**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R DENGAN DIAGNOSA MEDIS PI00I PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 DI RUANG F1**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**



**Oleh:**

**MONICA ANGGUN NIRWANA**

**NIM.172.0048**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

**HALAMAN JUDUL**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R DENGAN DIAGNOSA MEDIS PI00I PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 DI RUANG F1**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh:**

**MONICA ANGGUN NIRWANA**

**NIM.172.0048**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

# SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun 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.

Surabaya, 26 Februari 2020



 Monica Anggun Nirwana

 NIM. 172.0048

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa

Nama : Monica Anggun Nirwana

NIM : 172.0048

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R Dengan

Diagnosa Medis PI00I Pp Spt B + Post HPP Hari

Ke-1 Di Ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan 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 (Amd. Kep)**

Surabaya, 26 Februari 2020

Pembimbing



Ditetapkan : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 26 Februari 2020

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Monica Anggun Nirwana

NIM : 172.0048

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.R Dengan

Diagnosa Medis PI00I Pp Spt B + Post HPP Hari

Ke-1 Di Ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah STIKES Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : Rabu, 26 Februari 2020

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, M. Kep,.Ns

NIP. 03.010

Penguji II : Siti Nurhayati, SST

 NIP.197904242006042005

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 : 26 Februari 2020

# MOTTO & PERSEMBAHAN

“Allah memberi kita satu lidah, akan tetapi memberi kita dua telinga, agar supaya kita kita dua kali lebih banyak mendengar daripada berbicara”

Kesempatan bukanlah hal yang bisa datang. Tanpa ada niatan, jangan menunggu. Tak akan ada kesempatan jika tidak usaha, semangat dan berdoa

Bertambah wahtu dan tahun, bukan berarti kita kehilangan masa muda, tetapi babak baru dimulai. Seberapa kekuatan kita mengejar kesempatan.

Hidup adalah seni menggambar tanpa penghapus.

Kupersembahkan Karya yang sederhana kepada:

1. Orang tua tercinta yang telah membesarkan, membimbing dorongan moral maupun material kepada saya.
2. Orang-orang yang kehilangan arah hidup.

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program Ahli Madya Keperawatan.

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. Laksamana pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Suarabaya.
2. Kolonel Laut (K/W) (Purn) Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Puji Hastuti, M.Kep., Ns, selaku Pembimbing I, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan da lam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Siti Nurhayati, SST, selaku Pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. 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, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Orang Tua saya yang senantiasa memberikan dukungan dan memanjatkan doa untuk saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh Mahasiswa D-III Keperawatan angkatan 23 Stikes Hang Tuah Surabaya yang senantiasa memberikan dukungan dan saling mendoakan sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan. Semoga silaturahmi tetap terjalin diantara kita semua.
9. Serta pihak yang tidak disebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik yang telah membatu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Surabaya, 26 Februari 2020

 Penulis

# DAFTAR ISI

[HALAMAN JUDUL i](#_Toc34565679)

[SURAT PERNYATAAN ii](#_Toc34565680)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc34565681)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc34565682)

[MOTTO & PERSEMBAHAN v](#_Toc34565683)

[KATA PENGANTAR vi](#_Toc34565684)

[DAFTAR ISI viii](#_Toc34565685)

[DAFTAR TABEL ix](#_Toc34565686)

[DAFTAR GAMBAR x](#_Toc34565688)

[DAFTAR LAMPIRAN xi](#_Toc34565689)

[DAFTAR SINGKATAN xii](#_Toc34565691)

[BAB 1 PENDAHULUAN](#_Toc34565692) 1

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc34565694)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc34565695)

[1.3 Tujuan 3](#_Toc34565696)

[1.4 Manfaat 4](#_Toc34565697)

[1.5 Metode Penulisan 5](#_Toc34565698)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 8](#_Toc34565699)

[2.1 Konsep Masa Nifas 8](#_Toc34565701)

[2.2 Konsep Perdarahan Pasca Partum 27](#_Toc34565702)

[2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Perdarahan Pasca Partum 34](#_Toc34565703)

[2.4 Kerangka Masalah 43](#_Toc34565704)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 4](#_Toc34565705)4

[3.1 Pengkajian 44](#_Toc34565707)

[3.2 Analisa Data 56](#_Toc34565708)

[3.3 Prioritas Masalah 57](#_Toc34565712)

[3.4 Rencana Keperawatan 58](#_Toc34565716)

[3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan 61](#_Toc34565718)

[BAB 4 PEMBAHASAN 73](#_Toc34565719)

[4.1 Pengkajian 73](#_Toc34565721)

[4.2 Diagnosa keperawatan 75](#_Toc34565722)

[4.3 Perencanaan 76](#_Toc34565723)

[4.4 Pelaksanaan 77](#_Toc34565724)

[4.5 Evaluasi 79](#_Toc34565725)

[BAB 5 PENUTUP 80](#_Toc34565726)

[5.1 Simpulan 80](#_Toc34565728)

[5.2 Saran 82](#_Toc34565729)

[DAFTAR PUSTAKA 83](#_Toc34565730)

[Lampiran 85](#_Toc34565731)

# DAFTAR TABEL

# Tabel 2.1 Perubahan Uterus Pada Masa Nifas ..9

Tabel 2.2 Perbandingan Kebutuhan Gizi Wanita Tidak Hamil, Hamil, dan

 Menyusui 18

Tabel 3.1 Riwayat Kehamilam 46

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium 54

Tabel 3.3 Terapi Obat 54

Tabel 3.4 Analisa Data 56

Tabel 3.5 Prioritas Masalah 57

Tabel 3.6 Perencanaan 58

Tabel 3.7 Tindakan Keperawatan 61

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kompres Bimanual 31

Gambar 2.2 Evakuasi Plasenta Secara Manual 32

Gambar 2.3 Tamponade Balon 33

Gambar 2.4 Jahitan B-Lynch 34

Gambar 2.5 Kerangka Konsep Perdarahan Post Partum 43

Gambar 3.1 Genogram Ny.R 47

Gambar 3.2 Hasil USG 54

# DAFTAR LAMPIRAN

# Lampiran 1 SOP Vulva Higyene 85

Lampiran 2 SOP Perawatan Payudara 87

Lampiran 3 SOP Memerah ASI 83

# DAFTAR SINGKATAN

ASI : Air Susu Ibu

BB : Berat Badan

BBL : Bayi Baru Lahir

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

b.d : Berhubungan dengan

BHSP : Bina Hubungan Saling Percaya

Cm : Centimeter

CRT : Capilary refile time

DO : Data Obyektif

DS : Data subyektif

dr : Dokter

DM : Diabetes Mellitus

gr : Gram

Hb : Hemoglobin

HCD : Hecting dalam

HCL : Hecting luar

HE : Healt Education

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir

HPP : Haeoragic Post Partum

I V : Intra Vena

MRS : Masuk Rumah Sakit

PB : Panjang Badan

PQRST : Poblem, Qualitas, Region, Scale, Time

KB : Keluarga Berencana

KH : Kriteria Hasil

K/U : Keadaan Umum

KRS : Keluar Rumah Sakit

LL : Lingkar Lengan

LK : Lingkar Kepala

LD : Lingkar Dada

Mg : Miligram

RL : Ringer Lactate

RR : Respirasi Rate

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit

S : Suhu

TB : Tinggi Badan

TFU : Tinggi Fundus Uteri

TD : Tekanan darah

##

# PENDAHULUAN

###  Latar Belakang

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan, disusul dengan pelepasan dan pengeluaran plasenta serta selaput janin dari tubuh ibu (Kumalasari, 2015). Perdarahan post partum disebut juga Haemoragic Post Partum (HPP) ini merukapan perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam sesudah anak lahir (Masruroh, 2016). Perdarahan postpartum diklasifikasikan berdasarkan waktu terjadinya yaitu perdarahan postpartum primer perdarahan apabila terjadi dalam waktu 24 jam setelah persalinan dan perdarahan postpartum sekunder apabila terjadi dalam waktu lebih dari 24 jam setelah persalinan. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir (Eriza & Lestari, 2012). Kasus perdarahan post partum ini masih banyak ditemukan di ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Perdarahan post partum ini menimbulkan penurunan kadar Hb, dan risiko syok.

Data *World Health organization (WHO)*, tahun 2015 jumlah total kematian ibu diperkirakan mencapai 303.000 kematian di seluruh dunia. Angka Kematian Ibu (AKI) di negara berkembang mencapai 239/100.000 kelahiran hidup, 20 kali lebih tinggi di banding negara maju. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2015 mencapai angka 126 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah total kematian ibu sebesar 6400 kematian. Penyebab kematian ibu yang paling banyak dialami adalah perdarahan 27% .Angka Kematan Ibu (AKI) di Kota Surabaya sebesar 87,35/100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu yang banyak terjadi disebabkan oleh perdarahan 28%. Penyebab perdarahan post partum diantaranya adalah adanya sisa plasenta sebanyak 12 kasus (44,44%), retensio plasenta sebanyak 9 kasus (33,33%), robekan jalan lahir sebanyak 2 kasus (7,40%), atonia uteri sebanyak 2 kasus (7,40%). (Puspitasari, Retno, Hastuti, & Murti, 2017). Data register pasien opname di ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2019 hingga Februari 2020 didapatkan jumlah 19 pasien yang mengalami persalinan dengan perdarahan post partum.

Faktor penyebab perdarahan post partum pada secara umum adalah atonia uteri. Hal ini sesuai hasil penelitian Wardani (2017) yang melaporkan bahwa 70% penyebab utama perdarahan post partum adalah atonia uteri. Kejadian atonia uteri berhubungan dengan adanya sisa plasenta dan faktor risiko lainnya seperti paritas, kelemahan akibat partus lama. Selain itu kejadian atonia uteri juga berhubungan dengan kadar oksitosin ibu. Perdarahan post partum perlu mendapat penanganan segera karena merupakan kasus emergensi. Pendarahan post partum menjadi hal yang menakutkan sebab dalam beberapa kasus merupakan pendarahan yang hebat dalam waktu singkat sehingga ibu melahirkan mengalami syok dan menurunkan kesadaran akibat banyak darah yang keluar. Hal ini menyebabkan gangguan sirkulasi darah ke saluran tubuh dan dapat menyebabkan hipofolemik berat. Ataupun dalam kasus lain pendarahan yang perlahan-lahan secara terus menerus membuat ibu menjadi lemas dan syok hingga menyebabkan kematian (Qonitun & Novitasari, 2018)

Peran perawat dalam menghadapi perdarahan pasca partum dapat dilakukan dengan peningkatan upaya preventif seperti meningkatkan gerakan keluarga berencana, merujuk kehamilan jika ditemukan salah satu penyulut persalinan pada penapisan awal ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, dan melakukan perbaikan gizi pada ibu hamil dengan pemberian makanan tambahan. Upaya kuratif seperti memberikan oksitosin, melakukan Kompresi Bimanual Interna-Eksterna, manual plasenta, tranfusi darah, atau tindakan digital. Terapi pada perdarahan pasca partum pada prinsipnya dengan menghentikan perdarahan dan mengganti perdarahan yang hilang dengan cairan fisiologis dan tranfusi darah (Sari, 2012). Oleh karena itu, penulis mengangkat kasus “Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang di Ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya”.

###  Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada Ny.R dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya ?

###  Tujuan

####  **Tujuan Umum**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny.R dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya.

####  **Tujuan Khusus**

1. Mengkaji klien dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada psien dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya.

###  Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis

Dari segi akademis, merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya.

1. Secara praktis tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
2. Pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya.

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan maternitas pada pasien dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya.

###  Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang 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, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Tehnik Pengumpulan Data
2. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan yang baik dengan pasien keluarga, maupun tim kesehatan lainnya.

1. Observasi

Data yang diambil melalui penggunaan secara langsung terhadap keadaan, reaksi sikap, dan perilaku klien yang diamati.

1. Pemeriksaan

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

1. Sumber Data
2. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

1. 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. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1. Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar table, daftar gambar.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari subbab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan klien dengan Diagnosa Medis P1001 PP SPT B + POST HPP HARI KE-1 di Ruang F-1 RUMKITAL Dr.Ramelan Surabaya serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandinagan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

##

# TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan maternitas. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada perdarahan post partum dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

###  Konsep Masa Nifas

####  **Pengertian Masa Nifas**

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Sulistyawati, 2015)

Masa nifas (peurperium) adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lama masa nifas ini 6-8 minggu . (Kumalasari, 2015)

####  **Tahap Masa Nifas**

Sulistyawati (2015) mengatakan bahwa tahap masa nifas terdiri dari 3 tahap yaitu:

1. Puerperium

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

1. Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitelia yang lamanya 6-8 minggu.

1. 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.

####  **Perubahan Fisiologis Masa Nifas**

Kumalasari (2015) mengatakan bahwa perubahan pada system repoduksi secara keseluruhan disebut proses involusi, disamping itu juga terjadi perubahan-perubahan penting lain yaitu terjadinya hemokonsentrasi dan timbulnya laktasi.

1. Perubahan Sistem Reproduksi
2. Involusi uters

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yaitu uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Perubahan Uterus Masa Nifas

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Waktu Evolusi | TFU | Berat Uterus | Diameter Eterus | Palpasi Serviks |
| 1 | Bayi lahir | Setinggi pusat | 1000 gr | 12,5 cm | Lunak |
| 2 | Plasenta lahir | 2 jari dibawah pusat | 750 gr | 12,5 cm | Lunak |
| 3 | Satu minggu | Pertengahan pusat sampai simpisis | 500 gr | 7,5 cm | 2 cm |
| 4 | Dua minggu | Tidak teraba diatas simpisis | 300 gr | 5 cm | 1 cm |
| 5 | 6 minggu | Bertambah kecil | 60 gr | 2,5 cm | Menyempit |

1. *Afterpains*

Pada primipara tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksai dan kontraksi yang periodik sering dialami multipara dan biasanya menimbulkan nyeri yang bertahan sepanjang masa awal puerperium. Rasa nyeri setelah melahirkan ini lebih nyata setelah ibu melahirkan, ditempat uterus yang terlalu teregang (misalnya pada bayi besar dan kembar). Menyusui dan oksitosin tambahan biasanya meningkatkan nyeri ini karena keduanya merangsang kontraksi uterus.

1. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Jenis-jenis lochea adalah sebagai berikut:

1. Lochea rubra: lochea ini muncul pada hari 1-4 masa postpartum, berwarna merah karena berisi darah segar jaringan sisa-sisa plasenta.
2. Lochea saguinolenta: cairan berwarna merah kecokelatan dan berlendir. Berlangsung hari ke-4 - 7.
3. Lochea serosa: berwarna kuning kecokelatan, muncul hari ke-7 – 14.
4. Locha alba: mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, serabut jaringan yang mati berlangsung selama 2-6 minggu.
5. Serviks

Servik mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perlukaan kecil. Oleh karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

1. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu post partum. Penurunan hormon estrogen pada masa post partum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu keempat.

1. Payudara (*mammae*)

Pada semua wanita yang telah melahirkan, proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu atau *let down*.

1. Perineum

Segera setelah melahirkan perineum menjadi kendor karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendor dari pada keadaan sebelum hamil.

1. Perubahan Sistem 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 yang berlebihan 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.

1. Perubahan Sistem Perkemihan

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

1. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen-ligamen, fasia, dan diafragma pelfis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamen roeundum mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Mobilisasi sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan.

1. Perubahan Sistem Endokrin
2. Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh glandula pituitari posterior dan bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Oksitosin di dalam sirkulasi darah menyebabkan kontraksi otot uterus dan pada waktu yang sama membantu proses involusi uterus.

1. Prolaktin

Penurunan esterogen menjadikan prolaktin yang dikeluarkan oleh glandula pituitari anterior bereaksi terhadap alveoli dari payudara sehingga menstimulasi produksi ASI. Pada ibu yang menyusui, kadar prolaktin tetap tinggi dan merupakan permulaan stimulasi folikel di dalam ovarium ditekan.

1. HCG, HPL, estrogen dan progesteron

Ketika plasenta lepas dari dinding uterus dan lahir, tingkat hormon HCG, HPL, estrogen dan progesteron di dalam darah ibu menurun dengan cepat, normalnya setelah tujuh hari.

1. Pemulihan ovulasi dan menstruasi

Pada ibu yang menyusui bayinya, ovulasi jarang sekali terjadi sebelum 20 minggu, dan tidak terjadi diatas 28 minggu pada ibu yang melanjutkan menyusui untuk enam bulan. Pada ibu yang tidak menyusui ovulasi dan menstruasi biasanya mulai antara 7-10 minggu.

1. Perubahan Sistem Kardivaskular

*Cardiac output* meningkat selama persalinan dan peningkatan lebih lanjut setelah kala III ketika besarnya volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Penurunan terjadi setelah hari pertama puerprium dan kembali normal pada akhir minggu ketiga.

Meskipun terjadi penurunan dalam aliran darah ke organ setelah hari pertama, aliran darah ke payudara meningkat untuk persiapan laktasi. Pada beberapa hari pertama setelah kelahiran, fibrinogen, plasminogen, dan faktor pembekuan menurun cukup berat. Akan tetapi darah lebih mampu untuk melakukan koagulasi dengan peningkatan viskositas, dan ini berakibat meningkatkan risiko trombosis.

1. Perubahan Sistem Hematologi

Lekositosis meningkat, sel darah putih sampai berjumlah 15.000 selama persalinan, tetap meningkat pada beberapa hari pertama post partum. 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 awal puerperium.

1. Perubahan Tanda-Tanda Vital

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

1. Suhu

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

1. Nadi dan Pernapasan

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus dan dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebih atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyutan nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

1. Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi post partum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan.

1. Perubahan Berat Badan

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

1. Perubahan Kulit (Sistem Integumen)

Pada waktu hamil 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)

####  **Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas**

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan menjelang proses kelahiran maupun persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah.

Sulistyawati (2015) mengatakan bahwa fase-fase yang dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain :

1. Periode “*Taking In*”
2. Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
3. Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
4. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
5. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.
6. Periode “*Taking Hold*”
7. Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 postpartum.
8. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
9. Ibu berkonsentrsi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
10. Ibu berusaha keras menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan memasang popok dan sebagainya.
11. Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
12. Priode “*Letting Go*”
13. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
14. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.
15. Depresi postpartum umumnya terjadi pada periode ini.

####  **Kebutuhan dasar Ibu Pada Masa Nifas**

Kumalasari (2015) mengatakan bahwa perawatan fisik dan pemenuhan kebutuhan dasar pada puerperium harus mengarah pada tercapainya kesehatan yang baik, dengan upaya perawatan bidan/perawat diarahkan pada identifikasi dan penatalaksanaan masalah kesehatan yang muncul pada masa nifas tersebut. Adapun kebutuhan dasar ibu pada masa nifas diantaranya 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 mempengaruhi 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:

1. Tambahan kalori 500 kalori tiap hari. Untuk menghasilkan setiap 100 ml 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 750 ml setap harinya. Mulai minggu kedua susu yang harus dihasilkan adalah sejumlah 600 ml, jadi tambahan jumlah kalori yang harus dikonsumsi oleh ibu adalah 500 kalori.
2. 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.
3. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
4. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin kepada bayinya melalui ASI.
5. Minum sedikitnya tiga liter air setiap hari ( anjurkan untuk minum setelah setiap kali selesai menyusui)
6. Hindari makanan yang mengandung kafein/nikotin.

Tabel 2.2 Perbandingan Kebutuhan Zat Gizi Wanita tidak Hamil, Hamil, dan

Menyusui

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Makanan** | **Normal** | **Hamil** | **Menyusui** |
| Kalori (kal) | 2.500 | 2.500 | 3.000 |
| Protein (gram) | 60 | 85 | 100 |
| Kalsium (gram) | 0,8 | 1,5 | 2 |
| Ferum (Fe)(mg) | 12 | 15 | 15 |
| Vitamin A (IU) | 5.000 | 6.000 | 8.000 |
| Vitamin B (mg) | 1,5 | 1,8 | 2,3 |
| Vitamin C (mg) | 70 | 100 | 150 |
| Vitamin D (SI) | 2,2 | 2,5 | 3 |
| Riboflavin | 15 | 18 | 23 |
| Asam nikotin | - | 600 | 700 |

1. 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 postpartum, sedangkan pada ibu dengan sectio caesarea ambulasi dini dilakukan paling tidak setelah 12 jam postpartum setelah ibu sebelumnya beristirahat (tidur).

Tahapan ambulasi yaitu miring kiri atau miring 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:

1. Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
2. Menurunkan insiden tromboembolisme.
3. Memperlancar sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea)
4. Memperlancar mengembalikan tonus otot dan vena.
5. Eliminasi
6. Buang Air Kecil (BAK)

Pengeluaran urin akan meningkat 24-48 jam pertama sampai hari kelima postpartum karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Sebiknya, ibu tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan karena dapat menghambat uterus berkontraksi dengan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari postpartum. Ibu harus berkemih secara spontan dalam 6-8 jam postpartum. Pada ibu yang tidak bisa berkemih motivasi ibu untuk berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan katerisasi.

1. Buang Air Besar (BAB)

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

1. Personal Higiene/ Perawatan Diri

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Perawatan diri yang dianjurkan diantaranya sebagai berikut:

1. Perawatan perineum
2. Mengajarkan ibu membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Bersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, 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.
3. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari atau di setrika.
4. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
5. Pakaian

Sebaiknya, pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat menjadi banyak (disamping urine). Produksi keringat yang tinggi berguna untuk menghilangkan ekstra volume saat hamil. Sebaiknya pakaian agak longgar pada daerah dada sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat lochea.

1. Kebersihan Rambut

Setelah bayi lahir ibu akan mengalami kerontokan pada rambut akibat gangguan perubahan hormon sehingga keadaannya menjadi lebih tipis dibandingkan dengan keadaan normal. Namun akan pulih kembali setelah beberapa bulan.

1. 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,

1. Perawatan Payudara

Perawatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran susu. Lakukan perawatan payudara secara teratur. Perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan dua kali sehari.

1. Istirahat dan Tidur

Hal-hal yang dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut:

1. Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebih.
2. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.
3. Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
4. Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
5. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi dan dirinya sendiri.
6. Aktivitas Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

1. Latihan Senam Nifas

Setelah persalinan terjadi involusi uterus, involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan, dinding perut menjadi lembek disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas.

####  **Komplikasi pada Masa Nifas**

#### Pitriani (2014), mengatakan bahwa masa nifas ini menyebabkan beberapa masalah yaitu:

1. Perdarahan per vagina

Perdarahan yang melebihi 500 ml setelah didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Perdarahan per vagina ini disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, tertinggalnya sisa plasenta atau inversio uteri.

1. Infeksi masa nifas

Infeksi masa nifas ini disebabkan oleh beberapa bakteri. Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi AKI. Infeksi alat genitalia merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinary, payudara dan pembedahan merupakan penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari temperatur atau suhu, pembengkakan, takikardi, dan malaise. Sedangkan gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria.

1. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur.
2. Sakit kepala
3. Sakit kepala biasa terjadi selama kehamilan dan sering merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan.
4. Sakit kepala yang mewujudkan masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat.
5. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya kabur atau berbayang.
6. Sakit kepala pada masa kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsi.
7. Penglihatan kabur
8. Oleh karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berkurang setelah persalinan
9. Perubahan ringan adalah normal
10. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan gejala pre-eklamsi
11. Pembengkakan di wajah atau ekstermitas
12. Gejala
13. Keadaan umum ibu kelihatan menurun (lemah)
14. Nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun, suhu normal dan pernapasan meningkat.
15. Terdapat oedema pada wajah dan ekstermitas.
16. Klien terlihat pucat.
17. Ujung jari pucat sampai berwarna biru.
18. Berkeringat.
19. Aktivitas berkurang.
20. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra atau hematoma dinding vagina.

1. Kelainan pada payudara
2. Bendungan ASI

Bendungan ASI disebabkan oleh pembendungan air susu karena penyempitan duktus laktiferi atau oleh kelenjar-kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting susu. Keluhan mammae bengkak, keras dan terasa panas sampai suhu badan meningkat.

1. Mastitis

Pada masa nifas dapat terjadi infeksi pada payudara, terutama pada primipara. Infeksi terjadi melalui kala pada puting susu, tetapi mungkin juga melalui peredaran darah.

1. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama

Sesudah anak lahir ibu akan merasa lelah mungkin juga lemas karena kehabisan tenaga hendaknya lekas berikan minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula. Apabila ibu menghendaki makanan, berikanlah makanan yang sifatnya ringan walaupun dalam persalinan lambung dan alat pencernaan tidak langsung turut mengadakan proses persalinan, tetapi sedikit atau banyak pasti dipengaruhi proses persalinannya. Sehingga alat pencernaan perlu istirahat guna memulihkan keadaanya kembali.

Oleh karena itu tidak benar bila ibu diberikan makanan sebanyak-banyaknya walaupun ibu menginginkannya. Tetapi biasanya disebabkan adanya kelelahan yang amat berat, nafsu makan pun terganggu sehingga ibu tidak ingin makan sampai kehilangan nafsu makan.

1. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan di kaki

Selama masa nifas dapat terbentuk trombus sementara pada vena-vena manapun di pelvis yang mengalami dilatasi dan mungkin lebih sering mengalaminya. Faktor predisposisi:

1. Obesitas
2. Peningkatan umur maternal dan tingginya paritas
3. Riwayat sebelumnya mendukung
4. Anestesi dan pembedahan dengan kemungkinan trauma yang lama pada keadaan pembuluh vena
5. Anemia maternal
6. Hypotermi dan penyakit jantung
7. Endometritis
8. Varicostitis
9. Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri banyinya atau dirinya sendiri

Pada minggu-minggu awal setelah persalinan kurang lebih kurang lebih 1 tahun ibu post partum cenderung akan mengalami perasaan-perasaan yang tidak pada umumnya seperti merasa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya.

###  Konsep Perdarahan Pasca Partum

####  **Pengerian Perdarahan Pasca Partum**

Haemoragic Post Partum (HPP) adalah hilangnya darah lebih dari 500 cc dalam 24 jam pertama setelah lahirnya bayi. Hamoragic Post Partum (HPP) adalah kehilangan darah lebih dari 500 cc selama atau setelah kelahiran. (Masruroh, 2016)

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginaan atau lebih dari 1.000 ml setelah persalinan abdominal. (Hikmah, 2017)

####  **Etiologi Perdarahan Pasca Partum**

Lombogia (2017) mengatakan penyebab perdarahan di bagi menjadi dua sesuai dengan jenis perdarahan, yaitu:

1. Penyebab pasca persalinan dini:
2. Perlukaan jalan lahir
3. Ruptur uteri adalah robekan dinding rahim akibat dilampaunya daya renggang
4. Robekan serviks, vagina dan perineum
5. Luka episiotomi
6. Perdarahan pada tempat menempelnya plasenta karena:
7. Atonia uteri adalah kegagalan serabut-serabut otot miometrium uterus untuk berkontraksi dan memendek.
8. Retensi plasenta adalah tertinggalnya suatu bagian dari plasenta, satu atau lebih lobus yang tertinggal atau termasuk koteledon.
9. Inversio uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya masuk ke dalam kavum uteri
10. Gangguan mekanisme pembekuan darah
11. Penyebab perdarahan paksa persalinan terlambat biasanya disebabkan oleh sisa plasenta atau bekuan darah, infeksi akibat retensi produk pembuangan dalam uterus sehingga terjadi sub involusi uterus.

####  **Manifestasi Klinis**

Lombogia (2017) mengatakan bahwa untuk memperkirakan kemungkinan penyebab perdarahan pasca persalinan sehingga pengelolaannya tepat, perlu dibenahi gejala dan tanda sebagai berikut:

1. Uterus tidak berkontraksi dan lembek.
2. Perdarahan segera setelah bayi lahir.
3. Syok.
4. Bekuan darah pada serviks atau pada posisi terlentang akan menghambat aliran darah keluar.
5. Atonia uteri.
6. Darah segar mengalir segera setelah anak lahir.
7. Uterus berkontraksi dan keras.
8. Plasenta lengkap.
9. Pucat.
10. Lemah.
11. Menggigil.
12. Robekan jalan lahir.
13. Plasenta belum lahir selama 30 menit.
14. Perdarahan segera, uterus berkontraksi dan keras.
15. Tali pusat putus.
16. Inversio uteri.
17. Perdarahan lanjutan.
18. Retensio plasenta.
19. Plasenta atau sebagian selaput tidak lengkap.
20. Perdarahan segera.
21. Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus uteri tidak berkurang.
22. Tertinggalnya sebagian plasenta.
23. Uterus tidak teraba.
24. Lumen vagina terisi massa.
25. Neurogenik syok, pucat dan limbung.
26. Inversio uteri.

####  **Klasifikasi Perdarahan Pasca Partum**

Klasifikasi perdarahan post partum terdiri dari 2 jenis, yaitu:

1. Perdarahan post partum primer

Perdarahan post partum yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan.

1. Perdarahan post partum sekunder

Perdarahan post partum yang terjadi setelah 24 jam melahirkan. Sampai dengan 6 minggu post partum. (Masruroh, 2016)

####  **Patofisiologis Perdarahan Pasca Partum**

Perdarahan pada dasarnya terjadi karena pembuluh darah di dalam uterus masih terbuka. Pelepasan plasenta memutuskan pembuluh darah dalam stratum spongiosum sehingga sinus-sinus maternalis ditempat insersinya plasenta terbuka.

Sewaktu uterus berkontraksi, pembuluh darah yang terbuka tersebut akan menutup, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah sehingga perdarahan akan terhenti. Adanya gangguan retraksi dan kontraksi otot uterus, akan menghambat penutupan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan yang banyak. Keadaan demikian menjadi faktor utama penyebab perdarahan pasca persalinan. Perlukaan yang luas akan menambah perdarahan seperti robekan serviks, vagina dan perineum. (Lombogia, 2017)

####  **Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang biasa dilakukan pada perdarahan post partum adalah:

1. Pemeriksaan laboratorium: Hemoglobin, Hematokrit, Chithing time, bleeding time
2. Kultur uterus dan vagina: untuk mengetahui infeksi pasca persalinan (biasanya terjadi peningkatan leukosit/sel darah putih)
3. Ultrasonografi: untuk mengetahui penyebab perdarahan, apakah karena adanya plasenta yang tertahan dalam uterus atau tidak (Hutahaean, 2009).

####  **Penatalaksanaan Perdarahan Pasca Partum**

1. Penatalaksanaan non medis
2. Masase fundus uteri

Masase dilakukan di fundus uteri melalui dinding depan abdomen dengan gerakan sirkuler dengan penekanan ke arah kaudal sampai terasa kontraksi yang kuat. Bila kontraksi telah baik, palpasi uterus dilakukan setiap 15 menit dan untuk meyakinkan bahwa uterus tidak lembek setelah masase berhenti. Meskipun kualitas evidendence nya lemah tetapi rekomendasi untuk melakukan masase fundus uteri ada adalah kuat.

1. Kompresi Bimanual

Bila dengan masase kontraksi uterus masih lembek maka langkah kedua Anda harus melakukan kompresi bimanual (Gambar 2.1). Satu tangan mengepal berada di forniks anterior dan tangan yang lain mengangkat dan menekan korpus uteri ke arah kaudal (Gambar2.1). Aksi ini dikerjakan sampai kontraksi timbul dan perdarahan berhenti. Karena tindakan ini sangat melelahkan maka ini hanya bersifat sementara sambil menunggu tindakan definitif, misal selama persiapan dan transportasi pasien ke kamar operasi atau ke rumah sakit. Kualitas evidence nya sangat lemah dan rekomendasinya pun lemah.

 

Gambar 2.1 Kompresi Bimanual (Obstetrika, Fakultas, Ugm)

1. Evakuasi plasenta secara manual

Bila perdarahan terjadi dan plasenta masih seutuhnya berada di dalam kavum uteri, maka diagnosis menjadi PPS karena retensi plasenta dan anda harus melakukan evakuasi plasenta secara manual (Gambar 2.2). Tangan kanan (bagi yang tidak kidal) masuk ke dalam kavum uteri secara obstetrik (mengepal) melalui vagina dan serviks, selanjutnya mencari tepi plasenta dan mengelupasnya dari dinding dalam kavum uteri. Tangan kiri berada di abdomen untuk memfiksasi korpus uteri. Dengan cara ini harus dipastikan bahwa tidak ada lagi sisa jaringan plasenta yang tertinggal di dalam kavum uteri. (Obstetrika, Fakultas, Ugm)

 

Gambar 2.2 Evakuasi plasenta secara manual (Obstetrika et al)

1. Penggunaan Tampon Kondom

Bila dengan masase dan kompresi bimanual kontraksi uterus masih lembek dan perdarahan masih berlangsung maka Anda bisa melakukan pemasangan tampon kondom. Metode ini dikembangkan di Bangladesh oleh seorang Ginekologist, Prof. Sayeba Achter. Pada awalnya kondom diikatkan dalam sebuah kateter, sehingga metode ini dahulunya disebut metode kondom kateter. Sekarang kondom diikatkan langsung dalam ujung selang infus, sehingga cara ini sekarang dikenal dengan metode tampon kondom. Fungsi utama metode ini adalah mengembangkan uterus dari dalam dengan mengembangkan kondom yang diisi air, sehingga kondom menekan pembuluh darah yang terbuka.



Gambar 2.3 Tamponade Balon (Obstetrika et al)

1. Ligasi arteri

Ligasi arteri merupakan salah satu cara yang efektif untuk mengontrol perdarahan post partum. Ligasi arteri uteri merupakan yang paling mudah dan efektif yang digunakan, dibandingkan dengan ligasi anastomosis arteri utero ovarian dan hipogasstric arteri. Arteri uteri menduplai 90% darah ke uterus, sehingga bila diligasi, perdarahan akan berkurang secara drastis teknik ini juga tidak mengganggu fertilitas.

1. Jahitan kompresi uterus

Penanganan ini merupakan teknik inovatif untuk mengatasi atonia uteri yang disebut jahitan B-Lynch. Jahitan B-Lynch merupakan jahitan *continous* yang dimulai dari bagian bawah kanan anterior uterus, menggunakan no. 2 *chromic catgut suture*. Satu insisi vertikal yang dilanjutkan ke bagian posterior melewati bagian atas uterus. Pada ketinggian yang sama dengan insisi vertikal di anterior, insisi horizontal dilakukan pada posterior uterus dari kanan ke kiri, lalu berlanjut menyusuri uterus secara vertikal dari posterior ke anterior, dan berakhir dengan insisi vertikal di bagian kiri bawah anterior uterus, sejajar dengan insisi di kanan anterior. Jahitan kemudian dikencangkan dan diikat satu sama lain (Gambar 2.4)



Gambar 2.4 Jahitan B-Lynch (Rusyanti, 2012)

1. Histerektomi

Histerektomi merupakan pilihan terakhir yang hanya diambil bila seluruh cara diatas gagal. Histerektomi juga menghilangkan kesempatan pasien untuk memiliki anak kembali. Histerektomi dilakukan dengan mengangkat/mengambil uterus, baik subtotal histerektomi (sebagian) maupun total (menyeluruh).

####  **Komplikasi Perdarahan Pasca Partum**

Oktarina (2016), mengatakan bahwa komplikasi perdarahan pasca partum yaitu:

1. Syok hipovolemik.
2. Mudah terjadi komplikasi infeksi terutama akibat perdarahan yang berasal dari trauma jalan lahir.
3. Anemia

###  Konsep Asuhan Keperawatan Perdarahan Pasca Partum

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merancanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistemik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat mengasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap klien seperti yang tersebut diatas yaitu melalui empat tahapan keperawatan.

####  **Pengkajian**

Wahyuningsih (2019) mengatakan bahwa pengkajian atau pengumpulan data dasar merupakan langkah awal untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat berkaitan dengan kondisi pasien adapun pengajian meliputi sebagai berikut:

1. Identitas

Biasanya perdarahan post partum sering terjadi pada wanita usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun

1. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering didapatkan dari klien adalah perdarahan dari jalan lahir, badan lemah, limbung, keluar keringat dingin, pusing, pandangan berkunang-kunang.

1. Riwayat Kesehatan
2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Kehilangan darah dalam jumlah banyak (>500cc), nadi lemah, pucat, lokea berwarna merah, haus, pusing, gelisah, tekanan darah rendah, ekstermitas dingin.

1. Riwayat Kesehatan yang lalu

Klien mengalami jarak persalinan yang dekat (kurang dari 2 tahun), partus lama, persalinan dengan alat (vacum, forceps), grande multi gravida (>GIV, usia lebih dari 35 tahun), hamil dengan mioma uteri, plasenta previa, abruption plasenta, over distanded uterus: hidramnion, kehamilan ganda, makrosoma (DM).

1. Riwayat Perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status pernikahan sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan mempengaruhi proses nifas.

1. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Riwayat hipertensi dalam kehamilan, pre-eklamsi/eklamsia, bayi besar gemeli, hidroamnion, grandmultigravida, primi muda, anemia, perdarahan saat hamil. Persalinan dengan tindakan, robekan jalan lahir, partus precipitatus, partus lama, induksi persalinan, manipulasi kala II dan III. (Setiamy & Deliani, 2019)

1. Riwayat KB

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga di masa mendatang. (Wahyuningsih, 2019)

1. Pemeriksaan Fisik
2. Keadaan Umum : lemah, nyeri kepala dan abdomen.
3. BB, TB, LLA, tanda vital normal (tekanan darah menurun, RR konsisten, Nadi cenderung bradikardi, suhu 36,2 – 38, respirasi 16 – 24)
4. Kepala : pusing, muka pucat, mukosa bibir kering, mata berkunang-kunang, berkeringat dingin.
5. *Breast* : Pembesaran, simetris, pigmentasi, warna kulit, keadaan areola dan puting susu, *stimulation nepple erexi*. Kepenuhan atau pembengkakan, benjolan, nyeri, produksi laktasi/kolostrum. Perabaan pembesaran kelenjar getah bening di ketiak.
6. Abdomen : kontraksi usus lembek, uterus membesar bila ada atonia uteri. Bila kontraksi uterus baik, perdarahan mungkin karena luka jalan lahir.(Wahyuningsih, 2019)
7. Anogenital : Lihat struktur, regangan, udema vagina, keadaan liang vagina (licin, kendur/lemah) adakah hematom, nyeri, tegang. Perineum : keadaan luka episiotomi, *echimosis*, edema, kemerahan, eritema, drainage. Lochea (warna, jumlah, bau, bekuan darah atau konsistensi, 1-3 hr rubra, 4-10 hr serosa > 10 hr alba), anus: hemoroid dan trombosis pada anus.
8. Muskoloskeletal : edema, kulit dingin, pucat, capilary refill time >2 detik nyeri bila dipalpasi, kekuatan otot.
9. Pemeriksaan Laboratorium
10. Darah : Hemoglobin dan Hematokrit 12-24 jam postpartum (jika Hb < 10% dibutuhkan suplemen FE), eritrosit, leukosit, trombosit.
11. Klien dengan dower kateter diperlukan culture urin.

####  **Diagnosa Keperawatan**

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)
2. Resiko syok hipovolemia berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan, perdarahan, keringat yang berlebihan.
3. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan agens cedera fisik (luka episiotomy pada perineum).
4. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir (luka episiotomy).(Masruroh, 2016)

####  **Perencanaan**

1. **Diagnosa Keperawatan 1: Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)**
	1. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun
	2. Kriteria Hasil :
2. Perdarahan vagina menurun
3. Hemoglobin membaik
4. Hematokrit membaik(PPNI, 2019)
	1. Intervensi
5. Periksa Uterus.

R/ mengetahui TFU, uterus membulat, dan mengeras/lembek.

1. Monitor jumlah kehilangan darah.

R/ mencegah terjadinya syok

1. Monitor kadar Hb, Ht, PT dan APTT sebelum dan sesudah perdarahan.

R/ mengetahui kondisi klinis klien

1. Lakukan pijat uterus untuk merangsang kontrasi uterus.

R/ meningkatkan kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan.

1. Kolaborasi pemberian uterotonika.

R/ mengurangi perdarahan yang terjadi.(PPNI, 2018)

1. **Diagnosa Keperawatan 2: Risiko syok hipovolemia berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan, perdarahan, keringat yang berlebihan.**
2. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan risiko syok menurun
3. Kriteria Hasil:
4. Akral dingin menurun
5. Pucat menurun
6. Frekuensi nadi meningkat. (PPNI, 2019)
7. Intervensi
8. Monitor status cairan.

R/ mengetahui tanda dan gejala syok

1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen.

R/ oksigen diperlukan untuk memaksimalkan transportasi sirkulasi jaringan.

1. Jelaskan tanda dan gejala awal syok.

R/ agar klien dan keluarga mengetahui tanda-tanda syok

1. Kolaborasi pemberian iv.

R/ Cairan intravena untuk mencegah terjadinya syok.(PPNI, 2018)

1. **Diagnosa Keperawatan 3: Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka episiotomu pada perineum)**
	1. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang.
	2. Kriteria Hasil:
2. Vital sign dalam batas normal
3. Pasien menunjukkan peningkatan aktivitas
4. Keluhan nyeri terkontrol
5. Dapat mempraktekkan teknik-teknik pengalihan nyeri.(PPNI, 2019)
	1. Intervensi:
6. Observasi tingkat nyeri pasien.

R/ menentukan tindakan keperawatan sesuai skala nyeri.

1. Observasi tanda-tanda vital.

R/ mengidentifikasi secara dini keadaan patalogis agar dapat mengambil tindakan secara tepat.

1. Jelaskan pada ibu tentang teknik merawat luka perineum dan mengganti pembalut secara teratur setiap kali lochea keluar banyak.

R/ mencegah infeksi dan kontrol nyeri pada luka perineum.

1. Anjurkan untuk mobilisasi.

R/ merangsang pergerakan usus dan merangsang penyembuhan luka.

1. Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian analgesik.

R/ mengurangi intensitas nyeri dengan menekan rangsangan nyeri. (PPNI, 2018)

1. **Diagnosa Keperawatan 4: Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir (luka episiotomy).**
2. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan tingkat infeksi menurun
3. Kriteria Hasil:
4. Tanda-tanda infeksi tidak ada
5. Suhu tubuh dalam batas normal 36,5-37,5oC
6. Luka episiotomy kering dan bersih. (SLKI, 2019)
7. Intervensi
8. Pantau vital sign dan tanda infeksi.

R/ mengidentifikasi penyimpangan dan kemajuan sesuai tindakan yang dilakukan.

1. Kaji pengeluaran lochea warna, bau dan jumlah.

R/ mengidentifikasi kelainan pengeluaran lochea secara dini.

1. Kaji luka perineum keadaan jahitan.

R/ keadaan luka perineum berdekatan dengan keadaan basah, mengakibatkan kecenderungan luka untuk selalu kotor dan mudah terkena infeksi.

1. Anjurkan pasien membasuh vulva setiap habis berkemih dengan cara yang benar dan mengganti pembalut setiap 3x/hari atau setiap kali pengeluaran lochea banyak.

R/ mencegah infeksi secara dini.

1. Pertahankan teknik aseptik dalam merawat pasien (merawat luka perineum)

R/ mencegh kontaminasi silang terhadap infeksi. (PPNI, 2018)

####  **Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien saat itu.

####  **Evaluasi**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanaan dengan berpegang teguh pada tujuan yang dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah baru.

### Kerangka Masalah

Inversio Uteri

Retensio Plasenta

Persalinan dengan tindakan (epsiotomi) tobekan serviks, robekan perineum

Atonia uteri

Fundus uteri terbalik sebagian/seluruhnya masuk ke dalam cavum uteri

Plasenta tidak dapat terlepas, masih sisa plasenta dalam lahir

Kegagalan miometrium berkontraksi

Terputusnya kontinuitas pembuluh darah

Mengganggu kontraksi uterus

Uterus dalam keadaan relaksasi, melebar dan lembek

Lingkaran kontriksi akan mengecil

Pembuluh darah tidak dapat menutup

Pembuluh darah tak mampu berkontraksi

Pembuluh darah tetap terbuka

PERDARAHAN PASCA PARTUM

Persalinan dengan tindakan (episiotomi) robekan serviks, robekan perineum

Penurunan jumlah cairan intravaskuler

Berlangsung secara terus menerus

Jumlah hemoglobin dalam darah menurun

Terbentuknya pintu masuknya virus dan bakteri patogen

Prosedur invasif

Virus/bakteri dapat masuk dengan mudah kedalam tubuh dan menyebabkan infeksi

Terputusnya kontinuitas jaringan

Penurunan jumlah cairan intravaskuler dalam jumlah yang banyak

Suplai oksigen ke jaringan menurun

**NYERI**

Renjatan hipovolemik

Hipoksia jaringan

**RISIKO INFEKSI**

5L, mukosa pucat, akral dingin, konjungtiva anemis, nadi lebih cepat tapi lemah

**RISIKO SYOK HIPOVOLEMIK**

**PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF**

Gambar 2.5 Kerangka Konsep Perdarahan Post Partum (Arini, 2017)

# TINJAUAN KASUS

Bab 3 memberikan gambaran nyata tentang penatalaksanaan asuhan keperawatan maternitas dengan PI00I PP SPT B + Post HPP Hari ke-1, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 31 Januari 2020 sampai 1 Februari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 31 Januari 2020 jam 10.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan file No.Register 64.16.XX sebagai berikut:

###  Pengkajian

####  **Identitas**

Klien adalah seorang perempuan yang bernama Ny. R usia 22 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa jawa, klien adalah seorang ibu rumah tangga. Klien tinggal di daerah Surabaya, penanggung jawab adalah Tn. A sebagai suami yang berusia 22 tahun, pekerjaan suami swasta. Klien MRS tanggal 31 Januari 2020 jam 09.30 WIB. Pernikahan pertama dan menikah sudah 1,5 tahun lamanya

####  **Keluhan Utama**

Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan dikemaluan seperti ditusuk-tusuk dengan skala 2 dan nyeri timbul saat dipakai duduk dan jongkok

####  **Riwayat Kondisi Saat Ini**

Tanggal 31 Januari 2020 jam 09.30 WIB klien datang dari VK IGD dan di pindahkan ke Ruang F1, pada saat pengkajian klien mengatakan nyeri pada luka jahitan dikemaluan seperti ditusuk-tusuk dengan skala 2 dan nyeri timbul saat dipakai duduk dan jongkok, klien terlihat menyeringai saat bergerak, klien terlihat membatasi aktivitasnya dan klien mengatakan kurang paham tentang perawatan payudara agar produksi ASI banyak, observasi TTV TD: 130/80, N: 89x/menit, S: 36,5oC, RR: 19x/menit. Klien tampak tegang, meringis kesakitan dan uterus teraba keras. Dengan diagnosa medis PI00I PP Spt B + Post HPP.

####  **Riwayat Keperawatan**

1. Riwayat Obstetri
2. Riwayat Menstruasi

Klien menarche pada usia 14 tahun, lama haid 4-7 hari, warna haid merah segar, siklus haid 28 hari, jumlah pembalut 2-3 pembalut dalam 1 hari, keluhan nyeri.

1. Riwayat Kehamilan Sekarang

Klien mengatakan kehamilan ini memang direncanakan, pada trimester I klien merasakan mual dan muntah serta badan lemas, trimester II klien tidak ada keluhan, dan pada trimester III klien mengeluhkan pegal pada bagian pinggang.

Riwayat ANC : klien rutin melakukan pemeriksaan ke bidan dan puskesmas setiap bulan. Klien sudah mendapatkan imunisasi TT dan klien mengatakan selama hamil tidak pernah dan belum tau cara perawatan payudara.

1. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu.

Tabel 3.1 Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anak ke | Kehamilan | Persalinan | Komplikasi Nifas | Anak |
| No | Usia | Umur Kehamilan | Penyulit | Jenis | Penolong | Penyulit | Laserasi | Infeksi | Perdarahan | Jenis | BB | PB |
|  |  | Kehamilan ini |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Genogram

Keterangan:

 : Perempuan

 : Laki-laki

 : Klien

 : Ada hubungan darah

 : Tinggal 1 rumah

 X : Meninggal

Gambar 3.1 Genogram Ny. R

####  **Riwayat Persalinan dan Post Partum Sekarang**

Pada pagi hari tanggal 29 Januari 2020 klien mengeluh perut kenceng-kenceng lebih sering dan makin kuat, klien juga mengeluhkan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan. Pada pukul 09.00 WIB klien dibawa keluarga ke Puskesmas Jagir dan dilakukan VT dengan hasil pembukaan 3, pukul 24.00 WIB dilakukan pemeriksaan VT kembali dengan hasil pembukaan 6, tanggal 30 Januari 2020 pukul 02.50 WIB dilakukan pemeriksaan VT dengan hasil pembukaan lengkap (10). Pada pukul 03.06 WIB bayi lahir spontan, dengan jenis kelamin laki-laki, PB : 50 cm, BB : 3240 gr, tidak ada kelainan kepala, anus berlubang, tali pusat ditutup dengan kasa steril, bayi menangis kuat, dilakukan tindakan pemberian salep mata, injeksi vitamin K dan hepatitis B. Tanggal 30 Januari 2020 jam 04.00 WIB klien di rujuk ke IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan perdarahan pasca partum dan dicurigai adanya sisa plasenta. Di IGD dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu DL dan FH dengan hasil HB 9 g/dl, jam 04.30 klien di pindahkan ke VK IGD terpasang double iv line infus tangan kanan RL dan infus tangan kiri RL drip piton 2 amp dan dilakukan aff tampon jam 04.30 WIB oleh dokter, uc lembek, perdarahan kurang lebih 50cc. Dilakukan pemeriksaan digital jam 04.40 WIB oleh dokter terdapat sisa plasenta (kotiledon + selaput), jam 04.50 dilakukan USG oleh dokter dengan hasil bersih, tidak ada sisa plasenta. Jam 05.00 dilakukan pemasangan kateter dan pemberian obat Methylergometrin 1 amp/IM, dilakukan heacting jelujur dan subcutis pada jam 05.15 laserasi Gr.II.

Kala I terjadi dalam 17 jam 50 menit, Kala II selama 16 menit, Kala III selama 14 menit dengan di dapatkan data terdapat sisa plasenta dengan adanya robekan atau tidak lengkapnya plasenta yang lahir sehingga di rujuk ke Rumkital Dr. Ramelan, Kala IV selama 2 jam post partum dengan observasi kontraksi uterus dan perdarahan yang keluar. Klien mendapatkan terapi infus RL + drip piton 2 amp pada tangan kanan dan tangan kiri terpasang infus antibiotik cefazolin dalam NS 100cc pada pada jam 07.15 tanggal 30 Januari 2020. Pada jam 07.30 ganti infus RL kedua dengan drip piton 2 ampul, jam 08.30 ganti infus pada tangan kiri RL kedua. Jam 15.11 infus pada tangan kanan habis dan dilakukan aff infus, sementara infus pada tangan kiri masih tersisa RL+drip piton 2 ampul tersisa 350cc. Pada jam 21.15 perdarahan yang keluar sekitar 50cc terpasang DC dan infus diganti RL ketiga + drip piton 2 amp. Pada tanggal 31 Januari 2020 jam 06.10 aff infus dan aff DC dengan up 1000cc.

####  **Riwayat Keluarga Berencana**

Klien belum pernah menggunakan KB, dan klien sudah merencanakan akan memakai KB implant.

####  **Riwayat Kesehatan**

Klien tidak memiliki penyakit Diabetes Melitus, penyakit jantung, penyakit hipertensi dan penyakit lainnya, klien juga tidak dalam pengobatan lainnya.

####  **Riwayat Lingkungan**

Klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, berada di kawasan tengah kota, dan mudah untuk menjangkau pelayanan fasilitas kesehatan yang ada.

####  **Aspek Psikososial**

Klien mengeluh nyeri setelah melahirkan. Saat ini klien berharap bayinya dapat tumbuh dengan sehat dan ini merupakan kehamilan yang pertama.

#### **Kebutuhan Dasar khusus (di Rumah dan di RS)**

* + - 1. Pola Nutrisi

SMRS klien makan 3 x sehari dan menghabiskan satu porsi menu yang disediakan, makanan yang dimakan biasanya nasi, daging, telur, ikan laut, sayur-sayuran, dan buah-buahan. Pada saat MRS klien pindah dari VK ke F1 baru makan 1x pada saat pagi hari di VK, klien menghabiskan satu porsi yang di sediakan dari RS, di rumah sakit klien mendapat Nasi Biasa (NB)

* + - 1. Pola Eliminasi

SMRS BAB klien normal 1 x sehari dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Klien di rumah BAK frekuensi 6-7x sehari. Pada saat di rumah sakit klien belum BAB dan klien BAK 2x.

* + - 1. Pola Personal Hygiene

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit klien mandi 2x sehari dengan sabun, menggosok gigi 3x sehari pada pagi setelah bangun tidur, sore hari saat mandi sore dan malam hari sebelum tidur, mencuci rambut 2 hari sekali dengan sampo. Pada saat masuk rumah sakit klien mengatakan belum mandi, menggosok gigi pada pagi hari saja dan belum mencuci rambutnya.

* + - 1. Pola Istirahat Tidur

SMRS klien tidur kurang lebih 8 jam perhari dengan perincian tidur malam klien dari jam 21.00-05.00 WIB, klien mengatakan tidak pernah tidur siang. Kebiasaan sebelum tidur klien bermain handphone. Di rumah sakit klien lebih sering tidur tetapi lebih sering terbangun karena nyeri luka jahitannya terasa.

* + - 1. Pola Aktivitas dan Latihan

Klien adalah seorang ibu rumah tangga. SMRS klien melakukan kegiatan selayaknya ibu rumah tangga dan klien setiap harinya berjalan-jalan pagi. Di rumah sakit klien hanya berbaring dan sekali-kali duduk di tempat tidur.

* + - 1. Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Klien tidak pernah merokok dan hanya suami dan ayahnya saja yang merokok, klien juga tidak pernah meminum minuman keras dan keterganutungan obat.

####  **Pemeriksaan Fisik**

1. Tanda-tanda vital

 Hasil observasi tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 89x/menit, respirasi 19x/menit, suhu 36,3oC. Berat Badan 67 kg sebelum melahirkan, tinggi badan 154 cm.

1. Kepala, mata, hidung, mulut dan tenggorokan.
2. Kepala

Bentuk bulat keluhan tidak ada, pada kepala tidak ada lesi atau benjolan abnormal yang lain, rambut bersih tidak ada ketombe dan sedikit rontok.

1. Mata

Pada pemeriksaan mata kelopak mata simetris, tidak ada hordeolum, gerakan mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak icterus, pupil isokhor, akomodasi normal.

1. Hidung

Pada pemeriksaan hidung tidak ada reaksi alergi, tidak ada sinusitis maupun polip, tidak ada secret

1. Mulut dan tenggorokan

Pada pemeriksaan gigi geligi tidak menggunakan gigi palsu, dan tidak ada karies gigi, tidak ada kesulitan menelan.

1. Dada dan axilla

Pada pemeriksaan dada dan axilla didapatkan mammae membesar dan simetris, tidak ada kemerahan dan benjolan abnormal lain, areolla mammae hiperpigmentasi, papilla mammae menonjol, colostrum ada. Pasien mengatakan ASI belum keluar, payudara dan puting susu tampak kotor, pasien tampak tidak mengetahui cara perawatan payudara dengan benar.

1. Pernapasan

Pada pemeriksaan pernafasan didapatkan jalan nafas paten, tidak ada obstruksi jalan nafas, suara nafas vesikuler, tidak menggunakan otot bantu nafas, suara nafas vesikuler, tidak menggunakan otot bantu nafas.

1. Sirkulasi jantung

Pada pemeriksaan sirkulasi jantung didapatkan hasil kecepatan denyut apical 89x/ menit, irama regular, kelainan bunyi jantung tidak ada, sakit dada tidak ada, tekanan darah 130/80 mmHg.

1. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil bentuk abdomen sedikit membesar, masih terdapat linea nigra dan strie gravidarum. TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik (mengeras).

1. Perineum dan Genital

Pada pemeriksaan didapatkan hasil perineum masih basah, terdapat luka bekas episotomy gr.II, terdapat jahitan hcd jelujur dan hcl subcutis, lochea rubra, 2 kali ganti pembalut, tidak ada distensi pada vesika urinaria, tidak ada hemoroid. Pasien mengatakan masih keluar darah dari jalan lahir seperti menstruasi. Adanya kemerahan dan nyeri tekan pada perineum, terdapat luka episiotomy, keadaan vulva kotor, keluar lochea rubra 1/4 softek, cairan bewarna merah.

1. Ekstrimitas (Integumen/muskuloskeletal)

Pada pemeriksaan ektermitas didapatkan hasil turgor elastis, warna kulit tidak pucat, CRT < 2 detik, kontraktur tidak ada, tidak ada odema pada ekstermitas.

#### **Kesiapan dalam Perawatan Bayi**

Klien mengatakan tidak melakukan senam nifas. Klien juga mengatakan sudah siap dan antusias dalam merawat bayinya. Akan tetapi orang tua klien memberikan susu formula pada bayinya karena klien masih di rumah sakit dan banyinya sudah dibawa pulang. Klien juga mengatakan belum paham tentang perawatan payudara dan cara memerah ASI.

####  **Data Penunjang**

1. Laboratorium

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium Ny. R pada tanggal 30 Januari 2020 jam

04.23 WIB

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jenis Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal |
| WBC | 41,15 10x3/ul | 4,0-10,0 |
| RBC | 3,47 10x3/ul | 3,5-5,5 |
| HGB | 9,8 g/dl | 11-16 |
| HCT | 30,7 % | 37,0-54,0 |
| MCV | 88,6 fL | 80,0-100,0 |
| MCH | 28,4 pg | 27,0-34,0 |
| MCHC | 32.1 g/dl | 32,0-36,0 |
| RDW\_CH | 13,3 % | 11,0-16,0 |
| RDW\_SD | 44,7 fL | 35,0-56,0 |
| PLT | 333 10x3/ul | 150,0-450,0 |
| MPV | 8,8 Fl | 6,5-12,0 |
| PWD | 16.0 | 15.0-17,0 |
| PCT | 0,294 % | 0,108-0,282 |

1. Pemeriksaan USG



Hasil : Bersih, tidak ada sisa plaseta

Gambar 3.2 Hasil USG Ny. R pada tanggal 30 Januari 2020 jam 05.43

1. Terapi yang di dapat

Tabel 3.3 Terapi Obat Ny. R pada tanggal 31 Januari 2020 dan 01 Februari 2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hari/Tanggal | Terapi | Dosis | Indikasi |
| Jum’at31-01-202012.00 | CefadroxilAsam MefenamatSF (Sulfate Ferrous) | 3x500 mg3x500 mg2x1 | AntibiotikAnti nyeri/pereda nyariSuplemen zat besi |
| Sabtu01-02-202006.00 | CefadroxilAsam MefenamatSF (Sulfate Ferrous) | 3x500 mg3x500 mg2x1 | AntibiotikAnti nyeri/pereda nyeriSumplemen zat besi |

Surabaya, 31 Januari 2020

**Monica**

Monica Anggun Nirwana

###  Analisa Data

### Nama : Ny. R Ruang/Kamar : F1/6.1

### Umur : 22 tahun No. Register : 64.16.XX

### Tabel 3.4 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data/Faktor Risiko | Etiologi | Masalah |
| 1. | Ds : klien mengatakan nyeri pada kemaluanP : nyeriQ : ditusuk-tusukR : kemaluanS : 2T : hilang timbulDo :1. Wajah pasien terlihat menyeringai saat bergerak
2. Pasien terlihat membatasi aktivitasnya
3. Terdapat luka jahitan pada perineum Hcd jelujur dan Hcl subcutis
 | Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran | Ketidaknyamanan Pasca Partum |
| 2.  | Ds : klien mengatakan kurang paham tentang merawat payudara setelah melahirkanDo :1. Klien belum bisa melakukan perawatan payudara dan memerah ASI
2. Kolostrum keluar
3. Bayi dirawat di rumah
 | Ketidaktahuan menemukan sumber informasi. | Defisit Pengetahuan tentang Perawatan Payudara |
| 3.  | Faktor Resiko:1. Terdapat luka jahitan di perineum Hcd jelujur, Hcl subcutis
2. Kemerahan di perineum
3. Bengkak di perineum
4. TFU 2 jari dibawah pusat
5. Kontraksi uterus teraba keras.
6. PLT : 333 10x3/ul
7. WBC : 41,1210x3/ul
8. HGB : 9,8 g/dl
 |  | Risiko Infeksi |

###

### Prioritas Masalah

### Nama : Ny. R Ruang/Kamar : F1/6.1

### Umur : 22 tahun No. Register : 64.16.XX

### Tabel 3.5 Prioritas Masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Masalah Keperawatan | Tanggal Ditemukan | Paraf (nama perawat) |
| 1. | Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran | 31-01-2020 | **Monica** |
| 2.  | Devisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan Ketidaktahuan menemukan sumber informasi | 31-01-2020 | **Monica** |
| 3.  | Risiko infeksi ditandai dengan terdapat luka jahitan di perineum, kemerahan di perineum, bengkak di perineum, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras, PLT : 333 10x3/ul, WBC : 41,1210x3/ul, HGB : 9,8 g/dl. | 31-01-2020 | **Monica** |

### Rencana Keperawatan

### Tabel 3.6 Rencana Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 1. | Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status pascapartum membaik | 1. Nyeri menurun
2. Keluhan tidak nyaman menurun
3. Ekspresi meringis menurun
 | 1. Bina hubungan saling percaya
2. Identifikasi karakteristik nyeri (PQRST)
3. Observasi tanda-tanda vital
4. Periksa uteru (TFU, kontraksi uterus)
5. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini secara bertahap.
6. Ajarkan ibu teknik relaksasi dan distraksi
7. Anjurkan mengganti kotex sedikitnya 4 jam sekali atau mengganti kotex setelah BAK/BAB
8. Kolaborasikan dengan dokter pemberian obat analgesik
 | 1. Meningkatkan hubungan yang baik dan saling percaya sehingga klien menjadi kooperatif
2. Mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan khusus dan intervensi yang tepat
3. Mengidentifikasi keadaan umum klien
4. Mengurangi perdarahan yang berlebih
5. Mengurangi nyeri secara bertahap
6. Mengurangi atau mengalihkan rasa nyeri
7. Agar klien mengetahui cara perawatan perineum yang tepat
8. Mengurangi rasa nyeri
 |
| 2.  | Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan ketidak tahuan menemukan sumber informasi tentang perawatan payudara,memerah ASI | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat | 1. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang cara perawatan payudara meningkat
3. Kemampuan melaksanakan pengalaman sebelumnya tentang cara perawatan payudara meningkat
4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
 | 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
2. Berikan kesempatan untuk bertanya pada klien
3. Ajarkan pada klien tentang cara perawatan payudara
4. Ajarkan klien cara memerah ASI
5. Jelaskan pada klien tentang kebutuhan nutrisi yang lengkap
 | 1. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan klien
2. Memberikan pemahaman lebih kepada klien
3. Meningkatkan pengetahuan tentang perawatan payudara kepada klien
4. Meningkatkan pengetahuan tentang cara memerah ASI
5. Mempercepat pemulihan kesehatan dan meningkatkan kualitas dan kuantitas produksi ASI.
 |
| 3. | Risiko infeksi ditandai dengan terdapat luka jahitan di perineum, kemerahan di perineum, bengkak di perineum, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras, PLT : 333 10x3/ul, WBC : 41,1210x3/ul, HGB : 9,8 g/dl. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. | 1. Kebersihan tangan meningkat.
2. Nyeri menurun.
3. Suhu dalam batas normal 36,5-37,5oC
4. Kemerahan menurun
5. Bengkak menurun
6. Lochea normal
 | 1. Monitor tanda-tanda vital.
2. Monitor uterus (TFU, kontraksi uterus).
3. Monitor keluaran lochea
4. Anjurkan klien membersihkan kemaluan secara teratur dan mengganti kotex sedikitnya 4 jam sekali
5. Ajarkan teknik mencuci tangan dengan benar
6. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat antibiotik
 | 1. Mengetahui keadaan umum klien.
2. Mengetahui kontraksi uterus baik/tidak
3. Mengetahui tindakan selanjutnya jika lochea keluar banyak.
4. Membantu mencegah terjadinya kontaminasi rektal ke vagina infeksi.
5. Membantu atau mencegah terjadinya infeksi
6. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar
 |

### Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.7 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/Tgl | Masalah Keperawatan | Waktu | Implementasi | TT | Waktu | Evaluasi formatif SOAPIE/ Catatan perkembangan | TT |
| Jum’at31-01-202007.00 WIB | Diagnosa 1Diagnosa 1Diagnosa 1dan doagnosa 3Diagnosa 1 dan diagnosa 3Diagnosa 2Diagnosa 1 Diagnosa 3Diagnosa 2Diagnosa 2Diagnosa 2Diagnosa 1 dan diagnosa 2Diagnosa 1Diagnosa 3Diagnosa 1 dan diagnosa 3Diagnosa 1 dan diagnosa 3Diagnosa 1Diagnosa 1dan diagnosa 3Diagnosa 1,diagnosa 2 dan diagnosa 3Diagnosa 3Diagnosa 1 dan diagnosa 3Diagnosa 1 dan diagnosa 3Diagnosa 1Diagnosa 1Diagnosa 1 dan diagnosa 3 | 10.0010.1010.1511.0011.1511.2011.3511.4511.5012.0012.1515.0016.0017.0018.0020.0020.1022.0005.0006.0006.0506.1006.2006.30 | Memberikan salam, memperkenalkan diri, memanggil klien dengan nama yang disukai dan menanyakan keluhan yang dirasakan sati iniMengidentifikasi karakteristik nyeriP : nyeriQ : ditusuk-tusukR : di kemaluanS : 2T : hilang timbulMemeriksa uterus (TFU, keras/lembek, perdarahan).Mengobservasi tanda-tanda vital.TD : 130/80mmHgN : 89x/menitRR: 19x/menitS : 36,3 oCMengidentifikasi kesiapan dan kemampuan klien menerima informasiMengajarkan ibu teknik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi nyeri.Mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar.Memberikan kesempatan klien untuk bertanya-tanyaMenjelaskan cara perawatan payudaraMenjelaskan cara memerah ASIMengkolaborasikan dan memberikan obat terapi oral1. Cefadroxil 1 tab (500mg)
2. As. Mefenamat 1 tab (500mg)
3. SF 1 tab.

Menganjurkan ibu untuk melakukan ambulasi dini secara bertahap.Menganjurkan ibu untuk mengganti kotex sedikitnya 4 jam sekali atau setelah BAK/BABMemonitor tanda-tanda vital.TD : 120/70mmHgN : 79x/menitRR: 20x/menitS : 36,5 oCMengkolaborasikan dan memberikan obat terapi oral1. Cefadroxil 1 tab (500mg)
2. As. Mefenamat 1 tab (500mg)
3. SF 1 tab.

Mengidentifikasi karakteristik nyeri.P : nyeriQ : ditusuk-tusukR : di kemaluanS : 2 (1-10)T : hilang timbulMemeriksa uterus (TFU, keras/lembek, perdarahan)Mengobservasi keadaan klienMenganjurkan ibu membersihkan kemaluan dan mengganti kotex sedikitnya 4 jam sekaliMemonitor tanda-tanda vital.TD : 120/80mmHgN : 86x/menitRR: 20x/menitS : 36,5 oCMengkolaborasikan dan memberikan obat terapi oral1. Cefadroxil 1 tab (500mg)
2. As. Mefenamat 1 tab (500mg)
3. SF 1 tab

Menganjurkan ibu untuk melakukan ambulasi dini secara bertahapMengidentifikasi karakteristik nyeriP : nyeriQ : ditusuk-tusukR : di kemaluanS : 1 (1-10)T : hilang timbulMemeriksa uterus (TFU, keras/lembek, perdarahan). | **Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica** | Jum’at31-01-202014.00Jum’at31-01-202021.00Sabtu01-02-202007.00 | Dx 1S : klien mengatakan masih nyeri di kemaluanP : nyeriQ : ditusuk-tusukR : di kemaluanS : 2T : hilang timbulO : 1. TTV

TD : 130/80mmHgN : 89x/menitRR: 19x/menitS : 36,3 oC1. Klien mampu mempraktekan teknik relaksasi dengan baik
2. TFU 2 jari dibawah pust
3. Uterus teraba keras
4. Perdarahan ¼ kotex

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dilanjutkan no. 2, 3, 4, 6, 7 dan 8Dx 2S : klien mengatakan paham dengan penjelasan tentang perawatan payudara, memerah ASI, dan cara menyimpan ASIO :1. Klien dapat menjelaskan ulang materi perawatan payudara dan memerah ASI
2. Masih tampak adanya rembesan ASI

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dilanjutkan no. 2, 3, 4 dan 5Dx 3S : Klien mengatakan masih keluar darah dari kemaluan seperti menstruasi dengan bau anyir.O :1. TTV :

TD : 130/80 mmHgN : 89x/menitRR : 19x/menitS : 36,3oC1. Terdapat episiotomi Hcd jelujur dan Hcl subcutis
2. Tampak kemerahan diperineum
3. Tampak bengkak disekitar luka
4. Perdarahan ¼ kotex
5. Kontraksi uterus baik
6. TFU 2 jari dibawah pusat

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dilanjutkan no. 1,3 dan 4Dx 1S : klien mengatakan masih nyeri di kemaluanP : nyeriQ : ditusuk-tusukR : di kemaluanS : 2 (1-10)T : hilang timbulO : 1. TTV

TD : 120/70mmHgN : 79x/menitRR: 20x/menitS : 36,5 oC1. Klien mampu mempraktekan teknik relaksasi dengan baik
2. TFU 2 jari dibawah pusat
3. Uterus teraba keras
4. Perdarahan ¼ kotex

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dilanjutkan no. 2, 3, 4, 6, 7 dan 8Dx 2S : klien mengatakan paham dengan penjelasan tentang perawatan payudara dan memerah ASIO :1. Klien dapat menjelaskan ulang materi perawatan payudara dan memerah ASI
2. Masih tampak adanya rembesan ASI

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dilanjutkan no. 2, 3, 4 dan 5Dx 3S : Klien mengatakan masih keluar darah dari kemaluan seperti menstruasi dengan bau anyir.O :1. TTV :

TD : 120/70 mmHgN : 79x/menitRR : 20x/menitS : 36,5oC1. Tampak kemerahan diperineum
2. Terdapat episiotomi Hcd jelujur dan Hcl subcuits
3. Tampak bengkak disekitar luka
4. Perdarahan ¼ kotex
5. Uterus teraba keras
6. TFU 2 jari dibawah pusat

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dilanjutkan no. 1,3 dan 4Dx 1S : klien mengatakan masih nyeri di kemaluanP : nyeriQ : ditusuk-tusukR : di kemaluanS : 1 (1-10)T : hilang timbulO : 1. TTV

TD : 120/80mmHgN : 86x/menitRR: 20x/menitS : 36,5 oC1. Klien mampu mempraktekan teknik relaksasi dengan baik
2. TFU 2 jari dibawah pusat
3. Uterus teraba keras
4. Perdarahan ¼ kotex

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dilanjutkan no. 2, 3, 4, 6, 7 dan 8Dx 2S : klien mengatakan paham dengan penjelasan tentang perawatan payudara dan memerah ASIO :1. Klien dapat menjelaskan ulang materi perawatan payudara dan memerah ASI
2. Sudah tidak tampak adanya rembesan ASI

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dilanjutkan no. 2, 3, 4 dan 5Dx 3S : Klien mengatakan masih keluar darah dari kemaluan seperti menstruasi dengan bau anyirO :1. TTV :

TD : 120/70 mmHgN : 86x/menitRR : 20x/menitS : 36,5oC1. Tampak kemerahan diperineum
2. Terdapat episiotomi Hcd jelujur dan Hcl subcutis
3. Tampak bengkak disekitar luka
4. Perdarahan ¼ kotex
5. TFU 2 jari dibawah pusat

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dilanjutkan no. 1,3 dan 4 | **Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica** |
| Sabtu01-02-202007.00 | Diagnosa 1Diagnosa 3Diagnosa 1Diagnosa 2Diagnosa 2Diagnosa 3Diagnosa 1 dan diagnosa 3Diagnosa 1 dan diagnosa 3Diagnosa 3 | 08.0007.1507.2007.3008.0008.3009.0010.0010.10 | Mengidentifikas karakteristik nyeriP : nyeriQ : ditusuk-tusukR : di kemaluanS : 1 (1-10)T : hilang timbulMemeriksa uterus (TFU, keras/lembek, perdarahan)Mengevaluasi ibu melakukan mobilisasi aktif.Mengevaluasi klien cara perawatan payudaraMengevaluasi klien cara memerah ASIMengajarkan klien cara perawatan perineumMemonitor tanda-tanda vitalTD : 110/80mmHgN : 80x/menitRR: 20x/menitS : 36,7 oCMengkolaborasikan dan memberikan obat terapi oral1. Cefadroxil 1 tab (500mg)
2. As. Mefenamat 1 tab (500mg)
3. SF 1 tab

Menganjurkan ibu membersihkan kemaluan dan mengganti kotex sedikitnya 4 jam sekali | **Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica****Monica** | Sabtu01-02-202014.00 | Dx 1S : klien mengatakan nyeri di kemaluan sudah berkurangP : nyeriQ : ditusuk-tusukR : di kemaluanS : 1 (1-10)T : hilang timbulO : 1. TTV

TD : 110/80mmHgN : 80x/menitRR: 20x/menitS : 36,7 oC1. Klien mampu mempraktekan teknik relaksasi dengan baik
2. TFU 2 jari dibawah pusat
3. Uterus teraba keras
4. Perdarahan ¼ kotex

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dilanjutkan no 8Dx 2S : klien mengatakan paham dengan penjelasan tentang perawatan payudara dan memerah ASIO :1. Klien dapat menjelaskan ulang materi perawatan payudara dan memerah ASI
2. Klien dapat melakukan perawatan payudara dengan baik
3. Klien dapat melakukan cara memerah ASI dengan benar
4. Sudah tidak tampak adanya rembesan ASI

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dihentikanDx 3S : Klien mengatakan masih keluar darah dari kemaluan seperti menstruasiO :1. TTV :

TD : 110/70 mmHgN : 80x/menitRR : 20x/menitS : 36,7oC1. Kemerahan diperineum berkurang
2. Bengkak disekitar luka berkurang
3. Perdarahan ¼ kotex

A : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi dihentikan. Klien KRS pada tanggal 01 Februari 2020 pada jam 11.00KIE yang dilakukan :1. Menganjurkan klien untuk melakukan perawatan payudara 2x sehari.
2. Menganjurkan klien untuk menghabiskan obat antibiotik
3. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein dan susu untuk memperlancar produksi ASI
4. Memotivasi klien agar memberikan ASI eksklusif pada bayinya selama 6 bulan
5. Menganjurkan klien merawat luka jahitan dan mengganti kotex sedikitnya 4 jam sekali atau setelah BAB/BAK
 | **Monica****Monica****Monica****Monica** |

##

# PEMBAHASAN

Pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan Diagnosa Medis PI00I + Post HPP di ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

###  Pengkajian

Tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan yaitu pada tinjauan pustaka yang didapat pada keluhan utama biasanya ditandai dengan perdarahan dari jalan lahir, badan lemas, limbung, keluar keringat dingin, pusing, pandangan berkunang-kunang. Sedangkan data yang didapat dalam tinjauan kasus pasien hanya mengeluh nyeri pada kemaluan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 2. Hal ini disebabkan karena pasien memasuki hari pertama pindah dari VK IGD, dan keluhan perdarahan pada jalan lahir sudah berkurang. Dalam tinajauan pustaka bahwa ibu yang mengalami perdarahan post partum memiliki riwayat penyakit dahulu meliputi jarak persalinan yang dekat (kurang dari 2 tahun), partus lama, persalinan dengan alat (vacum forcep), grande multi gravida (>GIV, usia lebih dari 35 tahun), hamil dengan mioma uteri, plasenta previa, abruptiom plasenta, over distanded uterus :

hiramnion, kehamilan ganda, makrosoma (DM). Pada tinjauan kasus klien ini kehamilan pertama. Pada pemeriksaan fisik keadaan umum dan tanda-tanda vital: adanya kelemahan, nyeri kepala dan abdomen, serta kadar hemoglobin menurun dapat menimbulkan anemia dan peningkatan leukosit merupakan tanda risiko infeksi. Pada pemeriksaan fisik tinjauan kasus adanya pembesaran pada mammae, hiperpigmentasi areolla mammae, papilla mammae menonjol, adanya colostrum, dan ASI sudah merembes ke baju klien, hal ini sesuai dengan tinjauan pustaka bahwa payudara pada masa nifas mengalami pembesaran, hiperpigmentasi pada areolla, papilla mammae menonjol dan colostrum sudah keluar. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil dari bentuk abdomen sedikit membesar, tinggi fundus uteri (TFU) 2 jari dibawah pusat dan teraba keras, hal ini sesuai dengan tinjauan pustaka bahwa pada ibu nifas didinding abdomen akan meregdang dan akan kendur. Pada pemeriksaan perineum dan genetalia didapatkan lochea rubra ¼ kotex dengan warna merah, bau khas dan terdapat luka jahitan episiotomi di perineum, terdapat tanda infeksi kemerahan dan bengkak, tidak ada hemoroid, hal ini sesuai dengan tinjauan pustaka bahwa pada ibu nifas akan mengeluarkan ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang disebut lochea. Pada hari pertama sampai hari keempat akan mengeluarkan lochea rubra yang berwarna merah karena berisi darah segar jaringan sisa-sisa plasenta. Sedangkan lochea saguinolenta akan keluar pada hari kelima sampai hari ketujuh yang berwarna merah kecoklatan dan berlendir.

Kesenjangan pada pengkajian di tinjauan pustaka mengacu pada pada pemeriksaan fisik *Head to Toe*. Pada pengkajian tinjauan kasus tidak didapatkan data pasien konjungtiva anemis, tidak ditemukan nafas cuping hidung dan pembesaran kelenjar tiroid.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami klien karena penulis menghadapi klien secara langsung kesenjangan lainnya yaitu tentang diagnosa keperawatan.

###  Diagnosa keperawatan

Hasil pengkajian pada tinjauan kasus, didapatkan diagnosa keperawatan Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, diagnosa keperawatan tersebut sesuai dengan teori. Diagnosa keperawatan tersebut muncul dikarenakan pada tinjauan kasus didapatkan pada data faktor pasien mengeluh nyeri pada luka jahitan episiotomi di perineum. Hal ini juga sesuai pada tinjauan kasus pustaka pasien dengan post partum spontan B biasanya akan mengeluh nyeri pada luka jahitan episiotomi pada perineum.

Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi. Diagnosa keperawatan tersebut muncul dikarenakan pada tinjauan kasus didapatkan data fokus pasien mengatakan kurang paham tentang cara perawatan payudara dan kolostrum sudah keluar.

Risiko infeksi ditandai dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Diagnosa tersebut muncul karena pada tinjauan kasus didapatkan data objektif terdapat luka jahitan di perineum, kemerahan diperineum, bengkak diperineum, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras dan ditunjang dengan hasil laboratorium PLT 333 10x3/ul, WBC 41,12 10x3/ul, HGB 9,8 g/dl.

###  Perencanaan

Perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan klien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku klien (Psikomotor).

Tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan klien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status pascapartum membaik. Kriteria hasil nyeri menurun, keluhan tidak nyaman menurun, ekspresi meringis menurun, Tanda-tanda vital dalam batas normal (TD : 120/80 mmHg, N : 60-100 x/menit, S : 36,5-37,5 OC,

RR : 16-20 x/menit.

Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat. Kriteria hasil verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang cara perawatan payudara meningkat, kemampuan melaksanakan pengalaman sebelumnya tentang cara perawatan payudara meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.

Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka jahit pada perineum). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Kriteria hasil kebersihan tangan meningkat, nyeri menurun, suhu dalam batas normal 36,5-37,5oC, kemerahan menurun, bengkak menurun.

###  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 dan intervensi keperawatan.

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

Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerjasama yang baik dari bidan maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran dilakukan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi karakteristik nyeri (PQRST), mengobservasi tanda-tanda vital, memeriksa uterus (TFU, keras/lembek), mendukung ibu untuk melakukan ambulasi dini secara bertahap, menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi seperti kacang-kacangan, berbagai jenis ikan dan bayam, mengajarkan ibu teknik relaksasi dan distraksi, mengajarkan cara perawatan perineum yang tepat, mengkolaborasikan dengan dokter pemberian obat analgesik.

Defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurang terpapar informasi dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, memberikan kesempatan untuk bertanya pada klien, mengajarkan pada klien tentang cara perawatan payudara, mengajarkan klien cara memerah ASI, menjelaskan pada klien tentang kebutuhan nutrisi yang lengkap.

Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka jahit pada perineum) dilakukan tindakan keperawatan memonitor tanda-tanda vital, menganjurkan klien membersihkan kemaluan secara teratur dan mengganti kotex sedikitnya 4 jam sekali, mengajarkan teknik mencuci tangan dengan benar, mengkolaborasi dengan dokter pemberian obat antibiotic pemberian obat analgesik karena data yang didapat pada pemeriksaan laboratorium dengan hasil WBC 41,15 10x3/ul dan PLT 333 10x3/ul.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan klien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

###  Evaluasi

Tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu, sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung.

Waktu dilaksanakan evaluasi ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran. Kebutuhan klien sudah terpenuhi 1x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 1 Februari 2020. Pada diagnosa kedua defisit pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Tingkat pengetahuan klien meningkat dalam 1x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 1 Februari 2020. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (luka jahit pada perineum) penulis memerlukan waktu selama 1x24 jam dan hasil evaluasi pada tanggal 1 Februari 2020 teratasi.

Akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny. R sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 1 Februari 2020.

##

# PENUTUP

Penulis telah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus perdarahan post partum di ruang F1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan perdarahan post partum.

###  Simpulan

Hasil dari uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien perdarahan post partum, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pasien tidak didapatkan hipovolemia karena asupan nutrisi klien baik dan cairan tubuh yang keluar saat persalinan dapat tergantikan sehingga hipovolemia tidak terjadi. Pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan. Pasien mengeluh nyeri karena luka episiotomy pada perineum. Didapatkan data fokus wajah klien terlihat menyeringai saat bergerak, pasien terlihat membatasi aktivitasnya, terdapat luka jahitan pada perineum.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah Ketidaknyamanan pasca partum, defisit pengetahuan tentang perawatan payudara, risiko infeksi.
3. Perencanaan yang disusun untuk mengatasi diagnosa yang muncul adalah diagnosa keperawatan Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran. Diharapkan setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan status pasca partum membaik dengan dilakukan tindakan identifikasi karakteristik nyeri (PQRST), observasi tanda-tanda vital, periksa uterus (TFU, kontraksi uterus, perdarahan) dukung ibu melakukan ambulasi dini secara bertahap, ajarkan teknik relaksasi dan distraksi, anjurkan mengganti kotex sedikitnya 4 jam sekali atau mengganti kotex setelah BAK/BAB, kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgesik karena data yang didapat pada pemeriksaan laboratorium dengan hasil WBC 41,15 10x3/ul dan PLT 333 10x3/ul.
4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada klien post HPP yaitu memeriksa uterus (TFU, kontraksi uterus, perdarahan), menganjurkan klien untuk ambilasi dini secara bertahap, mengajarkan klien teknik relaksasi dan distraksi, menganjurkan klien untuk mengganti kotex sedikitnya 4 jam sekali atau mengganti kotex setelah BAK/BAB, menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi seperti kacang-kacangan, berbagai jenis ikan dan bayam. Penulis melibatkan klien dan keluarga secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antar perawat, klien dan keluarga.
5. Akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny. R sudah selesai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 1 Februari 2020.
6. Akhir dokumentasi berisi kegiatan pencatatan dan laporan otentik. Dan semua kegiatan yang berkaitan dengan pengolahan pasien dapat dipergunakan untuk mengungkapkan sesuatu yang aktual dan bisa dipertanggung-jawabkan.

###  Saran

### Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan, yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan perdarahan post partum.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahan perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

#

# DAFTAR PUSTAKA

Arini, M. S. (2017). WOC Perdarahan Post Partum. Retrieved from sribd.com website: http://id.scribd.com/document/345439936/WO\_C-perdarahan-post-partum

Eriza, N., & Lestari, Y. (2012). *Artikel Penelitian Hubungan Perdarahan Postpartum dengan Paritas di RSUP*. *4*(3), 765–771.

Hikmah, N. D. P. Y. (2017). Gambaran Hemoragic Post Partum pada Ibu Bersalin dengan Kejadian Anemia di Ruang Ponek RSUD Kabupaten Jombang. *Jurnal Edu Health*. https://doi.org/2087-3271

Hutahaean, S. (2009). *Asuhan Keperawatan Dalam Maternitas & Ginekologi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

Kumalasari, I. (2015). *Panduan Praktik Laboratorium Kbidanan, Antenatal, Bayi Baru Lahir, dan Kontraspsi*. Jakarta: Salemba Medika.

Lombogia, M. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas* (Edisi Pert). Yogyakarta: Indomedia Pustaka.

Masruroh. (2016). *Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Yogyakarta: Parama Publishing.

Obstetrika, D., Fakultas, G., Ugm, K., & Pendahuluan, Y. (n.d.). *Penanganan Perdarahan Pascasalin Terkini dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu*. *d*(2).

Oktarina, M. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir Oleh No Title*. Yogyakarta: Deepublish.

Pitriani, R. (2014). *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal*. Yogyakarta: CV. Budi Utama.

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1 Ce). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Puspitasari, R., Retno, U., Hastuti, B., & Murti, B. (2017). *Risk Factors of Postpartum Hemorrhage in Bondowoso District , East Java*. *2*, 177–187.

Qonitun, U., & Novitasari, F. (2018). Studi Persalinan Kala Iv Pada Ibu Bersalin Yang Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (Imd) Di Ruang Mina Rumah Sakit Muhammadiyah Tuban. *Jurnal Kesehatan*, *11*(1), 1–8. https://doi.org/10.24252/kesehatan.v11i1.4572

Rusyanti, Y. (2012). Teknik B Lynch. Retrieved from Scribd website: https://id.scribd.com/doc/85839238/Teknik-B-Lynch

Sari, M. N. (2012). *Paritas, Hubungan Kejadian, Dengan Pada, Primer Bersalin, I B U Mergangsan, D I Puskesmas*.

Setiamy, A. A., & Deliani, E. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Nn D.W.B Dengan Perdarahan Post Partum Di Ruangan Flamboyan RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG*. *2*, 5–10.

Sulistyawati, A. (2015). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas* (Rosalana Fiva, Ed.). Yogyakarta: C. V Andi Offset.

Wahyuningsih, S. (2019). *Asuhan Keperawatan Post Partum*. Yogyakarta: CV. Budi Utama.

Wardani, P. K. (2017). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Perdarahan Pasca Persalinan. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*. https://doi.org/10.30604/jika.v2i1.32

Lampiran1

# STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

**PERAWATAN VULVA HYGIENE**

|  |  |
| --- | --- |
| **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL****KEP. MATERNITAS** | **PERAWATAN VULVA HYGIENE** |
| **1** | **PENGERTIAN** | Vulva hygiene adalah membersihkan vulva dan daerah sekitarnya pada wanita yang dalam masa nifas/tidak dapat melakukannya sendiri. |
|  **2** | **TUJUAN** | 1. Untuk mencegah terjadinya infeksi di daerah perineum maupun di dalam uterus
2. Untuk penyembuhan luka perineum
3. Untuk kebersihan perineum dan vulva
4. Untuk memberikan rasa nyaman
 |
| **3** | **PERSIAPAN PASIEN** | 1. Memperkenalkan diri
2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan
3. Mengontrak waktu pelaksanaan
 |
| **4** | **PERSIAPAN ALAT** | 1. 2 kom ukuran sedang
2. Perlak
3. Saflon
4. Kapas steril
5. Bengkok
6. Handscoon steril dan bersih
 |
| **5** | **PELAKSANAAN** | **Tahap Pra Interaksi**1. 1. Melakukan verifikasi program pengobatan klien
2. 2. Mencuci tangan
3. 3. Menyiapkan alat
4. **Tahap Orientasi**
5. Memberikan salam kepada pasien dan sapa nama pasien
6. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga
7. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan
8. **Tahap Kerja**
9. Pasien disuruh BAK/BAB terlebih dahulu
10. Memasang sampiran/menjaga privasi
11. Memakai handcoon bersih
12. Mengatur posisi pasien dorsal recumbent
13. Memasang alas dan perlak dibawah pantat
14. Gurita dibuka, celana dan pembalut dilepas bersamaan, sambil memperhatikan lochea.
15. Mendekatkan bengkok ke dekat pasien
16. Lepas handsoon dan buang ke bengkok
17. Memakai hangscoon steril, kemudian mengambil kapas steril yang sudah diberi saflon.
18. Membuka vulva dengan ibu jari dan jari telunjuk kiri
19. Membersihkan vulva mulai dari labia mayora kiri, labia mayora kanan, labia minora kiri, labia minora kanan, vestibulum, perineum. Arah dari atas ke bawah (1 kapas, 1 kali usap)
20. Perhatikan keadaan perineum. Bila ada jahitan, perhatikan apakah lepas/longgar, bengkak/iritasi.
21. Memasang celana dalam dan pembalut
22. Mengambil alas, perlak dan bengkok
23. Merapikan pasien, mengambil selimut mandi dan memakaikan selimut pasien
24. **Tahap Terminasi**
25. Mengevaluasi hasil tindakan yang baru dilakukan
26. Berpamitan dengan pasien
27. Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula
28. Mencuci tangan
29. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
 |

Lampiran 2

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

**PERAWATAN PAYUDARA**

|  |  |
| --- | --- |
| **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR****KEP. MATERNITAS** | **PERAWATAN PAYUDARA** |
| **1.** | **PENGERTIAN** | Perawatan payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas untuk memperlancar pengeluaran ASI. Perawatan payudara dapat dilakukan dua kali sehari yaitu saat mandi pagi dan mandi sore |
| **2.** | **TUJUAN** | 1. Memelihara kebersihan payudara sehingga bayi mudah menyusu pada ibunya
2. Melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga bayi mudah menyusu
3. Mengurangi risiko luka saat bayi menyusu
4. Merangsang kelenjar air susu sehingga produksi ASI menjadi lancar
5. Mencegah penyumbatan pada payudara
 |
| **3.** | **PERSIAPAN KLIEN** | 1. Memperkenalkan diri
2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan
3. Mengontrak waktu pelaksanaan
 |
| **4.** | **PERSIAPAN ALAT** | 1. Handuk
2. Kapas yang dibentuk bulat
3. Minyak kelapa atau baby oil
4. Waslap atau handuk kecil untuk kompres
5. Dua baskom masing-masing berisi air hangat dan air dingin
 |
|  | **PELAKSANAAN** | **Tahap Pra Interaksi**1. Melakukan verifikasi program pengobatan klien
2. Mencuci tangan
3. Menyiapkan alat

**Tahap Orientasi**1. Memberikan salam kepada pasien dan sapa nama pasien
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga
3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan

**Tahap Kerja**1. Tanggalkan pakaian bagian atas ibu, posisikan ibu duduk diatas kursi dengan kaki diletakan dilantai/pijakan kursi (kaki tidak boleh menggantung) letakkan handuk di bagian depan ibu (dipangkuan ibu).
2. Basahi kasa dengan minyak, lakukan pemijatan pada daerah areola dan puting susu secara perlahan untuk membersihkan daerah puting susu dan mengurangi iritasi pada daerah tersebut.
3. Licinkan kedua tangan dengan minyak.
4. Tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara.
5. Lakukan pengurutan, dimulai kearah atas, ke samping, lalu ke bawah. Dalam pengurutan posisi tangan kanan ke arah sisi kanan dan tangan kiri ke arah sisi kiri.
6. Teruskan pengurutan ke bawah, ke samping, melintang, lalu kedepan. Setelah pengurutan ke depan lalu kedua tangan dilepaskan dari payudra, ulangi gerakan 20-30 kali untuk tiap payudara.
7. Sokong payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan yang lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah tepi ke arah puting susu. Lakukan gerakan ini sekitar 20-30 kali.
8. Sokong payudara dan urut dengan buku-buku jari. Sokong payudara kiri dengan tangan kiri, lalu buku-buku jari tangan kanan menekan lebut payudara mulai dari pangkal sampai pada puting susu. Lakukan tahap yang sama pada payudara kanan, lakukan tahapan 20-30 kali tiap payudara.
9. Bersihkan payudara dengan handuk kecil dari bekas minyak.
10. Lakukan kompres hangat dan dingin pada kedua payudara secara bergantian 10-15 menit.
11. Keringkan payudara dengan handuk bersih dan rapikan pakaian klien.

**Tahap Terminasi**1. Mengevaluasi hasil tindakan yang baru dilakukan
2. Berpamitan dengan pasien
3. Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula
4. Mencuci tangan
5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
 |

Lampiran 3

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

**MEMERAH ASI DENGAN TANGAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR****KEP. MATERNITAS** | **MEMERAH ASI DENGAN TANGAN** |
| **1.** | **PENGERTIAN** | Salah satu cara mengeluarkan ASI dengan menggunakan tangan (memerah ASI) |
| **2.** | **TUJUAN** | Mempertahankan pasokan ASI supaya produksi ASI tetap meningkat. |
| **3.** | **PERSIAPAN KLIEN** | 1. Memperkenalkan diri
2. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan
3. Mengontrak waktu pelaksanaan
 |
| **4.** | **PERSIAPAN ALAT** | 1. Cangkir/gelas tertutup/botol yang sudah disterilkan
2. Handuk
3. Waslap
 |
| **5.** | **PELAKSANAAN** | 1. Atur posisi ibu dalam posisi tegak dan pakian atas dibuka dan letakan handuk di bagian bawah.
2. Pijat payudara dengan tangan yang telah dibungkus waslap basah, dari pangkal payudara ke arah aerola mammae secara merata sekeliling payudara.
3. Memegang payudara dengan salah satu tangan pada posisi ibu jari diletakan di bagian atas sekitar areolla dan jari telunjuk di posisi bawah.
4. Cangir/gelas atau botol penampung ASI diletakan dibawah puting susu, lalu tangan yang memegang payudara dengan melakukan gerakan tekan areolla ke arah dada-peras-lepas tekan-peras lepas sampai payudara kosong (peras dari seluruh sisi areolla)
5. Simpan ASI dalam wadah tertutup dan beri etiket (nama, tanggal, jam peras)
6. Berikan ASI sesuai dengan waktu pemberian dan kebutuhan.
7. Amati keadaan payudara dan kelancaran pengeluaran ASI, lalu rapikan alat-alat.
 |