

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. *Sectio caesarea* (SC)

a. Definisi

SC adalah persalinan janin melalui sayatan perut terbuka (laparotomi) dan sayatan di rahim (histerotomi). Tidak ada kontraindikasi medis yang sebenarnya terhadap SC. SC merupakan pilihan jika pasien hamil meninggal atau sekarat atau jika janin meninggal atau sekarat. Meskipun terdapat kondisi ideal untuk operasi caesar, seperti tersedianya anestesi dan antibiotik, serta peralatan yang sesuai, namun tidak adanya kondisi tersebut bukan merupakan kontraindikasi jika ditentukan oleh skenario klinis (Sung & Mahdy, 2023).

Persalinan *sectio caesarea* harus dilakukan karena dua hal yang paling penting yaitu ibu dan bayi. Jika persalinan dilakukan secara normal, ini dapat menyebabkan kematian ibu dan janin (Putu et. al., (2020) dalam (Ulfa & Setyaningsih, 2020).

b. Etiologi SC

Menurut Sung and Mahdy (2023) Etiologi yang berasal dari ibu antara lain:

- 1) Persalinan sesar sebelumnya
- 2) Permintaan ibu
- 3) Deformitas panggul atau disproporsi sefalopelvik
- 4) Trauma perineum sebelumnya
- 5) Operasi rekonstruksi panggul atau dubur/rektal sebelumnya
- 6) Herpes simpleks atau infeksi HIV

Etiologi yang berasal dari janin, yaitu :

- 1) Status janin yang tidak meyakinkan (seperti pemeriksaan Doppler tali pusat yang abnormal) atau penelusuran jantung janin yang tidak normal
- 2) Prolaps tali pusat
- 3) Persalinan pervaginam operatif yang gagal
- 4) Malpresentasi
- 5) Makrosomia
- 6) Kelainan bawaan
- 7) Trombositopenia
- 8) Trauma kelahiran neonatal sebelumnya

c. Tanda dan Gejala SC

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan *sectio caesarea* yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif. Manifestasi klinis *sectio caesarea* meliputi:

- 1) Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
- 2) Adanya luka insisi dibagian abdomen
- 3) Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- 4) Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lochea tidak banyak)
- 5) Ada kurang lebih 600-800ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- 6) Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional
- 7) Rata-rata terpasang kateter urinarius
- 8) Tidak terdengarnya auskultasi bising usus
- 9) Pengaruh anestesi dapat memicu mual dan muntah
- 10) Status pulmonary bunyi paru jelas serta vesikuler
- 11) Biasanya ada kekurangpahaman prosedur pada kelahiran *sectio caesarea* yang tidak direncanakan

12) Pada anak yang baru dilahirkan akan dibonding dan attachment

d. Patofisiologi

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta lebih awal, untuk ibu. Namun, janin mengalami kesulitan. Ibu yang melahirkan bayi dengan ukuran besar dan posisi lintang setelah SC akan mengalami adaptasi kognitif seperti kurang pengetahuan postpartum. Akibat kekurangan data dan dari faktor fisiologis, yaitu produk oksitosin yang tidak mencukupi, akan menyebabkan ASI yang keluar hanya sedikit.

Selain itu, luka post-de entri untuk kuman akan timbul dari insisi. Oleh karena itu, antibiotik dan perawatan luka harus diberikan secara steril. Insisi yang menyebabkan ketidaknyamanan adalah salah satu penyebab utama nyeri. Pasien mungkin memerlukan anestesi regional atau umum sebelum operasi. Namun, anestesi umum berdampak lebih besar pada janin dan ibu anestesi, sehingga bayi kadang-kadang lahir dalam keadaan upnoe yang sulit diatasi. Akibatnya, janin mungkin mati. Untuk efek pada jalan napas, yaitu jalan napas yang tidak efektif karena sekret yang berlebihan karena otot nafas silia yang tertutup.

e. Klasifikasi SC

Terdapat beberapa dibawah ini jenis-jenis tindakan *sectio caesarea* yaitu :

1) *Sectio Caesarea Klasik*

Sectio Caesarea Klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

2) *Sectio Caesarea Transperitonel Profunda*

Sectio Caesarea Transperitonel Profunda disebut juga *low cervical* yaitu sayatan vertikal pada segmen rahim bawah. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertical dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

3) *Sectio Caesarea Histerektomi*

Sectio Caesarea Histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *Sectio Caesarea*, dilanjutkan dengan pegangkatan rahim.

4) *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

Sectio Caesarea Ekstraperitoneal, yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *Sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

f. Faktor Risiko

Terdapat beberapa risiko akibat operasi *sectio caesarea* menurut Simkin dalam kutipan Rozauna (2013) dalam (Pratiwi et al., 2023) diantaranya:

- 1) Masalah yang diakibatkan oleh obat bius yang digunakan dalam pembedahan dan obat penghilang nyeri yang diberikan setelah pembedahan.
- 2) Peningkatan kejadian infeksi dan kebutuhan terhadap antibiotik.
- 3) Perdarahan pada persalinan *sectio caesarea* terjadi lebih berat sehingga dapat mengakibatkan anemia bahkan sampai memerlukan transfusi darah.
- 4) Rawat inap pasien dengan persalinan *sectio caesarea* cenderung lebih lama sehingga biaya perawatan rumah sakit juga meningkat.

- 5) Nyeri setelah tindakan bedah yang berlangsung lebih lama menyebabkan pasien tidak dapat beraktivitas dengan maksimal dalam waktu yang lebih lama juga.
- 6) Kemungkinan terjadinya risiko akibat masalah pada jaringan parut atau perlekatan di dalam perut.
- 7) Kemungkinan terjadinya cedera pada organ-organ dalam seperti usus besar atau kandung kemih.
- 8) Peningkatan risiko kemandulan dibandingkan dengan persalinan pervaginam.
- 9) Risiko dilakukannya persalinan *sectio caesarea* pada kehamilan berikutnya.

g. Komplikasi SC

Kerugian yang paling umum akibat persalinan *sectio cesarea* adalah kerusakan organ. Seperti komplikasi anestesi, perdarahan, infeksi, dan tromboemboli, serta vesika urinaria dan uterus selama prosedur operasi. Kematian ibu saat persalinan lebih tinggi. Dibandingkan dengan persalinan pervagina. Takipneu, yang dapat terjadi sesaat pada bayi baru lahir, lebih sering terjadi selama persalinan *sectio cesarea*, dan trauma persalinan tidak dapat dihilangkan. Plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta, dan ruptur uteri adalah potensi risiko jangka panjang. Dibandingkan dengan persalinan pervaginam, komplikasi pascaoperasi seksio sesaria lebih tinggi. Endometriitis, perdarahan, infeksi saluran kemih, dan tromboembolisme adalah penyebab utamanya. Infeksi panggul dan infeksi luka operasi meningkat. juga dapat menyebabkan fasciitis nekrotikans, yang jarang terjadi.

h. Penatalaksanaan

1) Pemberian cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi

pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

2) Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi.

3) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan bertahap berupa miring kanan dan kiri dan dimulai sejak 6-8 jam setelah operasi, latihan pernapasan dapat dilakukan sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar. Hari pertama post operasi pasien dapat didudukan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam dan menghembuskannya, posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi semifowler.

4) Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada pasien, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam/ lebih lama tergantung jenis operasi.

5) Pemberiaan Obat-Obatan

- a) Antibiotic
- b) Analgetik
- c) Obat-obatan lainnya

6) Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

7) Pemeriksaan tanda – tanda vital

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

8) Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi biasanya mengurangi rasa nyeri.

2. Menyusui Tidak Efektif

a. Definisi Menyusui Tidak Efektif

Menyusui tidak efektif merupakan kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui (PPNI, 2017). Kegagalan dalam proses menyusui sering disebabkan karena timbulnya beberapa masalah, baik masalah pada ibu ataupun pada bayinya. Pada sebagian ibu yang tidak paham masalah ini, kegagalan menyusui sering dianggap masalah yang diakibatkan oleh anaknya saja. Masalah menyusui dapat juga diakibatkan karena keadaan khusus, selain itu ibu sering mengeluh bayi menangis atau menolak menyusu sehingga ibu beranggapan bahwa ASInya tidak cukup, atau ASI nya tidak enak, tidak baik, sehingga sering menyebabkan ibu mengambil keputusan untuk menghentikan menyusui (Primandari, 2019)

b. Etiologi Menyusui Tidak Efektif

Menurut SDKI, 2017 penyebab menyusui tidak efektif antara lain: ketidakadekuatan suplai ASI yang dialami oleh ibu post partum spontan atau post partum SC. Hambatan pada neonatus, anomali payudara ibu, ketidakadekuatan reflek oksitosin, ketidakadekuatan refleksi hisap bayi, payudara ibu membengkak, riwayat operasi payudara.

c. Tanda dan Gejala Menyusui Tidak Efektif

Faktor yang memengaruhi menyusui tidak efektif menurut Ambarwati & Wulandari, (2010) dalam (Primandari, 2019) , yaitu :

- 1) Bayi tidak dapat melekat pada payudara ibu
- 2) Puting susu nyeri atau lecet
- 3) Payudara bengkak

- 4) ASI tidak menetes atau memancar
- 5) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam

3. *Breast Care*

a. **Definisi *Breast Care***

Perawatan payudara juga dikenal sebagai *breast care* dilakukan selama kehamilan atau masa nifas untuk meningkatkan produksi susu ibu dan menjaga kebersihan puting susu yang masuk ke dalam atau datar. Ibu yang memiliki puting susu seperti ini tidak menghalangi mereka untuk menyusui dengan baik; dengan mengetahuinya sejak awal, ibu memiliki waktu untuk mencoba membuatnya lebih mudah untuk menyusui. Selain itu, menjaga *personal hygiene* sangat penting (Arlenti et al., 2022),

Perawatan payudara merupakan suatu tindakan untuk merawat payudara. Perawatan terutama dilakukan pada masa nifas dengan tujuan untuk memperlancar pengeluaran ASI.

b. **Manfaat *Breast Care***

Manfaat *breast care* adalah melancarkan refleks pengeluaran ASI, cara efektif meningkatkan volume ASI peras/perah, serta mencegah bendungan pada payudara/payudara bengkak (Febriani & Caesarrani, 2023).

c. **Frekuensi *Breast Care***

Breast care dapat dilakukan pada hari pertama dan kedua setelah persalinan, perawatan susu ibu diberikan dua kali sehari, selama 30 menit setiap kali kegiatan. Pada hari kedua setelah perawatan susu ibu diberikan (Arlenti et al., 2022).

d. **Prosedur Pemberian *Breast Care***

Prosedur pelaksanaan *breast care* **Invalid source specified.**

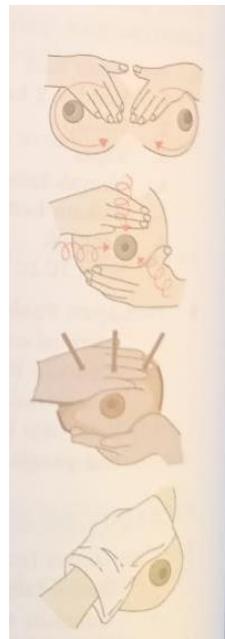
- 1) Persiapan alat

- a) Handuk 2 buah
 - b) Waslap
 - c) Kapas
 - d) Minyak kelapa
 - e) Waskom berisi air hangat
 - f) Bengkok
- 2) Persiapan klien
- a) *Informed consent* (menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan *breast care*)
 - b) Anjurkan ibu untuk duduk dikursi jika bisa (perawat dibelakang pasien)
 - c) Jaga privasi pasien (menutup sketsel/pintu/jendela)
 - d) Buka baju ibu bagian atas, kemudian pasang handuk di punggung dan pangkuan ibu.
- 3) Prosedur pelaksanaan
- a) Mengkaji kondisi klien
 - b) Membawa peralatan kedekat klien
 - c) Cuci tangan (minimal 6 langkah)
 - d) Mengatur posisi klien senyaman mungkin
 - e) Kompres putting susu dengan kapas minyak selama 3-4 menit, kemudian bersihkan putting susu.
 - f) Licinkan kedua tangan dengan minyak kelapa
 - g) Tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara
 - h) Lakukan pengurutan dimulai dari arah atas, ke samping, lalu kebawah (dalam pengurutan, tangan kanan ke arah sisi kanan dan tangan kiri ke arah sisi kiri).
 - i) Teruskan pengurutan ke bawah, ke samping, melintang lalu kedepan (setelah pengurutan ke depan, kedua tangan dilepaskan dari payudara,ulangi gerakan 20-30 kali untuk setiap payudara).
 - j) Sokong payudara dan urut dengan 3 jari tangan (sokong salah satu payudara dengan tangan, lalu 3 jari tangan kanan membuat gerakan memutar payudara sambil menekan mulai dari pangkal

sampai pada puting susu sebanyak 2 putaran). Lakukan tahap yang sama pada payudara satunya.

- k) Sokong payudara dan urut dengan sisi kelingking (sokong payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan yang lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah pangkal ke arah puting susu). Lakukan gerakan ini 20-30 kali. Lakukan tahap yang sama pada payudara satunya.
- l) Lap payudara dari bekas minyak dengan air hangat menggunakan waslap.

Gambar 2.1 Teknik Pemijatan Payudara



- m) Lap payudara pasien dengan handuk
- n) Rapikan pakaian pasien dan peralatan
- o) Cuci tangan
- 4) Evaluasi
 - a) Evaluasi keadaan payudara
 - b) Jumlah dan karakteristik ASI setelah dilakukan Tindakan
 - c) Evaluasi respon pasien.
- 5) Dokumentasi
 - a) Waktu pelaksanaan tindakan didokumentasikan.
 - b) Jumlah dan karakteristik ASI didokumentasikan.

- c) Respons pasien sudah didokumentasikan.
- d) Nama dan tanda tangan perawat sudah didokumentasikan.

e. Evaluasi

Setelah diberikan tindakan *breast care* diharapkan produksi ASI lancar.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Post partum

Pengkajian merupakan pendekatan yang sistematis untuk mengumpulkan data, mengelompokkan dan menganalisis, sehingga didapatkan masalah dan kebutuhan untuk perawatan ibu. Data-data yang dikumpulkan adalah:

a. Data subjektif

Data subjektif terdiri dari identitas, status perkawinan, keluhan utama, riwayat maternitas, riwayat kesehatan hingga data social budaya.

- 1) Identitas meliputi: nama, umur, agama, suku bangsa, pekerjaan, dan pendidikan.
- 2) Status perkawinan digunakan untuk mengetahui umur ibu saat menikah, sudah berapa lama ibu menikah, dan kemungkinan dengan resiko yang terjadi.
- 3) Keluhan utama digunakan untuk mengetahui apa saja yang dirasakan ibu saat ini.
- 4) Riwayat maternitas digunakan untuk mengetahui bagaimana riwayat maternitasnya, sudah pernah hamil apa belum, jika pernah hamil bagaimana riwayatnya, ada penyulit atau tidak.
- 5) Riwayat Kesehatan
Klien dengan post *sectio caesarea* akan mengalami penyakit yang sama sebelumnya (Hipertensi/plasenta previa), sehingga pada kehamilan berikutnya akan dilakukan SC.
- 6) Riwayat kesehatan keluarga
Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga memiliki penyakit yang sama dengan pasien atau keluarga memiliki

riwayat penyakit keturunan seperti diabetes, Hipertensi, penyakit jantung, dan sebagainya, sehingga klien dilakukan operasi SC.

7) Pola kebiasaan sehari-hari

Data ini digunakan untuk mengetahui kegiatan ibu sehari-hari dirumah seperti pola makan, eliminasi, istirahat, aktivitas, dan personal hygiene.

a) Pola makan

Kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan sakit (saat ini) yang meliputi: jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makanan selingan, makanan yang disukai, alergi makanan dan makanan pantangan.

b) Pola eliminasi

Eliminasi BAK dan BAB menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai saat ini sakit, yang meliputi: frekuensi, konsistensi, warna, bau, adanya darah dan lain-lain.

c) Pola istirahat

Tidur mencakup tidur malam: waktu dan lama, tidur siang: waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan SC.

d) Pola aktivitas

Merupakan kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat dirawat di rumah sakit.

8) Data psikososial

a) Adaptasi psikologi

Pada post partum ada 3 periode dalam adaptasi yaitu *Taking in*, *Taking Hold*, *Letting Go*.

- (1) Fase *Taking In* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu

akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

- (2) Fase *Taking Hold* yaitu periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayi dan mengalami ketidakefektifan performa peran. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.
- (3) Fase *Letting Go* yaitu periode dimana ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, serta menerima tanggungjawab dan peran barunya.

b) Konsep diri

(1) Gambaran diri

(2) Sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar.

(3) Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana klien harus berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau personal tertentu.

(4) Harga diri

Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri.

(5) Peran diri

Sikap dan perilaku, nilai serta tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisi di masyarakat.

(6) Identitas diri

Kesadaran akan diri sendirin yang bersumber dari observasi penilaian yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh.

9) Data sosial budaya

Data ini digunakan untuk mengetahui tentang adat istiadat disekitar lingkungan tempat tinggal klien.

(1) Pemeriksaan fisik umum

Pemeriksaan fisik ini digunakan untuk mengetahui keadaan umum klien, seperti kesadaran, postur tubuh, cara berjalan, raut wajah, dan tanda-tanda vitalnya seperti tensi, nadi, respirasi, serta suhu tubuh.

(2) Pemeriksaan fisik khusus

Pemeriksaan ini dilakukan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang dimulai dari ujung rambut sampai ujung kaki:

- a) Muka: odema, pucat/tidak, bentuk mata, konjungtiva, sklera.
 - b) Dada: bentuk mammae (pembesaran, simetris/tidak, pengeluaran cairan abnormal, perubahan warna, keadaan puting susu, benjolan abnormal/tidak), *wheezing, ronchi*.
 - c) Perut: bentuk, bekas luka operasi, nyeri tekan, dan bising usus.
 - d) Ekstermitas: bentuk tangan, kelainan, odema, gangguan gerak.
- (3) Pemeriksaan dalam (jika perlu)
- (4) Pemeriksaan penunjang: Hb, golongan darah, reduksi, albumin.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis Keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Data yang diperoleh dari Pengkajian, ditegaskanlah Diagnosa Keperawatan untuk klien gangguan menyusui tidak efektif pada pasien *post sectio caesarea*, kemungkinan Diagnosa yang muncul adalah :

- a. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakedeuatan Suplai

ASI

- b. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik
- c. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri

3. Perencanaan Keperawatan

Tahap Perencanaan Keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan.

Tabel 2. 1 Rencana Tindakan Keperawatan Maternitas Menyusui Tidak Efektif

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan Status Menyusui (L.03029) membaik dengan kriteria hasil: 1. Tetesan/pancaran ASI meningkat 2. Lecet pada puting menurun 3. Kelelahan maternal menurun 4. Kecemasan maternal menurun 5. Bayi rewel menurun 6. Kepercayaan diri ibu meningkat	Edukasi Menyusui (I.12393) <i>Observasi</i> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <i>Terapeutik</i> - Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat <i>Edukasi</i> - Ajarkan perawatan payudara post partum (<i>breast care</i>)

2. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, tahap implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

3. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses terakhir dalam asuhan keperawatan. Evaluasi merupakan proses dimana perawat menilai hasil dari seluruh tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Dari hasil tersebut dapat dinilai apakah tindakan yang diberikan telah memberikan perkembangan pada status kesehatan pasien, memburuk atau memunculkan masalah baru.