKI Tingkat Infeksi

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Demam	1	2	3	4	5
Kemerahan	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Bengkak	1	2	3	4	5

SIKI : Pencegahan Infeksi (14539)

1) Definisi

Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik

2) Tindakan

a) Observasi

(1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

b) Terapeutik

(1) Batasi jumlah pengunjung

(2) Berikan perawatan kulit pada area edema

(3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

c) Edukasi

(1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

(2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

(3) Ajarkan etika batuk

(4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

(5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

(6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

c. Pencapaian Peran Menjadi Orang Tua (D.0126)

SLKI : Peran Menjadi Orang Tua (L.13120)

1) Definisi

Kemampuan orang tua memberi lingkungan bagi anak atau anggota keluarga yang cukup, untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan

2) Ekspektasi : Membaik

3) Kriteria Hasil :

Tabel 2 4 SLKI Peran Menjadi Orang Tua

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Bounding attachment	1	2	3	4	5
Perilaku positif menjadi orang tua	1	2	3	4	5
Interaksi perawatan bayi	1	2	3	4	5
Keinginan meningkatkan an peran menjadi orang tua	1	2	3	4	5
Stimulasi visual	1	2	3	4	5
Stimulasi taktil	1	2	3	4	5

Stimulasi pendengaran	1	2	3	4	5
-----------------------	---	---	---	---	---

SIKI : Edukasi orang tua fase bayi (I.12400)

1) Definisi

Memberi informasi dan dukungan pengasuh perawatan fisik yang dibutuhkan bayi selama tahun pertama kehidupan

2) Tindakan

a) Observasi

- (1) Identifikasi pengetahuan dan kesiapan orang tua belajar tentang perawatan bayi

b) Terapeutik

- (1) Berikan panduan tentang perubahan pola tidur bayi
- (2) Motivasi orang tua untuk berbicara dan membaca untuk bayi
- (3) Lakukan kunjungan rumah sebagai rogam pemantauan dan pendampingan pada orang tua

c) Edukasi

- (1) Jelaskan kebutuhan nutrisi bayi
- (2) Jelaskan perkembangan gigi dan kebersihan mulut selama tahun pertama
- (3) Jelaskan perubahan pola eliminasi pada tahun pertama
- (4) Jelaskan keamanan dan pencegahan cedera pada bayi

- (5) Anjurkan memegang, memeluk, memijat, bermain dan menyentuh bayi
- (6) Ajarkan keterampilan merawat bayi baru lahir
- (7) Ajarkan cara merawat dan mencegah ruam popok
- (8) Ajarkan cara stimulasi perkembangan bayi

d. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

SLKI : Status Menyusui (L.03029)

1) Definisi

Kemampuan memberikan ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

2) Ekspektasi : Membaik

3) Kriteria hasil :

Tabel 2 5 SLKI Status Menyusui

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Perlakuan bayi pada payudara	1	2	3	4	5
Kemampuan ibu memosisikan bayi	1	2	3	4	5
Miksi bayi	1	2	3	4	5
BB Bayi	1	2	3	4	5
Tetesan ASI	1	2	3	4	5
Suplai ASI adekuat	1	2	3	4	5

Putting tidak lecet setelah 2 minggu	1	2	3	4	5
Kepercayaan diri ibu	1	2	3	4	5
Intake bayi	1	2	3	4	5
Isapan bayi	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Lecet 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 menyusu	1	2	3	4	5

SIKI : Edukasi Menyusui (I.12393)

1) Definisi

Memberikan informasi dan saran tentang menyusui yang dimulai dari antepartum, intrapartum, dan post partum

2) Tindakan

a) Observasi

(1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

(2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

b) Terapeutik

(1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

- (2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- (3) Berikan kesempatan untuk bertanya
- (4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- (5) Libatkan system pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat

c) Edukasi

- (1) Berikan konseling menyusui
- (2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- (3) Ajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan dengan benar
- (4) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
- (5) Ajarkan perawatan payudara postpartum

5. Implementasi

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

6. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017). Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP.

C. EVIDENCE BASED PRACTICE (EBP)

1. Menurut jurnal penelitian dari (Kasanah & Alike, 2020) yang berjudul “Efektivitas Mobilisasi Dini Dalam Mempercepat Involusi Uteri Ibu Post Partum” yang bertujuan untuk menganalisis efektivitas mobilisasi dini dalam mempercepat involusi uteri ibu post partum. Sebagai responden adalah ibu nifas di Puskesmas Mejobo Kudus pada Bulan Januari 2020. Penelitian menggunakan desain penelitian eksperimen dengan randomized pretest posttest control group design. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu nifas 1-11 hari paska lahir. Subjek penelitian adalah semua kelompok perlakuan dan kontrol. Kelompok perlakuan adalah ibu nifas yang melakukan mobilisasi dini sejumlah 10 responden dan kelompok kontrol

adalah ibu nifas yang tidak melakukan mobilisasi dini sejumlah 10 responden. Dengan uji Mann-Whitney, diperoleh angka signifikansi 0,004. Karena nilai $p < 0,05$, dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara melakukan mobilisasi dini dengan tidak melakukan mobilisasi dini terhadap proses involusi uteri pada ibu post partum. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara melakukan mobilisasi dini dengan tidak melakukan mobilisasi dini terhadap proses involusi uteri pada ibu post partum (Dengan uji Mann-Whitney, diperoleh angka signifikansi 0,004).

2. Menurut jurnal penelitian dari (Supingah & Istiqomah, 2017) yang berjudul “Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Ibu Nifas” yang bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu nifas di Wilayah Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta. Metode yang digunakan pada penelitian ini yaitu deskriptif dengan pendekatan cross sectional. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu yang masih dalam masa nifas (8 jam post partum-6 minggu pasca persalinan) sejumlah 30 responden. Teknik pengambilan sampel dengan total sampling. Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan mobilisasi dini ibu nifas dengan kategori baik sejumlah 12 responden (40%), kategori cukup sejumlah 14 responden (46,7%), dan kategori kurang sejumlah 4 responden (13,3%). Pelaksanaan mobilisasi dini yang paling banyak dilakukan oleh ibu nifas adalah latihan nafas sebanyak 23 orang (76,6%) dan yang paling banyak tidak dilakukan oleh ibu nifas adalah gerakan duduk tegak lurus di tempat tidur sejumlah 16 responden

(53,3%).Pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu nifas di Wilayah Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta dalam kategori cukup.

3. Menurut jurnal penelitian dari (Ratih & Herlina, 2020) yang berjudul “Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Involusi Uterus Pada Ibu Post Partum Di Klinik Pratama Yusnimar Pekanbaru” penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Involusi Uterus pada Ibu Post partum di Klinik Pratama Yusnimar Pekanbaru. Sampel dalam penelitian ini yaitu ibu Post partum, yang sesuai dengan kriteria inklusi peneliti. Penelitian ini menggunakan desain pre eksperimental design dengan rancangan One Group Pretest-Posttest design. Kelompok subyek diadakan pretest sebelum diberi treatment kemudian diukur dengan posttest setelah di treatment. Hasil penelitian dengan menggunakan uji Wilcoxon dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$ membandingkan nilai pre test dan post test didapatkan tingkat signifikansi nilai P- Value = 0,000 yang lebih kecil dari $\alpha \leq 0,05$ berarti H_0 ditolak. Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh mobilisasi dini terhadap involusi uterus pada ibu post partum di Klinik Pratama Yusnimar Pekanbaru.