

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny. A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS P2002 POST PARTUM SPONTAN
HARI KE 1 DI RUANG DEWI SARTIKA
PUSKESMAS SIWALANKERTO
SURABAYA**



Oleh:

PUTRI DEWI SANTIKA SAMODRO

182.0047

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2021**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA Ny. A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS P2002 POST PARTUM SPONTAN
HARI KE 1 DI RUANG DEWI SARTIKA
PUSKESMAS SIWALANKERTO
SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

PUTRI DEWI SANTIKA SAMODRO
NIM. 182.0047

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANGTUAH SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Putri Dewi Santika Samodro

NIM 1820047

Tanggal Lahir : 07 September 2000

Program Studi : D-III Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada “Ny. A” Dengan Diagnosa Medis P2002 Post Partum Spontan Hari ke 1 Di Ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto Surabaya” disusun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 16 Juni 2021



Putri Dewi Santika Samodro

NIM 182.0047

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Putri Dewi Santika Samodro
Nim : 182.0047
Program Studi : D-III Keperawatan Reguler
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.A Dengan
Diagnosa Medis P2002 Post Partum Spontan Hari ke
1 Di Ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto
Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 16 Juni 2021

Pembimbing



Astrida Budiarti, M.Kep.,Sp.Kep.Mat

NIP.03.025

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :
Nama : Putri Dewi Santika Samodro
Nim : 182.0047
Progam Studi : D-III Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.A Dengan
Diagnosa Medis P2002 Post Partum Spontan Hari Ke
1 Di Ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto
Telah dipertahankan dihadapan Dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di
STIKES Hang Tuah Surabaya, pada :
Hari, Tanggal : Rabu, 16 Juni 2021
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Puji Hastuti, S. Kep., Ns., M.Kep
Nip. 03.010
Penguji II : Iis Fatmawati, S. Kep., Ns., M.Kes
Nip. 03.06
Penguji III : Astrida Budiarti, M.Kep.,Sp.Kep.Mat
Nip. 03.025



Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes
NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 16 Juni 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan tepat sesuai dengan waktu yang telah di tentukan

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar- besarnya kepada:

1. Ibu dr. Dewi Ayuning Asih selaku kepala Puskesmas Siwalankerto Surabaya atas kesempatan dan memfasilitasi kami dalam Pratik Keperawatan di Puskesmas Siwalankerto untuk menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan
2. Ibu Dr. A. V. Sri Suhardiningsih., S.Kep., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan.
3. Puket I, II, III yang telah membekali memfasilitasi proses pembelajaran kami sehingga kami dapat mengikuti proses pendidikan dengan baik di sekolah tinggi ilmu kesehatan hang tuah surabaya.
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes. selaku Kepala Program Studi DIII keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas SDM
5. Ibu Puji Hastuti, S. Kep., Ns., M.Kep selaku penguji 1 yang telah memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan karya tulis ilmiah.

6. Ibu Iis Fatmawati, S. Kep., Ns., M.Kes selaku penguji 2 yang telah memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan karya tulis ilmiah.
7. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep.,Sp.Kep.Mat selaku pembimbing yang telah memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan karya tulis ilmiah.
8. Ibu Nadia Okhtiary, A.md selaku kepala Perpustakaan di Stikes Hangtuh Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini
9. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi- materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan
10. Ny. A yang telah bersedia untuk menjadi bagian dalam penelitian asuhan keperawatan ini.
11. Orang tua dan keluargaku tercinta yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.Selanjutnya, penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan,

oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakannya.

Surabaya, 16 Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	4
1.5 Metode penulisan	4
1.6 Sistematikan penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Post Partum.....	7
2.1.1 Pengertian Post Partum	7
2.1.2 Tahapan Masa Nifas.....	7
2.1.3 Perubahan fisiologis masa nifas	8
2.1.4 Adaptasi Psikologis.....	17
2.1.5 Gangguan Psikologis.....	17
2.1.6 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas.....	20
2.1.7 Tahapan asuhan masa nifas normal	25
2.2 Anatomi dan Fisiologi Alat reproduksi Wanita	27
2.2.1 Anatomi alat reproduksi wanita	27
2.2.2 Fisiologi alat reproduksi wanita	34
2.3 Konsep perawatan luka perineum	35
2.4 Konsep asuhan keperawatan	40
2.5 Kerangka Masalah.....	51
BAB 3 TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian	52
3.1.1 Identitas	52
3.1.2 Keluhan Utama.....	52
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	52
3.1.4 Riwayat penyakit dahulu	53
3.1.5 Riwayat penyakit keluarga	53
3.1.6 Riwayat Obsetri.....	53
3.1.7 Riwayat Persalinan dan Post Partum Sekarang.....	55
3.1.8 Riwayat Keluarga Berencana	55
3.1.9 Riwayat Lingkungan	56
3.1.10 Aspek Psikososial	56
3.1.11 Kebutuhan Dasar Khusus (Dirumah dan Di Puskesmas).....	56
3.1.12 Pemeriksaan Fisik	58
3.1.13 Kesiapan Dalam Perawatan Bayi	59
3.1.14 Data Penunjang	61
3.1.15 Terapi	62

BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1	Pengkajian 72
4.2	Diagnosa Keperawatan 73
4.3	Perencanaan 74
4.4	Pelaksanaan 75
4.5	Evaluasi 76
BAB 5 PENUTUP	
5.1	Simpulan 78
5.2	Saran 79
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Karakteristik- Karakteristik Lochea.....	12
Tabel 2.2	Prosedur perawatan vulva	38
Tabel 3.1	Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas.....	54
Tabel 3.2	Terapi Obat	61
Tabel 3.3	Analisa Data	61
Tabel 3.4	Prioritas masalah	63
Tabel 3.5	Rencana keperawatan	64
Tabel 3.6	Tindakan keperawatan	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Tinggi Fundus Uteri Masa Nifas	10
Gambar 2.2 Pengkajian Lochea	11
Gambar 2.3 Genetalia Eksterna Wanita	30
Gambar 2.3 Genetalia Eksterna Wanita	30
Gambar 2.4 Kerangka Masalah.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP Perawatan Perineum.....	83
Lampiran 2 Leaflet	89

DAFTAR SINGKATAN

AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ASI	: Air Susu Ibu
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity
AKI	: Angka Kematian Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
C	: Celcius
Cc	: Cubic Centimeter
CPD	:Cephalopelvic disproportion
cm	: Centimeter
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
FSH	: Follice Stimulating
GCS	: Glasgow Come Scale
gr	: Gram
HB	: Hemoglobin
HDK	: Hipertensi dalam kehamilan
KB	: Keluarga Berencana
KET	: Kehamilan Ektopik
Kg	: Kilo Gram
KH	: Kriteria Hasil
K/U	: Keadaan Utama
KRS	: Keluar Rumah Sakit
Mgr	: Mili Gram
ml	: Mili Liter
MRS	: Masuk Rumah Sakit
LH	: Luteinsing Hormone
LK	: Lingkar Kepala
PB	: Panjang Bayi
PQRST	: Prview Question Read State Test
RM	: Rekam Medik
RR	: Respirasi Rate
RS	: Rumah Sakit
SC	: Seksio Sesarea
SDM	: Sumber Daya Alam
SLTA	: Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
S/N	: Suhu / Nadi
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda-Tanda Vital
USG	: Ultra Sono Grafi
WHO	: Word Health Organization
WIB	: Waktu Indonesia Barat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa post partum adalah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk memulihkan alat kandungannya ke keadaan semula sebelum melahirkan sampai persalinan berlangsung antara 6 minggu (42 hari). Pada masa post partum, ibu akan mengalami perubahan secara fisiologi. Perubahan tersebut memerlukan proses adaptasi (Rusniati, 2017). Hasil pengamatan selama praktik di Puskesmas Siwalankerto rata-rata hari pertama pada ibu post partum masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri pada bagian luka episiotomy. Ada juga ibu yang belum mengetahui tanda dan gejala infeksi pada luka episiotomy.

Menurut World Health Organisation (WHO) setiap menit seorang perempuan meninggal karena komplikasi terkait dengan kehamilan dan post partum. Dengan kata lain 1.400 perempuan meninggal setiap hari atau lebih dari 500.000 perempuan meninggal setiap tahun karena kehamilan, persalinan dan nifas. Kemudian Angka Kematian Ibu (AKI) di negara ASEAN lainnya, seperti di Thailand pada tahun 2011 adalah 44/100.000 kelahiran hidup, di Malaysia 39/100.000 kelahiran hidup dan Singapura 6/100.000 kelahiran hidup (Nurrahmaton dan Sartika 2018)

Hasil penelitian tentang Disparity of Maternal Mortality in Indonesia, didapatkan hasil bahwa 61,4% dari total kabupaten/kota di Indonesia yang cakupan kunjungan nifas (KF) rendah memiliki angka kematian maternal tinggi. Sedangkan 61,8% dari total kabupaten/kota yang cakupan kunjungan nifas (KF) tinggi memiliki angka kematian maternal rendah. Keluhan paling

umum dari kunjungan masa nifas adalah demam (30,3%), masalah pada episiotomi atau bekas luka operasi (26,6%) dan sakit perut (25,7%). (Situmorang, 2021). Data profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2019 AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 89,81 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini menurun dibandingkan tahun 2018 yang mencapai 91,45 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Jawa Timur 2019). Data pasien di Puskesmas Siwalankerto Surabaya dalam satu bulan, menyebutkan ada 16 ibu post partum datang, sebanyak 8 ibu dilakukan episiotomy dengan presentasi 2,03% dan belum ditemui kasus komplikasi yang menyebabkan kematian.

Penyebab dilakukan episiotomy biasanya ibu yang kesulitan melahirkan, gawat janin, posisi bayi sungsang, perineum tidak elastis dan riwayat adanya robekan perineum yang parah maka muncul rasa nyeri pada bagian perineum, selain timbul masalah nyeri pada kasus ibu post partum spontan biasanya terjadi resiko infeksi. Hal tersebut terjadi karena kondisi perineum yang terkena lochea dan lembab akan menunjang perkembangan bakteri. Munculnya infeksi pada perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun jalan lahir yang dapat berakibat munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi jalan lahir. Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan kematian pada ibu post partum mengingat kondisi fisik ibu post partum masih lemah.

Peran perawat dan kolaborasi dengan tim medis lain sangat dibutuhkan dalam upaya peningkatkan meliputi cara mengontrol nyeri akibat tindakan episiotomi, cara mencegah infeksi dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, dan upaya pemulihan perawat menganjurkan

pasien untuk segera melakukan mobilisasi secara bertahap serta mengedukasi pasien tentang pentingnya merawat luka perineum untuk mencegah infeksi.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis termotivasi untuk menyusun laporan Karya Tulis Ilmiah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan dengan mengambil kasus berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A P2002 dengan diagnose Post Partum Spontan hari 1 di Ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto”

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimanakah perawatan pada Ny. A dengan diagnose medis P2002 post partum spontan hari 1 di ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto Surabaya ? ”.

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan diagnose medis P2002 post partum spontan hari 1 di ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

- 1) Mampu melakukan pengkajian pada Ny. A dengan diagnose medis P2002 post partum spontan hari 1 di ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
- 2) Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Ny. A dengan diagnose medis P2002 post partum spontan hari 1 di ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

- 3) Mampu merencanakan tindakan yang akan diberikan pada Ny. A dengan diagnose medis P2002 post partum spontan hari 1 di ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
- 4) Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. A dengan diagnose medis P2002 post partum spontan hari 1 di ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
- 5) Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. A dengan diagnose medis P2002 post partum spontan hari 1 di ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu dan praktik keperawatan khususnya dalam pengelolaan Asuhan keperawatan pada ibu dengan post partum spontan.

1.4.2 Bagi Puskesmas

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya dalam pengelolaan Asuhan keperawatan pada ibu dengan post partum spontan.

1.4.3 Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan serta menerapkan pengelolaan Asuhan keperawatan pada ibu dengan post partum spontan

1.5 Metode penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan Langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik pengumpulan data

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim Kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, maupun tim Kesehatan lain.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium, USG yang dapat menunjang menegakkan diagnose, dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim Kesehatan lain

1.5.4 Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika penulisan

Agar lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:
 - BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.
 - BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep post partum dari sudut medis dan asuhan keperawatan post partum spontan serta kerangka masalah
 - BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
 - BAB 4: Pembahasan berisi tentang perbandingan teori dan kenyataan yang ada di lapangan
 - BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep dasar post partum, konsep perawatan perineum, dan asuhan keperawatan post partum spontan diuraikan dalam bab 2 ini. Konsep post partum diuraikan pengertian, anatomi fisiologi, etiologic, dan cara penanganan medis. Konsep perawatan perineum diuraikan pengertian, tujuan, macam-macam perawatan, waktu perawatan, penghambat, dan dampak. Asuhan keperawatan akan menjelaskan masalah-masalah yang muncul dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Post Partum

2.1.1 Pengertian Post Partum

Postpartum adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (puerperium) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6-8 minggu. selama periode paska melahirkan, sang ibu akan mengalami sejumlah perubahan fisiologis dan psikologis ketika tubuh kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih enam minggu (Johnson, 2014).

2.1.2 Tahapan Masa Nifas

1. Puerperium dini

Kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan- jalan. Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat- alat genetalia yang lamanya 6- 8 minggu

3. Remote puerperium

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

(Kumalasari 2015)

2.1.3 Perubahan fisiologis masa nifas

1. Perubahan fisiologis system reproduksi

a. Involusi uterus dan pergerakan ke bawah fundus uterin

(Johnson, 2014) menjelaskan bahwa involusi mengecilnya ukuran uterus setelah melahirkan, dan uterus kembali ke keadaannya sebelum kehamilan. Proses involusi dimulai segera setelah kelahiran plasenta ketika urat otot uterin berkontraksi:

- 1) Kontraksi otot uterin menekan pembuluh darah dan mengontrol pendarahan.
- 2) Oksitosin dilepaskan dari kelenjar pituitary untuk memperkuat dan mengoordinasikan kontraksi uterin.
- 3) Untuk memastikan bahwa uterus masih kuat dan berkontraksi dengan baik selama 1-2 jam paska melahirkan, oksitosin eksogenus

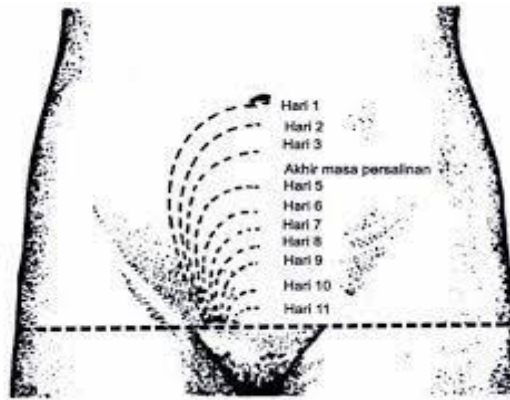
(pitocin) diberikan melalui pembuluh darah atau otot segera setelah keluarnya plasenta.

- 4) Sangat penting untuk memonitor ibu dengan selama 1-2jam paska-melahirkan untuk mendeteksi tanda pendarahan dan mencegah syok hipovolemik.

Ukuran dan berat uterus mengalami penyusutan dengan cepat. Di awal kala keempat persalinan, uterus berada di tengah dan dapat di palpasi di tengah di antara simfisis pubis dan pusar :

- 1) Bobot uterus sekitar 0.9kg sesaat setelah kelahiran.
- 2) Memulai proses katabolisme sel, ukuran sel individu dalam uterus berkurang, menyebabkan penyusutan ukuran uterus.
- 3) Dalam waktu 12 jam setelah melahirkan, fundus berada sekitar 1 cm di atas pusar dan terus turun hingga 1 cm atau satu buku jari setiap harinya.
- 4) Selama seminggu pertama, berat uterus berkurang separuhnya, dan 2 minggu paska melahirkan bobot uterus menjadi sekitar 12 ons.
- 5) Area plasenta pulih melalui proses eksfoliasi, yang menyisakan garis goresan jaringan uterin.

Periode 6 minggu paska melahirkan diperlukan untuk pemulihan kembali ke bentuk awal uterin secara menyeluruh (involusi)



Gambar 2.1 Tinggi Fundus Uteri masa nifas. sumber: (Kumalasari 2015)

b. Afterpains

Menurut (Johnson, 2014) afterpains merupakan nyeri kram disebabkan kontraksi uterus intermiten. Nyeri ini umumnya lebih kuat pada ibu yang sebelumnya pernah melahirkan dibandingkan dengan persalinan pertama terkait pengulangan penarikan serat otot. Penggunaan pengobatan oxytocic eksogen dan menyusui akan memperparah nyeri karena meningkatkan kontraksi uterus.

Penilaian dan intervensi yang diperlukan mencakup :

- 1) Menilai nyeri menggunakan skala terstandarisasi (serangai pada wajah atau numerik)
- 2) Memberikan analgesic sebagaimana dianjurkan
- 3) Menempatkan pasien di posisi menungging dengan bantal kecil di bawah perut untuk membantu uterus berkontraksi, yang akan membantu meredakan nyeri

c. Lochea

(Johnson, 2014) menjelaskan bahwa pengeluaran pada vagina selama puerperium terdiri atas darah, jaringan, dan lendir, biasanya

disebut lochea, awalnya berwarna merah terang kemudian berubah menjadi merah muda-kemerahan atau merah kecoklatan. Lochea kemungkinan terdiri dari gumpalan-gumpalan kecil. Dalam 1-2 jam pertama paska kelahiran, pengeluaran uterin serupa dengan periode menstruasi berat. Warna kemerahan dan jumlah lochea menurun seiring periode paska melahirkan dan umumnya menurun di minggu 4-6 paska melahirkan. Aliran lochea hanya sedikit di paska melahirkan pada kelahiran sesar. Keluaran lochea meningkat saat menyusui dan berjalan. Keluaran lochea menjadi banyak ketika ibu bangkit dari tempat tidur akibat terkumpulnya darah vagina selama periode beristirahat.

Kaji lochia setiap kali memeriksa tinggi fundus uteri.

- 1) Lihat pembalut yang digunakan dan tentukan jumlah lochia yang keluar.



Sangat sedikit : noda darah berukuran 2,5–5 cm = 10 ml.



Sedikit : noda darah berukuran ≤ 10 cm = 10–25 ml.



Sedang : noda darah < 15 cm = 25–25 ml.



Banyak : Pembalut penuh = 50–80 ml.

Gambar 2.2 pengkajian lochea. sumber: (Karjatin, A., 2016)

Tabel 2.1 karakteristik-karakteristik lochea

Tipe	Waktu	Normal	Abnormal
Lochea rubra	1-3 hari	Aliran merah sebagian besar darah; gumpalan-gumpalan kecil, bau amis	Bau amis, gumpulan besar, jumlah keluaran vagina memenuhi pembalut
Lochea serosa	4-10 hari	Keluarnya serum, merah muda atau kecoklatan, berair; aliran berkurang	Terus-menerus berwarna merah; kering berlebihan, bau amis
Lochea alba	11 hari-6 minggu	Krem-keputihan; kuning ringan, jumlah menurun	Pengulangan lochea rubra; berlanutnya lochea serosa, bau amis

d. Vagina dan perineum

Vagina biasanya tampak tertarik, membusung dan memar, serta pembukaan vagina kerap kali pembukaan terbuka di mana terdapat peningkatan tekanan intraabdominal. Pada minggu ketiga paska melahirkan, selaput membrane vagina mulai pulih. Perineum paska melahirkan akan membusung. Perineum mungkin robek saat melahirkan atau ibu mengalami sayatan bedah (episiotomy) pada perineum. Meskipun sayatan kecil, sayatan di area ini dapat menyebabkan rasa sakit yang amat sangat. Wasir kemungkinan terjadi selama kehamilan dan melahirkan (Johnson, 2014).

e. Payudara (mamae)

Selama kehamilan, payudara mengalami perubahan dalam persiapan untuk menyusui. Sekitar hari ke 3 postpartum semua ibu menyusui maupun tidak menyusui mengalami pembengkakan payudara, payudara menjadi lebih besar, tegas, hangat, lembut, dan

merasakan nyeri. Kolostrum cairan kekuningan mendahului produksi ASI, mengandung lebih tinggi protein dan rendah karbohidrat serta mengandung imunoglobulin G dan A yang memberikan perlindungan bagi bayi baru lahir selama beberapa minggu awal kehidupannya (Karjatin, A., 2016).

2. Perubahan system pernafasan

Kembalinya posisi dada setelah melahirkan bayi akibat penurunan tekanan pada diafragma. Sistem pernafasan kembali ke keadaan sebelum hamil pada akhir periode nifas (Karjatin, A., 2016)

3. Perubahan system kardiovaskular

Melahirkan melalui vagina kehilangan darah rata-rata 400 sampai 500 ml. Ini memiliki efek yang minimal karena pada waktu hamil terjadi hypervolemia. Ada peningkatan curah jantung selama beberapa jam pertama setelah melahirkan karena darah yang masuk melalui uteroplasenta kembali ke sistem maternal. Curah jantung akan kembali ke keadaan sebelum dalam waktu 48 jam. Sel darah putih akan meningkat menjadi 25000/ml dalam beberapa jam setelah melahirkan dan kembali normal dalam 7 hari. Ibu yang melahirkan berisiko trombosis terkait dengan peningkatan sirkulasi faktor pembekuan selama kehamilan. Faktor pembekuan lambat laun menurun setelah plasenta lahir dan kembali ke rentang normal 2 minggu nifas (Karjatin, A., 2016).

4. Perubahan system pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini karena alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon

menjadi kosong pada waktu melahirkan pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup (Kumalasari, 2015)

5. Perubahan system perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfinger uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfinger ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan (Kumalasari, 2015).

6. Perubahan system musculoskeletal

Ligament-ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligament rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Mobilisasi sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan. (Kumalasari, 2015).

7. Perubahan system endokrin

Setelah plasenta lahir terjadi perubahan pada sistem endokrin. Estrogen, progesteron dan prolaktin menurun. Estrogen mulai meningkat setelah minggu pertama setelah melahirkan.

Ibu yang tidak menyusui kadar proklaktin terus menurun pada 3 minggu pertama postpartum, menstruasi dimulai 6 sampai 10 minggu setelah melahirkan. Menstruasi pertama biasanya anovulasi dan ovulasi

biasanya terjadi siklus keempat. Sedangkan untuk ibu yang menyusui kadar prolaktin meningkat untuk produksi ASI. Laktasi menekan menstruasi, kembalinya menstruasi tergantung lamanya dan jumlah menyusui. Ovulasi akan kembali dalam waktu yang lebih lama dibandingkan ibu yang tidak menyusui.

Diaforesis terjadi pada minggu pertama postpartum karena kadar estrogen menurun. Berkeringat banyak pada malam hari, untuk membuang cairan dalam tubuh karena peningkatan cairan yang terakumulasi selama kehamilan. (Karjatin, A., 2016)

8. Perubahan system hematologic

Lekositosis meningkat, sel darah putih sampai berjumlah 15.000 selama persalinan, tetap meningkat pada beberapa hari pertama postpartum. Jumlah sel darah putih dapat meningkat lebih lanjut sampai 25.000-30.000 di luar keadaan patologi jika ibu mengalami partus lama. Hb, ht, dan eritrosit jumlahnya berubah di dalam puerperium. (Johnson, 2014)

9. Perubahan tanda-tanda vital

Tanda- tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu, tidak lebih dari 37,2°C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 38°C. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38°C, mungkin terjadi infeksi pada pasien.

b. Nadi dan pernapasan

Nadi berkisar antara 60- 80 denyutan per menit setelah partus dan dapat terjadi bradikardi. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula

c. Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi post partuym akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit- penyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan (Kumalasari, 2015).

10. Perubahan berat badan

Di saat melahirkan ibu mengalami kehilangan 5-6kg berat badan dan 3-5kg selama minggu pertama masa nifas. Factor-faktor yang mempercepat penurunan berat badan pada masa nifas di antaranya adalah peningkatan berat badan selama kehamilan, primiparitas, segera kembali bekerja di luar rumah, dan merokok. Usia atau status pernikahan tidak memengaruhi penurunan berat badan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5kg selama masa pascapartum (Kumalasari, 2015).

11. Perubahan kulit (system integument)

Pada waktu terjadi pigmentasi kulit pada beberapa tempat karena proses hormonal. Pigmentasi ini berupa kloasma gravidarum pada pipi, hiperpigmentasi kulit sekitar payudara, hiperpigmentasi kulit dinding perut (striae gravidarum). Setelah persalinan hormonal berkurang dan

hiperpigmentasi pun menghilang. Pada dinding perut akan menjadi putih mengkilap yaitu striae albican (Kumalasari, 2015).

2.1.4 Adaptasi Psikologis

1. Fase Taking in

Fase taking in atau fase sibuk dengan diri sendiri berlangsung 1-2 hari sesudah melahirkan, ibu bersikap pasif dan dependen atau bergantung pada orang lain dengan mengarahkan energinya kepada dirinya sendiri dan bukan kepada bayinya.

2. Fase Taking hold

Fase taking hold berlangsung sekitar 2-7 hari sesudah melahirkan, atau fase memegang erat, maka ibu mulai memiliki lebih banyak energi dan bekerja tanpa bergantung orang lain serta memulai aktivitas merawat dirinya sendiri. Ibu sudah mau menerima tanggung jawab atas bayinya dan menerima pelajaran tentang aktivitas untuk merawat bayi serta merawat dirinya.

3. Fase Letting go

fase letting go atau fase mengambil peranan berlangsung sekitar 7 hari sesudah melahirkan, ibu mulai menyesuaikan diri dengan anggota keluarga lainnya dengan mengambil peranan ibu dan tanggung jawab yang menyertai peranan tersebut. (Meyering, J., 2014)

2.1.5 Gangguan Psikologis Post Partum

1. Transisi Menjadi Orang Tua

Transisi menjadi orangtua adalah proses pembangunan yang dinamis, yang diawali dengan pengetahuan tentang kehamilan dan selama

periode nifas sebagai pasangan baru akan menjadi peran ibu dan ayah. Apakah ini adalah anak pertama atau kesepuluh, transisi ini adalah peristiwa yang harus dihadapi. Berjiwa besar dalam hidup yang menarik dan menegangkan, serta menghasilkan tantangan untuk membangun anggota keluarga, hubungan dengan pasangan, dan keluarga. Setiap individu berkaitan dengan pertumbuhan, realisasi, dan persiapan menjadi orang tua dengan cara yang berbeda, dan keyakinan budaya berpengaruh bagaimana individu mengambil peran orang tua. (Karjatin, A., 2016)

2. Peran Orang Tua

Individu memiliki banyak peran sepanjang hidup mereka. Sebagai seorang anak, peran sebagai putra atau putri, adik atau kakak, cucu, dan mahasiswa. Peran tambahan yang diperoleh sebagai individu dewasa. Peran berubah seiring waktu sebagai individu dewasa dan peran baru ditambahkan. Peran ibu atau ayah berkembang dan perubahan dari waktu ke waktu sebagai anak tumbuh di dalam keluarga. Setiap peran baru memiliki harapan dan tanggung jawab bahwa individu harus belajar agar berhasil dalam peran. (Karjatin, A., 2016)

3. Bonding dan Attachment Behaviors

Bonding dan Attachment dipengaruhi oleh waktu, kedekatan orangtua dan bayi, apakah kehamilan direncanakan/diinginkan dan kemampuan orang tua untuk memproses melalui tugas-tugas perkembangan yang diperlukan orangtua.

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi ikatan dan perilaku attachment adalah: dasar pengetahuan dari pasangan, pengalaman masa lalu dengan anak-anak, kematangan dan tingkat pendidikan dari pasangan, dukungan diperpanjang, harapan ibu/ayah dari kehamilan ini, harapan ibu/ayah dari bayi dan harapan budaya. (Karjatin, A., 2016)

4. Post partum blues

Perubahan suasana (postpartum blues) umum terjadi selama periode paska-melahirkan. Penurunan hormone dengan cepat seperti progesteron dan estrogen diyakini menyebabkan gangguan emosi. Factor-faktor lain terkait reaksi emosi adalah konflik antara peran ibu dan ketidakamanan personal. Perempuan yang memiliki persoalan ekonomi atau keluarga biasanya tambah lebih stress terkait peran keibuan. Selain itu, keguguran sebelumnya atau kegagalan kehamilan juga menyebabkan persoalan emosi paska-melahirkan. Ketidaknyamanan fisik seperti rasa nyeri, pembengkakan payudara, dan kelelahan mengakibatkan reaksi negative paska melahirkan dan harus segera diatasi untuk mendukung kenyamanan ada fase paska melahirkan. (Kumalasari, 2015)

5. Depresi post partum

(Johnson, 2014) menjelaskan bahwa tanda-tanda depresi paska melahirkan (PPD) meliputi tanda-tanda umum depresi seperti hilangnya berat badan, insomnia, dan ambivalensi terhadap bayi yang baru lahir dan keluarga. Depresi paska melahirkan terjadi kira-

kira 13% para ibu baru dan mungkin memiliki efek jangka Panjang pada interaksi ibu-ibu yang baru lahir.

Gejala-gejala depresi paska melahirkan merupakan bukti sebelum penetapan rumah sakit, dan pasien berisiko sebaiknya dijadwalkan untuk kunjungan berkelanjutan sebelum kunjungan paska melahirkan tradisional 6 minggu. wanita pada risiko tinggi terhadap depresi paska melahirkan memiliki factor-faktor risiko seperti:

- 1) Lingkungan keluarga yang tidak stabil dan kasar
- 2) Riwayat kejadian depresif sebelumnya.
- 3) Riwayat system dukungan terbatas.
- 4) Penghargaan diri yang rendah
- 5) Ketidakpuasan dengan Pendidikan, ekonomi, atau pilihan pasangan.

2.1.6 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut (Kumalasari, 2015) perawatan fisik dan pemenuhan kebutuhan dasar pada masa puerperium harus mengarah pada tercapainya kesehatan yang baik, dengan upaya perawat atau bidan diarahkan pada identifikasi dan penatalaksanaan masalah kesehatan yang muncul pada masa nifas tersebut.

Adapun kebutuhan dasar ibu nifas di antaranya sebagai berikut:

1. Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat memengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein dan banyak

mengandung cairan dan serat untuk mencegah konstipasi. Obat – obatan dikonsumsi sebatas yang dianjurkan dan tidak berlebihan., selain itu ibu memerlukan asupan sebagai berikut :

a. Tambahan kalori 500 kalori tiap hari

Untuk menghasilkan setiap 100ml susu, ibu memerlukan asupan kalori 85 kalori. Pada saat minggu pertama dari enam bulan menyusui (ASI eksklusif) jumlah susu yang harus dihasilkan oleh ibu sebanyak 750ml setiap harinya. Mulai minggu kedua susu yang harus dihasilkan adalah sejumlah 600ml, jadi tambahan jumlah kalori yang harus dikonsumsi oleh ibu adalah 510ml.

b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup, pedoman umum yang baik untuk diet adalah 2-4 porsi/hari dengan menu empat kebutuhan dasar makanan (daging, buah, sayuran, roti/biji-bijian)

c. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan

d. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI

e. Minum sedikit tiga liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setelah setiap kali selesai menyusui)

f. Hindari makanan yang mengandung kafein/nikotin

2. Ambulasi

Jika tidak ada kelainan lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal. Pada ibu dengan partus normal ambulasi

dini dilakukan paling tidak 6- 12 jam post partum. Tahapan ambulasi yaitu miring kiri atau kanan terlebih dahulu, kemudian duduk dan apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan (mungkin ke toilet untuk berkemih). Manfaat ambulasi dini adalah sebagai berikut :

- a. Faal usus dan kandung kemih lebih baik
- b. Menurunkan insiden tromboembolisme
- c. Memperlancar sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea)
- d. Mempercepat mengembalikan tonus dan vena

3. Eliminasi

a. Buang Air Kecil

Pengeluaran urine akan menngkat pada 24- 28 jam pertama sampai hari kelima post partum karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan;. Sebaiknya, ibu tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan karena dapat menghambat uterus berkontraksi dengan baik sehingga menimbulkan perdarahan yang berlebihan. Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari post partum. Ibu harus berkemih spontan dalam 6- 8 jam post partum. Pada ibu yang tidak bisa berkemih motivasi ibu untuk berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan kateterisasi.

b. Buang Air Besar

Kesulitan buang air besar (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit takut jahitan terbuka, atau karena hemoroid. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanan tinggi serat, dan cukup minum sehingga bisa buang air besar dengan lancar. Sebaiknya pada hari kedua ibu sudah bisa buang air besar. Jika sudah pada hari ketiga ibu masih belum bisa buang air besar, ibu bisa menggunakan pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja.

4. Personal hygiene atau perawatan diri

Perawatan diri yang dianjurkan diantaranya sebagai berikut :

a. Perawatan perineum

- a) Mengajarkan ibu membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Bersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasihatkan kepada ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai BAK/BAB. Jika terdapat luka episiotomi sarankan untuk tidak menyentuh luka
- b) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari
- c) Sarankan ibu mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminya

b. Pakaian

Sebaiknya, pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat menjadi banyak (disamping

urine). Sebaiknya pakaian agak longgar didaerah dada sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat lochea

c. Kebersihan rambut

Cuci rambut dengan kondisioner rambut yang cukup, lalu sisir menggunakan sisir yang lembut. Hindari penggunaan pengering rambut

d. Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan tubuh yang dibutuhkan saat hamil akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu. Oleh karena itu dalam minggu- minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasakan jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan jaga kulit tetap kering.

e. Perawatan payudara

Perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan dua kali sehari

5. Istirahat dan tidur

a. Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan

b. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan- kegiatan rumah tangga secara perlahan- lahan, serta untuk tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur

6. Aktivitas seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Hubungan seksual dapat dilanjutkan setiap saat ibu merasa nyaman untuk memulai dan aktivitas tersebut dapat dinikmati

7. Latihan senam nifas

Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas

2.1.7 Tahapan asuhan masa nifas normal

Menurut (Kumalasari, 2015) tahapan asuhan kunjungan masa nifas yaitu sebagai berikut.

1. Kunjungan I yaitu 6-8 jam postpartum.

Asuhan yang diberikan adalah sebagai berikut :

- a. Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b. Pemantuan keadaan umum ibu.
- c. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu.
- d. Asi eksklusif.

2. Kunjungan II yaitu enam hari postpartum.

Asuhan yang diberikan adalah sebagai berikut :

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, dan tidak ada tanda-tanda pendarahan.

- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan pendarahan abnormal.
 - c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
 - d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
 - e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - f. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
3. Kunjungan III yaitu dua minggu postpartum.

Asuhan yang diberikan sama dengan asuhan yang diberikan pada enam hari postpartum, yaitu sebagai berikut :

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, dan tidak ada tanda-tanda pendarahan.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan pendarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
- e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- f. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

4. Kunjungan IV yaitu enam minggu postpartum.
 - a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami.
 - b. Memberikan konseling untuk kb secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

2.2 Anatomi Fisiologi Alat Reproduksi Wanita

2.2.1 Anatomi alat reproduksi wanita

Terdiri alat atau organ eksternal dan internal, sebagian besar terletak dalam rongga panggul, eksternal (sampai vagina): fungsi kopulasi internal : fungsi ovulasi, fertilasi ovum, transportasi blastocyst, implantasi, pertumbuhan fetus, kelahiran. fungsi system reproduksi wanita dikenalkan atau dipengaruhi oleh hormon-hormon gonadotropin atau steroid dari poros hormonal thalamus-hypothalamus-hipofisis-adrenal-ovarium. Selain itu terdapat organ atau system ekstragonaad atau ekstragenital yang juga dipengaruhi oleh siklus reproduksi: payudara, kulit daerah tertentu, pigmen, dan sebagainya. (Purwaningsih, W., 2015)

1. Genetalia Eksterna

b. Vulva

Tampak dari luar (mulai dari mons pubis sampai tepi perineum), terdiri dari mons pubis, labia mayora, labia minora, clitoris, hymen, vestibulum, orificium urethrae externum, kelenjar-kelenjar pada dinding vagina.

c. Monspubis atau Monsveneris

Lapisan Lemak diabgia anterior symphysis os pubis. Pada masa pubertas daerah ini ditumbuhi rambut pubis.

d. Labia Mayora

Lapisan lemak lanjutan mons pubis ke arah bawah dan belakang, banyak mengandung plekus vena. homolog embriologik dan skrotum pada pria. Ligamentum rotundum uteri berakhir pada atas labia mayora. Di bagian bawah perineum, labia mayora menyatu (pada commisura posterior).

e. Labia minora

Lipatan jaringan tipis dibalik labia mayora, tidak mempunyai folikel rambut. Banyak terdapat pembuluh darah, otot polos dan ujung serabut saraf.

f. Clitoris

Terdiri dari caput atau glan clitoridis yang terletak dibagian superior vulva, dan corpus clitoridis yang tertanam di dalam dinding anterior vagina. Homolog embriologik dengan penis pada pria. Terdapat juga reseptor androgen pada clitoris. Banyak pembuluh darah dan ujung serabut saraf, sangat sensitive.

g. Vestibulum

Daerah dengan batas atas clitoris, batas bawah fourchet, batas lateral labia minora. berasal dari sinus urogenital. Terdapat 6 lubang orificium, yaitu orificium urethrae externum, intoritus vagine, ductus glandulae Bartholinii kanan-kiri, dan ductus skene kanan-kiri. Antara fourchet dan vagina terdapat fossa hymen yang abnormal, misalnya primer tidak berlubang (hymen imperforate)

menutup total lubang vagina, dapat menyebabkan daerah menstruasi terkumpul dirongga genitalia internal.

h. Vagina

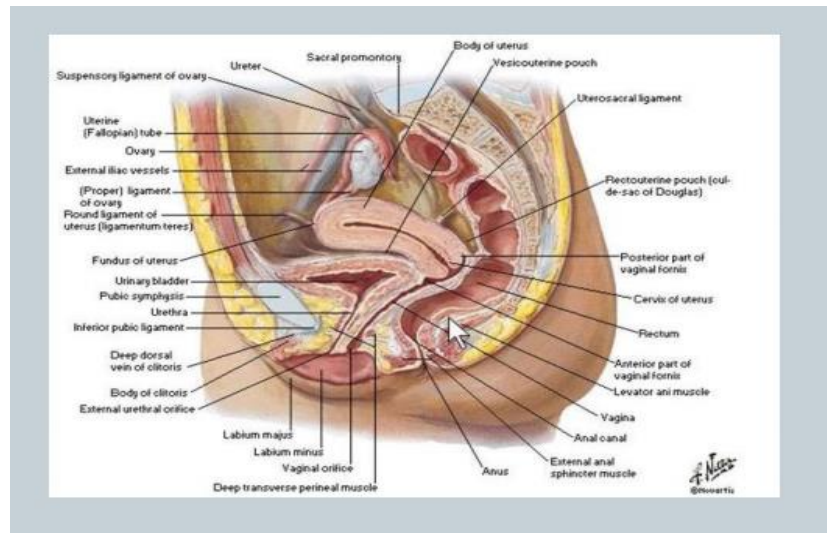
Rongga muskulosmembranosa berbentuk tabung mulai dari tepi cervix uteri di bagian cranial dan dorsal sampai ke vulva di bagian kaudal ventral. Daerah disekitar cervix disebut fornix, dibagi dalam 4 kuadran: fornix anterior, fornix posterior, dan fornix lateral kanan dan kiri. Vagina memiliki dinding ventral dan dinding dorsal yang elastic. Dilapisi epitel skuamosa berlapis, berubah mengikuti siklus haid. fungsi vagina: untuk mengeluarkan ekskresi uterus pada haid, untuk jalan lahir dan kopulasi (persetubuhan). Bagian atas vagina terbentuk dari ductus mulleri, bawah dari sinus urogenitalis. batas dalam secara klinis yaitu fornixer, posterior, dan lateralis disekitar servix uteri.

Titik Grayenbergh (G-spot), merupakan titik daerah sensorik disekitar 1/3 anterior dinding vagina, sangat sensitive, terdapat stimulasi orgasmus vaginal.

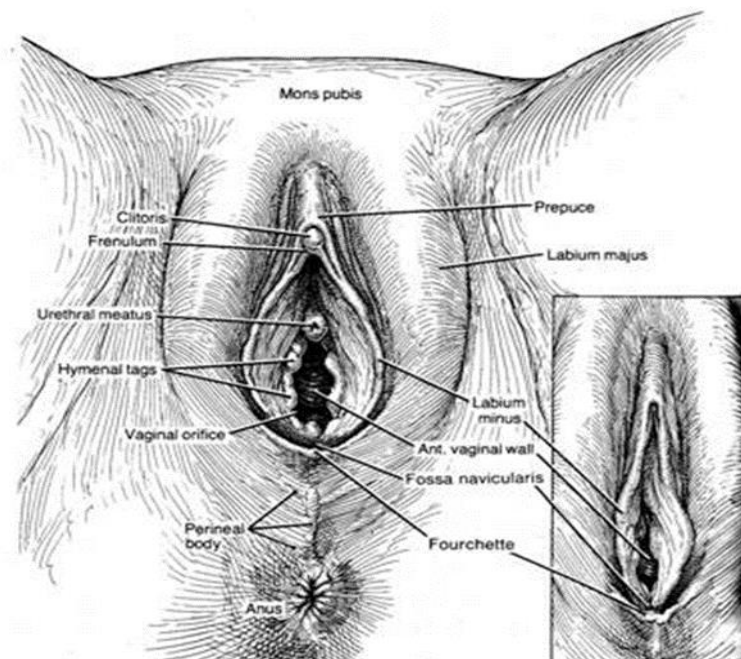
i. Perineum

Daerah antara tepi bawah vulva dengan tepi bawah anus. Batas otot-otot diafragma pelvis (m.levator ani, m.coccygeus) dan diafragmaurogenitalis (m. perinealis transverses profunda, m.constrictor urethra). Perineal body adalah raphe median m. levatorani, antara anus dan vagina. Perineum meregang pada

persalinan, kadang perlu di potong (episiotomy) untuk memperbesar jalan lahir dan mencegah rupture.



Gambar 2.3 genitalia eksterna wanita. Sumber: (Wahyu Purwaningsih 2015)



Gambar 2.4 genitalia eksterna wanita. Sumber : (Wahyu Purwaningsih 2015)

2. Genitalia Interna

a. Uterus

Suatu organ muscular berbentuk seperti buah pir. dilapisi peritoneum (serosa). Selama kehamilan berfungsi sebagai implantasi, retensi, dan nutrisi konseptus. pada saat persalinan dengan adanya kontraksi dinding uterus dan pembukaan serviks uterus, isikonsepsi dikeluarkan. Terdiri dari corpus, fundus, cornu, isthmus, dan serviks uteri.

b. Serviks uteri

Bagian terbawah uterus, terdiri dari pars vaginalis (berbatasan atau menembus dinding dalam vagina) dan pars supravaginalis. terdiri dari 3 komponen utama: otot polos, jaringan ikat (kolagen dan glikosamin) dan elastin. Bagian luar di dalam rongga vagina yaitu portio cervicis uteri (dinding) dengan lubang ostium uteri externeum (luar, arah vagina) dilapisi epitel skuamokolumnar mukosa serviks, dan ostium uteri internum (dalam, arah cavum). Sebelum melahirkan lubang ostium externum bulat kecil, setelah pernah atau riwayat melahirkan berbentuk garis melintang. Posisi serviks mengarah ke kaudal-posterior, setinggi spina ischiadica. Kelenjar mukosa serviks menghasilkan lender getah serviks yang mengandung glikoprotein kaya karbohidrat (mucin) dan larutan berbagai garam, peptida dan air. Ketebalan mukosa dan viskositas lender serviks dipengaruhi siklus haid.

c. Corpus Uteri

Terdiri dari : paling luar lapisan serosa atau peritoneum yang melekat pada ligamentum latum uteri di intraabdomen, tengah lapisan muscular atau myometrium berupa otot polos tiga lapis (dari luar ke dalam arah serabut otot longitudinal, anyaman dan sirkular), serta dalam lapisan endometrium yang melapisi cavum dinding uteri, menebal dan runtuh sesuai siklus haid akibat pengaruh hormone-hormon ovarium. Posisi corpus intraabdomen mendatar dengan fleksi ke anterior, fundus uteri berada di atas vesica urinaria.

Proporsi ukuran corpus terhadap isthmus dan serviks uterus bervariasi selama pertumbuhan dan perkembangan wanita.

d. Ligamenta penyangga uterus

Ligamentum latum uteri, ligamentum rotundum uteri, ligamentum cardinal, ligamentum ovarii, ligamentum sacrouterina proprium, ligamentum infundibulopelvicum, ligamentum vesicouterina, ligamentum rectouterine.

e. Vaskularisasi uterus

terutama dari arteri uterine cabang arteri hypogastrica atau illiaca interna, serta arteri ovarica cabang aorta abdominalis.

f. Salping atau tuba falopii

Embriologik uterus dan tuba berasal dari ductus mulleri. Sepasang tuba kiri-kanan, panjang 8-14 cm, berfungsi sebagai jalan transportasi ovum dari ovarium sampai cavum uteri.

Dinding tuba terdiri dari lapisan: serosa, muscular (longitudinal dan sirkular) serta mukosa dengan epitel bersilia.

Terdiri dari pars interstitialis, pars isthmica, pars ampularis, serta pars infundibulum dengan fimbria, dengan karakteristik silia dan ketebalan dinding yang berbeda-beda pada setiap bagiannya.

b) Pars isthmica (proksimal atau isthmus)

Merupakan bagian dengan lumen tersempit, terdapat stinger uterotuba pengendali transfer gamet.

c) Pars ampularis (medial atau ampula)

Tempat yang sering terjadi fertilisasi adalah daerah ampula atau infundibulum, dan pada hamil ektopik (patologik) sering juga terjadi implantasi di dinding tuba bagian ini.

d) Pars infundibulum (distal)

Dilengkapi dengan fimbriae serta ostium tubae abdominale pada ujungnya, melekat dengan permukaan ovarium. Fimbriae berfungsi “menangkap” ovum yang keluar saat ovulasi dari permukaan ovarium, dan membawanya kedalam tuba.

e) Mesosalping

Jaringan ikat penyangga tuba (seperti halnya mesenterium pada usus)

f) Ovarium

Organ endokrin berbentuk oval, terletak didalam rongga peritoneum, sepasang kiri-kanan. Dilapisi mesovarium, sebagai jaringan ikat dan pembuluh darah dan saraf. Terdiri dari korteks dan medulla. Ovarium berfungsi dalam pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum (dari sel epitel germinal

primordial dilapisan terluar epitel ovarium di korteks), ovulasi (pengeluaran ovum), sintesis dan sekresi hormone-hormon steroid (estrogen oleh teka interna folikel, progesterone oleh tuba falopi melalui pelekatan fimbrae “menangkap” ligamentum ovarii proprium, ligamentum infudibulopelvicum dan jaringan ikat mesovarium. Vaskularisasi dari cabang aorta abdominalis inferior terhadap arteri renalis.

2.2.2 Fisiologi alat reproduksi wanita

Pada saat pubertas dimuali sekitar umur 13-16 tahun dimulainya pertumbuhan folikel primordium yang mengeluarkannya hormone esterogen yang menumbuhkan tanda seks sekunder. Kejadian terpenting dalam pubertas ialah timbulnya yang haid pertama kali disebut menarche. tapi menarche adalah gejala pubertas yang lambat, paling awal adalah pertumbuhan payudara (thelarche), tumbuh rambut di kemaluan (pubarche), tumbuh rambut di ketiak, barulah terjadi menarche, disusul haid secara siklik.

Haid (menstruasi) ialah pendarahan siklik uterus sebagai tanda bahwa alat kandungan mengenai menunaikan faalnya. Masa pubertas tumbuh cepat dan mendapatkan bentuk tubuh yang khas.

Dengan pubertas, wanita masuk masa reproduktif (masa mendapat keturunan yang berlangsung kurang lebih 30 tahun). Setelah masa reproduksi adalah masa klimakterium dimana merupakan peralihan masa reproduksi dan senium. pada masa klimakterium, haid akan berangsur-angsur berhenti, mula-mula haid sedikit (1-2 bulan akhirnya

berhenti sama sekali). Haid terakhir disebut menopause. Bagian klimakterium sebelum menopause disebut premenopause dan sesudahnya disebut post menopause. Gejala khas pancaroba premenopause sama dengan kelainan haid, post menopause = gangguan vegetative seperti panas, berkeringat, gangguan psikis (labilitas emosi), gangguan yang bersifat atrofi alat kandungan dan tulang. Setelah klimakterium disebut senium, terjadi kemunduran dalam kemampuan fisik. (Purwaningsih, W., 2015)

2.3 Konsep perawatan luka perineum

1. Perawatan luka perineum

Perawatan vulva (vulva hygiene) dan perawatan perineum adalah upaya memberikan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dengan cara menyetatkan daerah antara kedua paha yang dibatasi antara lubang dubur dan bagian alat kelamin luar pada wanita yang habis melahirkan agar terhindar dari infeksi (Kumalasari, 2015)

2. Tujuan perawatan

- 1) Menjaga kebersihan daerah kemaluan.
- 2) Mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan rasa nyaman pada ibu.
- 3) Mencegah infeksi dari masuknya mikroorganisme ke dalam kulit dan membrane mukosa.
- 4) Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan.
- 5) Mempercepat penyembuhan dan mencegah pendarahan.
- 6) Membersihkan luka dari benda asing atau debris.
- 7) Drainase untuk memudahkan pengeluaran eksudat.

3. Perawatan luka perineum menurut apn

- 1) Menjaga agar perineum selalu kering dan bersih.
- 2) Menghindari pemberian obat tradisional.
- 3) Menghindari pemakaian air panas untuk berendam.
- 4) Mencuci luka dan perineum dengan air dan sabun 3-4 x sehari
- 5) Control ulang maksimal seminggu setelah persalinan untuk pemeriksaan penyembuhan luka.

4. Macam-macam perawatan perineum

- 1) Kompres es.
- 2) Obat-obatan seperti antiseptic.
- 3) Senam kegel.

5. Waktu perawatan

- 1) Kompres es: dilakukan setelah dua jam pertama kelahiran (post partum) untuk mengurangi nyeri pascapersalinan.
- 2) Pagi dan sore hari sebelum mandi, sesudah bak/bab.
- 3) Bila ibu merasa tidak nyaman karena cairan yang keluar dari kemaluan, berbau atau nyeri.

6. Penghambat keberhasilan penyembuhan luka

a. Malnutrisi

Malnutrisi secara umum dapat mengakibatkan berkurangnya kekuatan luka, meningkatnya dehisensi luka, meningkatnya kerentanan terhadap infeksi.

b. Merokok

Nikotin dan karbon monoksida diketahui memiliki pengaruh yang dapat merusak penyembuhan luka, dan bahkan merokok yang dibatasi pun dapat mengurangi aliran darah perifer. Merokok juga mengurangi kadar vitamin c yang sangat penting.

c. Kurang tidur

Gangguan tidur dapat menghambat penyembuhan luka, karena tidur meningkatkan anabolisme (sintesis molekul kompleks dari molekul sederhana), dan penyembuhan luka termasuk ke dalam anabolisme.

d. Stres

Di duga bahwa ansietas dan stress dapat memengaruhi system imun sehingga menghambat penyembuhan luka.

e. Kondisi medis dan terapi

Berbagai kondisi medis dapat memengaruhi kemampuan penyembuhan luka pada wanita. Status imun yang lemah (imunosuspresi) karena sepsis atau mal nutrisi, penyakit tertentu seperti aids, ginjal atau penyakit hepatic, atau obat seperti kortikosteroid dapat menyebabkan menurunnya kemampuan untuk mengatur factor pertumbuhan, inflamasi, dan sel-sel proliferative untuk perbaikan luka.

f. Asuhan kurang Optimal

Berbagai aktivitas yang dilakukan pemberi asuhan dapat menghambat penyembuhan luka yang efisien. Melakukan pembersihan luka dapat mengakibatkan organisme tersebar kembali di sekitar area, kapas, atau serat kasa yang lepas ke dalam jaringan

granulasi, dan mengganggu jaringan yang baru terbentuk (Kumalasari, 2015)

7. Dampak Perawatan Luka Perineum

Perawatan luka perineum yang dilakukan dengan baik dapat menghindarkan hal berikut .

a. Infeksi

kondisi perineum yang terkena lochea dan lembab akan sangat menunjang perkembangan bakteri yang dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada perineum.

b. Komplikasi

Munculnya infeksi pada perineum dapat merambat pada saluran kandungan kemih ataupun pada jalan lahir yang berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi pada jalan lahir.

c. Kematian ibu postpartum

Penangan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian pada ibu post partum mengingat ibu post partum masih lemah.

8. Prosedur Perawatan Vulva dan Perawatan Perineum Postpartum

Tabel 2.2 prosedur perawatan vulva dan perawatan perineum post partum

No	Langkah Kegiatan
A.	Persiapan alat
	Kasa atau kapas steril, air sabun, perlak, pinset, bengkok, handsoon, antiseptic, kateter logam, bed pan, botol berisi air hangat, korentang, selimut, waslap atau handuk kecil, pembalut, dan celana dalam ibu yang bersih.
B.	Tahap preinteraksi

	1. Baca catatan keperawatan dan catatan medis klien.
	2. Siapkan alat-alat dan privasi ruangan.
	3. Cuci tangan.
C.	Tahap orientasi
	1. Beri salam dan panggil ibu dengan Namanya.
	2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien dan keluarga
D.	Tahap kerja
	1. Berikan klien kesempatan bertanya sebelum kegiatan dilakukan.
	2. Pastikan privasi klien terjaga.
	3. Kemudian anjurkan klien untuk melepaskan pakaian dalamnya.
	4. Sebelum melakukan Tindakan, palpasi perut ibu untuk mengetahui apakah kandung kemihnya penuh atau tidak.
	5. Jika kandung kemih teraba penuh, lakukan kateterisasi dengan kateter logam.
	6. Persilahkan ibu untuk berbaring ditempat tidur dengan posisi litotomi.
	7. Tutupi dengan alat tenun bagian tubuh klien tidak termasuk area yang akan dilakukan tindakan.
	8. Letakkan pengalas di bawah pantat klien dan dekatkan alat-alat
	9. Gunakan sarung tangan steril.
	10. Bersihkan area perineum <ol style="list-style-type: none"> a. Dengan memakai handscoon, ambil kasa atau kapas steril dengan pinset, kemudian masukkan ke dalam larutan streril (sublimat) atau air sabun. b. Basahi kapas atau kasa steril tersebut dengan botol berisi air hangat ke arah perineum dari arah depan ke belakang. c. Lakukan hal tersebut hingga area perineum tampak bersih. d. Keringkan perineum dengan waslap atau handuk bersih. e. Lakukan perawatan dengan antiseptic jika ada jahitan pada perineum (luka episiotomy). f. Amati ada tidaknya tanda-tanda infeksi disekitar area tersebut. g. Pasang pembalut dan celana bersih.
E.	Tahap terminasi
	1. Evaluasi perasaan klien.
	2. Simpulkan hasil kegiatan.
	3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya.
	4. Bereskan alat-alat.
	5. Cuci tangan.
F.	Dokumentasi
	Catat hasil Tindakan dalam keperawatan.

2.4 Konsep asuhan keperawatan

Menurut (Kumalasari, 2015) proses keperawatan adalah suatu system dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematis dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap klien yang tersebut diatas yaitu melalui empat tahapan keperawatan.

1. Pengkajian pada ibu nifas

Pengkajian pada ibu nifas merupakan pengumpulan data dasar yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan ibu yang meliputi sebagai berikut.

a. Biodata yang mencakup identitas pasien menurut (Anggraini, 2012) meliputi:

- 1) Nama: Untuk mengetahui nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.
- 2) Umur: Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam post partum. Untuk respon nyeri, umur juga mempengaruhi karena pada umur anak-anak belum bisa mengungkapkan nyeri, pada umur orang dewasa kadang

melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi.

- 3) Agama: Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.
- 4) Suku bangsa: Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari. Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri.
- 5) Pendidikan: Berpengaruh dalam tindakan keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga perawat dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya. Bila pasien memiliki pengetahuan yang baik terhadap perawatan luka maka luka akan sembuh pada hari ke tujuh setelah persalinan dan bila tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi infeksi pada pasien post partum.
- 6) Pekerjaan: Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.
- 7) Alamat: Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

b. Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa kontraksi, nyeri pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum. (Purwaningsih, W., 2015)

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum, meliputi tingkat energi, self esteem, tingkat kesadaran, bb, tb, lila.
- 2) Tanda vital normal (rr konsisten, nadi cenderung bradikardia, suhu 36,2°c-38°c, respirasi 16-24x/menit
- 3) Kepala: rambut, wajah, mata (konjungtiva), hidung, mulut, fungsi pengecap, pendengaran dan leher.
- 4) Payudara: pembesaran, simetris, pigmentasi, warna kulit, keadaan areola dan puting susu, stimulation nipple erection, kepenuhan atau pembengkakan, benjolan, nyeri, produksi laktasi atau kolostrum, perabaan pembesaran kelenjar getah bening di ketiak.
- 5) Abdomen: teraba lembut, tekstur kenyal, muskulus rektus abdominal utuh atau terdapat diatasis, distensi, striae, tinggi fundus uterus, konsistensi (keras, lunak, boggy), lokasi, kontraksi uterus, nyeri, perabaan distensi blas.
- 6) Anogenital: lihat struktur, regangan, edema vagina, keadaan liang vagina (licin, kendur atau lemah) adakah hematom, nyeri, tegang.
- 7) Perineum: keadaan luka episiotomy, ekimosis, edema, kemerahan, eritema, drainase lochea (warna, jumlah, bau, bekuan darah atau konsistensi, 1-3 hari lochea rubra, 4-10 hari lochea

serosa, >10 hari lochea alba). Anus: hemoroid dan thrombosis pada anus

8) Muskuloskeletal : tanda homan, edema, tekstur kulit, nyeri bila di palpasi, kekuatan otot.

d. Pemeriksaan laboratorium

1) Darah: hemoglobin dan hematokrit 12-24 jam postpartum (jika hb < 10 g% dibutuhkan suplemen fe), eritrosit, leukosit, trombosit.

2) Klien dengan dower cateter diperlukan kultur urine.

e. Konsep diri

Sikap penerimaan ibu terhadap tubuhnya, keinginan ibu menyusui, persepsi ibu tentang tubuhnya terutama perubahan-perubahan selama kehamilan, perasaan klien bila mengalami operasi sc karena cpd atau karena bentuk tubuh yang pendek (Kumalasari, 2015).

f. Seksual

Bagaimana pola interaksi dan hubungan dengan pasangan meliputi frekuensi koitus atau hubungan intim, pengetahuan pasangan tentang seks, keyakinan, kesulitan melakukan seks, kontinuitas hubungan seksual. Pengetahuan pasangan kapan dimulai hubungan intercourse pascapartum (dapat dilakukan setelah luka episiotomy membaik dan lochea terhenti, biasanya pada akhir minggu ketiga) (Kumalasari, 2015)

g. Kebiasaan sehari-hari

- 1) Pola nutrisi : pola menu makanan yang dikonsumsi, jumlah, jenis makanan (kalori, protein, vitamin, tinggi serat), frekuensi, konsumsi kudapan (makanan ringan), nafsu makan, pola minum, jumlah, frekuensi (Kumalasari, 2015).
- 2) Pola istirahat dan tidur: lamanya, kapan (malam, siang), rasa tidak nyaman yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut, lampu terang, remang-remang, atau gelap, apakah mudah terganggu dengan suara-suara, posisi saat tidur (penekanan pada perineum) (Kumalasari, 2015).
- 3) Pola eliminasi: apakah terjadi diuresis, setelah melahirkan adakah inkontinensia (hilangnya involunter pengeluaran urine), hilangnya control blas, terjadi overdistensi blas atau tidak atau retensi urine karena rasa takut luka episiotomy, apakah perlu bantuan saat BAK. Pola BAB, frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena luka perineum, kebiasaan penggunaan toilet (Kumalasari, 2015).
- 4) Personal hygiene: pola mandi, kebersihan mulut dan gigi, penggunaan pembalut dan kebersihan genitalia, pola berpakaian, tata rias rambut dan wajah (Kumalasari, 2015).
- 5) Aktivitas: kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan, kemampuan merawat diri dan melakukan eliminasi, kemampuan bekerja, dan menyusui (Kumalasari, 2015).
- 6) Rekreasi dan hiburan: situasi atau tempat yang menyenangkan, kegiatan yang membuat fresh dan rileks (Kumalasari, 2015).

h. Profil keluarga

Kebutuhan informasi pada keluarga, dukungan orang terdekat, sibling, tipe rumah, community seething, penghasilan keluarga, hubungan sosial, dan keterlibatan dalam kegiatan masyarakat (Kumalasari, 2015).

i. Riwayat penyakit sekarang

Kesehatan sekarang pada ibu nifas diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini. (Kumalasari, 2015).

j. Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut dan kronis, seperti: jantung, hipertensi, asma, diabetes yang mempengaruhi pada masa nifas ibu (Kumalasari, 2015)

k. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang diturunkan secara genetic, menular, kelainan kongenital, atau gangguan kejiwaan yang pernah diderita oleh keluarga (Kumalasari, 2015).

l. Riwayat psikososial-kultural

Baby blues: perasaan sedih, kelelahan, kecemasan, bingung, ketidakamanan, berpikir obsesif, rendahnya emosi yang positif, perasaan tidak berguna (Kumalasari, 2015).

2) Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017):

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik, luka episitomy post spontan. (SDKI, 172)
 - 2) Deficit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan laktasi. (SDKI, 56)
 - 3) Gangguan integritas kulit b.d luka episiotomy perineum. (SDKI, 282)
 - 4) Resiko infeksi b.d luka episiotomy post partum spontan. (SDKI, 304)
 - 5) Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi. (SDKI, 246)
 - 6) Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai (SDKI, 76)
3. Perencanaan
- a. Diagnosa Keperawatan 1

Nyeri akut b.d agen pencedera fisik, luka episitomy post spontan

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun

Kriteria Hasil: Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik (SLKI, 145)

Intervensi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kuantitas, intensitas nyeri
R/ untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kuantitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
R/ untuk mengetahui skala nyeri yang dirasa pasien
- 3) Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

R/ agar pasien mengetahui mengurangi rasa nyeri

4) Fasilitasi Istirahat dan Tidur

R/ untuk meningkatkan kenyamanan pasien

5) Kolaborasi pemberian analgetic

R/ agar mempercepat pertumbuhan

b. Diagnosa Keperawatan 2

Deficit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan laktasi

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka status nutrisi membaik (SLKI, 120)

Kriteria Hasil: Porsi makanan yang dihabiskan, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik

Intervensi:

1) Identifikasi alergi atau intoleransi makanan

R/ untuk mengetahui pasien alergi pada makanan

2) Identifikasi makanan disukai

R/ meningkatkan nafsu makan pasien

3) Monitor asupan makanan

R/ untuk mengetahui nutrisi yang di butuhkan pasien

c. Diagnosa Keperawatan 3

Gangguan integritas kulit b.d luka episiotomy perineum

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka penyembuhan luka meningkat

Kriteria Hasil: Peredangan luka menurun, nyeri menurun, infeksi menurun (SLKI, 78)

Intervensi:

1) Monitor karakteristik luka

R/ untuk mengetahui karakteristik luka pada pasien

2) Monitor tanda-tanda infeksi

R/ untuk memonitor adanya tanda infeksi

3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

R/ agar pasien memahami tanda dan gejala infeksi

4) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

R/ agar pasien melakukan perawatan luka perineum dengan mandiri

d. Diagnosa Keperawatan 4

Resiko infeksi b.d luka episiotomy post partum spontan.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka control resiko meningkat

Kriteria Hasil: kemampuan menghindari factor resiko meningkat, kemampuan mengenali status kesehatan meningkat, kemampuan melakukan strategi control resiko (SLKI, 60)

Intervensi:

1) Monitor TTV

R/ untuk mengetahui tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi pasien

2) Monitor keadaan lochea

R/ untuk mengetahui karakteristik lochea normal atau abnormal

3) Periksa perineum

R/ untuk mengetahui keadaan perineum

4) Ajarkan cara perawatan perineum yang tepat

R/ agar pasien mengetahui cara perawatan perineum dengan benar

e. Diagnosa keperawatan 5

Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat pengetahuan membaik

Kriteria hasil: verbalisasi minat dalam belajar meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan, perilaku sesuai dengan anjuran meningkat (SLKI, 146)

Intervensi:

1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

R/ untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan pasien menerima edukasi kesehatan

2) Berikan kesempatan untuk bertanya

R/ agar pasien dapat menanyakan topik apa yang belum diketahui

3) Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

R/ agar pasien mengerti resiko apa saja yang dapat mempengaruhi kesehatan

f. Diagnosa keperawatan 6

Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan maka status menyusui meningkat

Kriteria hasil: perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memposisikan bayi meningkat, tetesan atau pancaran asi meningkat, suplai asi adekuat meningkat (SLKI, 119)

Intervensi:

1) Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui

R/ untuk mengetahui permasalahan apa yang ibu alami saat proses menyusui

2) Berikan pujian terhadap perilaku yang benar

R/ agar pasien mendapatkan feedback

3) Ajarkan teknik menyusui yang tepat

R/ agar pasien dapat menyusui bayinya dengan benar

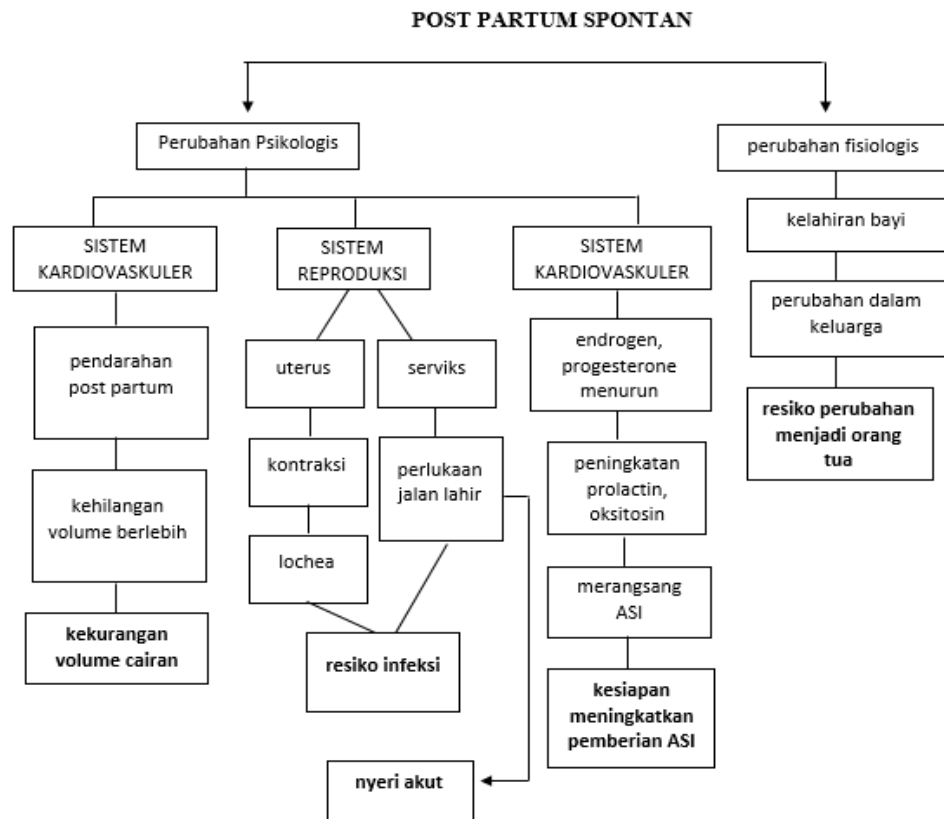
4. Penatalaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah tindakan yang diberikan kepada klien dengan rencana keperawatan yang sudah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien saat itu.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah suatu proses kontinyu yang setiap intervensi dikaji efektifitasnya dan digunakan sesuai kebutuhan setiap ada perubahan pada konsisi atau keluhan pasien. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum. Jika didapatkan adanya komplikasi, dapat timbul masalah keperawatan yang baru.

2.5 Kerangka Masalah



Gambar 2.5 Kerangka Masalah. Sumber: (Karjatin, A., 2016), (Kumalasari 2015), (Johnson 2014)

BAB 3

TINJUAN KASUS

Gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas P2002 pada Ny. A dengan diagnose Post Partum Spontan, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati dari 29 April 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 29 April 2021 jam 08.00 WIB. Anamesa diperoleh dari pasien dan rekam medis pasien.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien merupakan ibu post partum dengan nama Ny. A usia 26 tahun, bersuku Jawa berbangsa Indonesia, beragama islam, Pendidikan terakhir SLTA/sederajat, tidak bekerja atau Ibu Rumah Tangga, alamat di Surabaya, pasien di rawat dengan diagnose medis P2002 spontan. pasien adalah istri Tn. P bersuku Jawa berbangsa Indonesia, bekerja sebagai pegawai swasta di sebuah perusahaan. Pasien datang ke Puskesmas pada tanggal 29 April 2021.

3.1.2 Keluhan Utama

Nyeri akibat luka jahitan episiotomy

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Tanggal 28 April 2021 pasien merasakan kontraksi terus-menerus lalu di bawa ke Puskesmas, saat pemeriksaan pembukaan serviks pasien sudah pembukaan lengkap dan melahirkan pukul 20.05 wib. Pada tanggal 29 April 2021 pukul 08.00 dilakukan pengkajian, pasien mengatakan merasakan nyeri pada daerah perineum, pasien tampak meringis dan gelisah, rasanya

hilang timbul seperti tersayat-sayat, skala nyeri 5 (1-10). Pemeriksaan TTV, TD : 110/70 mmHg, suhu : 36,5°C, RR : 20x/menit, nadi : 100x/menit. Diagnosa medik: P2002 Post Partum Spontan

3.1.4 Riwayat Penyakit dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat inap di rumah sakit.

3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit jantung, hipertensi, asma, diabetes, maupun penyakit bawaan lainnya, namun pasien mempunyai keturunan Gemeli atau kehamilan kembar.

3.1.6 Riwayat Obstetri

1. Riwayat Menstruasi

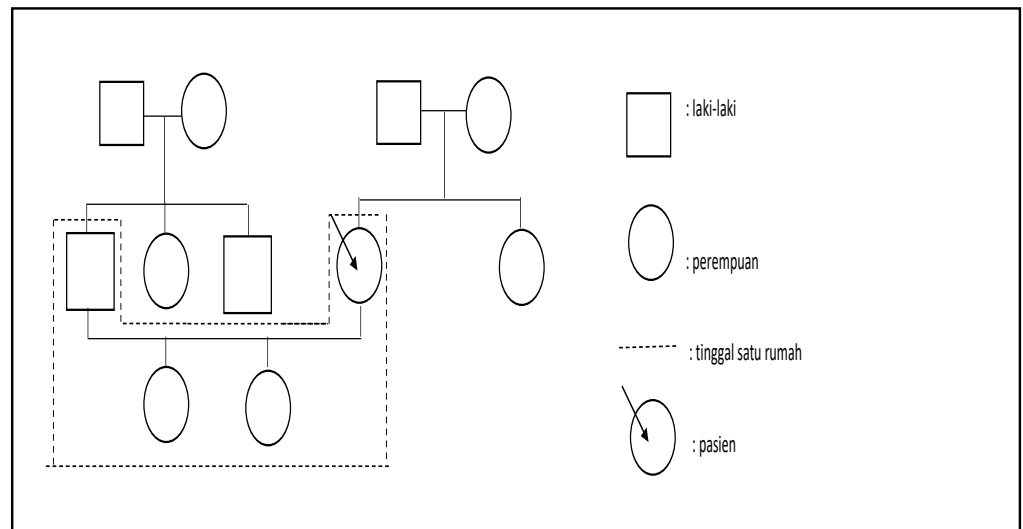
Pada Riwayat Obstetri, pasien Menarche pada umur 13 tahun dan haid keluar banyaknya ± 80 cc lamanya 3-5 hari dengan siklus menstruasi antara 28-30 hari secara teratur. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) pasien pada tanggal 26 Juli 2020 dan tanggal perkiraan yaitu 2 Mei 2021

2. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Tabel 3.1 riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi nifas			Anak		
No	Usia	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	Jenis	BB	pj
1	6 tahun	40 minggu	Tidak ada	SPTB	Bidan	Tidak ada	2	Tidak ada	Tidak ada	Perempuan	3 kg	49 cm
2	0 bulan	39 minggu	Tidak ada	SPTB	Bidan	Tidak ada	2	Tidak ada	Tidak ada	Perempuan	2,8 kg	47 cm

Genogram



Gambar 3.1 Genogram

3.1.7 Riwayat Persalinan dan Post Partum Sekarang

Pasien MRS ke Puskesmas Siwalankerto hari Rabu, 28 April 2021 pasien merasakan kontraksi hebat jam 19.30 WIB saat pemeriksaan pembukaan serviks pasien sudah pembukaan lengkap dan melahirkan pukul 20.05 WIB. Pada pukul 20.05 WIB bayi lahir spontan jenis kelamin perempuan, menangis kuat, APGAR Skor 8-9, anus berlubang, BB 2,8 kg, tidak ada kelainan kongenital, panjang 49 cm, lingkar kepala 32 cm.. Berdasarkan data di Puskesmas kala I terjadi selama 7 jam, kala II 25 menit, kala III 5 menit dan kala IV terjadi selama 2 jam dengan perdarahan ± 50 cc. Pada tanggal 28 April 2021 pukul 22.00 wib pasien dipindahkan ke ruang Dewi Sartika untuk menjalani perawatan nifas.

3.1.8 Riwayat Keluarga Berencana

Riwayat KB Ny. A melakukan KB pil, pasien menjalani program KB dari tahun 2018 kurang lebih sekitar 2 tahun dan setelah melahirkan ini ibu mempunyai rencana KB pil lagi. Tidak ada masalah dengan KB.

3.1.9 Riwayat Lingkungan

Pasien mengatakan tinggal di kontrakan dan lingkungannya bersih, tidak ada hal yang membahayakan dan jauh dari jalan raya ataupun pabrik.

3.1.10 Aspek Psikososial

Aspek Psikososial pasien tentang persepsi ibu tentang persalinan saat ini : ibu mengatakan sangat senang melahirkan anak ke 2 Pasien berharap bisa tetap merawat keluarga meski sekarang mempunyai bayi. Pasien mengatakan saya tinggal bersama suami dan anak di kontrakan, dan orang yang terpenting adalah keluarga (suami dan anak serta orang tua). Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini keluarga tampak support dan mengerti peran masing-masing. kesiapan mental untuk menjadi ibu, ibu mengatakan siap karena ini sudah anak kedua.

3.1.11 Kebutuhan dasar Ibu (Di Rumah dan Di Puskesmas)

1. Pola Nutrisi

a. Di rumah

Saat di rumah pasien makan 3x/hari, nafsu makan baik dengan jenis makanan nasi sayuran, lauk pauk, buah, dan vitamin. Tidak ada alergi makanan. Pasien minum 6-7 gelas air putih.

b. Di Puskesmas

Pasien makan 3x/ hari, nafsu makan baik, porsi makan 1 piring habis dengan jenis makanan nasi, sayuran, lauk pauk. Tidak ada alergi makanan atau pantangan. Pasien minum 6-7 gelas air putih.

2. Pola eliminasi

a. Di rumah

Pasien BAK sebanyak $\pm 4 - 5$ kali dengan warna kuning jernih dan tidak ada keluhan saat BAK. Pasien BAB sebanyak 2x/hari dengan warna kecoklatan, konsistensi padat, serta tidak ada keluhan saat BAB.

b. Di Puskesmas

Pasien sudah bisa BAK spontan sebanyak lebih dari 4-5 kali, warna jernih, bau khas, Pasien belum BAB.

3. Pola personal Hygiene

a. Di rumah

Pasien mengatakan mandi 2x/hari, mencuci rambut 1x/sehari, dan menggosok gigi 2x/hari yaitu saat pagi hari, Pagi hari dan sore hari.

b. Di Puskesmas

Pasien mengatakan selama di rawat di puskesmas pasien diseka

4. Pola istirahat dan tidur

a. Di rumah

Pasien mengatakan biasa tidur 5-6 jam/hari mulai jam 10.00 – 04.30 WIB. Pasien jarang tidur siang, pasien tidak memiliki kebiasaan khusus sebelum tidur.

b. Di Puskesmas

Pasien mengatakan harus bangun setiap 2 jam sekali untuk menyusui bayinya.

5. Pola aktifitas dan Latihan

a. Di rumah

Pasien mengatakan kegiatan sehari – harinya ibu rumah tangga, mengurus suami dan anak. Pasien mengatakan jarang berolahraga hanya bersih-bersih rumah. Jika ada waktu luang pasien lebih senang beristirahat tiduran di rumah.

b. Di Puskesmas

Pasien bisa berjalan dan duduk meskipun pasien mengatakan nyeri pada jahitan perineum.

6. Pola kebiasaan mempengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan suami dan pasien tidak merokok, tidak juga mengkonsumsi minuman keras, pasien tidak ketergantungan obat,

3.1.12 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis GCS : 4.5.6, tekanan darah 110/70 mmhg, nadi :100 x/menit, respirasi : 20 x/menit, suhu tubuh : 36,5°C.

2. Kepala

Tidak pusing, bentuk kepala simetris, tidak ada keluhan pada kepala

3. Mata

Pada daerah mata kelopak mata simetris, gerakan mata bebas, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus, pupil reflek terhadap cahaya +/+, klien bisa melihat ke segala arah.

4. Hidung

Tidak ada alergi, tidak ada sinusitis, tidak ada masalah pada hidung.

5. Mulut

Bibir terlihat pucat, mulut bersih, tidak ada masalah pada mulut dan tenggorokan.

6. Gigi

Tidak ada karies gigi dan gigi berlubang.

7. Dada

Mammae membesar, areolla mammae kecoklatan, papila mammae tampak menonjol dan bersih, colostrum sudah keluar.

8. Pernafasan

Jalan nafas bersih, suara nafas vesikuler, tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan, tidak ada masalah pada pernafasan.

9. Sirkulasi jantung

Sirkulasi jantung ditemukan kecepatan apical denyut jantung 100 x/menit, irama jantung reguler, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada nyeri dada, tidak ada masalah pada sirkulasi jantung.

10. Abdomen

Pemeriksaan abdomen ditemukan tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, fundus terasa keras. Bising usus 12x/menit.

11. Perineum

Perineum terdapat jahitan yang masih basah keadaan baik, tidak ada tanda infeksi, lokea rubra dengan warna merah segar, bau khas, tidak ada hemoroid. Pada daerah perineum pasien mengatakan nyeri pada jahitan rasanya seperti tersayat-sayat.

12. Ekstermitas

Turgor kulit baik, tidak ada lesi, warna kulit sawo matang, tidak terdapat edema, tidak ada kontraktur pada persendian ektrimitas, tanda human tidak ada, pasien dapat melakukan aktifitas seperti biasanya.

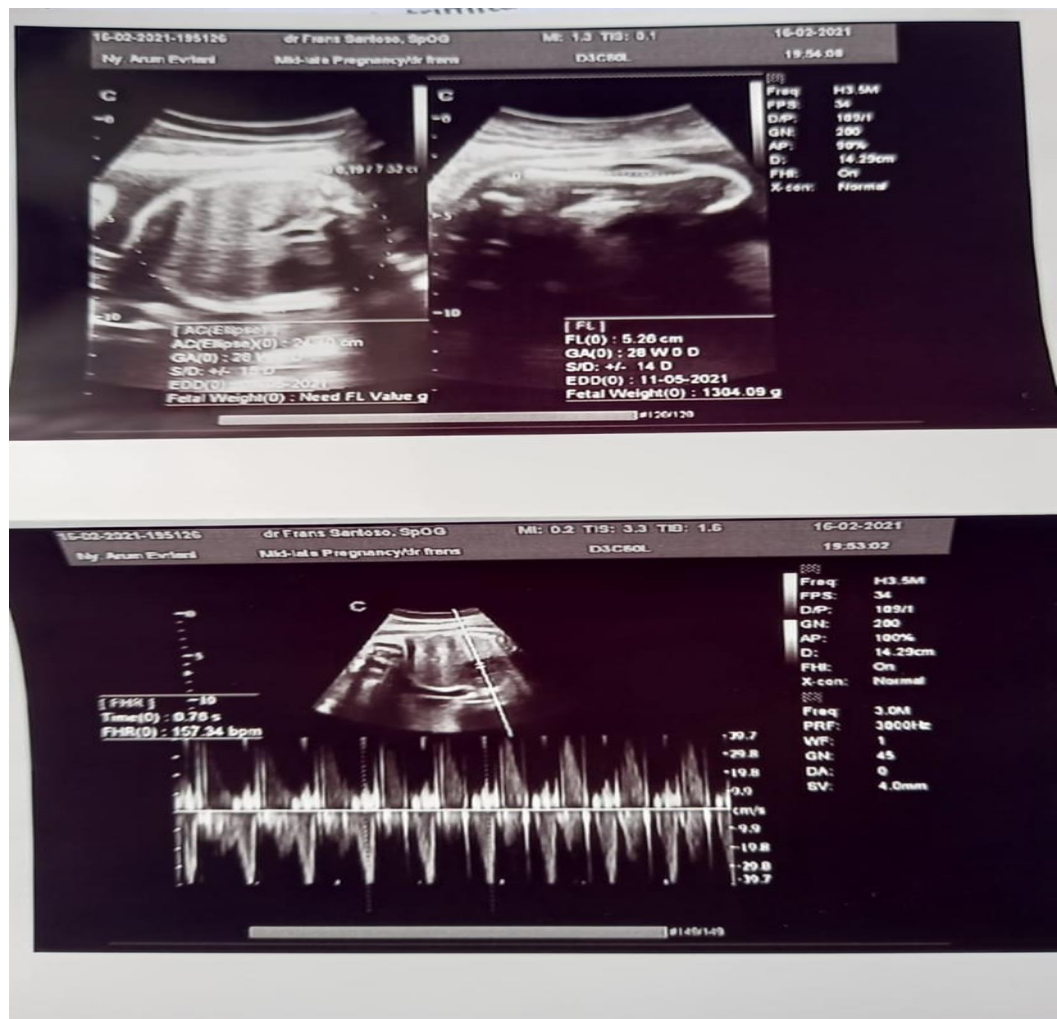
3.1.13 Kesiapan dalam perawatan bayi dan pasca partum

Pasien tidak pernah melakukan senam nifas sebelumnya, kesiapan mental ibu dan keluarga sudah siap atas kelahiran bayi, ibu sudah mengetahui cara memandikan bayi, merawat tali pusat, teknik menyusui, dan breast care. Pasien mengatakan belum bisa cara merawat perineum dengan baik.

3.1.14 Data Penunjang

USG :

Pemeriksaan USG dilakukan tanggal 16-02-2021



gambar 3.2 USG 2 dimensi

3.1.15 Terapi

Pemberian terapi obat diberikan tanggal 29 April 2021

Tabel terapi obat 3.2

no	Nama obat	Dosis	indikasi
1	Asam mefenamat	3x500mg	Mengurangi nyeri
2	Tablet FE	2x1	Mencegah terjadinya anemia
3	Amoxicillin	1x500mg	Antibiotic

Tabel 3.3 Analisa Data

Nama Px : Ny. A

Ruang/kamar: Dewi Sartika

Umur : 26 tahun

RM : 78.74.XX

no	Data /faktor resiko	Etiologi	Masalah/problem
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri P : nyeri karena episiotomi Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : nyeri pada perineum S : 5 dari 1-10 T : hilang timbul <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah - pendarahan pervaginam \pm50 cc - TTV : - TD : 110/70 mmHg - Suhu : 36,5⁰ C - RR : 20x/menit - Nadi : 100xmenit 	<p>Agen pencedera fisik (SDKI,172)</p>	<p>Nyeri akut</p>

2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan khawatir terjadi infeksi pada perineum <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : - TD : 110/70 mmHg - Suhu : 36,5⁰ C - RR : 20x/menit - Nadi : 100xmenit - tidak ada kemerahan - lochea rubra - kerekatan jaringan kuat - warna darah terang - terdapat jahitan yang masih basah 	<p>Trauma jaringan atau kerusakan kulit (SDKI,304)</p>	<p>Resiko Infeksi</p>
	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum mengetahui cara merawat luka jahitan perineum <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien belum bisa cara merawat jahitan perineum - pasien belum mengetahui tanda-tanda infeksi pada luka jahitan 	<p>Kurang terpapar informasi (SDKI, 246)</p>	<p>Deficit pengetahuan</p>

Tabel 3.4 Priotitas Masalah

Nama Px : Ny. A

Ruang/kamar: Dewi Sartika

Umur : 26 tahun

RM : 78.74.XX

NO	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf (Nama)
		Ditemukan	Teratasi	
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI, 172)	29/04/21	30/04/21	perawat
2	Resiko Infeksi berhubungan dengan trauma jaringan (SDKI, 304)	29/04/21	30/04/21	perawat
3	Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI, 246)	29/04/21	30/04/21	perawat

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan

NO	Masalah keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI, 172)	Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (skala nyeri menurun 2 dari (1-10) 2. Meringis menurun 3. Tekanan darah membaik (td normal 90/60-120/80mmhg) 4. Fokus diri sendiri membaik (SLKI,145)	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Fasilitas istirahat tidur 6. Ajarakan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu, (SIKI, 201-202)	- Mengetahui lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri - Mengetahui faktor yang memperberat dan meringankan nyeri - Agar pasien mengetahui mengurangi rasa nyeri - Meningkatkan kenyamanan pasien - Mengetahui penyebab, periode, pemicu nyeri - Agar pasien mngerti strategi meredakan nyeri - Agar mempercepat proses penyembuhan
2	Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan (SDKI, 304)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24jam maka control resiko meningkat dengan kriteria hasil:	1. Monitor ttv 2. Monitor keadaan lochea 3. Periksa perineum	- Untuk mengetahui tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi pasien

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menghindari factor resiko meningkat 2. kemampuan mengenali status kesehatan meningkat 3. kemampuan melakukan strategi control resiko (SLKI, 60) 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan cara perawatan perineum yang tepat (SLKI, 60) 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui karakteristik lochea normal atau abnormal - Untuk mengetahui keadaan perineum - Agar pasien mengetahui cara perawatan perineum dengan benar
3	Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI, 246)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam maka tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang topik meningkat 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (SLKI,146) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan perineal pasca persalinan 2. Berikan kesempatan bertanya 3. Jelaskan prosedur perineal hygiene 4. Jelaskan tanda-tanda infeksi perineum 5. Anjurkan selalu menjaga area genital agar tidak lembab 6. Anjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genetalia kecuali air bersih 7. Anjurkan sesering mungkin 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui pengetahuan ibu tentang perawatan perineum - Memberikan kesempatan bertanya pada pasien - Agar pasien paham cara menjaga kebersihan serta kesehatan organ reproduksi - Agar pasien tahu tanda-tanda infeksi - Agar luka jahitan tetap baik - Agar luka jahitan tidak terkontaminasi dengan

			<p>mengganti celana dalam (setiap 4 jam)</p> <p>8. Ajarkan cara penggunaan pembalut (SIKI, 96)</p>	<p>bahan bahan kimia berbahaya</p> <ul style="list-style-type: none">- Agar genetalia tetap bersih- Agar pasien dapat memilih pembalut yang aman untuk luka jahitan
--	--	--	--	--

Tabel 3.6 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

NO dx	Hari/ Tgl, jam	Implementasi	Paraf	Hari/ Tgl, jam	No dx	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan	paraf
1,2,3 1,2,3 1 1 1 2 2 2	29/04/21 09.00 09.15 09.30 09.35 09.45 09.50 09.55 10.00	Observasi pasien TTV TD :110/70 mmHg S:36,5 ⁰ c N:100x/menit RR:20x/menit Mengidentifikasi lokasi dan skala nyeri, lokasi di perineum dan skala nyeri 5(1-10) Mengidentifikasi factor yang memberat atau mengurangi nyeri Mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri Mengontrol jahitan pada perineum terdapat jahitan yang masih basah, jahitan kuat. Memonitor lochea, locha rubra warna merah segar baunya khas Memonitor tanda dan gejala infeksi tidak terdapat tanda-tanda infeksi	<i>Perawat</i> <i>Perawat</i> <i>Perawat</i> <i>Perawat</i> <i>Perawat</i> <i>Perawat</i> <i>Perawat</i> <i>Perawat</i>	29/04/21 14.00	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih mengeluh nyeri - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan teknik nafas dalam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menahan rasa nyeri - pasien tampak gelisah - TTV - TD : 100/70 mmHg - Suhu : 36,5° C - RR : 20x/menit - Nadi : 98x/menit - skala nyeri menurun 4 (1-10) <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P: lanjutkan intervensi 3,5 15</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan bersedia 	<i>Perawat</i>

3	12.00	Menjelaskan ibu tentang perawatan perineum seperti pentingnya menjaga kesehatan organ reproduksi, menjaga kebersihan daerah kemaluan, pencegahan agar tidak terjadi infeksi, dan cara merawat daerah perineum	<i>Perawat</i>	14.00	2	dilakukan perawatan perineum O: - luka jahitan episiotomy bersih - keadaan luka basah - tidak ada kemerahan - lochea rubra - jahitan kuat merekat di perineum	
3	12.40	Menganjurkan untuk membersihkan area genetalia dengan air bersih	<i>Perawat</i>				
3		Menganjurkan pasien untuk mengganti celana dalam setiap 4 jam sekali	<i>Perawat</i>			A: masalah teratasi sebagian P: mengontrol infeksi	<i>Perawat</i>
3		Menganjurkan pasien untuk memilih pembalut nifas yang aman untuk luka jahitan	<i>Perawat</i>				
1	12.50	Memberikan obat asam mefenamat 500mg	<i>Perawat</i>	14.00	3	S: - pasien mengatakan masih bingung cara merawat luka perineum O: - pasien belum bisa menjelaskan cara-cara perawatan perineum. - pasien terlihat bingung saat dijelaskan tentang perawatan perineum.	

						A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	<i>Perawat</i>
1,2,3	30/04/21 08.00	Observasi pasien TTV : TD :120/70 mmHg S:36,5 ⁰ c N:90x/menit RR:20x/menit	<i>Perawat</i>	30/04/21 14.00	1	S : - Pasien mengatakan nyeri sudah menurun - pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas O : - Pasien tampak tidak meringis lagi - TTV - TD : 120/70 mmHg - Suhu : 36,5 °C - RR : 20x/menit - Nadi : 90x/menit - Skala nyeri menurun 3 (1-10) - Pasien tampak sudah bisa berjalan, beraktifitas, menyusui bayi,menggendong bayi. - pasien tidak berfokus pada dirinya sendiri A : masalah teratasi P : - Pasien KRS dengan resep dari dokter obat oral asam mefenamat 500mg 3x1 untuk meredakan rasa nyeri, dan	<i>Perawat</i>
1	08.05	Memonitor skala nyeri yang dirasakan pasien, skala menurun menjadi 2 (1-10)	<i>Perawat</i>				
1	08.10	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	<i>Perawat</i>				
1	08.15	Memonitor keberhasilan terapi yang diberikan	<i>Perawat</i>				
1	08.20	Menganjurkan meminum obat asam mefenamat secara tepat	<i>Perawat</i>				
2	08.40	Melakukan pemeriksaan perineum	<i>Perawat</i>				
2	08.45	Melihat kondisi luka, saat pemeriksaan kondisi luka masih basah, jahitan kuat.	<i>Perawat</i>				
2	09.00	Mengidentifikasi adanya tanda-tanda infeksi.	<i>Perawat</i>				
3	10.05	Menanyakan kembali ke pasien apakah sudah mengetahui cara perawatan perineum dengan baik.	<i>Perawat</i>				

1,2,3	10.15	Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur yang cukup dan meminum obat sesuai resep yang diberikan	<i>Perawat</i>	14.00	2	<p>menghabiskan Amoxicillin 250mg 3x1 untuk antibiotik</p> <ul style="list-style-type: none"> - anjurkan ibu untuk relaksasi nafas dalam ketika di rasa nyeri. <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah mengerti tanda gejala infeksi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - luka jahitan episiotomy bersih - keadaan luka basah - tidak ada kemerahan - lochea rubra - jahitan kuat merekat di perineum <p>A : masalah teratasi P : lanjutkan dengan KRS</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah bisa cara merawat perineum pasca melahirkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien dapat menjelaskan kembali 	<i>Perawat</i>
				14.00	3		

					<p>cara merawat perineum</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien paham betapa pentingnya menjaga kebersihan genetalia <p>A : masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan dengan KRS</p> <ul style="list-style-type: none"> -anjurkan untuk melakukan perawatan perineum di rumah seperti menjaga kebersihan organ reproduksi, usahakan luka jahitan tidak dibasuh dengan air hangat. segera kembali layanan kesehatan jika mengalami pendarahan atau tanda-tanda infeksi. 	<i>Perawat</i>
--	--	--	--	--	--	----------------

BAB 4

PEMBAHASAN

Pembahasan penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan Pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan dengan diagnose Post Partum Spontan hari 1 di Ruang Dewi Sartika Puskesmas Siwalankerto Surabaya yang meliputi pekajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian yang ditemukan pada teori dan Puskesmas tidak jauh berbeda, pasien yang dilakukan episiotomi mempunyai keluhan nyeri pada luka jahitan, wajah tampak meringis, dan gelisah, hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa keluhan utama biasanya ditandai dengan pasien nyeri, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, tampak meringis, gelisah dan berfokus pada diri sendiri (DPP PPNI, 2017). Hal ini juga dinyatakan berdasarkan (Yesserie, 2015) episiotomi menyebabkan beberapa kerugian salah satunya adalah rasa nyeri terlalu hebat.

Pada pengkajian klien didapat klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan, rasanya hilang timbul seperti tersayat-sayat dengan skala 5 (1-10), ekspresi wajah tampak meringis dan gelisah. Pada pengkajian selanjutnya klien terdapat jahitan yang masih basah pada perineum. Data pengkajian lain didapatkan klien kurang mengetahui tentang perawatan perineum. Jika tidak dilakukan perawatan perineum dengan baik bisa menyebabkan infeksi, komplikasi, bahkan menyebabkan kematian. (Kumalasari, 2015)

Analisa pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien secara langsung.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Terdapat tiga diagnose keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka episiotomy)
Alasannya karena pasien merasakan nyeri pada daerah perineum, pasien tampak meringis dan gelisah, rasanya hilang timbul seperti tersayat-sayat, skala nyeri 5 (1-10). Diagnosa ini dijadikan prioritas utama karena yang paling dirasakan oleh klien. (SDKI, 2017). Diagnosa ini di ambil sesuai dengan gejala mayor dan minor menurut (SDKI, 2017) yaitu mengeluh, tampak meringis, gelisah, dan berfokus pada diri sendiri.
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan alasannya adanya prosedur invasive, klien tidak mengetahui tanda gejala infeksi pada luka perineum. Diagnosa ini diambil sesuai dengan factor resiko menurut (SDKI, 2017) yaitu adanya efek prosedur invatif.
- 3) Deficit pengetahuan berhubungan kurang terpapar informasi (edukasi perawatan perineum) alasannya klien menanyakan cara perawatan perineum, menunjukkan persepsi keliru tentang perawatan perineum dan menjalani perawatan perineum yang belum tepat. Diagnosa ini diambil sesuai dengan gejala mayor dan minor menurut (SDKI, 2017) yaitu menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan persepsi keliru dan menjalani pemeriksaan yang tidak tepat.

Sedangkan diagnose keperawatan yang tidak muncul pada kasus nyata tetapi ada pada tinjauan pustaka yaitu:

- 1) Deficit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan laktasi
- 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada klien dengan post partum pada umumnya sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien secara langsung.

4.3 Perencanaan

Penulis menyusun perencanaan yang berbeda antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada penjelasan secara teori tinjauan pustaka sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (DPP PPNI, 2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (DPP PPNI, 2018). Penulis memodifikasi tindakan keperawatan yang bersifat kuratif menjadi edukasi dan promosi kesehatan secara mandiri dengan melakukan kunjungan rumah.

Diagnosa keperawatan pertama, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat luka episiotomy. setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun (skala nyeri menurun 2 dari (1-10), meringis menurun, tekanan darah membaik (90/60mmHg-120/80mmHg), fokus diri sendiri membaik.

Diagnosa keperawatan kedua, resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Setelah dilakukan intervensi selama 2x24jam maka control resiko meningkat dengan kriteria hasil kemampuan menghindari factor resiko meningkat, kemampuan mengenali status kesehatan meningkat, kemampuan melakukan strategi control resiko.

Diagnosa keperawatan ketiga, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (edukasi perawatan perineum). Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam maka tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara koordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama dengan tujuan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan klien sebenarnya.

Faktor penunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain adanya adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun tim kesehatan lainnya, tersedia sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka episiotomy). Masalah ini dilakukan tindakan yang pertama mengidentifikasi lokasi nyeri, memantau skala nyeri (PQRST), mengajarkan pasien untuk relaksasi nafas dalam, memfasilitasi istirahat tidur dan kolaborasi pemberian analgetic hal ini sesuai dengan SIKI (2018) bahwa pelaksanaan nyeri akut pada

pasien yakni dilakukan pemantuan lokasi nyeri, pemantuan skala nyeri untuk mengetahui rasa nyeri yang dirasakan pasien menurun atau mengalami peningkatan, dan teknik relaksasi nafas dalam mampu menurunkan skala nyeri karena hal tersebut menentukan tingkat nyeri klien.

Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dilakukan tindakan keperawatan memonitor ttv, memonitor keadaan lochea agar perawat dapat mengetahui karakteristik lochea normal atau abnormal, melakukan pemeriksaan perineum dan mengajarkan cara perawatan perineum yang tepat hal ini sesuai teori menurut SIKI (2018).

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dilakukan tindakan keperawatan mengkajian pengetahuan ibu tentang cara perawatan perineal, memberikan kesempatan ibu bertanya tentang perawatan perineum, menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan organ reproduksi dan menjelaskan tanda-tanda infeksi hal ini sesuai dengan teori menurut SIKI (2018).

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak mengalami kesulitan, karena klien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana dan tindakan keperawatan dapat dilakukan.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi tidak dapat dilakukan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilakukan evaluasi nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka episiotomy), nyeri berkurang dari skala 5 (1-10) menjadi

skala 2 (1-10) masalah teratasi selama 2x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan. Pada diagnosa ke dua resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan klien mengatakan sudah bisa cara mengontrol resiko, cara membersihkan luka perineum masalah teratasi selama 2x24jam. Pada diagnosa ketiga deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi klien mengatakan sudah mengetahui cara perawatan perineum, tidak ada tanda-tanda infeksi pada perineum masalah teratasi selama 2x24jam.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat di capai karena adanya Kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Ny. A sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan KRS pada tanggal 30 April 2021.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan diagnosa medis P2002 post partum spontan hari ke 1 Di Ruang Dewi Sartika Puskemas Siwalankerto Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien.

5.1 Kesimpulan

1. Pada pengkajian klien di dapatkan data fokus klien pasien merasakan nyeri pada daerah perineum, pasien tampak meringis dan gelisah, rasanya hilang timbul seperti tersayat-sayat, skala nyeri 5 (1-10). Saat pengkajian ditemukan masalah keperawatan resiko infeksi yang bertujuan untuk mengantisipasi adanya infeksi pada perineum dan Adapun masalah keperawatan deficit pengetahuan yang di sebabkan karena pasien mengatakan belum bisa cara melakukan perawatan perineum pasca melahirkan.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut, resiko infeksi dan deficit pengetahuan.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka episiotomy). Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam dengan tujuan tingkat nyeri menurun. Kriteria hasilnya keluhan nyeri menurun (skala nyeri menurun 2 dari (1-10), meringis menurun, tekanan darah membaik (90/60mmhg-120/80mmhg), fokus diri sendiri membaik. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. setelah dilakukan intervensi

keperawatan selama 2x24jam dengan tujuan tingkat control meningkat. Kriteria hasilnya pasien dapat mengontrol resiko infeksi, dan dapat melakukan cara perawatan perineum secara mandiri. setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24jam dengan tujuan tingkat pengetahuan membaik. kriteria hasilnya verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.

4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan seperti cara perawatan perineum di rumah. Untuk itu, penulis melibatkan klien dan keluarga secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena dibutuhkan kerjasama antara klien, keluarga dan perawat.
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat di capai karena adanya Kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Ny. A sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan KRS pada tanggal 30 April 2021.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Hendaknya puskesmas memberikan informasi-informasi tentang kesehatan pada pasien menggunakan leaflet agar dapat di informasikan pada orang lain, sehingga pengetahuan masyarakat tentang kesehatan meningkat yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, di perlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
3. Perawat sebagai petugas kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam menyusun asuhan keperawatan pada ibu post partum spontan.
4. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan seminar atau pendidikan kesehatan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien
5. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan secara formal maupun informal, khususnya di bidang kesehatan
6. Mengkembang dan meningkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Yetti. 2012. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Atin Karjatin. 2016. *Keperawatan Maternitas*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Dinkes Jawa Timur. 2019. “(BAB1) buku data menurut provinsi dan kabupaten.” *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur: 25–26*.
- DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- DPP PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Jennifer Meyering. 2014. *Catatan Ringkas Maternal-Neonatal*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Johnson, Joyce Y. 2014. *Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Katalog Dalam Terbitan.
- Kumalasari, Intan. 2015. *Panduan Pratik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi*. Jakarta Selatan: salemba medika.
- Nurrahmaton, Nurrahmaton, dan Dewi Sartika. 2018. “Hubungan Pengetahuan Ibu Post Partum Tentang Perawatan Luka Perineum dengan Proses Penyembuhan Luka di Klinik Bersalin Hj. Nirmala Sapni, Amkeb Medan.” *Jurnal Bidan Komunitas* 1(1): 20.
- Rusniati, Halimatussakdiah. 2017. “Nursing Implementation Post Partum and Physiology Adaptation On Mother Post Partum in General Hospital Aceh.” *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan: 1–5*.
- Wahyu Purwaningsih. 2015. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yesserie. 2015. “Perbedaan Tingkat Nyeri Pada Ibu Post Partum Yang Mengalami Episiotomi Dengan Ruptur Spontan.” 151: 10–17.



LAMPIRAN SATUAN ACARA PENYULUHAN KESEHATAN PERAWATAN PERINEUM

Pokok Bahasan : Perawatan Perineum
Hari/ Tanggal : 29 April 2021
Tempat : Ruang Dewi Sartika Di Puskesmas Siwalankerto
Sasaran : Ny. A

A. Latar Belakang :

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Kebersihan merupakan salah satu kebutuhan harus dipenuhi untuk menghindarkan diri dari berbagai penyakit yang dapat masuk melalui kulit. Perawatan perineum merupakan salah satu usaha yang dilakukan agar kondisi kebersihan daerah vital terutama untuk wanita tetap terjaga. Perawatan perineum dapat dilakukan secara teratur setiap hari untuk mendapatkan kebersihan secara maksimal. Namun masih banyak ibu – ibu yang pengetahuannya masih kurang tentang perawatan perineum yang baik dan benar. Akibatnya banyak ibu-ibu yang mengeluh mengalami berbagai kendala kesehatan pada vulva atau vaginanya.

B. Tujuan Umum :

Ibu postpartum yang dirawat diruang Dewi Sartika Puskemas Siwalankerto Surabaya dapat mengerti dan memahami tentang perawatan perineum sebagai salah satu usaha untuk menjaga kesehatan secara mandiri.

C. Tujuan Khusus :

Setelah menerima pendidikan kesehatan, diharapkan pasien dan keluarga mampu:

- a. Perawatan Perineum
- b. Langkah-langkah Perawatan Perineum

D. Materi Terlampir

- a. Pengertian perawatan perineum
- b. Langkah-Langkah Perawatan Perineum
- c. Manfaat Perawatan perineum sendiri

E. Metode

Ceramah dan Tanya jawab

F. Media atau Alat Bantu

1. Leaflet

G. Kegiatan Penyuluhan

NO.	FASE	KEGIATAN PETUGAS	SASARAN KEGIATAN
1	Persiapan 10 menit	Mempersiapkan segala keperluan untuk penyuluhan seperti membagikan leaflet	Ruang Dewi Sartika Di Puskesmas Siwalankerto Surabaya
2	Pembukaan 5 menit	<ol style="list-style-type: none">a. Memperkenalkan dirib. Menjelaskan maksud dan tujuan mengadakan penyuluhanc. Melakukan kontrak waktu.d. Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	<ol style="list-style-type: none">a. Menjawab salamb. Memperhatikanc. Memperhatikand. Memperhatikan
3	Pelaksanaan 15 menit	<ol style="list-style-type: none">a. Menjelaskan tentang pengertian perawatan perineumb. Menjelaskan tentang perawatan perineumc. Memberi kesempatan audiens untuk bertanyad. menjawab pertanyaan audiens	<ol style="list-style-type: none">a. Memperhatikanb. Memperhatikanc. Memperhatikand. Memperhatikan

4	Evaluasi 3 menit	Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan	Memperhatikan
5	Terminasi 1 menit	b. Mengucapkan terima kasih atas peran serta peserta. c. Mengucapkan salam penutup	a. Mendengarkan b. Menjawab salam

H. Lampiran Materi

1. Definisi Perawatan Perineum

Perawatan luka perineum adalah pemenuhan kebutuhan untuk menyetakan daerah antara paha dibatasi oleh vulva dan anus pada ibu yang dalam masa masa postpartum (Manson, 2003).

2. Tujuan Perawatan Perineum

Perawatan khusus perineal bagi wanita setelah melahirkan untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan, mencegah infeksi, dan meningkatkan penyembuhan (Ariyanti, 2009)

3. Faktor yang mempengaruhi Penyembuhan Luka Perineum

a) Gizi

Makanan harus mengandung gizi seimbang yaitu cukup kalori, protein, cairan, sayuran dan buah-buahan (Padila, 2014).

b) Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini dilakukan oleh semua ibu post partum, baik ibu yang mengalami persalinan normal maupun persalinan dengan tindakan. Adapun manfaat dari mobilisasi dini antara lain dapat mempercepat proses pengeluaran lochea dan membantu proses penyembuhan luka (Smeltzer, 2002).

c) Sosial ekonomi

Jika ibu memiliki tingkat sosial ekonomi yang rendah, bisa jadi penyembuhan luka perineum berlangsung lama karena timbulnya rasa malas dalam merawat diri (Smeltzer, 2002).

d) Pengetahuan

Suatu perbuatan yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perbuatan yang tidak didasari oleh pengetahuan.

e) Personal Hygiene

- Perawatan Vulva

Perawatan vulva dilakukan dilakukan pada pagi dan sore hari sebelum mandi, sesudah buang air kemih atau buang air besar. Cara perawatan vulva adalah cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan luka, setelah BAK cebok ke arah depan dan setelah BAB cebok ke arah belakang.

- Mandi

Mandi dilakukan 2 kali sehari dan setiap mandi dianjurkan mengganti pembalut.

4. Dampak Perawatan Perineum Yang Tidak Benar

- Infeksi

Kondisi perineum yang terkena lochea dan lembab akan sangat menunjang perkembangan bakteri yang dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada perineum.

- Komplikasi

Munculnya infeksi pada perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir yang dapat berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi pada jalan lahir.

- Kematian Ibu Post Partum

Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian pada ibu post partum mengingat ibu post partum masih lemah.

5. Cara Merawat Perineum

Menurut Anggraeni (2010), Bahiyatun (2013), Reeder, Martin & Koniak- griffin (2012) cara merawat luka perineum adalah sebagai berikut :

- a. Cuci tangan dengan air mengalir. Berguna untuk mengurangi risiko infeksi dengan menghilangkan mikroorganisme.
- b. Lepas pembalut yang digunakan dari depan ke belakang. Pembalut hendaknya diganti setiap 4-6 jam setiap sehari atau setiap berkemih, defekasi dan mandi.
- c. Cebok dari arah depan ke belakang.
- d. Mencuci daerah genital dengan air bersih atau matang dan sabun setiap kali habis BAK atau BAB.
- e. Waslap dibasahi dan buat busa sabun lalu gosokkan perlahan waslap yang sudah ada busa sabun tersebut ke seluruh lokasi luka jahitan. Jangan takut dengan rasa nyeri,

bila tidak dibersihkan dengan benar maka darah kotor akan menempel pada luka jahitan dan menjadi tempat kuman berkembang biak

- f. Bilas dengan air hangat dan ulangi sekali lagi sampai yakin bahwa luka benar – benar bersih. Bila perlu lihat dengan cermin kecil.
- g. Keringkan dengan handuk kering atau tissue toilet dari depan ke belakang dengan cara ditepuk
- h. Kenakan pembalut baru yang bersih dan nyaman. Pasang pembalut perineum baru dari depan ke belakang, jangan menyentuh bagian permukaan dalam pembalut
- i. Cuci tangan dengan air mengalir. Berguna untuk mengurangi risiko infeksi dengan menghilangkan mikroorganisme.

Tujuan Perawatan Perineum

1. menjaga perineum agar tetap bersih
2. menghindari pengobatan tradisional
3. menghindari air panas untuk berendam
4. mencuci luka perineum dengan air dan sabun 3-4x sehari

Lingkup Perawatan Perineum

1. mencegah kontaminasi dari rektum
2. menangani dengan lembut pada jaringan yang trauma
3. bersihkan semua yang menjadi sumber bakteri

perawatan perineum adalah

perawatan daerah antara paha yang dibatasi kemaluan dan anus

apa manfaatnya ?

mencegah terjadinya infeksi sehubungan dengan penyembuhan luka



+

Perawatan Luka Perineum

Putri Dewi Santika S
NIM 182.0047

STIKES HANG TUAH
SURABAYA

waktu perawatan:

1. saat mandi
2. setelah buang air kecil
3. setelah buang air besar



penatalaksanaan perawatan perineum

perawatan perineum sebaiknya dilakukan di kamar mandi dengan posisi jongkok, jika ibu mampu berdiri lakukan dengan posisi kaki terbuka

alat dan bahan

alat yang di gunakan adalah botol, baskom dan gayung atau shower air hangat dan handuk bersih. sedangkan bahan yang digunakan adalah air hangat, pembalut nifas baru dan antiseptik



perawatan khusus perineal bagi wanita setelah melahirkan mengurangi rasa ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan

dampak dari luka perineum

1. infeksi
2. komplikasi
3. kematian ibu post partum