

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. *Prolonged latent phase*

a. Pengertian

Prolonged latent phase adalah fase latent yang memanjang dimana suatu keadaan pada kala 1 pembukaan serviks sampai 3 cm berlangsung lebih dari 8 jam. (Saron Pawirohardjo, 2013).

Etiologi / Faktor penyebab fase latent adalah

1) His tidak efisien (*in adekuat*)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan keringetan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

2) Kelainan janin

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau bentuk janin.

3) Kelainan jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)

Kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan (Sarwono Prawirohardjo, 2009)

b. Penilaian klinis

Menurut (Sarwono Prawiroharjo, 2013). Dalam menentukan keadaan janin harus:

- 1) Periksa denyut jantung bayi, hitung frekwensi sekurang kurangnya 1x dalam 30 menit selama fase aktif dan 1x tiap 5 menit selama fase laten kala II.
- 2) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan gawat janin.
- 3) Jika tidak ada ketuban yang mengalir seteah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang mungkin juga menyebabkan gawat janin. Perbaiki keadaan umum dengan memberikan dukungan psikologis. Beri cairan baik secara oral maupun parental.
- 4) Bila pasien merasa nyeri berikan obat analgesik.

c. Penanganan partus lama (Sarwono Prawirohardjo, 2013).

Prolonged latent phase (fase laten yang memanjang)

Diagnosis *fase laten* memanjang dibuat secara retrospektif. Bila his berhenti disebut persalinan palsu atau belum *inpartu*. Bilamana kontraksi makin teratur dan pembukaan bertambah sampaim 3 cm, dan disebut *fase laten*. Dan apabila ibu berada dalam *fase laten* lebih dari 8 jam dan tak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dengan jalan melakukan pemeriksaan serviks:

- 1) Bila didapat perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks, lakukan drip oksitosin dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose (atau NaCl) mulai dengan 8 tetes permenit, setiap 30 menit ditambah 4

tetes sampai his adekuat (maksimal 40 tetes/menit) atau berikan preprat prostaglandin, lakukan penilaian ulang setiap 4jam. Bila ibu tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin, lakukan *secsio sesarea*.

- 2) Pada daerah hipervalensi HIV tinggi, dianjurkan membiarkan ketuban tetap utuh selama pemberian oksitoksin untuk mengurangi kemungkinan terjadinya penularan HIV.
- 3) Bila didapatkan tanda adanya amnionitis, berikan induksi dengan oksitosin 5U dan 500 cc dekstrose (atau NaCl) mulai dengan 8 tetes permenit, setiap 15 menit ditambah 4 tetes sampai adekuat (maksimal 40 tetes/menit) atau berikan preprat prostaglandin, serta obati infeksi dengan ampisilin 2 gr IV sebagai dosis awal dan 1 gr IV setiap 6 jam dan gentamicin 2x80 mg.

1. Sectio caesarea emergency

a. Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu tindakan melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Prawirohardjo, 2013).

Sectio caesarea emergency adalah oprasi yang dilakukan ketika proses persalinan sedang berlangsung. Hal ini terpaksa dilakukan karena ada masalah pada ibu maupun janin.

b. Indikasi *sectio caesarea*

Indikasi persalinan *sectio caesarea* yang dibenarkan dapat terjadi secara kombinasi (Prawirohardjo, 2013).

- 1) Indikasi ibu
 - a) Disporposi kepala panggul
 - b) Disfungsi uterus
 - c) Distosia jaringan lunak
 - d) Plasenta previa
- 2) Indikasi janin
 - a) Kelainan letak janin
 - b) Gawat janin
 - c) Janin besar

d. Kontra indikasi *sectio caesarea*

- 1) Janin mati
- 2) Terjadi syok
- 3) Anemia berat
- 4) Kelainan konginetal berat
- 5) Infeksi piogenik pada dinding abdomen
- 6) Minimnya fasilitas operasi *sectio caesarea*

3. Masa Nifas

a. Pengertian nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung lama kira-kira 6 minggu (Prawirohardjo, 2013).

b. Klasifikasi nifas

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahap yaitu

1) *Puerperium dini*

Yaitu pemulihan dimana ibu telah dibolehkan berdiri dan jalan-jalan, didalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) *Puerperium intermedial*

Yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) *Remote puerperium*

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulan atau tahunan.

c. Fisiologi nifas

Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut antara lain :

1) *Hormon plasenta*

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat paska persalinan. Penurunan hormone plasenta menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas.

2) *Hormone pituitary*

Hormon prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi asi. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke 3, dan LH tetap rendah hingga evolusi terjadi.

3) *Hipotalamik pituitary ovarium*

Mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui.

4) *Hormon oksitosin*

Disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ke 3 persalinan, hormone oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan.

5) *Hormon esterogen dan progesteron*

Volume darah normal selama kehamilan akan meningkat. Hormon esterogen yang tinggi memperbesar hormone anti deuritik 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, dan vulva serta vagina.

d. Perubahan masa nifas

1) Perubahan fisiologi

Yaitu perubahan sistem reproduksi (*invulasi* / pulihnya kembali alat kandungan ke keadaan sebelum hamil) dan sistemik.

a) Uterus

Pada kala tiga TFU setinggi umbilikus dan beratnya 1000 gram. Selama 7-10 hari pertama mengalami involusi dengan cepat. Post natal 12 hari sudah tidak dapat diraba melalui abdomen, setelah 6

minggu ukuran seperti sebelum hamil setinggi 8 cm dengan berat 50 gram. Involusi disebabkan oleh:

(1) Kontraksi dan retraksi serabut otot uterus yang terus menerus sehingga terjadi kompresi pembuluh darah yang menyebabkan anemia setempat dan akhirnya menjadi iskemia.

(2) *Autolysis*

Sitoplasma sel yang berlebihan akan tercerna sendiri sehingga tinggal jaringan fibro-elastik.

(3) *Atrofi*

Jaringan yang berproliferasi dengan adanya estrogen kemudian mengalami atrofi akibat penghentian produksi estrogen.

b) *Lochea*

Yaitu pengeluaran darah dan jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus, jenisnya :

- 1) Rubra keluar pada hari 1-4 jumlahnya sedang, berwarna merah, terutama lendir dan darah.
- 2) Sanguinolenta keluar pada hari 4-7 berwarna coklat, terdiri dari cairan bercampur darah.
- 3) Serosa keluar pada hari 7-14 jumlah berkurang dan berwarna merah muda.
- 4) Alba keluar pada minggu ke 2-6 minggu jumlahnya sedikit, berwarna putih atau hampir tidak berwarna.

c) Serviks

Setelah persalinan ostium eksterna dapat dimasuki 2-3 jari tangan, setelah 6 minggu serviks menutup.

d) Vulva dan vagina

Dalam beberapa hari setelah persalinan dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu kembali dalam keadaan tidak hamil, rugae berangsur-angsur muncul kembali dan labia lebih menonjol. Himen mengalami ruptur dan yang tersisa hanya kulit.

e) Perineum

Pada post natal hari ke-5 sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya.

f) Payudara

Payudara menjadi lebih besar, lebih kencang, mula-mula nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan setatus hormonal serta dimulainya laktasi.

g) Traktus urinarius

Buang air kecil sulit selama 24jam pertam. Terhadap spasme spingter dan edema leher buli-buli. Urin dalam jumlah besar dihasilkan dalam waktu 12-36 jam post partum. Ureter akan kembali normal dalam waktu 6 minggu.

h) Sistem gastrointestinal

Diperlukannya waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Asupan makanan berkurang, usus bagian bawah sering kosong.

i) Sistem kardiovaskuler

Jumlah sel darah merah dan Hb kembali normal setelah hari ke-5

j) Hormonal

(1) Prolaktin diproduksi hipofise anterior untuk memproduksi ASI, meningkat saat puting dirangsang oleh penghisapan bayi, menyebabkan amenorea.

(2) Oksitosin merangsang kontraksi myoepitel sehingga terjadi ejeksi dan ASI keluar, menyebabkan kontraksi uterus yang membantu involusi dan mencegah perdarahan pos partum.

Perubahan tanda-tanda vital

(a) Nadi

(b) Suhu

(c) Tekanan darah

2) Perubahan psikologis

Perubahan psikologis mempunyai peran yang sangat penting. Pada masa ini ibu nifas menjadi sangat *sensitive*, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting dalam hal memberi pengarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis.

a) Proses adaptasi psikologis ibu pada masa nifas.

Perubahan psikologis normal karena kelahiran anak yang berarti dan bermakna, sehingga timbul perubahan sikap dari ibu dan keluarga terhadap bayinya. Ibu menjadi lebih *sensitive*.

b) Masa transisi pada post partum, yang harus diperhatikan adalah:

(1) *Phase honeymoon*

lalah phase anak lahir dimana terjadi intimasi dan kontak yang lama ibu-ayah-anak. Hal ini dapat dikatakan sebagai psikis *honeymoon* yang tidak memerlukan hal-hal yang romantik, masing-masing saling memperhatikan anaknya dan menciptakan hubungan yang baru.

(2) Ikatan kasih (*bonding atachment*)

Terjadi pada kala IV dimana kontak antara ibu-ayah-anak, dan tetap dalam ikatan kasih, penting bagi bidan untuk memikirkan bagaimana agar hal tersebut dapat terlaksana partisipasi suami. Persalinan merupakan salah satu upaya untuk proses ikatan kasih tersebut.

(3) Phase pada masa nifas

(4) *Phase "taking in"*

(5) *Phase "taking hold"*

Ketidak mampunya dalam merawat bayi serta mudah tersinggung. Merupakan kesempatan yang baik untuk memberi penyuluhan berlangsung hari 3-10.

(6) *Letting go*

Berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran baru sebagai seorang ibu. Mulai menerima tanggung jawab.

B. Konsep keperawatan

1. Pengkajian

Yaitu suatu cara untuk memperoleh data dan informasi pasien yang kemudian mengidentifikasi masalah-masalah pasien. Adapun pengumpulan data yang dikaji dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien post partum adalah sebagai berikut:

a. Identitas

- 1) Identitas pasien terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku atau bangsa, alamat, nomer register, tanggal masuk, tanggal partus, diagnosa medis.
- 2) Identitas penanggung jawab terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan suku, alamat, hubungan dengan pasien.

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Vital sign: Tekanan darah, Nadi, Suhu, Pernafasan
- 2) Mata: Konjungtiva, Sklera
- 3) Payudara: Proses laktasi, Keadaan puting susu, Kolostrum.
- 4) Uterus: TFU, Posisi, Kontraksi uterus
- 5) Abdomen: Insisi post SC (REEDA Scale), Panjang dan lebar diartasis Rectus Abdominus (bila ada), Striae
 - a) Lochea: Jenis, jumlah, warna, bau, ada bekuan darah / tidak
 - b) Perineum: Episiotmi / rupture, Jahitan, (REEDA Scale) Higiene, Haemorhoid.
 - c) Ekstremitas: Edema, varises, Homan's sign

6) Pengkajian Fungsional

- a) Eliminasi Urine: Jumlah, frekuensi, warna
- b) Defekasi: Sudah / belum, frekuensi, konsistensi
- c) Istirahat / tidur: Pola tidur, keluhan tidur.
- d) Nutrisi: Pola makan, nafsu makan, pantangan, pola minum (berapa banyak)
- e) Keluhan nyeri: Intensitas, kualitas, lokasi, waktu
- f) Ambulasi: Ambulasi dini, ada keluhan saat ambulasi

7) Kemampuan (Pengetahuan)

- a) *Self care*: Perawatan buah dada, Perawatan *perineum*
- b) *Infant care*: Perawatan tali pusat, memandikan bayi, Teknik menyusui, *feeding*
- c) Nutrisi: nutrisi ibu menyusui, asi eksklusif

c. Keluhan utama

Apa keluhan pasien setelah melahirkan dan keluhan yang menyertai.

d. Riwayat haid

Haid pertama kali, siklus, lamanya, banyaknya, bau darah dan keluhan saat haid.

d. Riwayat perkawinan

Pasien sudah berapa kali menikah dan sudah berapa lama.

e. Riwayat kontrasepsi

Ikut menjadi aseptor KB atau tidak, jenis kontrasepsi yang digunakan dan berapa lama menjadi aseptor KB.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas lalu

Kehamilan keberapa, sudah melahirkan berapa kali, dimana ada komplikasi atau tidak, jenis persalinan, jenis kelamin, usia anak sekarang, berat badan bayi dahulu, jarak persalinan dengan sekarang, komplikasi persalinan apakah dulu pernah keguguran / aborsi.

g. Riwayat kehamilan sekarang

Gangguan pada waktu hamil muda, tempat memeriksakannya dan obat apa saja yang pernah diberikan. Kapan hari pertama haid terakhir dan hari perkiraan lahir.

h. Riwayat penyakit kehamilan dahulu

Apakah pasien dulu pernah dirawat dirumah sakit dan pernah menjalani operasi, riwayat reproduksi.

i. Riwayat kesehatan keluarga

Didalam keluarga pasien apakah ada yang mempunyai penyakit keturunan, menular dan anak kembar. Cantumkan genogram apabila dalam keluarga terdapat penyakit keturunan dan riwayat anak kembar.

j. Riwayat keperawatan untuk pola koping stress

Menggambarkan pola koping umum dan keefektifan keterampilan koping dalam mentoleransi stress.

k. Riwayat keperawatan untuk pola nilai kepercayaan

Menggambarkan pola nilai, tujuan atau kepercayaan yang mengarahkan pilihan dan keputusan gaya hidup.

2. Dampak terhadap kebutuhan dasar manusia menurut Gordon's
 - a. Riwayat keperawatan untuk pola persepsi kesehatan

Penanganan kesehatan menggambarkan pada pemahaman klien tentang kesehatan dan kesejahteraan serta bagaimana kesehatan klien diatur.
 - b. Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi metabolik

Menggambarkan konsumsi relative terhadap kebutuhan metabolik dan suplay gizi, meliputi pola konsumsi pola makanan dan cairan, keadaan kulit, rambut, kuku dan membran mukosa, suhu tubuh, tinggi dan berat badan.
 - c. Riwayat keperawatan untuk pola eliminasi

Menggambarkan fungsi ekskresi, termasuk pola individu sehari-hari, perubahan atau gangguan dan metode yang digunakan untuk mengendalikan ekresi.
 - d. Riwayat keperawatan untuk pola latihan

Menggambarkan pola olahraga, aktivitas, pengisian waktu senggang rekreasi termasuk aktivitas kehidupan sehari-hari, tipe dan kualitas olahraga dan faktor-faktor yang mempengaruhi pola aktivitas.
 - e. Riwayat keperawatan untuk pola tidur-istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat dan relaksasi serta setiap bantuan untuk merubah pola tersebut.
 - f. Riwayat keperawatan untuk pola persepsi kognitif

Menggambarkan pola persepsi kognitif dan sensori meliputi keadekuatan bentuk sensori, pelaporan mengenai persepsi nyeri dan kemampuan fungsi kognitif.

- g. Riwayat keperawatan untuk pola persepsi diri / konsep diri
Menggambarkan bagaimana seseorang memandang dirinya sendiri, kemampuan mereka, gambaran diri dan perasaan.
 - h. Riwayat keperawatan untuk pola peran / hubungan
Menggambarkan pola keterikatan peran dengan hubungan meliputi: persepsi terhadap peran utama dan tanggung jawab dalam situasi kehidupan saat ini.
 - i. Riwayat keperawatan untuk pola reproduksi /seksualitas
Menggambarkan kepuasan atau ketidak puasan dalam seksualitas, termasuk status reproduksi wanita.
 - j. Riwayat keperawatan untuk pola koping stress
Menggambarkan pola koping umum dan keefektifan keterampilan koping dalam mentoleransi stress.
 - k. Riwayat keperawatan untuk pola nilai kepercayaan
Menggambarkan pola nilai, tujuan atau kepercayaan yang mengarahkan pilihan dan keputusan gaya hidup.
3. Diagnosa keperawatan
- a. Nyeri akut b.d agen cedera fisik (luka post op)
NOC: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat mendemonstrasikan nyeri berkurang atau hilang
Kriteria hasil:
 - 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi nyeri, mencari bantuan)
 - 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.

- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekwensi dan tanda nyeri).
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

NIC:

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas dan faktor presipitasi.
- 2) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.
- 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
- 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
- 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
- 6) Ajarkan teknik nonfarmakologi
- 7) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
- 8) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri

b. Gangguan pola tidur b.d faktor lingkungan

NOC: setelah dilakukan tindakan keperawatan pola istirahat tercukupi

Kriteria hasil:

- 1) Jumlah batas tidur dalam batas normal 6-8 jam
- 2) Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat
- 3) Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur
- 4) Pola tidur, kualitas dalam batas normal

NIC:

- 1) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat
- 2) Ciptakan lingkungan yang nyaman
- 3) Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien
- 4) Instruksikan untuk memonitor tidur pasien

c. Konstipasi b.d penurunan tonus otot (diastasis rektal)

NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi konstipasi

Kriteria hasil

- 1) BAB teratur mulai dari setiap hari sampai 3-5 hari
- 2) Defekasi lunak

NIC:

- 1) Monitor tanda dan gejala konstipasi
- 2) Monitor bising usus
- 3) Monitor feses, frekwensi, konsistensi
- 4) Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien
- 5) Dorong pasien meningkatkan asupan cairan
- 6) Kolaborasikan pemberian laktasit

d. Resiko terjadi infeksi b.d trauma jaringan

NOC: setelah dilakukan tindakan keperawatan infeksi dapat dicegah atau tidak terjadi

Kriteria hasil:

- 1) Tanda-tanda vital dalam batas normal
- 2) Tidak terjadi tanda-tanda infeksi
- 3) Luka tidak ada pus

NIC:

- 1) Anjurkan dan gunakan teknik cuci tangan dengan cermat dan pembuangan bekas kotoran, linen dengan tepat
 - 2) Kaji status nutrisi
 - 3) Dorong masukan cairan peroral dan anjurkan makan makanan yang tinggi protein serta zat besi
 - 4) Inspeksi balutan abdomen terhadap eksudat / rembesan dan luka insisi
 - 5) Kaji tanda-tanda vital
 - 6) Perhatikan catatan operasi untuk penggunaan drain dan sifat dari insisi
 - 7) Kaji lokasi dan kontraktilitas uterus terhadap involusi dan nyeri tekan
 - 8) Perhatikan jumlah dan bau rembes lochea atau perubahan pada kemajuan normal
 - 9) Berikan perawatan pariental dan kateter serta penggantian pengalas kering
 - 10) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi antibiotik, kolaborasi dengan tim laboratorium untuk pemeriksaan Hemoglobin / Ht, leukosit, kolaborasi dengan ahli gizi
 - 11) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik
- e. Kurang pengetahuan b.d proses penyakit, prosedur perawatan, pengobatan.

NOC: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mengerti tentang penyakitnya.

Kriteria hasil:

- 1) Pasien dan keluarga menyatakan paham dan mengerti tentang penyakit, kondisi dan program pengobatan.
- 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
- 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan tim kesehatan.

NIC:

- 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien terhadap penyakitnya.
- 2) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.
- 3) Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat.
- 4) Instruksikan pasien mengenal tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.

f. Defisit volume cairan b.d kehilangan cairan secara aktif

NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan kebutuhan cairan pasien terpenuhi.

Kriteria hasil:

- 1) Masukan dah haluaran cairan seimbang.
- 2) Tanda vital dalam batas normal.
- 3) Mata tidak cekung.

NIC:

- 1) Monitor vital sign
- 2) Monitor status hidrasi

- 3) Kolaborasi pemberian cairan iv
 - 4) Monitor status nutrisi
 - 5) Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian
- g. Menyusui belum efektif b.d kurangnya paparan informasi

NOC: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien tau cara menyusui secara efektif.

Kriteria hasil:

- 1) Pasien mengungkapkan paham dan mengerti cara menyusui secara efektif.
- 2) Pasien mampu mendemonstrasikan cara menyusui bayinya secara efektif dengan payudara kanan dan kiri secara bergantian.

NIC:

- 1) berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang teknik menyusui.
- 2) Ajari pasien cara menyusui secara efektif.
- 3) Bantu pasien dalam menyusui bayinya.
- 4) Dampingi pasien saat menyusui bayinya.