

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Preeklampsia Ringan

a. Pengerian

Preeklampsia menurut Wiknjosastro (2006), adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester ke-3 kehamilan. Sedangkan menurut Bobak (2005), preeklampsia adalah suatu kondisi spesifik kehamilan dimana hipertensi terjadi setelah minggu ke-20 pada wanita hamil yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal. Jadi yang dimaksud preeklampsia adalah penyakit yang timbul karena kehamilan dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan protein urin yang timbul pada usia kehamilan \pm 20 minggu.

Prawirohardjo (2007) menyebutkan bahwa preeklampsia dibagi dalam golongan ringan dan berat. Preeklampsia ringan dengan TD \leq 160/110 mmHg, protein urin + 2 atau kurang, jumlah cairan kencing \geq 400 cc/24 jam, pandangan tidak kabur dan tidak mengalami nyeri ulu hati.

b. Etiologi preeklampsia menurut Bobak (2009) dan Mitayani (2009) diantaranya:

- 1) Penyebab preeklampsia menurut Bobak (2009) diantaranya:
 - a) Primigravida
 - b) Kehamilan ganda

- c) Hidramnion
 - d) Mola hidatosa
 - e) Multigravida
 - f) Malnutrisi
 - g) Usia ibu kurang dari 18 tahun dan lebih dari 35 tahun
 - h) Anemia
 - i) Preeklampsia pada kehamilan sebelumnya
 - j) Obesitas
 - k) Genetik
 - l) Komplikasi kehamilan
- 2) Penyebab preeklampsia menurut Mitayani (2009) diantaranya:
- a) Primigravida terutama primigravida tua dan primigravida muda
 - b) Kelompok sosial ekonomi rendah
 - c) Obesitas
 - d) Hipertensi esensial
 - e) Riwayat preeklampsia pada kehamilan lalu dan keluarga
 - f) Multipara
 - g) Poli hidramnion
- c. Patofisiologi

Wanita hamil terjadi peningkatan sensitivitas vaskuler terhadap angiotensin II. Peningkatan ini menyebabkan hipertensi dan kerusakan *vaskuler*, akibatnya akan terjadi *vasospasme*. *Vasospasme* menurunkan diameter pembuluh darah ke semua organ, fungsi-fungsi organ seperti plasenta, ginjal, hati dan otak menurun sampai 40-60%. Gangguan plasenta menimbulkan degenerasi pada plasenta dan

kemungkinan terjadi IUGR dan IUFD pada fetus. Aktivitas uterus dan sensitifitas terhadap oksitosin meningkat (Maryunani, 2009).

Perubahan plasenta dan uterus dapat menurunkan aliran darah ke plasenta sehingga mengakibatkan gangguan fungsi plasenta. Pada hipertensi yang cukup lama dapat mengakibatkan pertumbuhan janin terganggu. Sedangkan pada hipertensi yang pendek dapat terjadi gawat janin sampai kematian karena kekurangan oksigenasi. Perubahan pada ginjal disebabkan karena aliran darah ke dalam ginjal menurun sehingga menyebabkan filtrasi glomerulus berkurang. Fungsi ginjal pada preeklampsia menurun sampai 50% sehingga menyebabkan diuresis turun dan dapat terjadi oliguria (Prawirohardjo, 2007).

d. Manifestasi Klinik

Mitayani (2009) menjelaskan bahwa manifestasi klinis dari preeklampsia ringan adalah sebagai berikut:

1) Tekanan darah

Peningkatan tekanan darah merupakan tanda awal yang paling penting pada preeklampsia, tekanan diastolik sebesar 90 mmHg secara terus menerus menunjukkan keadaan abnormal. Penentuan tekanan darah dilakukan minimal 2x dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat

2) Kenaikan berat badan

Peningkatan berat badan yang normal antara 0,5-1 kg dalam seminggu, maka kemungkinan terjadinya preeklampsia harus di cegah. Peningkatan berat badan dapat dilihat dengan adanya

edema terutama pada daerah ekstremitas karena adanya penimbunan cairan yang berlebihan dalam jaringan tubuh.

3) Proteinuria

Proteinuria adalah konsentrasi protein dalam air kencing.

Pada preeklampsia ringan biasanya proteinuria hanya positif 1-2

e. Pemeriksaan Diagnostik Preeklampsia

Prawirohardjo (2007) menyebutkan bahwa pemeriksaan diagnostik preeklampsia adalah

1) Uji diagnostik dasar

- a) Pengukuran tekanan darah
- b) Analisa protein dalam urin
- c) Pemeriksaan edema
- d) Pengukuran tinggi fundus uteri

2) Uji laboratorium dasar

- a) Evaluasi hematologi (hematokrit, trombosit, eritrosit)
- b) Pemeriksaan fungsi hati
- c) Pemeriksaan fungsi ginjal

f. Komplikasi

Prawirohardjo (2007) menyebutkan komplikasi dari preeklampsia adalah:

- 1) Pada ibu dapat terjadi eklampsia, solusio plasenta, perdarahan, kelainan pembekuan darah, syok, hingga kematian.
- 2) Pada janin dapat mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan dalam uterus, prematur, asfiksia neonatorum, kematian dalam uterus, peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal.

g. Pencegahan

Prawirohardjo (2007) menyebutkan bahwa pencegahan preeklampsia yaitu:

- 1) Pemeriksaan antenatal yang teratur dan teliti
- 2) Penjelasan tentang manfaat istirahat
- 3) Penjelasan tentang diit yang tepat yaitu makanan tinggi protein, rendah lemak, rendah karbohidrat, dan rendah garam
- 4) Menganjurkan tentang penambahan berat badan yang tidak terlalu berlebihan

h. Penatalaksanaan

Penanganan preeklampsia menurut Esti (2009) dibagi menjadi 2 yaitu:

- 1) Konservatif
 - a) Istirahat
 - b) Dirawat di ruang isolasi
 - c) Observasi: keseimbangan cairan, infus 2.000cc/24 jam
 - d) Pengobatan: diazepam, Magnesium sulfat
 - e) Evaluasi pengobatan: diuresis, kesadaran membaik, nadi dan tekanan darah turun, keluhan berkurang
 - f) Jika pengobatan konservatif berhasil:
 - (1) Pengawasan hamil intensif
 - (2) Kehamilan mencapai aterm
 - (3) Persalinan pervaginam
- 2) Terapi aktif jika terapi konservatif tidak berhasil
 - a) Indikasi vital
 - b) Gagal pengobatan 2x24 jam

c) Medis teknis

- (1) Induksi persalinan
- (2) Pecahkan ketuban
- (3) Kala II dilakukan *Ekstraksi Vakum* atau *Forsep*
- (4) *SC* atas *indikasi gagal induksi* dan *indikasi obstetri*

2. Tinjauan tentang *Ekstraksi Vakum*

a. Pengertian

Ekstraksi vakum menurut Prawirohardjo (2007), adalah suatu persalinan janin buatan, janin dilahirkan dengan *ekstraksi* tenaga negatif (*vakum*) di kepalanya. Sedangkan menurut Bobak (2005) *Ekstraksi vakum* merupakan metode kelahiran dengan memasang sebuah mangkuk atau *cup vakum* dikepala janin dan dengan tekanan negatif. Jadi *ekstraksi vakum* adalah suatu persalinan buatan dengan prinsip antara kepala janin dan alat penarik mengikuti gerakan alat *vakum ekstraktor*.

b. Indikasi

Prawirohardjo (2007) menjelaskan bahwa indikasi dilakukan *Ekstraksi Vakum* adalah:

- 1) Pembukaan lengkap atau hampir lengkap
- 2) Kepala turun H-III
- 3) Presentasi kepala
- 4) Bayi aterm
- 5) Kala II tak maju dengan presentasi belakang kepala
- 6) Ketidakmampuan mengejan

- 7) Fetal distress
- 8) Preeklampsia

c. Kontraindikasi

Prawirohardjo (2007) menjelaskan bahwa kontraindikasi dilakukan *Ekstraksi Vakum* adalah:

- 1) Pembukaan belum lengkap > 7cm
- 2) Presentasi bukan belakang kepala
- 3) Umur kehamilan preterm
- 4) Janin mengalami maserasi
- 5) Kepala masih di Hodge I-II
- 6) Adanya disproporsi sefalopelvik

d. Komplikasi

Prawirohardjo (2007) menyebutkan komplikasi dilakukan *Ekstraksi Vakum* adalah :

- 1) Pada Ibu
 - a) Robekan
 - (1) Robekan pada serviks terjadi apabila pada pembukaan belum lengkap dilakukan *ekstraksi vakum* atau jika serviks terjepit antara mangkok dan kepala bayi.
 - (2) Robekan pada dinding vagina yang terjadi apabila kepala janin dipaksakan melalui rintangan pada panggul.
 - b) Perdarahan yang disebabkan karena adanya perlukaan
 - c) Infeksi jika syarat aseptik dan antiseptik kurang diperhatikan serta perlukaan merupakan faktor predisposisi terhadap terjadinya infeksi.

2) Pada Janin

- a) Perdarahan didalam tengkorak apabila kepala janin dipaksakan melewati tempat sempit dalam panggul.
- b) Hematoma pada tempat pemasangan mangkok dan akan hilang sendiri setelah 24-48 jam.
- c) Infeksi apabila syarat aseptik dan antiseptik kurang diperhatikan.

3. Masa Nifas

a. Pengertian

Prawirohardjo (2007), mendefinisikan *masa puerpurium* atau masa nifas adalah masa setelah partus selesai dan berakhir kira-kira 6 minggu, akan tetapi alat reproduksi pulih kembali dalam waktu sekitar 3 bulan. Sedangkan menurut Bobak (2005), masa nifas adalah waktu enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali pulih ke keadaan normal seperti sebelum hamil.

b. Klasifikasi Nifas

Prawirohardjo (2007) membagi nifas kedalam 3 periode sebagai berikut :

- 1) *Puerpurium Dini* adalah kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan yaitu setelah 2-3 jam post partum.
- 2) *Puerpurium Intermedial* adalah kepulihan alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) *Remote Puerpurium* adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila selama hamil mengalami

komplikasi. Kepulihan ini memerlukan waktu berminggu-minggu, bulan atau tahun.

c. Perubahan Masa Nifas

Perubahan pada masa nifas meliputi adaptasi psikologi dan fisiologi.

1) Adaptasi psikologi masa nifas menurut Prawirohardjo (2007) sebagai berikut:

a) *Fase Taking In*

Periode tingkah laku ketergantungan yang terjadi pada hari kesatu dan kedua setelah melahirkan. Fase ini ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan, ibu selalu membicarakan pengalamannya berulang-ulang.

b) *Fase Taking Hold*

Fase tingkah laku mandiri dan ketergantungan dimulai pada hari ke-3 sampai hari ke-10 post partum. Tubuh ibu mengalami perubahan yang sangat kuat, keluar ASI, uterus dan perineum dalam proses penyembuhan sehingga mengalami kelelahan. Pada fase ini memerlukan informasi tentang penyembuhan fisik agar dapat beristirahat dengan baik. Mekanisme ini merupakan pertahanan diri yang penting karena *post partum blues* kemungkinan akan terjadi.

c) *Fase Letting Go*

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung setelah 10 hari post partum. Ibu sudah menyesuaikan diri dan dapat merawat diri serta bayinya. Pada

fase ini kemungkinan ibu akan mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya, keadaan ini disebut *baby blues*.

2) Adaptasi fisiologi masa nifas menurut Prawirohardjo (2007) dan Wiknjosastro (2006) sebagai berikut

a) Tanda Vital

(1) Nadi umumnya berkisar antara 60-80x/menit, tetapi segera setelah partus dapat terjadi bradikardi (Wiknjosastro, 2006).

(2) Suhu tubuh partus dapat naik $>0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal, tetapi tidak melebihi $38,5^{\circ}\text{C}$ sesudah 12 jam pertama kelahiran dan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38°C mungkin terjadi infeksi (Prawirohardjo, 2007).

(3) Tekanan darah yaitu keadaan hipertensi post partum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit lain yang menyertainya dalam kurun waktu 2 bulan tanpa pengobatan (Wiknjosastro, 2006).

b) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa faktor diantaranya keluarnya darah pada saat melahirkan, mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstra vaskuler. Pada minggu ke-3 sampai ke-4 post partum volume darah biasanya berkurang sampai pada tingkat sebelum kelahiran (Wiknjosastro, 2006).

c) Sistem perkemihan

Berkemih sebaiknya dilakukan secepatnya. Gangguan berkemih setelah partus disebabkan karena muskulus sfingter

vesika et uretra mengalami tekanan oleh kepala janin sehingga fungsinya terganggu (Wiknjosastro, 2006).

d) Sistem Pencernaan

BAB biasanya akan tertunda selama 2-3 hari post partum karena diet cairan, obat-obatan analgesik selama persalinan dan perinium yang sangat sakit (Wiknjosastro, 2006).

e) Payudara

Setelah persalinan pengaruh supresi estrogen dan progesteron hilang, maka timbul pengaruh laktogenik hormone (LH) atau prolaktin yang akan merangsang ASI. Produksi ASI akan banyak pada hari ke 2-3 post partum. Isapan pada puting merupakan rangsangan psikis yang secara reflektosis mengakibatkan oksitosis dikeluarkan oleh hipofisis. Produksi ASI akan membantu proses involusi uteri (Wiknjosastro, 2006).

f) Uterus

Setelah janin lahir fundus uteri setinggi pusat, segera setelah plasenta lahir TFU 2 jari dibawah pusat. Pada hari ke-5 post partum uterus 7 cm diatas symfisis atau pertengahan symfisis sampai pusat. Hari ke-12 post partum uterus tidak dapat diraba lagi. Berat uterus gradus aterm ± 1000 gr, satu minggu post partum menjadi ± 500 gr, dua minggu post partum 300 gr dan setelah 6 minggu menjadi 40-60 gr (berat normal

uterus ± 30 gr) yang terletak di dalam pelvis dengan bentuk seperti buah pear (Prawirohardjo, 2007).

g) *Genetalia*

(1) *Serviks*, setelah melahirkan konsistensi serviks lunak dan kadang terdapat perlukaan kecil. Setelah bayi lahir tangan masih bisa masuk ke dalam rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 jam hanya dapat dilalui oleh 1 jari (Wiknjosastro, 2006).

(2) *Perineum*, luka perineum harus diperiksa adanya kemerahan, edema, perdarahan, jenis cairan yang keluar, dan pemantauan jaringan (*REEDA*).

(3) *Lochea* adalah sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Menurut Prawirohardjo (2007), jenis lochea diantaranya:

(a) *Lochea Rubra*

Keluar pada hari 1-3 post partum, berwarna merah segar, berisi darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sisa-sisa desidua, sisa vernik kaseosa, lanugo dan mekonium.

(b) *Lochea Sanguinolenta*

Keluar pada hari ke 3-7, berwarna coklat, berisi darah bercampur lendir.

(c)Lochea Serosa

Keluar pada hari ke 7-14, berwarna kuning atau kekuningan, terdiri atas leukosit, serum dan jaringan debris.

(d)Lochea Alba

Keluar setelah 2 minggu post partum sampai minggu ke 6, terdiri atas leukosit, desidua, epitel, serum, mucus berwarna putih atau kuning muda

(e)Lochea Purulenta

Lochea yang bercampur dengan pus (nanah), dengan tanda-tanda infeksi dan berbau busuk.

(f) Locheasitosis

Lochea yang tidak lancar keluarnya atau tertahan.

B. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian yaitu suatu cara untuk memperoleh data dan informasi pasien yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah-masalah pasien. Adapun hal-hal yang dikaji dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien sebagai berikut:

- a. Identitas terdiri dari identitas pasien dan identitas penanggung jawab.
- b. Riwayat kesehatan terdiri dari keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan riwayat kesehatan dahulu.

- c. Riwayat obstetri terdiri dari riwayat paritas dan abortus: umur, jenis kelamin, kondisi lahir (H/M), BBL, cara lahir, penolong, nifas lalu.
- d. Riwayat kehamilan sekarang terdiri dari gangguan pada hamil muda, tempat memeriksakan kehamilan, obat yang diberikan, nutrisi selama hamil.
- e. Riwayat persalinan terdiri dari jenis persalian, lama persalinan, jumlah perdarahan dan keadaan umum.
- f. Riwayat kontrasepsi terdiri dari jadi akseptor atau tidak, jenis kontrasepsi, lama, keluhan selama menjadi akseptor.
- g. Data psikologis terdiri dari empati terhadap isyarat bayi, respon ibu ketika bayi menangis, kepuasan terhadap kelahiran, penerimaan diri, pengalaman melahirkan, dukungan suami serta keluarga, dan *bonding attachment*.
- h. Pemenuhan kebutuhan dasar
 - 1) Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi metabolik yaitu kemampuan mempertahankan masukan dan menggunakan nutrien serta cairan untuk memenuhi kebutuhan fisiologis
 - 2) Riwayat keperawatan untuk pola eliminasi yaitu kemampuan untuk mengeluarkan produk sisa.
 - 3) Riwayat keperawatan untuk pola aktifitas latihan yaitu kemampuan untuk ikut serta dalam aktivitas kehidupan yang perlu atau diinginkan.
 - 4) Riwayat keperawatan untuk pola tidur-istirahat yaitu kemampuan untuk mendapatkan tidur atau istirahat.

- 5) Riwayat keperawatan untuk pola reproduksi yaitu kemampuan untuk mempertahankan kebutuhannya.

i. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum: keadaan pasien setelah melahirkan.

- 2) Kesadaran dan Vital Sign

Terdiri dari kesadaran dan vital sign pasien (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu) setelah melahirkan.

- 3) Mata: diamati konjungtiva dan sklera.

- 4) Leher: pembesaran kelenjar thyroid, nyeri tekan dan nyeri telan.

- 5) Mammae atau Payudara

Pengkajian pada mammae adalah bentuk, kebersihan, kelainan pada puting, hyperpigmentasi. Pada pemeriksaan palpasi dinilai adanya nyeri tekan, benjolan dan pengeluaran ASI.

- 6) Abdomen

Pengkajian pada daerah abdomen adalah kebersihan, linea nigra, bekas operasi. Pada pemeriksaan palpasi dinilai tinggi fundus uteri, peristaltik usus, vesika urinaria, dan kontraksi uterus.

- 7) Genetalia

Pengkajian pada vagina yaitu periksa adanya lochea (jenis, warna, jumlah dan bau), frekuensi ganti pembalut, laserasi, dan pembengkakan. Sedangkan pada perinium periksa adanya jahitan perinium, tanda-tanda *REEDA* terdiri dari kemerahan (*Red*), Pembengkakan (*Edema*), perdarahan (*Echimosis*),

jenis cairan yang dikeluarkan (*Discharge*), jahitan sudah menyatu atau belum (*Approximation*).

8) Ekstremitas

Pengkajian pada ekstremitas yaitu pada ekstremitas atas terpasang infus atau tidak, adanya edema, dan keterbatasan gerak. Pada ekstremitas bawah dapat dilihat dengan ada atau tidaknya edema, tromboflebitis atau nyeri tungkai, keterbatasan gerak, dan tanda-tanda *homan's sign*.

j. Pemeriksaan Penunjang

Darah : Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, Trombosit, HbsAg

Urine : Analisa protein urine

k. Tindakan yang dilakukan: terdiri dari jenis tindakan, tanggal dan jenis anestesi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul menurut NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014 adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik: trauma jalan lahir
- b. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum (atonia uteri)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum dan prosedur invasif
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan suplai ASI yang belum mencukupi

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan menurut Amin Huda, dkk dalam buku NANDA NIC-NOC 2013 adalah:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik: trauma jalan lahir

1) Tujuan

Tujuan dilakukan tindakan keperawatan diharapkan level nyeri berkurang atau hilang, dapat mengontrol nyeri, dan klien dalam level nyaman dengan kriteria hasil sebagai berikut:

- a) Mampu mengontrol nyeri
- b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang atau hilang
- c) Mampu mengenali nyeri
- d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

2) Intervensi

- a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif
- b) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
- c) Gunakan komunikasi terapeutik
- d) Anjurkan tentang teknik non farmakologi
- e) Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri
- f) Tingkatkan istirahat
- g) Monitor Vital Sign

b. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum (atonia uteri)

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko perdarahan berkurang dengan kriteria hasil sebagai berikut:

- a) Tekanan Darah dalam batas normal
- b) Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal
- c) Tidak ada tanda-tanda perdarahan

2) Intervensi

- a) Monitor tanda-tanda perdarahan
- b) Catat nilai Hb dan Hct
- c) Lindungi pasien dari trauma yang menyebabkan perdarahan
- d) Anjurkan meningkatkan intake
- e) Identifikasi penyebab perdarahan
- f) Monitor status cairan

c. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum dan prosedur invasif

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko infeksi berkurang dengan kriteria hasil sebagai berikut:

- a) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
- b) Mendiskripsikan proses penularan penyakit
- c) Mampu untuk mencegah infeksi
- d) Jumlah leukosit dalam batas normal
- e) Menunjukkan perilaku hidup sehat

2) Intervensi

- a) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
- b) Ajarkan pasien dan keluarga cara cuci tangan yang benar
- c) Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan

- d) Gunakan sarung tangan sebagai alat pelindung
 - e) Tingkatkan intake nutrisi
 - f) Kolaborasi pemberian terapi antibiotik
 - g) Monitor tanda dan gejala infeksi
 - h) Pertahankan teknik aseptik
 - i) Berikan perawatan pada area perinium
 - j) Ajarkan cara menghindari infeksi
 - k) Berikan perawatan perineum
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan suplai ASI yang belum mencukupi
- 1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pemberian ASI mulai efektif dengan kriteria hasil sebagai berikut :

 - a) Kemantapan pemberian ASI: perlengkapan bayi yang sesuai dengan proses menghisap dari payudara ibu
 - b) Ibu mengenali isyarat lapar dari bayi
 - c) Ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting
 - 2) Intervensi
 - a) *Breastfeeding Assistance*
 - (1) Evaluasi pola menghisap bayi
 - (2) Tentukan motivasi ibu untuk menyusui
 - (3) Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi
 - (4) Kaji kemampuan bayi menghisap secara efektif

(5) Pantau kemampuan ibu dalam menempelkan bayi ke puting

(6) Pantau sumbatan kelenjar susu

b) Breast Examination

(1) Evaluasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI

(2) Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI

(3) Ajarkan penyimpanan dan pencairan ASI yang benar

c) Lactation Conseling

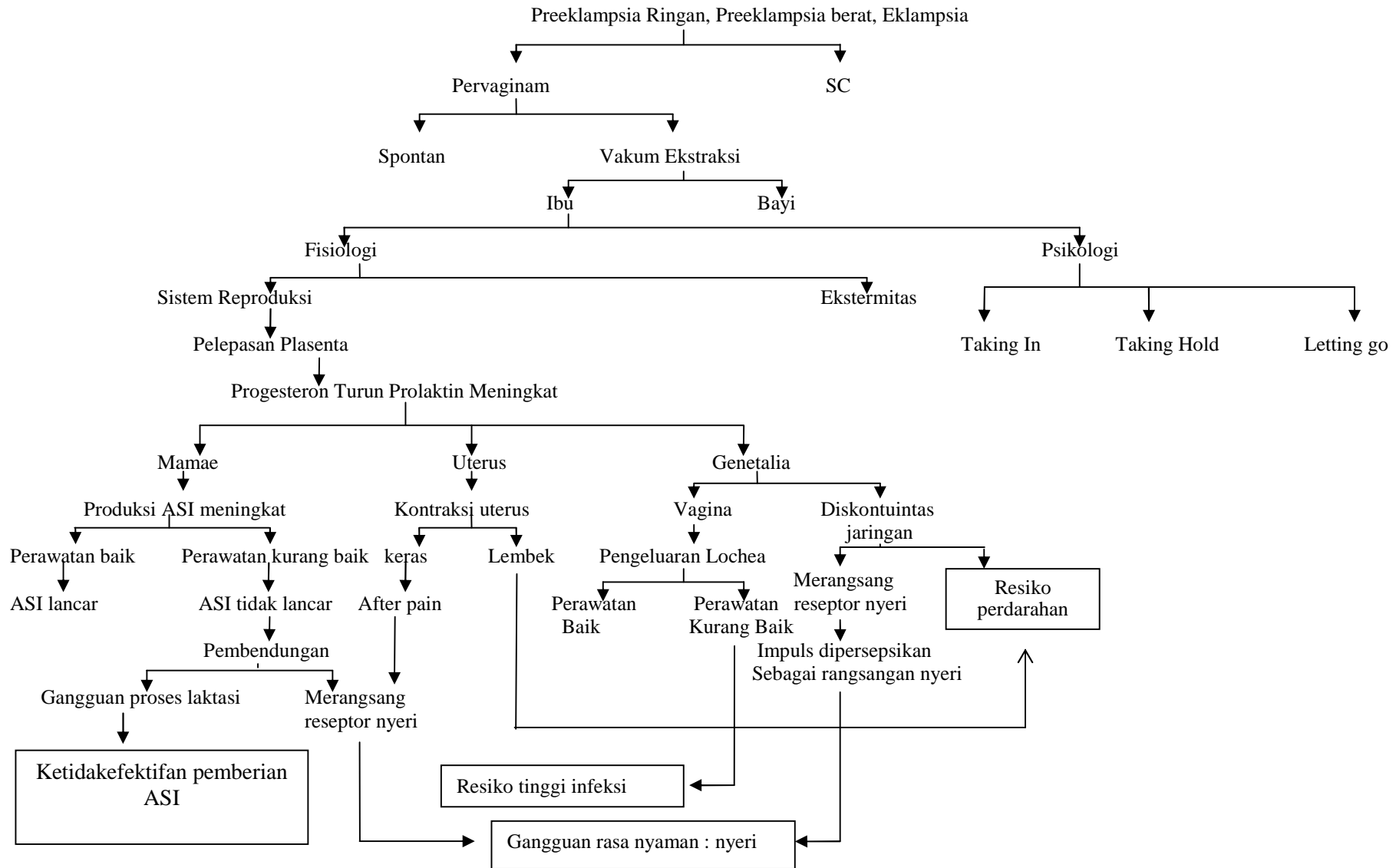
(1) Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI

(2) Demonstrasi latihan menghisap

(3) Demonstrasikan teknik dan cara menyusui yang benar

(4) Demonstrasikan cara perawatan payudara *breast-care*

D. PATHWAY



Bagan 2.1 Pathway (Bobak, 2005; Prawirohardjo, 2007)