

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Post Partum

1. Pengertian

Periode *post partum* ialah masa enam minggu sejak bayi sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Bobak, 2005). Masa nifas (*peurperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai hingga alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu (Bahiyatun, 2009).

Menurut Ambarwati dan Wulandari (2010), masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Batas waktu nifas yang paling singkat (minimum) tidak ada batas waktunya, bahkan bisa jadi dalam waktu yang relatif pendek darah sudah keluar, sedangkan batas maksimumnya adalah 40 hari.

2. Tahap Masa Post Partum

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

a. Periode *Immediate* Post Partum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena *antonia uteri*.

b. Periode *Early Post Partum*

Fase ini berlangsung 24 jam – 1 minggu, dan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk dan tidak demam.

c. Periode *Late Post Partum*

Fase ini berlangsung 1 minggu – 5 minggu. Pada periode ini yang perlu dilakukan yaitu perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

(Saleha, 2009)

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Uterus

Terjadi kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi keluar. Hal ini menyebabkan *iskemia* pada lokasi perlekatan plasenta sehingga jaringan perlekatan antara plasenta dan dinding uterus, mengalami *nekrosis* dan lepas. Uterus akan mengalami pengecilan (*involusi*) secara berangsur-angsur hingga kembali seperti sebelum hamil. Tinggi fundus uterus pada bayi lahir yaitu setinggi pusat, saat uri lahir fundus uteri dua jari bawah pusat (Suherni, 2008).

b. Lochea

Menurut Saleha (2009), lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama nifas. Lochea terbagi menjadi tiga jenis yaitu:

- 1) Lochea *Rubra* berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban. Inilah lochia yang akan keluar selama 2-3 hari postpartum.
- 2) Lochea *Sanguilenta* berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.
- 3) Lochea *Serosa* berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Lochea ini keluar pada hari ke-7 sampai ke-14 pascapersalinan.
- 4) Lochea *Alba* adalah lochea yang terakhir. Dimulai hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya.

c. Perubahan Payudara

Menurut Waryana (2010), perubahan pada payudara dapat meliputi :

- 1) Penurunan kadar *progesteron* secara tepat dengan peningkatan hormon *prolaktin* setelah persalinan.
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- 3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

d. Perubahan Vagina dan Perineum

Pada minggu ketiga, vagina mengecil dan timbul *rugae* (lipatan-lipatan atau kerutan-kerutan) kembali. Pada *perineum*, terjadi robekan *perineum* pada semua persalinan pertama. Robekan *perineum*

umumnya terjadi di garis tengah dan bisa meluas apabila kepala janin terlalu cepat (Suherni, 2008).

Lacerasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Tindakan *episiotomi* adalah mengiris atau menggunting *perineum* menurut arah irisan ada tiga: *medialis*, *mediolaeralis* dan *lateralis* dengan tujuan agar supaya tidak terjadi robekan-robekan *perineum* yang tidak teratur dan robekan *musculus princter ani* (Rukiyah, 2009).

e. Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, terjadi pula penurunan produksi *progesteron*, sehingga yang menyebabkan terjadi nyeri ulu hati dan konstipasi, terutama dalam beberapa hari pertama. Hal ini terjadi karena *inaktivitas motilitas* usus akibat kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi karena adanya rasa nyeri pada *perineum* akibat luka *episiotomi* (Bahiyatun, 2009).

f. Perubahan Sistem perkemihan

Setelah persalinan, terjadi *diuresis* fisiologis akibat pengurangan volume darah dan peningkatan produk sisa. Beberapa ibu, khususnya setelah persalinan yang menggunakan bantuan alat, mengalami kesulitan saat mulai berkemih. Ada pula ibu yang mungkin mengalami kesulitan menahan lebih lama aliran urinenya saat ada dorongan berkemih. Banyak ibu meneteskan urinenya saat batuk,

tertawa, bersin atau melakukan gerakan yang tiba-tiba. Gejala ini, dikenal dengan istilah *inkontinensia* stres (Brayshaw, 2008).

g. Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam *post partum*. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses *involusi* (Waryana, 2010). *Stabilisasi* sendi lengkap pada minggu keenam sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Akan tetapi, walaupun sendi kembali ke keadaan normal sebelum hamil, kaki wanita tidak mengalami perubahan setelah melahirkan (Bobak, 2005).

h. Perubahan Sistem Endokrin

1) Hormon Plasenta

Saat plasenta lepas dari dinding uterus, kadar *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)* dan *Human Placental Lactogen (HPL)* secara berangsur turun dan normal kembali setelah 7 hari *post partum*. HCG tidak terdapat dalam urine ibu setelah 2 hari *post partum*. HPL tidak lagi terdapat dalam plasma (Bahiyatun, 2009).

2) Hormon Hipofisis

Kadar *prolaktin* serum yang tinggi pada wanita menyusui tampaknya berperan dalam menekan ovulasi. Karena kadar *follicle stimulating hormone (FSH)* terbukti sama pada wanita menyusui dan tidak menyusui, disimpulkan ovarium tidak berespon terhadap

stimulasi FSH ketika kadar *prolaktin* meningkat. Kadar *prolaktin* meningkat secara progresif sepanjang masa hamil. Pada wanita menyusui, kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu keenam setelah melahirkan (Bobak, 2005).

3) Hormon Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (*posterior*), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya *oksitosin* lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

B. Asuhan Keperawatan Post Partum

Asuhan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil (Saleha, 2009).

1. Pengkajian

a. Anamnesa

Tujuan anamnesa adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan dan kehamilan untuk digunakan dalam proses membuat keputusan klinis guna menentukan diagnosa dan mengembangkan rencana asuhan yang sesuai (Erawati, 2011).

1) Riwayat Kesehatan

Hal yang perlu dikaji dalam riwayat kesehatan adalah :

- a) Keluhan yang dirasakan ibu saat ini.
- b) Adakah kesulitan atau gangguan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari misalnya pola makan, buang air kecil atau buang air besar, kebutuhan istirahat dan mobilisasi.
- c) Riwayat persalinan ini meliputi adakah komplikasi, *laserasi* atau *episiotomi*.
- d) Obat atau suplemen yang dikonsumsi saat ini misalnya tablet zat besi.
- e) Perasaan ibu saat ini berkaitan dengan kelahiran bayi, penerimaan terhadap peran baru sebagai orang tua termasuk suasana hati yang dirasakan ibu sekarang, kecemasan dan kekhawatiran.
- f) Adakah kesulitan dalam pemberian ASI dan perawatan bayi sehari-hari.
- g) Bagaimana rencana menyusui nanti (ASI Eksklusif atau tidak), rencana merawat bayi dirumah (dilakukan ibu sendiri atau dibantu orang tua atau mertua).
- h) Bagaimana dukungan suami atau keluarga terhadap ibu.
- i) Pengetahuan ibu tentang nifas.

2) Pemeriksaan Fisik

Tujuan pemeriksaan fisik adalah menilai kesehatan dan kenyamanan fisik ibu dan bayinya untuk membuat keputusan klinis guna menentukan diagnosa dan mengembangkan rencana asuhan yang paling sesuai (Erawati, 2011).

- a) Keadaan umum, kesadaran
- b) Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, nadi dan pernafasan.
- c) Payudara: pembesaran, puting susu (menonjol atau mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI atau kolostrum sudah keluar, adakah pembengkakan, radang atau benjolan abnormal.
- d) Abdomen: tinggi fundus uteri, kontraksi uterus.
- e) Kandung kemih kosong atau penuh.
- f) Genetalia dan *perineum*: pengeluaran lochea (jenis, warna, jumlah, bau), odema, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan *perineum* dan *hemmoroid* pada anus.

(Suherni, 2008)

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Setiadi, 2012).

Diagnosa keperawatan pertama yang muncul pada *post partum* spontan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (tindakan *episiotomi*). Diagnosa keperawatan kedua, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (*obstructive duct*). Diagnosa keperawatan ketiga, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis (asupan nutrisi zat besi tidak adekuat) (Ujiningtyas, 2009).

3. Intervensi

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha memenuhi kebutuhan klien. Proses perencanaan antara lain adalah membuat tujuan dan menetapkan kriteria hasil, memilih intervensi dan membuat rasionalisasi dari intervensi yang dipilih (Setiadi, 2012).

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) mengembangkan rencana keperawatan yang telah diperluas dan dikaitkan dengan kriteria hasil atau *Nursing Outcomes Classification (NOC)* serta intervensi atau *Nursing Interventions classification (NIC)*. Hasil dari *NOC* adalah konsep-konsep netral yang merefleksikan pernyataan atau perilaku klien. Prioritas intervensi dari *NIC*

mengarahkan perawat untuk meninjau ulang aktivitas perawatan pertama yang dikaitkan dengan intervensi tersebut (Nursalam, 2009).

Tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada diagnosa keperawatan pertama adalah setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan berdasarkan *NOC*: nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil, skala nyeri berkurang (1-3), Tekanan darah normal (120/60 mmHg), Nadi normal (60-120 x/menit), respirasi normal (16-20x/menit). Intervensi sesuai *NIC* adalah identifikasi rasa ketidaknyamanan dan penyebabnya, berikan tindakan yang memberikan kenyamanan, misal kompres hangat pada punggung, payudara, perineum, bantu memilih posisi optimal untuk mengejan, berikan oksigen dan tingkatkan pemberian cairan infus (Ujiningtyas, 2009).

Tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada diagnosa keperawatan kedua adalah setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan berdasarkan *NOC*: skala nyeri 2, payudara tidak kenceng dan tidak teraba keras dan sekresi ASI lancar. Intervensi sesuai *NIC* adalah kaji nyeri P Q R S T, ajarkan teknik *breast care*, berikan kompres panas, kolaborasi pemberian analgesik (Wilkinson, 2007).

Tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada diagnosa keperawatan kedua adalah setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan berdasarkan *NOC*: skala nyeri 2, payudara tidak kenceng dan tidak teraba keras dan sekresi ASI lancar.

Intervensi sesuai *NIC* adalah kaji nyeri P Q R S T, ajarkan teknik *breast care*, berikan kompres panas, kolaborasi pemberian analgesik (Wilkinson, 2007).

Tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada diagnosa keperawatan ketiga adalah setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan berdasarkan *NOC*: konjungtiva tidak anemis, tidak pucat, HB : 12 g/dl, Ht : 33-45%, tidak lemas. Intervensi sesuai *NIC* adalah kaji nutrisi pasien, anjurkan makan sedikit tapi sering, pendidikan kesehatan nutrisi ibu menyusui, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian tranfusi dan pemberian Fe (Wilkinson, 2007).

C. Nyeri

1. Definisi

Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh. Rasa nyeri merupakan mekanisme pertahanan tubuh, timbul bila ada jaringan rusak dan hal ini akan menyebabkan individu bereaksi dengan memindahkan stimulus nyeri (Judha, 2012). Nyeri adalah pengalaman sensorik yang dicetuskan oleh rangsangan yang merupakan ancaman untuk menghancurkan jaringan (Mander, 2004).

Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang sering kali dialami oleh individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri merupakan

salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan kepada seorang pasien (Andarmoyo, 2013).

2. Klasifikasi Nyeri

Nyeri diklasifikasikan menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut diakibatkan oleh penyakit, radang atau injuri jaringan. Nyeri akut umumnya terjadi kurang dari 6 (enam) bulan. Nyeri kronik, secara luas dipercaya menggambarkan penyakitnya. Nyeri kronik dapat berlangsung lebih lama (lebih dari enam bulan). Nyeri ini dapat dan sering menyebabkan masalah yang berat bagi pasien (Judha, 2012).

Munculnya nyeri sangat berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa implus-implus nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut, yaitu serabut A (delta) dan serabut C. Implus nyeri menyebrangi tulang belakang pada *interneuron* dan bersambung ke jalur *spinal asendens* yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau *spinothalamus* dan *spinoreticular tract* (SRT) yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi nyeri (Uliyah, 2008).

3. Alat Ukur Nyeri

Pengukuran intensitas nyeri sangat subyektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

1. Skala Numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical rating scale, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10.



Gambar 2.1
Skala Nyeri Numerik
Sumber : Andarmoyo (2013)

2. Skala deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini di ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.



Gambar 2.2
Skala Nyeri Deskriptif
Sumber : Andarmoyo (2013)

3. Skala analog visual

Skala analog visual (*Visual analog scale, VAS*) adalah suatu garis lurus/horisontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsis verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang buruk”.



Gambar 2.3
Skala Nyeri Analog Visual
Sumber : Andarmoyo (2013)

D. Nyeri Payudara

Terjadi peningkatan aliran darah ke payudara bersamaan dengan produksi ASI dalam jumlah banyak. Dalam proses menyusui ditemukan beberapa masalah salah satunya adalah pembengkakan (*engorgement*) payudara (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak dan rasa sakit (Saleha, 2009).

Masalah ini paling sering ditemui pada ibu pasca bersalin. Tersumbatnya saluran ASI dapat menyebabkan payudara rasa sakit, teraba

ada benjolan yang terasa sakit, bengkak dan payudara mengeras. Pada kondisi ini, saluran ASI tidak mengalami pengosongan dengan baik sehingga ASI menumpuk (Riksani, 2012).

Stasis pada pembuluh darah dan limfe akan mengakibatkan meningkatnya tekanan intraduktal yang mempengaruhi berbagai segmen pada payudara, sehingga tekanan seluruh payudara meningkat. Hal tersebut juga bisa terjadi dikarenakan adanya sumbatan pada saluran susu. Di payudara sumbatan tersebut bisa terjadi pada satu atau bisa lebih *duktus laktiferus* (Bahiyatun, 2009).

Duktus tersumbat dapat menimbulkan nyeri pada payudara, nyeri biasanya timbul hanya pada satu payudara dan hanya sedikit rasa hangat dirasakan atau tidak ada rasa hangat sama sekali. Dalam suatu penelitian 96 dari 100 ibu dilaporkan mengalami nyeri pada waktu-waktu tertentu. Hal ini terjadi terutama antara hari ke-3 dan ke-7. Pada beberapa wanita, nyeri ini berlangsung selama 6 minggu (Wheeler, 2004) .

E. Kompres Panas

1. Definisi

Kompres panas adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Tindakan ini selain untuk melancarkan sirkulasi darah juga untuk menghilangkan rasa sakit, merangsang *peristaltic* usus, pengeluaran getah radang menjadi lancar,

serta memberikan ketenangan dan kesenangan pada klien (Istichomah, 2007).

Kompres panas yaitu dimana kompres panas dapat meredakan iskemia dan melancarkan pembuluh darah sehingga meredakan nyeri dengan mengurangi ketegangan dan meningkatkan perasaan sejahtera (Bonde, 2013).

2. Mekanisme Dalam Menurunkan Nyeri.

Pemakaian kompres panas biasanya dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu. Dengan pemberian panas, pembuluh-pembuluh darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut. Aktivitas sel yang meningkat akan mengurangi rasa sakit atau nyeri dan akan menunjang proses penyembuhan luka dan proses peradangan (Andarmoyo, 2013).

Menurut Potter dan Perry (2006) dalam Rasdini (2012), terapi panas merupakan salah satu modalitas terapi fisik yang menggunakan sifat fisik panas secara konduksi untuk menstimulasi kulit sehingga dapat menurunkan persepsi nyeri seseorang. Selain itu, teknik ini juga mudah dilakukan oleh penderita sehari-hari.

Memberikan kompres panas atau dingin dapat memberi rasa nyaman sesuai keinginan ibu (Chapman, 2006). Salah satu terapi non-farmakologis yang berguna menurunkan intensitas nyeri yaitu stimulasi *masase kuntaneus* dan kompres panas (Price dan Wilson, 2006).

<http://repository.unimus.ac.id>

Potter dan Perry (2006) dalam Nengah dan Surinati (2013), pemberian kompres panas menimbulkan efek hangat serta efek stimulasi *kutaneus* berupa sentuhan. Efek ini dapat menyebabkan terlepasnya *endorphin*, sehingga memblokir transmisi stimulus nyeri. Cara kerjanya adalah rangsangan panas pada daerah lokal akan merangsang reseptor bawah kulit dan mengaktifkan transmisi serabut sensori A beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini juga menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan delta A berdiameter kecil. Keadaan demikian menimbulkan gerbang sinap menutup transmisi implus nyeri.

Ketika panas diterima reseptor, impuls akan diteruskan menuju hipotalamus posterior akan terjadi reaksi reflek penghambatan simpatis yang akan membuat pembuluh darah berdilatasi (Guyton dan Hall, 2007).

Kompres panas meningkatkan suhu kulit lokal, sirkulasi dan metabolisme jaringan. Kompres panas mengurangi spasme otot dan meningkatkan ambang nyeri. Kompres panas juga mengurangi respons 'melawan atau menghindar' seperti dibuktikan dengan gemetar dan berdiri bulu roma (Simkin dan Ruth, 2005).

Menurut Kusumastuti (2008) dalam Nengah dan Surinati (2013), kompres panas dianggap bermanfaat untuk memperbaiki sirkulasi darah, terutama pada *engorgement* payudara *post partum*. Salah satu pengurang nyeri dengan metode alami adalah metode panas dingin. Memang tak menghilangkan keseluruhan nyeri namun setidaknya memberikan rasa nyaman. Botol air panas yang dibungkus handuk dicelupkan ke air dingin mengurangi pegal di punggung dan kram bila di tempel di

punggung (Judha, 2012).

Dalam report information from Donald, M dan Susanne (2014) menyatakan untuk pembengkakan payudara, bayi perlu minum ASI lebih sering untuk membantu mengalirkan susu, sedangkan pembengkakan payudara dapat mereda dengan kompres panas dan *shower* air panas di daerah payudara yang nyeri.

3. Prosedur Dalam Kompres Panas

Instrumen yang digunakan adalah tiga buah handuk (dua handuk kecil untuk kompres panas, satu handuk ukuran sedang untuk menutup dan mengeringkan payudara yang sudah dikompres), air yang bersuhu 41°C dalam waskom, termometer air dan *stopwatch* (Nengah dan Surinati, 2013).

Fase kerjanya, sebelum melakukan tindakan menjaga privasi pasien terlebih dulu. Langkah yang pertama yaitu menyiapkan instrumen yang akan digunakan, lalu membuka baju bagian atas pasien dan meletakkan handuk ukuran sedang di bahu untuk menutup bagian payudara. Langkah selanjutnya melakukan kompres panas pada bagian payudara pasien secara bergantian. Cara mengompres, menggunakan handuk kecil yang sudah dicelupkan ke waskom yang berisi air panas lalu di kompreskan pada bagian payudara mulai dari pangkal payudara menuju puting susu. Setelah itu mengeringkan payudara dengan handuk dan merapikan pasien (Donald, M dan Susanne, 2014).