

**KARYA ILMIAH AKHIR  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST PARTUM  
SPONTAN B P2012 HARI KE 1 DI RUANG F1 RSPAL  
DR. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

**FIRA VERONIKA, S.Kep**  
**NIM. 213.0073**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST PARTUM  
SPONTAN B HARI KE 1 DI RUANG F1 RSPAL  
Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ners**



**Oleh :**

**FIRA VERONIKA, S.Kep  
NIM. 213.0073**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2022**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini adalah ASLI hasil karya saya dan saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila menemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 02 Juli 2022

Penulis,

**Fira Veronika, S.Kep**  
213.0073

## HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

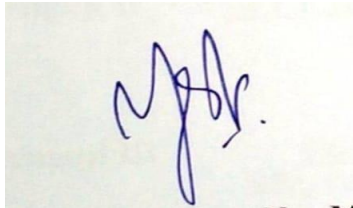
Nama : **Fira Veronika, S.Kep**  
NIM : **2130073**  
Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**  
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum  
Spontan B P2012 Hari Ke 1 Di Ruang F1 Rspal Dr.  
Ramelan Surabaya**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

**Surabaya, 04 Juli 2022**

**Pembimbing Institusi**



**Iis Fatimawati S.Kep.,Ns.,M.Kes**  
**NIP. 03067**

**Pembimbing Lahan**



**Siti Nurhayati, S.ST**  
**NIP. 197904242006042005**

**Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP. 03009**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Fira Veronika

NIM : 2130073

Program Studi : Profesi NERS

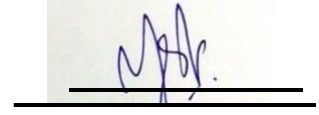
Judul : “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Spontan  
B P2012 Hari Ke 1 Di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan  
Surabaya”

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES  
Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Profesi NERS STIKES Hang Tuah  
Surabaya

**Penguji 1 :** **Diyah Arini, S.Kep.,Ns.M.Kep.,**  
NIP. 03003



**Penguji 2 :** **Iis Fatimawati, S. Kep.,Ns.,M.Kes..**  
NIP. 03067



**Penguji 3 :** **Siti Nurhayati, S.ST**  
NIP. 197904242006042005



**Mengetahui,**  
**KA PRODI PROFESI NERS**  
**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
NIP. 03009

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

## **KATA PENGANTAR**

Puji Syukur saya kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan segala hidayah-Nya sehingga penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak 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. Bapak Laksamana Pertama TNI, dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M., selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Ibu Dr. A.V. Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr. Hidyatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kep selaku ketua penguji, terima kasih atas arahan dan masukan yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Ibu Iis Fatimawati S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Siti Nurhayati S.ST, selaku Pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini
7. 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 Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya 06 Juli 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>Halaman Sampul</b> .....	<b>i</b>
<b>Halaman Judul</b> .....	<b>ii</b>
<b>Halaman Pernyataan</b> .....	<b>iv</b>
<b>Halaman Pengesahan</b> .....	<b>v</b>
<b>Kata Pengantar</b> .....	<b>vi</b>
<b>Daftar Isi</b> .....	<b>viii</b>
<b>Daftar Tabel</b> .....	<b>vx</b>
<b>Daftar Gambar</b> .....	<b>xi</b>
<b>Daftar Lampiran</b> .....	<b>xii</b>
<b>Daftar Singkatan dan Simbol</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.1.1 Tujuan Umum .....	4
1.1.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah .....	5
1.5 Metode penulisan .....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi .....	9
2.1.1 Anatomi Sistem Reproduksi pada Wanita.....	9
2.2 Persalinan Normal .....	13
2.2.1 Definisi.....	13
2.2.2 Etiologi Persalinan .....	13
2.2.3 Tanda-Tanda di Mulainya Persalinan .....	15
2.2.4 Bentuk-Bentuk Persalinan .....	16
2.3 Konsep Post Partum .....	16
2.3.1 Definisi.....	16
2.3.2 Tahap-Tahap Post Partum.....	16
2.3.3 Perubahan Fisiologi dan Psikologis pada Ibu Post Partum.....	17
2.3.4 Patofisiologi Post Partum.....	21
2.3.5 Komplikasi.....	22
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan .....	31



2.4.1	Pengkajian.....	31
2.4.2	Diagnosa Keperawatan .....	36
2.4.3	Intervensi Keperawatan .....	37
2.4.4	Implementasi Keperawatan.....	44
2.4.5	Evaluasi Keperawatan.....	44
2.5	<i>Web of Caution</i> .....	45
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>		<b>46</b>
3.1	Pengkajian .....	46
3.1.1	Identitas.....	46
3.1.2	Status Kesehatan Saat Ini.....	46
3.1.3	Riwayat Keperawatan .....	47
3.1.4	Riwayat Persalinan yang Lalu dan Post Partum Sekarang .....	48
3.1.5	Data Bayi .....	49
3.1.6	Riwayat Keluarga Berencana :.....	49
3.1.7	Riwayat Kesehatan : .....	49
3.1.8	Riwayat Lingkungan :.....	50
3.1.9	Aspek Psikososial : .....	50
3.1.10	Kebutuhan Dasar Khusus (di Rumah dan di RS) : .....	51
3.1.11	Pemeriksaan Fisik .....	53
3.1.12	Kesiapan dalam perawatan bayi: .....	56
3.1.13	Data Penunjang .....	57
3.2	Analisa Data .....	59
3.3	Prioritas Masalah.....	60
3.4	Rencana Keperawatan .....	62
3.5	Tindakan Keperawatan.....	66
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>		<b>71</b>
4.1	Pengkajian .....	71
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	73
4.3	Perencanaan.....	75
4.4	Pelaksanaan .....	76
4.5	Evaluasi .....	77
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>		<b>78</b>
5.1	Simpulan.....	79
5.2	Saran .....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>82</b>

## DAFTAR TABEL

2.4.3	Intervensi Keperawatan .....	37
3.1.3	Riwayat Kehamilan.....	48
3.1.13	Hasil Laboratorium .....	57
3.1.13	Obat.....	58
3.2	Analisa Data .....	59
3.3	Prioritas Masalah .....	60
3.4	Rencana Keperawatan .....	61
3.5	Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan .....	65

## DAFTAR GAMBAR

2.4.3	Anatomi Reproduksi Wanita Eksterna.....	9
3.1.3	Anatomi Reproduksi Wanita Interna .....	11

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae .....	83
Lampiran 2 Motto dan Persembahan .....	87
Lampiran 3 SOP Vulva Hygiene .....	89
Lampiran 4 SOP Cara Menyusui yang Benar .....	91
Lampiran 5 SOP Breast Care .....	92

## DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

### SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
APGAR	: <i>Appearance Pulse Grimace Activity Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
CC	: <i>Cubic Centimeter</i>
Cm	: Centimeter
Dkk	: Dan kawan-kawan
Hal	: Halaman
Hb	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
Ht	: Hematokrit
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
JVP	: <i>Jugular Vein Pressure</i>
KB	: Keluarga Berencana
KBBI	: Kamus Besar Bahasa Indonesia
Kemenkes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Kg	: Kilogram
KIA	: Karya Ilmiah Akhir
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KPD	: Ketuban Pecah Dini

MCH	: <i>Mean Corpuscular Hemoglobin</i>
MCHC	: <i>Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration</i>
MCV	: <i>Mean Corpuscular Volume</i>
MI	: Milimeter
mmHg	: Milimeter Merkuri Hydrargyrum
MPV	: <i>Multi Purpose Vehicle</i>
PB	: Panjang Badan
PCT	: <i>Procalcitonin</i>
PDW	: <i>Platelet Distribution Width</i>
RDW	: <i>Red cell Distribution Width</i>
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
STD	: <i>Sexually Transmitted Diseases</i>
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Taksiran Persalinan
TTV	: Tanda-Tanda Vital
WOC	: <i>Web Of Caution</i>

## **SIMBOL**

/	: Atau
()	: Dalam kurung
<sup>0</sup>	: Derajat
,	: Koma
≤	: Kurang dari
±	: Kurang lebih
≥	: Lebih dari
%	: Persen
=	: Sama dengan
-	: Tanda penghubung
“	: Tanda petik
.	: Titik
:	: Titik dua
;	: Titik koma





## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Masa nifas atau post partum atau disebut juga masa puerperium merupakan waktu yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ reproduksinya seperti saat sebelum hamil atau disebut involusi terhitung dari selesai persalinan hingga dalam jangka waktu kurang lebih 6 Minggu atau 42 hari (Maritalia, 2017). Dalam menjalani proses terjadi suatu keseimbangan fisiologis dan psikologis, yang meliputi unsur kebutuhan dasar dan mempunyai tujuan dalam mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Laura et al., 2015) Perubahan yang terjadi pada adaptasi fisiologis, ibu mengalami perubahan sistem reproduksi dimana ibu mengalami proses involusi uteri, laktasi dan perubahan hormonal. Sedangkan perubahan pada adaptasi psikologis adanya rasa ketakutan dan kekhawatiran pada ibu yang baru melahirkan dan hal ini akan berdampak kepada ibu yang berada dalam masa nifas (Kirana, 2015). Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada ibu post partum ialah perdarahan, resiko infeksi, ketidaknyamanan pasca partum, ansietas, nyeri akut dan menyusui tidak efektif (SDKI, 2017)

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI adalah jumlah kematian ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas atau pengelolaannya dan bukan karena sebab- sebab lain seperti kecelakaan atau jatuh disetiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes 2020). Data di Indonesia menunjukkan AKI masih tinggi meskipun sebelumnya mengalami penurunan, diharapkan Indonesia dapat mencapai target yang ditentukan *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030 yaitu AKI 70 per 100.000 kelahiran

hidup. Penyebab AKI yang utama yaitu perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia), komplikasi dari persalinan dan aborsi yang tidak aman. Berdasarkan data Kemenkes RI 2019 penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan 50%, hipertensi dalam kehamilan 42%, infeksi 8%. AKI di Indonesia secara umum periode 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup tetapi tidak menurun secara signifikan. Pada tahun 2018 AKI provinsi Jawa Timur mencapai 91,45% per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2017 yang mencapai 91,92% per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab tertinggi kematian ibu pada tahun 2018 adalah terjadi pada masa nifas 0-42 hari yaitu 54% atau sebanyak 281 orang dan data yang penulis peroleh bahwa dari Juni 2021-Juni 2022 didapatkan 960 ibu yang telah melahirkan secara spontan B di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Menurut (Maire Tando, 2013) pada kala III, otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perekatan plasenta dikarenakan tempat perekatan plasenta menjadi semakin kecil kemudian lepas dari dinding uterus plasenta akan turun menuju bagian bawah uterus lalu kedalam vagina, plasenta dilepaskan dari perekatannya terjadi penggumpalan darah hingga plasenta keluar (Eniyati & Putri, 2012). Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam pertama post partum. Tahap ini disebut juga dengan tahap pemulihan yang perlu dievaluasi dalam kala IV yaitu tanda-tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan pervaginam dan kondisi vesika urinaria (Bobak, 2012). Menurut (Walyani, 2017) terdapat komplikasi dan penyakit yang terjadi pada ibu masa nifas, sebagai berikut

seperti infeksi nifas, infeksi saluran kemih, metritis, bendungan payudara, infeksi payudara, abses payudara, abses pelvis, peritonitis, infeksi luka perineum dan luka abdominal, perdarahan pervagina. Pendarahan pervaginaan jika terus menerus tidak tertangani akan menyebabkan komplikasi yang lebih serius hingga menyebabkan kematian.

Untuk mencegah terjadinya komplikasi selama pada masa nifas atau post partum seperti terjadinya perdarahan dan infeksi dengan cara memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif seperti penyuluhan perawatan ibu post partum. Penyuluhan kepada ibu post partum merupakan intervensi keperawatan untuk memenuhi kebutuhan ibu akan pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan perawatan diri, perawatan pada bayi baru lahir, adaptasi keluarga dan pemulihan kesehatan. Salah satu penyuluhan yang akan di berikan berupa vulva hygiene, perawatan payudara, teknik menyusui yang benar dan mengetahui tanda-tanda infeksi. Hal tersebut menjadikan suatu perhatian bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang dialami pasien post partum sehingga masalah akan teratasi dan tidak menimbulkan keparahan yang lebih kompleks.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat untuk membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada Ny.E dengan Diagnosis Medis Post Partum Spontan untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan Pada Pasien Post Partum Spontan B P2012 Hari Ke 1 Di Ruang F1 Rspal Dr. Ramelan Surabaya”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengkaji individu secara mendalam melalui proses asuhan keperawatan pada Ny.E dengan Diagnosis Medis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Spontan B P2012 Hari Ke 1 Di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada Ny. E dengan diagnosis medis asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan B P2012 hari ke 1 di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan hasil pengkajian pada Ny. E dengan diagnosis medis asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan B P2012 hari ke 1 di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan pada Ny. E dengan diagnosis medis asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan B P2012 hari ke 1 di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. E dengan diagnosis medis asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan B P2012 hari ke 1 di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya melakukan
5. Evaluasi keperawatan pada pada Ny. E dengan diagnosis medis asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan B P2012 hari ke 1 di ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

#### 1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

##### 1. Secara Teoritis

Pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik, dan dapat meningkatkan angka kejadian disability dan mortalitas pada pasien dengan post partum spontan B

##### 2. Secara Praktis

###### a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan post partum spontan B sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan

###### b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan post partum spontan B serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

###### c. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini pada pasien Post Partum Spontan B sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis maternitas agar keluarga mampu melakukan

perawatan pasien dengan post kehamilan normal dan melahirkan normal di rumah agar disability tidak berkepanjangan.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan post partum spontan B sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

## **1.5 Metode penulisan**

### **1. Metode**

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

### **2. Tehnik pengumpulan data**

#### **a. Wawancara**

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

#### **b. Observasi**

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

#### **c. Pemeriksaan**

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

#### **d. Sumber data**

1) Data Primer

Adalah data yang di peroleh dari pasien.

2) Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

3) Studi kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

## **1.6 Sistematika Penulisan**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagai dalam 3 bagian:

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar lampiran dan abstraksi
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:
  - a. BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penulisan dan sistematika oenulisan studi kasus
  - b. BAB 2 : Landasan teori yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan dengan dianosa
  - c. BAB 3 : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evakuasi pelaksanaan

- d. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis
- e. BAB 5 : Simpulan dan saran



## BAB 2

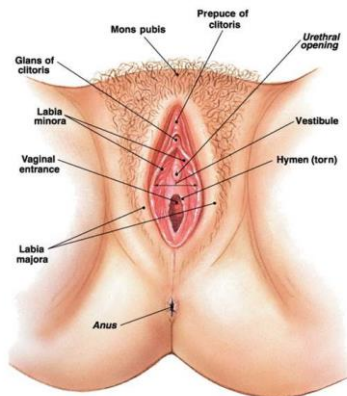
### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi

##### 2.1.1 Anatomi Sistem Reproduksi pada Wanita

Sistem reproduksi wanita terdiri dari organ interna, yang terletak di dalam rongga pelvis dan ditopang oleh pelvis dan genitalia eksterna, yang terletak di perineum. Struktur reproduksi interna dan eksterna berkembang menjadi matur akibat rangsang hormon estrogen dan progesteron (Arma, 2015)

##### 1. Struktur Eksterna



Gambar 2.1.1 Anatomi Sistem Reproduksi pada Wanita Eksterna  
Sumber : (Arma, 2015)

##### a. Mons Veneris (Mons Pubis)

Mons pubis adalah jaringan lemak subkutan berbentuk lunak dan padat serta mengandung banyak kelenjar sebacea (minyak) yang ditumbuhi rambut berwarna hitam, kasar, dan ikal pada masa pubertas, mons berperan dalam sensualitas dan melindungi simfisis pubis selama koitus.

##### b. Labia Mayora

Labia mayora adalah dua lipatan kulit panjang melengkung yang menutupi lemak dan jaringan ikat yang menyatu dengan mons pubis. Sensitivitas labia mayora terhadap sentuhan, nyeri dan suhu tinggi, hal ini di akibatkan adanya jaringan saraf yang menyebar luas yang juga berfungsi selama rangsangan seksual. Pada wanita yang belum pernah melahirkan anak pervaginam, kedua labia mayora terletak berdekatan di garis tengah, menutupi stuktur-struktur di bawahnya. Setelah melahirkan anak dan mengalami cedera pada vagina atau pada perineum, labia sedikit terpisah dan bahkan introitus vagina terbuka.

c. Labia Minora

Labia minora adalah lipatan kulit panjang, sempit dan tidak berambut yang memanjang ke arah bawah klitoris dan menyatu dengan fourchette, terdapat banyak pembuluh darah sehingga tampak kemerahan dan memungkinkan labia minora membengkak, bila ada stimulus emosional atau stimulus fisik. Kelenjar-kelenjar di labia minora juga melumasi vulva. Suplai saraf yang sangat banyak membuat labia minora sensitif, sehingga meningkatkan fungsi erotiknya.

d. Klitoris

Klitoris adalah organ pendek berbentuk silinder dan erektil, mengandung banyak pembuluh darah dan saraf sensoris sehingga sangat sensitive. Fungsi utama klitoris adalah menstimulasi dan meningkatkan ketegangan seksual.

e. Vestibulum

Vestibulum merupakan rongga yang berada diantara bibir kecil (labia minora) dibatasi oleh klitoris dan perinium. Vestibulum terdiri dari muara uretra, kelenjar parauretra, vagina dan kelenjar paravagina. Permukaan vestibulum yang tipis dan agak berlendir mudah teriritasi oleh bahan kimia. Kelenjar vestibulum mayora adalah gabungan dua kelenjar di dasar labia mayora, masing-masing satu pada setiap sisi orifisium vagina.

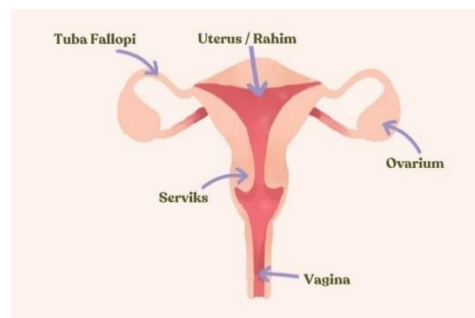
f. Fourchette

Fourchette adalah lipatan jaringan transversal yang pipih dan tipis, terletak pada pertemuan ujung bawah labia mayora dan minora di garis tengah di bawah orifisium vagina.

g. Perineum

Perineum adalah daerah muskular yang ditutupi kulit antara introitus vagina dan anus, panjangnya kurang lebih 4 cm.

## 2. Struktur Interna



Gambar 2.1.1 Anatomi Sistem Reproduksi pada Wanita Interna  
Sumber : (Arma, 2015)

a. Vagina

Vagina merupakan suatu tuba berdinding tipis yang dapat melipat dan mampu meregang secara luas. Mukosa vagina berespon dengan cepat

terhadap stimulasi estrogen dan progesteron. sel-sel mukosa tanggal terutama selama siklus menstruasi dan selama masa hamil. Cairan vagina berasal dari traktus genitalis atas dan bawah. Cairan sedikit asam, interaksi antara laktobasilus vagina dan glikogen mempertahankan keasaman. Apabila pH naik di atas lima, insiden infeksi vagina meningkat. Cairan yang terus mengalir dari vagina mempertahankan kebersihan relatif vagina.

b. Uterus

Uterus adalah organ ber dinding tebal, muskular, pipih, cekung yang tampak mirip buah pir yang terbalik. Uterus normal memiliki bentuk simetris, nyeri bila di tekan, licin dan teraba padat. Uterus terdiri dari tiga bagian, fundus yang merupakan tonjolan bulat di bagian atas dan insersituba fallopi, korpus yang merupakan bagian utama yang mengelilingi cavum uteri, dan istmus, yakni bagian sedikit konstriksi yang menghubungkan korpus dengan serviks dan dikenal sebagai sekmen uterus bagian bawah pada masa hamil. Tiga fungsi uterus adalah siklus menstruasi dengan peremajaan endometrium, kehamilan dan persalinan.

c. Tuba Falopii

Sepasang tuba fallopi melekat pada fundus uterus. Tuba ini memanjang ke arah lateral, mencapai ujung bebas ligamen lebar dan berlekuk-lekuk mengelilingi setiap ovarium. Panjang tuba ini kira-kira 10 cm dengan berdiameter 0,6 cm. Tuba fallopi merupakan jalan bagi ovum.

#### d. Ovarium

Sebuah ovarium terletak di setiap sisi uterus, di bawah dandi belakang tuba falopi. Dua ligamen mengikat ovarium pada tempatnya, yakni bagian mesovarium ligamen lebar uterus, yang memisahkan ovarium dari sisi dinding pelvis lateral kira-kira setinggi krista iliaka antero superior, dan ligamentum ovarii proprium, yang mengikat ovarium ke uterus. Dua fungsi ovarium adalah menyelenggarakan ovulasi dan memproduksi hormon.

## **2.2 Persalinan Normal**

### **2.2.1 Definisi**

Persalinan adalah proses mengeluarkan hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah dikandung selama beberapa bulan atau dapat hidup di luar rahim melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (tenaga atau kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Nugraheny, 2013)

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan (37-42 minggu) atau hampir cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta selaput janin dari tubuh ibu atau proses pengeluaran produk konsepsi yang viable melalui jalan lahir (Setiawati, 2013).

### **2.2.2 Etiologi Persalinan**

Menurut (Sondakh, 2013) terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his sehingga menjadi awal mula terjadinya proses persalinan antara sebagai berikut :

### 1. Teori Penurunan Progesteron

Kadar hormone progesterone akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai. Terjadinya kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya, tetapi terdapat beberapa kemungkinan, yaitu :

- a. Hipoksia pada miometrium yang sedang berkontraksi
- b. Adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan
- c. Peregangan serviks pada saat dilatasi atau pendaftaran serviks, yaitu pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas
- d. Peritoneum yang berada di atas fundus mengalami peregangan.

### 2. Teori Ketegangan

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi utroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan saluran serviks.

### 3. Teori Oksitosin

Interna Hiposis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara esterogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim dan akan mengakibatkan

terjadinya kontraksi uterus yang disebut braxion hiks. Penurunan kadar progesteron karena usia kehamilan yang sudah lewat bulan akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat

### **2.2.3 Tanda-Tanda di Mulainya Persalinan**

Menurut (Sondakh, 2013) terdapat beberapa tanda-tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut :

#### 1. Terjadinya His Persalinan

Sifat his persalinan :

- a. Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
- b. Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- c. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah

#### 2. Pengeluaran Lendir dengan Darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang menimbulkan :

- a. Pendataran dan pembukaan
- b. Pembukaan menyebabkan lender yang terdapat pada kanalis servikalis besar
- c. Terjadinya perdarahan karena kapile pembuluh darah pecah

#### 3. Pengeluaran Cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung akan berlangsung kurang 24 jam.

#### 4. Hasil-hasil yang didapatkan pada

Pemeriksaan Dalam :

- a. Perlunakan serviks
- b. Pendataran serviks
- c. Pembukaan serviks

#### **2.2.4 Bentuk-Bentuk Persalinan**

Menurut (Lailyana, 2014) bentuk-bentuk persalinan antara lain:

1. Persalinan Spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri

2. Persalinan Buatan

Bila proses persalinan dengan tenaga dari luar

3. Persalinan Anjuran

Bila kekuatan diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

### **2.3 Konsep Post Partum**

#### **2.3.1 Definisi**

Masa nifas atau post partum atau disebut juga masa puerperium merupakan waktu yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ reproduksinya seperti saat sebelum hamil atau disebut involusi terhitung dari selesai persalinan hingga dalam jangka waktu kurang lebih 6 Minggu atau 42 hari (Maritalia, 2017). Periode post partum adalah periode yang berhubungan dengan perubahan fisik dan emosional yang intens mengarah pada gangguan kecemasan dan suasana hati.

#### **2.3.2 Tahap-Tahap Post Partum**

Menurut (Wahyuningsih, 2019) masa post partum dibagi dalam tiga tahap sebagai berikut :



1. *Immediate Post Partum* (setelah plasenta lahir 24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi misalnya atonia uteri oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah ibu dan suhu.

2. *Early Post Partum* (24 jam – 1 minggu)

Pada fase ini memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. *Late Post Partum* (1 minggu – 6 minggu) 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 atau tahunan.

### **2.3.3 Perubahan Fisiologi dan Psikologis pada Ibu Post Partum**

Menurut Kumalasari (2015), terdapat beberapa perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi pada post partum spontan antara lain:

1. Perubahan Fisiologis

- a. Perubahan sistem Reproduksi

- 1) Involusi uterus,

Vagina, dan perineum Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

- 2) Vagina

Vagina akan mengecil dan timbul ragae (lipatan-lipatan atau kerutan) kembali ke ukuran normal kurang lebih 6- 8 minggu setelah bayi lahir

3) Perineum Luka

Pada episiotomi terasa nyeri, pada tahap early edema dan luka kebiruan.

4) Lochea

Lochea merupakan darah yang dibuang dari rahim berbentuk cairan sekret. Lochea memiliki bau yang khas. Bau ini tidak seperti bau menstruasi. Lochea dibagi menjadi 4 berdasarkan jumlah dan warnanya antara lain: lochea rubra berwarna merah dan hitam sisa darah yang keluar mulai hari pertama sampai hari ketiga, lochea sangiolenta berwarna putih bercampur merah mulai hari ketiga sampai hari ketujuh, lochea serosa berwarna kekuningan dari hari ketujuh sampai hari ke empat belas, lochea alba berwarna putih setelah hari ke empat belas.

5) Endometrium dan serviks

Hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, setelah tiga hari permukaan mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut. Perubahan serviks dimulai dari kala I dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan serviks lengkap.

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Kurangnya makanan berserat selama persalinan dapat menyebabkan ibu post partum mengalami konstipasi. Faktor lainnya yang menyebabkan adalah karena rasa takut ibu ketika buang air besar, jika terdapat luka pada perineum

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Saluran kencing biasanya akan kembali normal dalam waktu 2 sampai 8 minggu paska melahirkan. Pelvis ginjal dan ureter yang meregang dan berdilatasi selama proses kehamilan akan kembali normal pada minggu ke empat.

d. Perubahan Tanda-Tanda Vital

1) Nadi dan Pernafasan Pada proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan dapat terjadi bradikardi (50 – 70 kali per menit) maupun takikardi. Kebutuhan pernafasan pada ibu partus akan meningkat karena proses mengejan atau meneran.

2) Tekanan Darah

Tekanan darah yang mengalami peningkatan lebih dari 30 mmHg pada systole dan 15 mmHg pada dyastole perlu dicurigai terjadinya pre-eklamsi pada ibu post partum. Selama beberapa jam paska persalinan, ibu dapat terjadi hipotensi orthostik (penurunan 20 mmHg) yang ditandai dengan pusing setelah berdiri.

3) Suhu Tubuh

Paska melahirkan dapat mengalami kenaikan suhu sekitar 0,5 derajat celcius dari keadaan normal ( $36^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ ) namun tidak lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$ . Jika suhu tubuh tidak kembali normal atau

meningkat setelah 12 jam post partum perlu dicurigai adanya infeksi.

e. Perubahan Sistem Endokrin

Selama periode post partum, terjadi perubahan hormon yang besar, salah satunya hormon estrogen dan progesteron akan diproduksi. Perubahan kadar estrogen dan progesteron yaitu terjadi fluktuasi hormonal dalam tubuh. Kadar hormon kortisol (hormone pemicu stres) pada tubuh ibu naik hingga mendekati kadar orang yang mengalami depresi.

f. Perubahan Berat Badan

Peningkatan berat badan pada ibu hamil dapat mencapai 10-15 kg. Sebagian besar ibu akan kembali ke ukuran badan 13 semula setelah 7-8 minggu paska persalinan, tetapi ada pula beberapa ibu yang memerlukan waktu lebih lama.

2. Perubahan Psikologis

a. Perubahan *Taking In*

Merupakan periode terjadi setelah 1 sampai 2 hari dari persalinan, masa terjadi interaksi dan kontak yang lama antara ayah, ibu dan bayi.

b. Periode *Taking Hold*

Merupakan berlangsung pada hari ke 3 sampai hari ke 4 post partum, ibu berusaha bertanggung jawab terhadap bayinya dengan berusaha untuk menguasai perawatan bayi.

c. Periode *Letting Go*

Merupakan terjadi setelah ibu pulang ke rumah, pada masa ibu hamil mengambil tanggung jawab terhadap bayi

### 2.3.4 Patofisiologi Post Partum

Masa post partum atau masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dan terjadinya perubahan fisikologis serta perubahan psikologis. Perubahan fisikologis ini terdapat involusi uterus yaitu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Perubahan-perubahan alat genitalia ini dalam keseluruhannya disebut “involusi”. Involusi terjadi perubahan-perubahan penting yakni mengkonsentrasi dan timbulnya laktasi yang terakhir karena pengaruh hormon laktogen dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjar-kelenjar mammae. Otot-otot uterus berkontraksi segera post partum, pembuluh-pembuluh darah yang ada antara nyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta lahir. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks adalah segera post partum bentuk serviks agak menganga seperti corong, bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri terbentuk semacam cincin. Perubahan-perubahan yang terdapat pada endometrium ialah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basalis yang memakai waktu 2 sampai 3 minggu. Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang merenggang sewaktu kehamilan dan perlu setelah janin lahir berangsur-angsur kembali seperti semula (Aspiani, 2017).

### 2.3.5 Kebutuhan Ibu Nifas

Kebutuhan masa nifas menurut KBBI (2013) yaitu pemenuhan kebutuhan dari masa sejak melahirkan sampai dengan pulihnya alat-alat dan anggota badan. Ada beberapa kebutuhan dasar ibu nifas, menurut Nugroho dkk (2014; hal 134-144) dan Marmi (2017)

#### 1. Nutrisi

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa (Walyani dan Purwoastuti, 2015; hal 103). Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi kebutuhan akan gizi yang menurut Nugroho dkk (2014; hal 134) adalah sebagai berikut:

##### a. Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400-500 kalori Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Ibu nifas disarankan untuk tidak mengurangi kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak (Nugroho dkk, 2014; hal 134).

Energi dibutuhkan sebesar 700 kkal/hari (6 bulan pertama menyusui).

Enam bulan kedua dibutuhkan sekitar rata-rata 500 kkal/hari dan pada tahun ke dua dianjurkan tambahan sebanyak 400 kkal/hari.

Karbohidrat kompleks adalah salah satu sumber vitamin B dan mineral terbaik untuk pertumbuhan bayi. Selama menyusui harus mengonsumsi makanan yang banyak mengandung karbohidrat kompleks. Sumber makanan yang mengandung kalori lebih dari dua kali kalori protein (9 kalori) atau karbohidrat (4 kalori). Pilih makanan yang mengandung kalori tinggi. Resiko kelebihan kalori jika terjadi kegemukan dapat meningkatkan kematian (Marmi, 2017; hal 135-136).

b. Protein

Tanpa protein sebagai zat pembangun yang cukup, maka ibu nifas akan mengalami keterlambatan penyembuhan bahkan berpotensi infeksi bila daya tahan tubuh kurang akibat pantang makanan bergizi. Protein juga diperlukan untuk pembentukan ASI (Walyani dan Purwoastuti, 2015; hal 107).

Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi per hari. Satu protein setara dengan 3 gelas susu, dua butir telur, lima putih telur, 120 gram keju, 1  $\frac{3}{4}$  gelas yogurt, 120-140 gram ikan/daging/unggas, 200-240 gram tahu atau 5-6 sendok selai kacang (Nugroho dkk, 2014; hal 135). Sumber protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel-sel yang rusak dan mati. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani (ikan, udang, kerang, kepiting, daging ayam, hati, telur, susu dan keju) dan protein nabati (kacang tanah, kacang merah, kacang hijau, kedelai, tahu dan tempe) (Walyani dan Purwoastuti, 2015; hal 104).

c. Kalsium dan Vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium dan Vitamin D didapat dari minuman susu rendah kalori atau berjemur dipagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari (Nugroho dkk, 2014; hal 135-136).

d. Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan (Nugroho dkk, 2014; hal 136).

e. Karbohidrat

Ibu selama masa menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi per hari. Satu porsi setara dengan  $\frac{1}{2}$  cangkir nasi,  $\frac{1}{4}$  cangkir jagung pipil, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers,  $\frac{1}{2}$  cangkir kacang-kacangan,  $\frac{2}{3}$  cangkir kacang koro, atau 40 gram mie/pasta dari bijian utuh (Nugroho dkk, 2014; 136),

Zat gizi sebagai sumber karbohidrat terdiri dari beras, sagu, jagung, tepung terigu, dan ubi (Walyani dan Purwoastuti, 2015; hal 104).

f. Lemak

Lemak 25-35% dibutuhkan dari total makanan. Lemak menghasilkan kira-kira setengah kalori yang diproduksi oleh air susu ibu (Marmi, 2017; hal 136). Rata-rata kebutuhan lemak dewasa adalah  $4 \frac{1}{2}$  porsi lemak (14 gram per porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan



80 gram keju, 4 sendok makan krim, secangkir es krim, ½ buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, 9 kentang goreng, 2 iris cake, 1 sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan saus salad (Nugroho dkk, 2014; hal 136-137). Zat lemak dapat diperoleh dari hewani (lemak, mentega, keju) dan nabati (kelapa sawit, minyak sayur, minyak kelapa dan margarine) (Walyani dan Purwoastuti, 2015; hal 104).

g. Vitamin dan mineral

Kegunaan vitamin dan mineral adalah untuk melancarkan metabolisme tubuh (Marmi, 2017; hal 137). Vitamin A berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1300 mcg (Nugroho dkk, 2014; hal 137).

Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2mg per hari. Vitamin B6 dapat ditemui di daging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang (Nugroho dkk, 2014; hal 137).

Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak. Mengonsumsi vitamin A 200.000 iu. Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak (Suherni, 2010; hal 101)

Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum (Nugroho dkk, 2014; hal 137). Zinc berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuhan luka atau pertumbuhan. Kebutuhan zinc didapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. Sumber yang terdapat dalam seafood, hati dan daging (Nugroho dkk, 2014; 138).

## 2. Cairan

Fungsi cairan bagi ibu nifas sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minum cairan yang cukup dapat mencegah ibu nifas mengalami dehidrasi (Marmi, 2017; hal 137). Cairan yang dibutuhkan ibu nifas adalah dianjurkan minum sedikitnya 3 liter setiap hari (Nugroho dkk, 2014; hal 137)

## 3. Kebersihan Diri

Kebersihan diri berguna untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan (Nugroho, 2014; hal 140).

Pada ibu pada masa postpartum sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada ibu nifas dalam personal hygiene adalah sebagai berikut:

### a. Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitannya akan lepas dan merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci (Ambarwati dan Wulandari, 2010; hal 106-107).

Untuk cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu harus memahami tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, saranakan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka (Ambarwati dan Wulandari, 2010; hal 106-107).

b. Perawatan payudara

Bagi ibu postpartum, melakukan perawatan payudara itu penting yaitu dengan menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama pada bagian puting susu dengan menggunakan bra yang menyongkong payudara. Oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu sebelum dan setelah menyusukan. Apabila payudara terasa nyeri dapat diberikan parasetamol 1 tablet setiap 4 – 6 jam (Ambarwati dan Wulandari, 2010; hal 107).

4. Istirahat dan tidur

Ibu nifas dianjurkan untuk: istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan, tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur, kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam. Kurang istirahat pada ibu nifas dapat berakibat: mengurangi jumlah ASI, memperlambat involusi, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan, depresi (Nugroho, 2014; hal 141).

5. Eliminasi: BAB dan BAK.

Buang air kecil (BAK) dalam enam jam ibu nifas harus sudah BAK spontan, kebanyakan ibu nifas berkemih spontan dalam waktu 8 jam, urine dalam jumlah yang banyak akan di produksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan, ureter yang berdiltasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu. Selama 48 jam pertama nifas (puerperium), terjadi kenaikan dueresis sebagai berikut: pengurasan volume darah ibu, autolisis serabut otot uterus. Buang air besar (BAB) biasanya tertunda selama 2-3 hari karena edema persalinan, diet cairan, obat-obatan Analgetik, dan perenium yang sangat sakit, bila lebih 3 hari belum BAB bisa diberikan obat laksantia, ambulasi secara dini dan teratur akan membantu dalam regulasi BAB, asupan cairan yang adekaut dan diet tinggi serat sangat dianjurkan (Walyani dan Purwoastuti, 2015; hal 113)

6. Perencanaan Keluarga Berencana

Rencana KB setelah ibu melahirkan sangat penting, karena secara tidak langsung KB dapat membantu ibu untuk dapat merawat anaknya dengan baik serta mengistirahatkan alat kandungannya. Ibu dan Suami dapat

memilih alat kontrasepsi KB apa saja yang ingin digunakan (Walyani dan Purwoastuti, 2015; hal 128)

### **2.3.6 Komplikasi**

Menurut (Walyani, 2017) terdapat komplikasi dan penyakit yang terjadi pada ibu masa nifas, sebagai berikut:

#### **1. Infeksi Nifas**

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetelia dalam masa nifas. Masuknya kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Morbiditas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dari dalam 10 hari postpartum. Kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral.

#### **2. Infeksi saluran kemih**

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan atau 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. Setelah melahirkan, terutama saat infus oksitosin dihentikan, terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urin dan distensi kandung kemih. Over distensi yang disertai katerisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

#### **3. Metritis**

Metritis adalah inspeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvic yang menahun, peritonitis, syok septik, trombosis yang dalam, emboli pulmonal, infeksi felvik yang menahan dispareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas.

#### 4. Bendungan payudara

Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Bendungan terjadi akibat bendungan berlebihan pada limfatik dan vena sebelum laktasi. Payudara bengkak disebabkan karena menyusui yang tidak kontinu, sehingga sisa ASI terkumpul pada daerah ductus. Hal ini dapat terjadi pada hari ke tiga setelah melahirkan. Penggunaan bra yang keras serta keadaan puting susu yang tidak bersih dapat menyebabkan sumbatan pada ductus.

#### 5. Infeksi Payudara

Mastitis termasuk salah satu infeksi payudara. Mastitis adalah peradangan pada payudara yang dapat disertai infeksi atau tidak, yang disebabkan oleh kuman terutama *Staphylococcus Aureus* melalui luka pada puting susu atau melalui peredaran darah.

#### 6. Abses Payudara

Abses payudara merupakan komplikasi akibat peradangan payudara/mastitis yang sering timbul pada minggu ke dua postpartum (setelah melahirkan), karena adanya pembengkakan payudara akibat tidak menyusui dan lecet pada puting susu.

#### 7. Abses pelvis

Penyakit ini merupakan komplikasi yang umum terjadi pada penyakit-penyakit meluar seksual (*sexually transmitted disease/ STD*), utamanya yang disebabkan oleh chlamydia dan gonorrhea.

#### 8. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum yang merupakan pembungkus visera dalam rongga perut. Peritoneum adalah selaput tipis dan jernih yang membungkus organ perut dan dinding perut sebelah dalam.

#### 9. Infeksi Luka Perineum dan Luka Abdominal

Luka perineum adalah luka perineum karena adanya robekan jalan lahir baik karena ruptur maupun karena episiotomy pada waktu melahirkan janin. Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan.

#### 10. Perdarahan Pervagina

Perdarahan pervagina atau perdarahan postpartum adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. Hemoragi postpartum primer mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran.

### **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

#### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian menurut (Margaretha, 2017) antara lain:

##### 1. Identitas Pasien

Biodata pasien terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan dan alamat.

## 2. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan terdiri dari tempat pemeriksaan kehamilan, frekuensi, imunisasi, keluhan selama kehamilan, pendidikan kesehatan yang diperoleh.

## 3. Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan terdiri dari tempat persalinan, penolong persalinan, jalannya persalinan.

## 4. Pemeriksaan Fisik

### a. Vital Sign

Dalam vital sign yang perlu di cek yaitu: suhu, nadi, pernapasan, dan juga tekanan darah. Suhu tubuh diukur setiap 4 sampai 8 jam selama beberapa hari pascapartum karena demam biasanya merupakan gejala awal infeksi. Suhu tubuh  $38^{\circ}\text{C}$  mungkin disebabkan oleh dehidrasi pada 24 jam pertama setelah persalinan atau karena awitan laktasi dalam 2 sampai 4 hari. Demam yang menetap atau berulang diatas 24 jam pertama dapat menandakan adanya infeksi. Bradikardi merupakan perubahan fisiologis normal selama 6 sampai 10 hari pascapartum dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/ menit. Frekuensi diatas 100 kali/ menit dapat menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan, nadi yang cepat dan dangkal yang dihubungkan dengan hipotensi, menunjukkan hemoragi, syok atau emboli. Tekanan darah umumnya dalam batasan normal selama kehamilan. Wanita pasca partum dapat mengalami hipotensi ortostatik karena dieresis dan diaphoresis, yang menyebabkan



pergeseran volume cairan kardiovasukuler, hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan, yang dapat muncul pertama kali pada masa pascapartum. Kejang eklamsia dilaporkan terjadi sampai lebih dari 10 hari pascapartum.

b. Kepala dan Wajah

Inspeksi kebersihan dan kerontokan rambut (normal rambut bersih, tidak terdapat lesi pada kulit kepala dan rambut tidak rontok), cloasma gravidarum, keadaan sclera (normalnya sclera berwarna putih), konjungtiva (normalnya konjungtiva berwarna merah muda, kalau pucat berarti anemis), kebersihan gigi dan mulut (normalnya mulut dan gigi bersih, tidak berbau, bibir merah), caries. Palpasi palpebra, odem pada mata dan wajah; palpasi pembesaran getah bening (normalnya tidak ada pembengkakan), JVP, kelenjar tiroid.

c. Dada

- 1) Inspeksi irama nafas, dengarkan bunyi nafas dan bunyi jantung, hitung frekuensi.
- 2) Payudara: pengkajian payudara pada ibu postpartum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan dan palpasi konsisten dan apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Normalnya puting susu menonjol, areola berwarna kecoklatan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bekas luka, payudara simetris dan tidak ada benjolan atau masa pada saat di palpasi.

d. Abdomen

Menginspeksi adanya striae atau tidak, adanya luka/insisi, adanya linea atau tidak. Involusi uteri: kemajuan involusi yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, diukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi fundus uterus, masase dan peremasan fundus dan karakter serta jumlah lokia 4 sampai 8 jam. TFU pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga 2 jari dibawah pusat, pada hari keempat 2 jari diatas simpisis, pada hari ketujuh 1 jari diatas simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisis. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek atau kendor menunjukkan atonia atau subinvolusi. Kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

e. Vulva dan vagina

Melihat apakah vulva bersih atau tidak, adanya tandatanda infeksi. Lochea: karakter dan jumlah lochea secara tidak langsung menggambarkan kemajuan penyembuhan normal, jumlah lochea perlahan-lahan berkurang dengan perubahan warna yang khas yang menunjukkan penurunan komponen darah dalam aliran lochea. Jumlah lokia sangat sedikit noda darah berkurang 2,5-5 cm= 10 ml, sedang noda darah berukuran  $\leq 10\text{cm} = 10,25\text{ ml}$ .

f. Perineum

Pengkajian daerah perineum dan perineal dengan sering untuk mengidentifikasi karakteristik normal atau deviasi dari normal seperti

hematoma, memar, edema, kemerahan, dan nyeri tekan. Jika ada jahitan luka, kaji keutuhan, hematoma, perdarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak dan nyeri tekan). Daerah anus dikaji apakah ada hemoroid dan fisura. Wanita dengan persalinan spontan per vagina tanpa laserasi sering mengalami nyeri perineum yang lebih ringan. Hemoroid tampak seperti tonjolan buah anggur pada anus dan merupakan sumber yang paling sering menimbulkan nyeri perineal. Hemoroid disebabkan oleh tekanan otot-otot dasar panggul oleh bagian terendah janin selama kehamilan akhir dan persalinan akibat mengejan selama fase ekspulsi.

g. Payudara dan tungkai

Pengkajian payudara meliputi bentuk, ukuran, warna, dan kesimetrisan serta palpasi konsistensi dan deteksi apakah ada nyeri tekan guna persiapan menyusui. Hari pertama dan kedua pasca melahirkan akan ditemukan sekresi kolostrum yang banyak. Pengkajian pada tungkai dimaksudkan untuk mengetahui ada tidaknya tromboflebitis. Payudara dan tungkai dikaji tiap satu jam sampai dengan 8 jam setelah persalinan, kemudian dikaji tiap empat jam sampai dengan 24 jam setelah persalinan

h. Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi pengkajian bising usus, inspeksi dan palpasi adanya distensi abdomen. Ibu postpartum dianjurkan untuk berkemih sesegera mungkin untuk menghindari distensi kandung kemih. Eliminasi dikaji setiap 9 jam, kaji juga defekasi setiap harinya.

## 5. Pengkajian psikososial

Pengkajian psikososial ini difokuskan pada interaksi dan adaptasi ibu, bayi baru lahir dan keluarga. Perawat melihat status emosional dan respon ibu terhadap pengalaman kelahiran, interaksi dengan bayi baru lahir, menyusui bayi baru lahir, penyesuaian terhadap peran baru, hubungan baru dalam keluarga, dan peningkatan pemahaman dalam perawatan diri

### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Menyusui Tidak Efektif (D.0029) Hal 76
2. Resiko Hipovolemia (D.0034) Hal 85
3. Gangguan Pola Tidur (D. 0055) Hal 126
4. Ketidaknyamanan Pasca Partum (D.0075) Hal 168
5. Nyeri Akut (D.0077) Hal 172
6. Defisit Pengetahuan (D. 0111) Hal 246
7. Resiko Gangguan Perlekatan (D.0127) Hal 278
8. Resiko Infeksi (D. 0142) Hal 304

### 2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4.3 Intervensi Keperawatan (Sumber : SDKI,SIKI,SLKI, 2016)

NO	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Menyusui Tidak Efektif (D. 0029)	Status Menyusui (L.03029) Hal 119  Diharapkan status menyusui membaik, dengan kriteria hasil: 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu membaik 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar membaik 3. Berat badan bayi membaik 4. Tetesan/panacaran ASI membaik 5. Suplai ASI adekuat 6. Putting tidak lecet setelah 2 minggu membaik 7. Kepercayaan ibu membaik	Edukasi Menyusui (I.12393) Hal 71  Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui  Terapeutik: 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 3. Libatkan sistem pendukung  Edukasi: 1. Berikan konseling menyusui 2. Ajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 3. Ajarkan perawatan payudara post partum
2.	Resiko Hipovolemia (D.0023)	Status Cairan (L.03028) Hal 107  Diharapkan status cairan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Tugor kulit meningkat 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik 5. Tekanan nadi membaik 6. Membran mukosa membaik 7. Kadar HB membaik 8. Kadar HT membaik	Pemantauan cairan (I.03121) Hal 238  Observasi: 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor berat badan 5. Monitor waktu pengisian kapiler 6. Monitor elastisitas atau tugor kulit 7. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine 8. Monitor kadar albumin dan protein total

		<p>9. Intake cairan membaik 10. Suhu tubuh membaik</p>	<p>9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN) 10. Monitor intake dan output cairan 11. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa lering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, volume urine menurun dalam waktu singkat)</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol>
3.	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	<p>Pola Tidur (L.05045) Hal 96</p> <p>Diharapkan kualitas tidur membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesulitan sulit tidur membaik</li> <li>2. Keluhan sering terjaga membaik</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur membaik</li> <li>4. Keluhan istirahat tidak cukup membaik</li> </ol>	<p>Edukasi aktivitas/istirahat (I.12362)</p> <p>Observasi: Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</li> <li>2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> </ol> <p>Edukasi:</p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin</li> <li>2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya</li> <li>3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat</li> <li>4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak nafas saat aktivitas)</li> <li>5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan</li> </ol>
4.	Ketidaknyamanan pasca partum (D. 0029)	<p>Status kenyamanan pasca partum (L.07061) Hal 111</p> <p>Diharapkan perasaan nyaman setelah melahirkan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meringis meningkat</li> <li>2. Kontraksi uterus meningkat</li> <li>3. Tekanan darah menurun</li> <li>4. Frekuensi nadi menurun</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (I.08238) Hal 201</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
5.	Nyeri Akut	<p>Tingkat nyeri (Hal 145)</p> <p>Diharapkan nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> <li>5. Perasaan depresi menurun</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (I.08238) Hal 201</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>2. Kelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> </ol>



			<p>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>5. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
6.	Defisit Pengetahuan	<p>Tingkat Pengetahuan (L.12111) Hal 146</p> <p>Diharapkan kecukupan informasi kognitif membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>3. Perilaku sesuai dengan kemampuan meningkat</li> <li>4. Perilaku membaik</li> </ol>	<p>Edukasi kesehatan (I.12383) Hal 65</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> <li>2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol>
7.	Resiko gangguan perlekatan	<p>Perlekatan (L.13122) Hal 92</p> <p>Diharapkan interaksi antara ibu dan anak meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempraktikkan perilaku sehat selama hamil meningkat</li> <li>2. Menyiapkan perlengkapan bayi sebelum kelahiran meningkat</li> <li>3. Verbalisasi perasaan positif terhadap bayi meningkat</li> </ol>	<p>Promosi perlekatan (I. 10342) Hal 383</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kegiatan menyusul</li> <li>2. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI</li> <li>3. Identifikasi payudara ibu (mis. bengkak, puting lecet, mastitis, nyeri pada payudara)</li> <li>4. Monitor perlekatan saat menyusui (mis. aerola bagian bawah lebih kecil dari pada aerola bagian atas, mulut</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mencium bayi meningkat</li> <li>5. Tersenyum kepada bayi meningkat</li> <li>6. Melakukan kontak mata dengan bayi meningkat</li> <li>7. Berbicara dengan baik meningkat</li> <li>8. Bermain dengan bayi meningkat</li> <li>9. Berespon dengan isyarat bayi meningkat</li> <li>10. Kekhawatiran menjalankan peran orang tua menurun</li> <li>11. Konflik hubungan orang tua dengan bayi/anak menurun</li> </ol>	<p>bayi terbuka lebar, bibir bayi terputar keluar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu)</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari memegang kepala bayi</li> <li>2. Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi</li> <li>2. Anjurkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu</li> <li>3. Anjurkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah</li> <li>4. Anjurkan ibu memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf "C" pada posisi jam 12-6 atau 3-9 saat mengarahkan ke mulut bayi</li> <li>5. Anjurkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga aerola bagian bawah dapat masuk sempurna</li> <li>6. Anjurkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu</li> </ol>
7.	Resiko infeksi	<p>Tingkat Infeksi (L.14137) Hal 139</p> <p>Diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>2. Kebersihan badan meningkat</li> <li>3. Demam menurun</li> <li>4. Kemeraha menurun</li> <li>5. Nyeri menurun</li> <li>6. Bengkak menurun</li> <li>7. Kadar sel darah putih membaik</li> <li>8. Kadar sel darah merah membaik</li> </ol>	<p>Pencegahan infeksi (I.14539) Hal 278</p> <p>Observasi :</p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada aera edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"><li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li><li>3. Ajarkan etika batuk</li><li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li><li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li><li>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li></ol> <p>Kolaborasi : Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
--	--	--	---

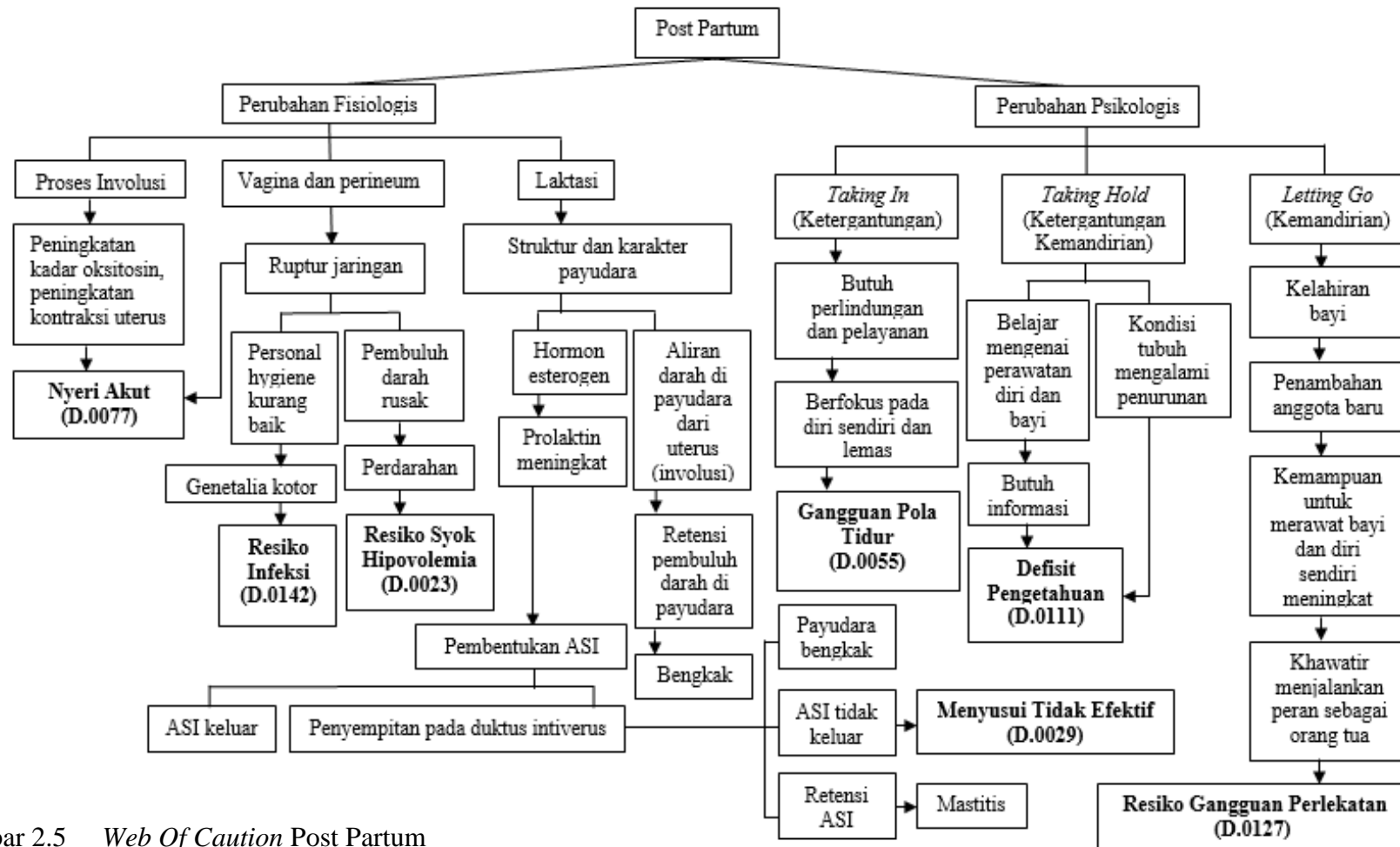
#### **2.4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi Keperawatan Rencana keperawatan tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai rencana keperawatan yang sudah ditetapkan atau bila memungkinkan tergantung pada situasi dan kondisi klien (Putri, 2021)

#### **2.4.5 Evaluasi Keperawatan**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dengan berpegang teguh terhadap target yang diharapkan, pada evaluasi ditentukan apakah perencanaan sudah mencapai target atau masih belum hingga masalah teratasi sebagian atau timbul masalah baru (Putri, 2021)

2.5 *Web of Caution Arma* (dalam Jurnal Wayan, 2017)



Gambar 2.5 *Web Of Caution* Post Partum

## BAB 3

### TINJAUAN KASUS

Bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 28-29 Februari 2022 di F1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

Tanggal masuk	: 27 Februari 2022	Jam masuk	: 10.16 WIB
Ruang/kelas	: F1 kelas 3	Kamar No	: 4.4
Pengkajian tanggal	: 28 Februari 2022	Jam	: 07.15

#### 3.1 Pengkajian

##### 3.1.1 Identitas

Nama pasien	: Ny.E	Nama Suami	: Tn.F
Umur	: 32 tahun	Umur	: 35 tahun
Suku/ bangsa	: Indonesia	Bangsa	: Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Surabaya	Alamat	: Surabaya

Status Pernikahan : Menikah

##### 3.1.2 STATUS KESEHATAN SAAT INI

###### 1. Keluhan utama saat ini :

Pasien mengatakan mengeluh nyeri di bekas luka jahitan pada saat bergerak dengan skala 3

###### 2. Riwayat Kondisi saat ini :

Pasien datang ke ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 27 Februari 2022 pukul 10.16 WIB dengan mertuanya. Pasien datang ke IGD dengan keluhan perut serasa kencang-kencang semakin sering tiap 10 menit 2x15 detik serta air ketuban sudah merembes. Pasien mendapatkan terapi pada saat di IGD infus drip piton, kala satu didapatkan pembukaan 1-10 selama 28 jam kemudian bayi lahir pada pukul 14.22, setelah bayi dilakukan pemeriksaan kala 3 dengan pemberian terapi infus Ns drip oksitoksin lalu didapatkan hasil uterus teraba keras, plasenta lahir dengan berat 450gram, diameter 20cm dan kontiledon lengkap serta terdapat perdarahan sebanyak  $\pm 150$ ml. Pada kala 4 diobservasi kembali 2 jam setelah persalinan, didapatkan hasil kontraksi uterus teraba keras, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan sebanyak  $\pm 70$ ml, TTV 120/90mmHg, pasien sudah mampu BAK spontan. Pasien dibawa ke ruang F1 lalu didapatkan hasil pengkajian TTV dengan TD : 130/90mmHg, RR : 20x/menit, nadi 90x/menit, suhu 36,8<sup>0</sup>C serta keadaan umum baik, kesadaran composmentis dan pasien mendapatkan terapi Pamol 3x250mg, Etabion 1 tablet.

3. Diagnosa medik : P2012 Spontan Belakang kepala hari ke 1

### **3.1.3 RIWAYAT KEPERAWATAN**

#### **1. RIWAYAT OBSTETRI :**

##### **a. Riwayat menstruasi :**

- |                             |         |             |
|-----------------------------|---------|-------------|
| 1) Menarche : umur 14 tahun | Siklus  | : teratur   |
| 2) Banyaknya : 7 hari       | Lamanya | : 7 hari    |
|                             | Keluhan | : tidak ada |

3) HPHT : pasien mengatakan lupa berdasarkan tanggalnya

4) TP : 03 Maret 2022

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi nifas			Anak		
No	Tahun	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	Jenis	BB	Pj
1.	2015	38/39 minggu	Tidak ada	Normal	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Perempuan	3000 gr	55 cm
2.	2020	6minggu	ABORTUS									
Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang sekarang :												
3.	2022	39/40 minggu	Tidak ada	normal	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Perempuan	3600 gr	53 cm

Tabel 3.1.3 Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu dan sekarang

### 3.1.4 Riwayat Persalinan yang Lalu dan Post Partum Sekarang

1. Keluhan his : 2x15 detik
2. Pengeluaran pervaginaan : ketuban merembes jernih
3. Kala persalinan
  - a. Kala 1 : pembukaan 1-10 selama 28 jam
  - b. Kala 2 : setelah pembukaan 10 lalu bayi lahir pada pukul 14.22 WIB
  - c. Kala 3 : uterus teraba keras, mengecek tanda-tanda pelepasan plasenta lalu plasenta lahir dengan berat 450gram, diameter 20cm dan kontiledon lengkap serta terdapat perdarahan sebanyak  $\pm$ 150ml
  - d. Kala 4 : 2 jam setelah persalinan, didapatkan data observasi kala 4 dengan hasil kontraksi uterus teraba keras, TFU 2 jari dibawah pusat,



perdarahan sebanyak  $\pm 70$ ml, TTV 130/90mmHg, pasien sudah mampu BAK spontan.

### 3.1.5 Data Bayi

1. Bayi lahir tanggal/ jam : 27-02-22/ 14.22 WIB
2. Jenis kelamin : Perempuan
3. Nilai APGAR : 8-9
4. BB/PB/Lingkar kepala bayi : 3600 gram/54 cm/34 cm
5. Kelainan Kepala : tidak ada kelainan kepala pada bayi
6. Suhu : 36.8<sup>0</sup>C
7. Anus: berlubang/~~tertutup~~
8. Perawatan tali pusat : tali pusat terbungkus kasa
9. Perawatan mata : mendapatkan perawatan mata dengan salep Gentamicin

### 3.1.6 Riwayat Keluarga Berencana :

1. Melaksanakan KB : () ya (  ) tidak
2. Bila ya jenis kontrasepsi apa yang digunakan : Pil
3. Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : 2 tahun yang lalu sekitar 2020
4. Masalah yang terjadi : tidak ada masalah yang terjadi

### 3.1.7 Riwayat Kesehatan :

1. Penyakit yang pernah dialami ibu : ibu mengatakan tidak pernah memiliki riwayat penyakit sebelumnya
2. Pengobatan yang didapat : mendapatkan obat Pamol dan Etabion
3. Riwayat penyakit keluarga
  - a. (-) Penyakit Diabetes Mellitus

- b. (-) Penyakit jantung
- c. (-) Penyakit hipertensi
- d. (-) Penyakit lainnya : tidak ada

### **3.1.8 Riwayat Lingkungan :**

- 1. Kebersihan : Pasien mengatakan kebersihan lingkungan terjaga
- 2. Bahaya : Pasien mengatakan tidak ada bahaya di lingkungan sekitar
- 3. Lainnya sebutkan : Tidak ada

### **3.1.9 Aspek Psikososial :**

- 1. Persepsi ibu tentang persalinan saat ini: pasien mengatakan persalinan ini jauh lebih mudah dari pada sebelumnya
- 2. Harapan yang ibu inginkan: pasien mengatakan ingin membesarkan anaknya dengan suaminya
- 3. Ibu tinggal dengan siapa: pasien mengatakan ia tinggal bersama suami dan mertuanya
- 4. Siapakah orang yang terpenting bagi ibu: pasien mengatakan orang yang terpenting yaitu suami dan anak
- 5. Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini: pasien mengatakan baik dan menerima kondisi yang saat ini pasien alami
- 6. Kesiapan mental untuk menjadi ibu : (√) ya, ( ) tidak

### 3.1.10 Kebutuhan Dasar Khusus (di Rumah dan di RS) :

#### 1. Pola Nutrisi

	(SMRS)	(MRS)
a. Frekuensi Makan	3x/sehari	3x/sehari
b. Nafsu Makan	Baik	Baik
c. Jenis Makanan Rumah	Nasi dan lauk pauk	Nasi, Sayur, Lauk
d. Makanan yang tidak disukai/alergi/pantangan	Tidak ada alergi/pantangan	Tidak ada alergi

#### 2. Pola Eliminasi

##### a. BAK

1) Frekuensi	9x/sehari	5x/sehari
2) Warna	Kuning	Kuning
3) Keluhan saat BAK	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

##### b. BAB

1) Frekuensi	1x/sehari	
2) Warna	Kuning kecoklatan	
3) Bau	Tidak berbau	Belum BAB
4) Konsistensi	Lunak	
5) Keluhan	Tidak ada	

#### 3. Pola Personal Hygiene

##### a. Mandi

1) Frekuensi	2x/sehari	1x/sehari (seka)
2) Memakai Sabun	Ya	Tidak

##### b. Oral Hygiene

1) Frekuensi	2x/sehari	1x/sehari
2) Waktu	Ya	Ya
c. Cuci Rambut		
1) Frekuensi	2hari/sehari	Belum cuci rambut
2) Waktu	Ya	Tidak
4. Pola Istirahat dan Tidur		
a. Lama Tidur	7 jam/24jam	8jam/24 jam
b. Kebiasaan sebelum tidur	Tidak ada	Tidak ada
c. Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
5. Pola Aktivitas dan Latihan		
a. Kegiatan dalam pekerjaan	Mengurus rumah	Mobilisasi dini
Waktu bekerja		
b. Olahraga	Pagi dan Sore	
1) Jenisnya		Tidak pernah
2) Frekuensi	Jalan kaki	
c. Kegiatan waktu luang	1x/sehari	
d. Keluhan dalam beraktifitas		
6. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan		
a. Merokok	Tidak merokok	Tidak merokok
b. Minuman keras	Tidak meminum	Tidak meminum
c. Ketergantungan obat	Tidak	Tidak
	ketergantungan	ketergantungan
	obat	obat

### 3.1.11 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Baik  
Kesadaran : Composmentis  
Tekanan darah : 130/90mmHg Nadi : 90x/menit  
Respirasi : 20x/menit Suhu : 36,8°C  
Berat badan : 60 kg Tinggi badan : 163 cm

Kepala, mata kuping, hidung dan tenggorokan :

1. Kepala :

- a. Bentuk : Simetris
- b. Keluhan : Tidak ada keluhan

2. Mata :

- a. Kelopak mata : Normal
- b. Gerakan mata : Simetris
- c. Konjungtiva : Anemis
- d. Sklera : Putih/tidak ikterik
- e. Pupil : Isokor
- f. Akomodasi : Maksimal
- g. Lainnya  
sebutkan : Tidak ada

3. Hidung :

- a. Reaksi alergi : Pasien mengatakan tidak ada alergi
- b. Sinus : Pasien mengatakan tidak ada sinus
- c. Lainnya sebutkan : Tidak ada

## 4. Mulut dan Tenggorokan :

- a. Gigi geligi: tampak bersih gigi geligi pasien tanpa caries
- b. Kesulitan menelan: pasien tidak memiliki kesulitan dalam menelan
- c. Lainnya sebutkan: tidak ada

## 5. Dada dan Axilla

- a. Mammae : membesar () ya () tidak
- b. Areolla mammae : Aerolla mammae hiperpigmentasi
- c. Papila mammae : Papila mammae menonjol berwarna coklat kehitaman
- d. Colostrum : Pasien mengatakan colostrum belum keluar

## 6. Pernafasan

- a. Jalan nafas : Tidak ada sumbatan jalan napas
- b. Suara nafas : Vesikuler
- c. Menggunakan otot  
otot bantu pernafasan : Tidak ada penggunaan otot bantu napas
- d. Lainnya sebutkan : Tidak ada

## 7. Sirkulasi jantung

- a. Kecepatan denyut apical : 80x/menit
- b. Irama : Vesikuler
- c. Kelainan bunyi jantung : Tidak ada kelainan bunyi jantung
- d. Sakit dada : Tidak ada sakit dada
- e. Timbul : Tidak ada
- f. Lainnya sebutkan : Tidak ada

## 8. Abdomen

- a. Tinggi fundus uterus: 2 jari dibawah pusat
- b. Kontaksi Uterus : ya/~~tidak~~
- c. Bising usus : bising usus positif
- d. Bekas Operasi : tidak ada bekas operasi
- e. Kandung Kemih : terasa penuh

9. Perineum dan Genital

- a. Integritas Vagina :
- b. Perineum : Terdapat luka episiotomi
- c. Tanda REEDA
  - R:Rednes : ya/~~tidak~~
  - E:Edema : ya/~~tidak~~
  - E: Echimosis : ya/~~tidak~~
  - D: Discharge : ya/~~tidak~~
  - A: Approximate : baik/~~tidak~~
- f. Lokia : jumlah  $\pm 1$  kortex warna : Merah bau :anyir
- g. Hemorrhoid : derajat/lokasi/nyeri : tidak ada haemoroid

10. Ekstrimitas (integumen/muskuloskeletal)

- 1. Turgor kulit : Elastis
- 2. Warna kulit : Coklat
- 3. Edema : tidak terdapat edema pada kaki
- 4. Kontraktur pada persendian ekstrimitas : Tidak ada kontraktur pada persendian
- 5. Tanda Homan : +/-

6. Kesulitan dalam

Pergerakan : Pasien tidak mengalami kesulitan pergerakan

7. Lainnya sebutkan : Tidak ada

### **3.1.12 Kesiapan dalam perawatan bayi:**

1. Senam hamil: Pasien mengatakan sebelum melahirkan melakukan senam hamil
2. Rencana tempat melahirkan: Pasien mengatakan merencanakan melahirkan di rumah sakit
3. Perlengkapan kebutuhan bayi dan ibu: Pasien sudah mempersiapkan popok bayi, baju dan bedong
4. Kesiapan mental ibu dan keluarga: Ibu dan keluarga siap untuk mengasuh anak dengan sepenuh hati
5. Pengetahuan tentang tanda melahirkan, cara menangani nyeri dan proses persalinan: Ibu mengatakan mengetahui tentang tanda kelahiran karena kelahiran ini merupakan kelahiran yang kedua tetapi ibu kurang kooperatif ketika diberi edukasi atau arahan tentang bagaimana cara mengurangi rasa nyeri persalinan,



### 3.1.13 Data Penunjang

#### 1. Laboratorium :

27 Februari 2022/08.51			
	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
<b>Darah Lengkap</b>			
<b>Leukosit</b>	<b>11.02 (H)</b>	$10^3/\mu\text{L}$	4.00-10.00
Eosinofil#	0.06	$10^3/\mu\text{L}$	0.02-0.50
Eosinofil%	0.60	%	0.5-0.50
Basofil#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.10
Basofil%	0.1	%	0.0-1.0
Neutrofil#	<b>8.84 (H)</b>	$10^3/\mu\text{L}$	2.00-7.00
Neutrofil%	<b>80.20 (H)</b>	%	50.0-70.0
Limfosit#	1.75	$10^3/\mu\text{L}$	0.80-4.00
Limfosit%	<b>15.90 (L)</b>	%	20.0-40.0
Monosit#	0.36	$10^3/\mu\text{L}$	0.12-1.20
Monosit%	3.20	%	3.0-12.0
IMG#	5.04	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-999.99
IMG%	11.80 (L)	%	0.00-100.0
<b>Hemoglobin</b>	<b>11.80 (L)</b>	g/dL	12-15
Hematokrit	<b>35.20 (L)</b>	%	37.0-47.0
<b>Eritrosit</b>	4.25	$10^6/\mu\text{L}$	3.50-5.00
MCV	82.8	fL	80-100
MCH	27.6	Pg	26-34
MCHC	33.4	g/dL	32-36
RDW_CV	14.8	%	11.0-16.0
RDW_SD	46.9	fL	35.0-56.0
<b>Trombosit</b>	313.00	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
MPV	8.1	fL	6.5-12.0
PDW	15.2	%	15-17
PCT	<b>0.253 (L)</b>	$10^3/\mu\text{L}$	1.08-2.82
P-LCC	44.0	$10^3/\mu\text{L}$	30-90
P-LCR	13.9	%	11.0-45.0

Tabel 3.1.13 Hasil laboratorium

## 2. Obat

28 Februari 2022		
Terapi	Dosis	Indikasi
Pamol	250mg	Untuk pereda nyeri sebagai antipiretik dan analgesik
Etabion	1 tab	Untuk mencegah dan mengobati kekurangan darah

Surabaya, 29 Februari 2022

Pemeriksa

(Fira Veronika)

### 3.2 ANALISA DATA

NAMA KLIEN : Ny.E

Ruangan / kamar : F1/4.4

UMUR : 32 tahun

No. Register :62-XX-XX

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	Ds. Pasien mengatakan nyeri di daerah luka jahitan dengan skala 3 pada saat bergerak dan rasanya seperti ditusuk-tusuk Do. 1. Pasien tampak meringis Pasien tampak gelisah	Luka episiotomi	Nyeri Akut (SDKI D.0077 Hal 172)
2.	Ds. Pasien mengatakan colostrum belum keluar Do. 1. ASI tidak menetes/memancar 2. Tidak ada bendungan ASI	Ketidakadekuatan suplai ASI	Menyusui Tidak Efektif (SDKI D.0029 Hal 75)
3.	Ds. - Do. 3. Terdapat kontraksi uterus 4. Terdapat luka episiotomi 5. Payudara membengkak	Involusi Uterus	Ketidaknyamanan Pasca Partum (SDKI D.0075 Hal 168)
4.	Ds. Didaptkan hasil lab hemoglobin 11.80 Do. -	Penurunan Hemoglobin	Resiko Infeksi (SDKI 0142 Hal 304)

### 3.3 PRIORITAS MASALAH

NAMA KLIEN : Ny.E

Ruangan / kamar : F1/4.4

UMUR : 32 tahun

No. Register : 62-XX-XX

No	Diagnosa keperawatan	TANGGAL		Nama perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri akut berhubungan dengan luka jahitan perineum (SDKI D.0077 Hal 172)	28/02/22	29/02/22	FV
2.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (SDKI D.0029 Hal 75)	28/02/22	29/02/22	FV
3.	Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus	28/02/22	29/02/22	FV
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan hemoglobin (SDKI 0142 Hal 304)	28/02/22	29/02/22	FV



### 3.4 RENCANA KEPERAWATAN

Nama Klien :Ny.E

No Rekam Medis :62-XX-XX

Hari Rawat Ke : 1

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Rencana Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan luka jahitan perineum (SDKI D.0077 Hal 172)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x6jam, diharapkan tingkat nyeri menurun (SLKI .08066 Hal 145).            Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> </ol> <p>Kesulitan tidur menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri (SIKI I.08238 Hal 201)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon non verbal</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memeperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>2. Anjurkan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>	<p>Agar pasien dapat menyebutkan sehingga perawat tau bagaimana yang harus dilakukan</p>

			Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>	
2.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (SDKI D.0029 Hal 75)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x6jam, diharapkan status menyusui membaik (SLKI L.03029 Hal 118). Dengan kriteria hasil: 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu membaik 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar membaik 3. Tetesan/panacaran ASI membaik 4. Suplai ASI adekuat	Edukasi Menyusui (SIKI I.12393 Hal 71)  Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui  Terapeutik: 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 3. Libatkan sistem pendukung  Edukasi: 1. Berikan konseling menyusui 2. Ajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 3. Ajarkan perawatan payudara post partum	1. Agar pasien mampu menerima informasi yang diberikan 2. Agar pasien mempunyai motivasi untuk menyusui 3. Agar bayi nyaman serta tidak terena bakteri yang dapat membuat bayi terkena
3.	Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus (SDKI D.0076 Hal 168)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x6jam diharapkan perasaan nyaman setelah melahirkan meningkat (SLKI L.07061) Dengan kriteria hasil: 1. Merinis meningkat	Terapi Relaksasi (I.09326)  Obervasi: 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Monitor renspon terhadap terapi relaksasi  Terapeutik:	

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Luka episiotomi meningkat</li> <li>3. Kontraksi uterus meningkat</li> <li>4. Payudara membengkak menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang tanpa dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang, jika memungkinkan</li> <li>2. Gunakan pakaian longgar</li> <li>3. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgesik atau tindakan medis yang lain, jika sesuai</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia</li> <li>2. Anjurkan memilih posisi nyaman</li> <li>3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</li> <li>5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi</li> </ol>	
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (SDKI 0142 Hal 304)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x6jam diharapkan tingkat kontrol resiko meningkat (SLKI L.14128 Hal 60). Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mencari informasi tentang resiko meningkat</li> </ol>	<p>Pencegahan Infeksi (I. 14539) Hal 278</p> <p>Observasi: Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik: Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar pasien mengetahui bagaimana tanda dan gejala terinfeksi</li> <li>2. Agar pasien tidak terlalu terkena sehingga tidak sampai infeksi</li> </ol>



		<ol style="list-style-type: none"><li>2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat</li><li>3. Kemampuan untuk melakukan strategi kontrol resiko meningkat</li><li>4. Kemampuan untuk mengubah perilaku meningkat</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Anjarkan cara memeriksa kondisi luka</li><li>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li><li>4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li></ol>	
--	--	---	--	--

### 3.5 TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN

NAMA KLIEN : Ny.E

Ruangan / kamar : F1/4.4

UMUR : 32 tahun

No. Register : 62-XX-XX

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT Perawat	Tanggal dan Waktu	Catatan Perkembangan	TT Perawat
1,2,3	28/02/22 07.00	1. Melakukan timbang terima	FV		Diagnosa 1:	
1,2,3	08.00	2. Melakukan pengkajian Didapatkan hasil: Pasien Ny.E usia 32 tahun, beragama islam, melahirkan anak ke dua Diagnosa medik P2012 Spontan B	FV	14.00	S. pasien mengeluh nyeri skala 3 pada luka bekas jahitan pada saat bergerak dan rasanya seperti ditusuk-tusuk	FV
1,2	09.45	3. Berikan posisi nyaman pada pasien	FV		O.	
1,2,3	10.00	4. Melakukan observasi TTV didapatkan hasil: TD : 130/85 Nadi 83 Suhu : 36.5 SpO2 : 99% GCS : 456 RR : 18	FV	14.00	1. Pasien tampak meringis 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien sulit tidur 4. obsevasi keadaan pasien dan TTV	FV
1,2,3	10.25	5. Melakukan observasi TFU : 2 jari dibawah pusat UC : terba keras Perdarahan : ±70ml	FV	14.00	TD : 130/85 Nadi 83 Suhu : 36.5 SpO2 : 99% GCS : 456 RR: 18	
1	11.00	6. Memberikan dukungan pada ibu untuk semangat menyusui	FV	14.00	TFU :2 jari dibawah pusat Perdarahan : ±70ml	
2	11.30	7. Mengidentifikasi lokasi nyeri, skala, intensitas Didaparkan hasil:	FV		A. Masalah belum teratasi	FV

		Skala nyeri 3, nyeri dibagian luka jahitan pada saat bergerak dan rasannya seperti ditusuk tusuk	FV		P. Intervensi dilanjutkan, no 1,3,4,5,6,9	FV
2	11.45	8. Mengajarkan teknik tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri	FV			
1	11.55	9. Mengajarkan perawatan payudara post partum				
1,2,3	12.15	10. Memberikan obat oral Pamol 1x250mg Etabion 2x1 tablet	FV			
3	12.40	11. Mengajarkan pada ibu untuk mengetahui tanda-tanda infeksi				
1,2,3	14.00	12. Melakukan timbang terima dengan dinas pagi	SC (Perawat F1)		Diagnosa 2 :	
1,2,3	15.00	13. Memberikan posisi nyaman pada pasien	SC (Perawat F1)	14.00	S. Pasien mengatakan colostrum belum keluar serta pada saat pengajian pasien mengatakan pasien cemas karena ASI hanya keluar sedikit	FV
1,2,3	15.10	14. Melakukan observasi TTV didapatkan hasil: TD : 130/80 Nadi : 85 Suhu : 36.8 SpO2 : 99% GCS : 456 RR : 18	SC (Perawat F1)	14.00	O. 1. ASI tidak menetes/memancar 2. Bayi tidak mampu melekat pada ibu 3. Bayi tidak mampu menghisap terus menerus	FV
2,3	15.15	15. Melakukan observasi keadaan ibu Dengan hasil: Keadaan umum baik TFU : 2 jari dibawah pusat UC : baik (teraba keras)	SC (Perawat F1)	14.00	A. Masalah belum tertasi	
2	16.45	16. Memberikan dukungan kepada ibu untuk semangat menyusui	SC (Perawat F1)	14.00	P. Intervensi dilanjutkan	
2	18.00	17. Memberikan edukasi kepada keluarga untuk menemani dan	SC (Perawat F1)			

1,2,3	18.15	memberikan semangat pada proses menyusui 18. Memberikan terapi obat oral Pamol 1x250mg dan Etabion	SC (Perawat F1)	14.00	Diagnosa 3 S. Ibu mengatakan sudah sedikit paham tentang apa yang dijelaskan	FV
1,2,3	21.00	19. Timbang terima dengan dinas sore Keadaan umum baik Pasien terpasang infus	MS (Perawat F1)	14.00	O. Pasien menganggu dan mencoba mempragakan dengan apa yang dijelaskan	FV
3	21.30	20. Melakukan observasi kondisi pasien TFU : 2 jari dibawah pusat UC : teraba keras Perdarahan : ±50ml	MS (Perawat F1)	14.00	A. Masalah teratasi sebagian	FV
2	22.00	21. Membantu pasien meneteke dengan benar	MS (Perawat F1)	14.00	P. Intervensi dihentikan	FV
1,4	24.00	22. Memberikan terapi obat oral Pamol 1x250mg	MS (Perawat F1)			
1,2,3,4	06.00	23. Melakukan observasi TTV Didapatkan hasil: TD : 134/85mmHg Nadi : 82 Suhu : 35.3 SpO2 : 96 GCS : 456 RR : 18	MS (Perawat F1)			
1,2	29/02/22 07.00	1. Melakukan timbang terima Keadaan umum baik TFU : 2 jari dibawah pusat UC : teraba keras Pasien mampu melakukan BAK spontan Pasien mampu melakukan mobilisasi dini	FV FV  FV	14.00	Diagnosa 1 S. Skala nyeri 2, nyeri dibagian luka jahitan pada saat bergerak dan rasanya seperti ditusuk tusuk, pasien mengatakan mampu untuk mengatasi nyeri dengan tarik nafas dalam jika nyerinya kambuh	FV
1,2,3	07.30	2. Berikan posisi nyaman pada pasien			O. 1. gelisah pasien sedikit berkurang	FV
1,2,3	08.00	3. Melakukan observasi TTV didapatkan hasil:				

		TD : 120/70 Nadi 79 Suhu : 36 SpO2 : 99% GCS : 456 RR : 22	FV	14.00	2. kecemasan pasien tampak sedikit berkurang	FV
2	08.49	4. Memberikan dukungan pada ibu untuk semangat menyusui	FV	14.00	3. melakukan observasi pada pasien	FV
1	09.05	5. Mengidentifikasi lokasi nyeri, skala, intensitas Didapatkan hasil: Skala nyeri 2, nyeri dibagian luka jahitan pada saat bergerak dan rasanya seperti ditusuk tusuk	FV	14.00	TTV TD : 120/70 Nadi :79 Suhu : 36 SpO2 : 99% GCS : 456 RR: 22 TFU :2 jari dibawah pusat Perdarahan : ±50ml UC : teraba keras Pasien mampu mobilisasi dini Pasien mampu BAK spontan	FV
1	10.00	6. Mengajarkan teknik tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri	FV		A. Masalah teratasi sebagian	
2	11.30	7. Mengajarkan perawatan payudara post partum	FV		P. Intervensi dihentikan (pasien KRS)	
1,2,4	12.00	8. Memberikan obat oral Pamol 1x250mg dan Etabion	FV		Diagnosa 2	
1,2,3	12.30	9. Melepas infus Dikarenakan tangan pasien bengkak dengan acc KRS dari dokter	FV		S. Pasien mengatakan colostrum masih belum keluar serta pada saat pengajian pasien mengatakan pasien ASI hanya keluar tetap masih sedikit yang keluar	FV
1,2,3	12.45	10. KIE Vulva Hygiene, KIE menyusui dengan benar, mencuci tangan, cebok yang benardan menjelaskan waktu kontrol	FV	14.00	O. 1. ASI tampak tidak memancar 2. Bayi tidak mampu melekat pada ibu	FV
1,2,3	13.00	11. Mengedukasi tentang anjurkan minum sesering mungkin, diet tinggi kalori tinggi protein, makan sayur dan buah, sesering mungkin mencoba menyusui bayi.	FV	14.00		

				14.00	3. Bayi tidak mampu menghisap terus menerus	FV
				14.00	A. Masalah belum tertasi	FV
				14.00	P. Intervensi dihentikan (pasien KRS)	

## BAB 4

### PEMBAHASAN

#### 4.1 Pengkajian

Pasien seorang perempuan berusia 32 tahun seorang anak terakhir dari dua bersaudara dan beragama Islam. Pasien datang ke ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 27 Februari 2022 pukul 10.16 WIB dengan mertuanya. Pasien hamil dengan usia kehamilan 39 minggu datang ke IGD dengan keluhan perut serasa kencang-kencang semakin sering tiap 10 menit 2x15 detik serta air ketuban sudah merembes.

Menurut penelitian (Legawati, 2018) ketuban pecah dini (KPD) di definisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan, pada keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini. Menurut Rahayu & Sari (2017) wanita yang telah melahirkan beberapa kali maka akan lebih berisiko tinggi mengalami KPD pada kehamilan berikutnya. Penulis berasumsi bahwa berbahaya jika ibu tidak menyadari bahwa ketubannya pecah yang akan berdampak yang lebih serius yang mengancam jika bayi serta ibunya, alangkah baiknya diperlukan pelaksanaan dan pendeteksian sedini mungkin dan juga sebagai langkah preventif hendaknya tenaga kesehatan lebih meningkatkan komunikasi, edukasi dan motivasi pada ibu untuk melakukan pemeriksaan rutin untuk mengidentifikasi komplikasi yang mungkin saja terjadi.

Selain ketuban pecah dini terdapat faktor lain yang akan membahayakan ibu post partum, seperti tidak adanya kontraksi uterus atau kembalinya kesemula organ-organ seperti sebelum hamil. Menurut (Eny Astuti, 2022) involusi uterus adalah

kembalinya uterus pada keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi. Involusi ini dapat mengecilkan rahim setelah persalinan agar kembali ke bentuk asal dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi proses involusi diantaranya menyusui, mobilisasi dini, status gizi usia dan paritas. Proses involusi ini terjadi pada semua ibu nifas. Setiap kehamilan rahim mengalami pembesaran terjadi peregangan otot-otot rahim selama 9 bulan kehamilan. Semakin sering ibu hamil dan melahirkan, semakin dekat jarak kehamilan dan kelahiran, elastisitas uterus semakin terganggu, akibatnya uterus tidak mengakibatkan lamanya proses pemulihan organ reproduksi (involusi) pasca salin. Penulis berasumsi bahwa pada ibu nifas atau post partum involusi uterus merupakan proses yang sangat penting karena ibu memerlukan perawatan yang khusus, bantuan dan pengawasan demi pulihnya kesehatan seperti sebelum hamil. Salah satu indikator dalam proses involusi adalah tinggi fundus uteri. Apabila fundus uteri berada diatas batas normal maka hal ini menandakan di dalam rahim terjadi sesuatu, maka perlu dilakukan pemeriksaan yang lebih lanjut untuk mengetahui penyebab terjadinya proses involusi berjalan lebih lambat.

Didapatkan data pasien mengatakan pasien mengatakan nyeri di daerah luka jahitan dengan skala 3 pada saat bergerak dan rasanya seperti ditusuk-tusuk. Menurut (WHO, 2020) hampir 90% persalinan normal itu mengalami robekan perineum baik dengan atau tanpa episiotomi. Episiotomi adalah insisi yang sengaja dibuat untuk mempermudah kelahiran bayi dilakukan perineum antara vagina dan anus. Robekan perineum terjadi secara spontan maupun robekan melalui tindakan episiotomi, robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan



tidak jarang juga terjadi pada persalinan berikutnya. Episiotomi dapat dilakukan atas indikasi/pertimbangan pada persalinan pervaginam pada penyulit (sungsang, distosia bahu, ekstraksi cunam, vakum), penyembuhan ruptur perineum tingkat III-IV yang kurang baik, gawat janin, dan perlindungan kepala bayi prematur jika perineum ketat/kaku. Menurut (Syalfina, 2021) Kejadian infeksi pada ibu nifas yang terbanyak disebabkan luka jahitan pada perineum yang terinfeksi, perawatan luka perineum (vulva hygiene) penting dilakukan untuk mempertahankan kebersihan perineum, mencegah keputihan yang berbau tidak dan gatal, mempertahankan normalitas pH vagina, mencegah terjadinya infeksi post partum. Penulis berasumsi bahwa jika pasien merasakan tanda-tanda infeksi yang terjadi pada luka episiotom harus segera diperiksakan, jika nyeri atau tanda infeksi dibiarkan terus-menerus dapat menyebabkan komplikasi lebih dari sekedar infeksi episiotomi.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya berisi teori, namun pada kenyataannya dilapangan, analisa data disesuaikan dengan keluhan-keluhan yang telah dialami pasien. Diagnosis keperawatan yang tertuang dalam tinjauan kasus antara lain:

1. Nyeri akut berhubungan dengan luka episiotomi (D.0077)

Pada hasil observasi didapatkan nyeri di daerah luka jahitan dengan skala 3 pada saat bergerak dan rasanya seperti ditusuk-tusuk, wajah tampak meringis dan gelisah. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan

berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang lebih 3 bulan yang memiliki tanda dan gejala mayor secara objektif tampak meringis (SDKI, 2016). Menurut penulis, nyeri akut berhubungan dengan luka episiotomi perlu diatasi, jika nyeri tidak segera ditangani akan mempengaruhi aktivitas ibu, yang menyebabkan terbatasnya pergerakan sehingga ibu susah untuk memberikan ASI kepada bayi karena ibu merasakan nyeri saat bergerak dan tidak dapat mobilisasi secara bebas.

2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)

Pada diagnosa yang pertama, didapatkan hasil data subjektif colostrum belum keluar. Pada diagnosa menyusui tidak efektif dapat di definisikan sebagai kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui dan terdapat gejala mayor ASI tidak menetes atau memancar (SDKI, 2016). Tidak jarang pada ibu post partum bisa mengalami hal tersebut sehingga ibu harus menangani dengan tenang serta tidak perlu merasa khawatir.

3. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus (D.0075)

Pada hasil observasi didapatkan data objektif pada pasien terdapat kontraksi uterus, terdapat luka episiotomi dan terlihat payudara membengkak. Umumnya ketidaknyamanan pasca partum ialah perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan ditandai dengan tanda dan gejala mayor seperti kontraksi

uterus, luka episiotomi, payudara bengkak, tampak meringis serta terdapat gejala dan tanda minor yaitu tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, berkeringat berlebihan, menangis atau merintih dan terdapat haemorroid serta kondisi klinis pasca persalinan (SDKI, 2016). Masalah ini perlu di angkat agar involusi uterus kembali seperti sebelum hamil, jika tidak ada kontraksi uterus maka akan menyebabkan infeksi yang berkelanjutan hingga menyebabkan resiko yang lebih serius.

4. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan hemoglobin (D.0142)  
Didapatkan data objektif penurunan hemoglobin 11.80. Resiko infeksi merupakan sesuatu yang menimbulkan resiko yang mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI, 2016). Dari data yang penulis temukan yaitu Ny.E hamil dengan anemia ringan, kurangnya energi merupakan penyebab ibu mengalami perubahan pola pikir dan pada kasus tersebut ibu tidak mengerti penyebab anemia dalam kehamilannya serta tidak mengetahui manfaat makan buah dan sayur.

### **4.3 Perencanaan**

Setelah penulis menentukan diagnosis keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien, selanjutnya penulis merumuskan rencana tindakan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dalam merumuskan perencanaan, penulis merumuskan tindakan-tindakan keperawatan berda sarkan diagnosis yang sesuai dengan kondisi pasien, selain itu penulis mencantumkan tujuan dan kriteria hasil pada setiap diagnosis yang ada pada pasien. Adapun fungsi

dari penulisan tujuan dan kriteria hasil adalah untuk menilai berhasil atau tidaknya asuhan keperawatan yang penulis lakukan pada klien. Penulis memberikan asuhan kepada pasien kurang lebih selama tiga hari terhitung mulai tanggal 28-29 Februari 2022. Adapun perencanaan keperawatan yang penulis susun sebagai berikut :

diagnosis nyeri akut berhubungan dengan luka jahitan perineum setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x6jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Diagnosis kedua menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x6jam, diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil perlekatan bayi pada payudara ibu membaik, kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar membaik, Tetesan/pancaran ASI membaik, suplai ASI adekuat. Diagnosa ketiga resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x6jam diharapkan tingkat kontrol resiko meningkat dengan kriteria hasil kemampuan mencari informasi tentang resiko meningkat, kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat, kemampuan untuk melakukan strategi kontrol resiko meningkat, kemampuan untuk mengubah perilaku meningkat.

#### **4.4 Pelaksanaan**

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah realisasi dari perencanaan yang telah penulis susun berdasarkan kondisi pasien. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara terkoordinasi sesuai dengan rencana keperawatan yang telah penulis buat. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan penulis melakukan pendelegasian tindakan keperawatan kepada sesama teman sejawat dan para

perawat ruangan sesuai dengan shift, karena penulis tidak mungkin bisa mengikuti pasien secara langsung selama 24 jam. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, penulis mengadakan kerjasama dengan pihak perawat ruangan yang selalu memberikan arahan dan bimbingan. Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan untuk mengatasi empat diagnosis tersebut yaitu dengan mengobservasi TTV, memberikan dukungan pada ibu untuk semangat menyusui, memberikan posisi nyaman, mengajarkan teknik tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri, mengedukasi bagaimana cara perawatan payudara post partum, memberikan obat oral pamol dan etabion, mengedukasi bagaimana cara mengetahui tanda-tanda infeksi, pelepasan infus pada pasien dan mengedukasi bagaimana cara perawatan vulva hygiene serta apa yang dilakukan setelah KRS.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena evaluasi dapat dilakukan setelah mengetahui kondisi pasien secara langsung. Hasil evaluasi kasus berdasarkan masalah yang dihadapi pasien, empat diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka jahitan perineum, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, masalah pada pasien teratasi. Penulis menyadari bahwa adanya keterbatasan, adapun hasil evaluasi penulis terhadap pasien saat dirawat diruangan F1 adalah sebagai berikut: untuk diagnosis nyeri akut berhubungan dengan luka episiotomi, penulis tidak menemukan adanya peningkatan pada masalah tersebut pada tanggal 28/02/2022 didapatkan hasil pasien mengatakan mengeluh nyeri pada luka episiotomi dengan skala 3 pada saat bergerak dan rasanya seperti ditusuk-tusuk, didapatkan hasil evaluasi pada tanggal

29/02/22 nyeri berkurang dengan skala 2 dan didapatkan dan subjektif kecemasan pasien tampak berkurang, pasien tak tampak gelisah dan masalah teratasi sebagian (pasien KRS). Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, pada diagnosa tersebut didapatkan hasil evaluasi pada tanggal 29/06/2022 didapatkan data colostrum masih belum keluar. Masalah yang terjadi pada diagnosis kedua tetap belum teratasi tetapi intervensi yang dilakukan perawat dihentikan dikarenakan pasien KRS. Diagnosis ke tiga resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, pada diagnosis tersebut dikarenakan pasien sudah memahami edukasi yang telah diberikan pada saat pasien diedukasi sehingga pada tanggal 28/02/22 diagnosa ketiga ini masalah keperawatan teratasi.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Post Partum Spontan B di Ruang F1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

#### **5.1 Simpulan**

##### **1. Pengkajian**

Pada pengkajian didapatkan data pasien Ny.E berusia 32 tahun post partum hari ke 1 ASI pasien tidak keluar, pasien mengatakan nyeri di daerah luka jahitan dengan skala 3 pada saat bergerak dan rasanya seperti ditusuk-tusuk.

##### **2. Diagnosa**

Pada pasien ini muncul beberapa diagnosa yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, nyeri akut berhubungan dengan luka episiotomi, ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus dan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

##### **3. Intervensi**

Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama suplai ASI adekuat, keluhan nyeri menurun, kontraksi uterus meningkat dan mampu mengontrol resiko nyeri.

##### **4. Implementasi**

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah mengobservasi TTV, memberikan dukungan pada ibu untuk semangat menyusui, memberikan posisi nyaman, mengajarkan teknik tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri, mengedukasi bagaimana cara perawatan payudara post partum dan mengajarkan mengidentifikasi infeksi pada luka episiotomi secara mandiri

#### 5. Evaluasi

Hasil evaluasi pada tanggal 28 Februari 2022, didapatkan hasil nyeri berkurang dengan skala 2 dan didapatkan dan subjektif kecemasan pasien tampak berkurang, pasien tak tampak gelisah, pasien masih belum mengeluarkan ASI dan pasien memahami apa yang telah di edukasi oleh perawat. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa mekanisme coping pasien berada pada level adaptif sehingga pasien dipulangkan dengan kondisi yang adaptif

### 5.2 Saran

1. Untuk pencapaian 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, ketrampilan yang cukup serta dapat berkerja sama dengan tim kesehatan yang lainnya dengan memperhatikan asuhan keperawatan pada klien yang morbili



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 pemahaman perawat terhadap konsep manusi secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- APN. 2016. Buku Acuhan Persalinan Normal. Jakarta: JNPK-KR.
- Arma, N. 2015. Bahan Ajar Obstetri Fisiologi. Asuhan Keperawatan Antenatal Intranatal dan Bayi Baru Lahir Fisiologis Dan Patologis.
- Aspiani, Reni Yuli. 2017. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: Trans Info Media.
- Bobak. 2010. Konsep Post Partum
- Kumalasari, I. 2015. Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan. Antenatal Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi. Jakarta: Salemba
- Legawati. 2018. Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Malang: Wineka
- Maritalia, Dewi. 2017. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Putri, Eniyati. 2012. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Rahayu, Budi dan Ayu Novita Sari. 2017. "Studi Deskriptif Penyebab Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) pada Ibu Bersalin." Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia 5 (2) : Hal 134
- Sukarni, IK., Wahyuni, P. 2013. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: Nuhu Medika
- Sulistiyawati dan Nugraheny. 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin. Yogyakarta: Salemba Medika
- Sondakh, Jenny, JS. 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Erlangga
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Edisi 1. Persatuan Perawat Indonesia. Jakarta.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Edisi 1. Persatuan Perawat Indonesia. Jakarta.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Edisi 1. Persatuan Perawat Indonesia. Jakarta.
- Wahyuningsih, Sri. 2019. Buku Ajar Keperawatan Post Partum. Yogyakarta.

Walyani, ES dan Purwoastuti, E. 2017. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Besalin.  
Yogyakarta: Salemba Medika

Lampiran 1

***CURRICULUM VITAE***

Nama : Fira Veronika  
NIM : 213.0073  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 02 Juli 1999  
Alamat : Babatan Indah B10/5  
Agama : Islam  
Riwayat Pendidikan :

1. TK RINA SURABAYA LULUS TAHUN 2009
2. SDN BABATAN IV/459 WIYUNG LULUS TAHUN 2011
3. SMPN 34 SURABAYA LULUS TAHUN 2014
4. SMA KARTIKA IV-3 SURABAYA LULUS TAHUN 2017
5. STIKES HANG TUAH SURABAYA LULUS TAHUN 2021

Lampiran 2

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

MOTTO :

“JANGAN KALAH DENGAN KEADAAN”

PERSEMBAHAN :

1. Terima kasih kepada Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kemudahan dan kelancaran dalam setiap proses penyusunan KIA ini.
2. Terima kasih kepada kedua orang tua saya (Mama Maria Kusharwati dan Papa Panji Santoso) yang senantiasa mendoakan serta memberikan restu dalam setiap proses yang telah saya lewati sampai detik ini, serta kakak dan adik saya (Yuniarini Kuspita Sari dan Della Amelia Paramitha Santoso) yang selalu memberikan semangat dalam penyusunan KIA ini.
3. Terima kasih kepada kekasih saya (Mohammad Ifan Fanani, S.AP) yang telah menjadi *moodbroster*, yang paling setia mendengarkan keluh kesah saya dan senantiasa memberikan saya *support*, semangat, doa serta setia menemani hingga pendidikan profesi Ners ini selesai.
4. Terima kasih kepada Ibu Umi Chanifah (Almrh) yang telah memberikan semangat untuk terus maju sehingga KIA ini dapat terselesaikan.
5. Terima kasih kepada kakek dan nenek saya, yang telah senantiasa mendukung apapun langkah yang saya pilih.
6. Terima kasih kepada teman kelompok KIA saya (Esa Adipura, Moch Vikri dan Alifa Nur Ayni) yang telah memotivasi saya agar KIA ini terselesaikan.

## Lampiran 3

**SOP VULVA HYGIENE**

<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR VULVA HYGIENE</b>	
<b>PENGERTIAN</b>	Memberikan tindakan pada vulva untuk menjaga kebersihannya
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mencegah terjadinya infeksi di daerah vulva, perineum maupun anus</li> <li>2. Untuk penyembuhan luka perineum/jahitan pada perineum</li> <li>3. Untuk kebersihan perineum dan vulva</li> <li>4. Memberikan rasa nyaman pasien</li> </ol>
<b>KEBIJAKAN</b>	Dilakukan pada ibu setelah melahirkan
<b>PETUGAS</b>	Perawat
<b>PERALATAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oleum coccus yang hangat (direndam dalam air hangat)</li> <li>2. Kapas</li> <li>3. Handuk besar: 2 buah</li> <li>4. Peniti: 2 buah</li> <li>5. Air hangat dan dingin dalam baskom</li> <li>6. Waslap: 2 buah</li> <li>7. Bengkok</li> </ol>
<b>PROSEDUR PELAKSANAAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Tahap Pra Interaksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan verifikasi program pengobatan klien</li> <li>b. Mencuci tangan</li> <li>c. Menyiapkan alat</li> </ol> </li> <li>2. <b>Tahap Orientasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan salam kepada pasien dan sapa nama pasien</li> <li>b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga</li> <li>c. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan</li> </ol> </li> <li>3. <b>Tahap Kerja</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memasang sampiran/menjaga privacy</li> <li>b. Memasang selimut mandi</li> <li>c. Mengatur posisi pasien dorsal recumbent</li> <li>d. Memasang alas dan perlak dibawah pantat</li> <li>e. Gurita dibuka, celana dan pembalut dilepas bersamaan dengan pemasangan pispot, sambil memperhatikan lochea. Celana dan pembalut dimasukkan dalam tas plastic yang berbeda</li> <li>f. Pasien disuruh BAK/BAB</li> <li>g. Perawat memakai sarung tangan kiri</li> <li>h. Mengguyur vulva dengan air matang</li> <li>i. Pispot diambil</li> <li>j. Mendekatkan bengkok ke dekat pasien</li> <li>k. Memakai sarung tangan kanan, kemudian mengambil kapas basah. Membuka vulva dengan ibu jari dan jari telunjuk kiri</li> <li>l. Membersihkan vulva mulai dari labia mayora kiri, labia mayora kanan, labia minora kiri, labia minora</li> </ol> </li> </ol>

	<p>kanan, vestibulum, perineum. Arah dari atas ke bawah dengan kapas basah (1 kapas, 1 kali usap)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>m. Perhatikan keadaan perineum. Bila ada jahitan, perhatikan apakah lepas/longgar, bengkak/iritasi. Membersihkan luka jahitan dengan kapas basah</li><li>n. Menutup luka dengan kassa yang telah diolesi salep/betadine</li><li>o. Memasang celana dalam dan pembalut</li><li>p. Mengambil alas, perlak dan bengkok</li><li>q. Merapikan pasien, mengambil selimut mandi dan memakaikan selimut pasien</li></ul> <p>4. <b>Tahap Terminasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Mengevaluasi hasil tindakan yang baru dilakukan</li><li>b. Berpamitan dengan pasien</li><li>c. Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula</li><li>d. Mencuci tangan</li><li>e. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan</li></ul>
--	--

## Lampiran 4

**SOP CARA MENYUSUI YANG BENAR**

<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL(SPO) CARA MENYUSUI YANG BENAR</b>	
<b>PENGERTIAN</b>	Perlindungan promosi dan mendukung pemberian ASI
<b>TUJUAN</b>	Meningkatkan keberhasilan pemberian ASI
<b>KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memiliki kebijakan tertulis mengenai pemberian ASI, yang secara rutin disampaikan kepada semua petugas kesehatan.</li> <li>2. Melatih semua petugas kesehatan agar memiliki keterampilan yang dibutuhkan untuk melaksanakan kebijakan tersebut.</li> <li>3. Memberitahu semua ibu hamil tentang manfaat dan proses pemberian ASI.</li> <li>4. Membantu ibu mulai menyusui bayinya dalam waktu setengah jam setelah melahirkan.</li> <li>5. Menunjukkan pada ibu cara menyusui bayi, dan cara mempertahankan kelancaran produksi ASI bila ia harus terpisah dari bayinya.</li> <li>6. Tidak memberikan makanan dan minuman lain selain ASI kepada bayi baru lahir, kecuali terdapat indikasi medis untuk itu.</li> <li>7. Menempatkan ibu dan bayi dalam satu kamar, sehingga selalu bersama-sama selama 24 jam sehari. Menganjurkan pemberian ASI sesuai permintaan bayi.</li> <li>8. Tidak memberikan dot atau kempeng kepada bayi yang menyusui.</li> <li>9. Membina dibentuknya kelompok-kelompok pendukung pemberi ASI dan menganjurkan ibu menghubungi mereka setelah pulang dari rumah sakit atau klinik.</li> </ol>
<b>PROSEDUR</b>	<b>Teknik Menyusui Yang Benar</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan maksud dan tujuan</li> <li>2. Cuci tangan sebelum menyusui dan mengajari ibu</li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Ibu duduk atau berbaring dengan santai (bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu menggantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi).</li><li>4. Mempersilahkan dan membantu ibu membuka pakaian bagian atas</li><li>5. Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit, kemudian dioleskan pada puting dan sekitar areola payudara (cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu).</li><li>6. Mengajari ibu untuk meletakkan bayi pada satu lengan, kepala bayi berada pada lengkung siku ibu dan bokong bayi berada pada lengan bawah ibu</li><li>7. Mengajari ibu untuk menempelkan perut bayi pada perut ibu dengan meletakkan satu tangan bayi di belakang badan ibu dan yang satu di depan, kepala bayi menghadap ibu</li><li>8. Mengajari ibu untuk memposisikan bayi dengan telinga dan lengan pada garis lurus</li><li>9. Mengajari ibu untuk memegang payudara dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah serta jangan menekan puting susu dan areolanya rangsang bayi membuka mulut untuk menyusui dengan benar</li><li>10. Mengajari ibu untuk merangsang membuka mulut bayi : Menyentuh pipi dengan puting susu atau menyentuh sudut mulut bayi</li></ol>
--	--

## Lampiran 5

**SOP BREAST CARE**

<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR Breast Care (Perawatan Payudara)</b>	
<b>PENGERTIAN</b>	Perawatan yang dilakukan pada payudara agar dapat menyusui dengan lancar dan mencegah masalah-masalah yang sering timbul pada saat menyusui
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga kebersihan payudara, terutama kebersihan puting susu agar terhindar dari infeksi</li> <li>2. Merangsang kelenjar air susu, sehingga produksi ASI lancar</li> <li>3. Mempersiapkan psikologis ibu untuk menyusui.</li> <li>4. Mencegah terjadinya bendungan ASI.</li> </ol>
<b>KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dilakukan pada hari ke 1-2 setelah melahirkan.</li> <li>2. Dilakukan minimal 2 kali dalam sehari</li> </ol>
<b>PETUGAS</b>	Perawat
<b>PERALATAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handuk 2 buah</li> <li>2. Waslap 2 buah</li> <li>3. Sarung tangan</li> <li>4. Baskom 2 buah yang berisi air hangat dan dingin</li> <li>5. Termos air panas</li> <li>6. Kapas dan minyak kelapa di tempatnya</li> <li>7. Alat pengendali infeksi yang terdiri atas               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kom berisi cairan DTT</li> <li>b. Tempat sampah medis dan non medis</li> <li>c. Alat pelindung diri terdiri dari sarung tangan, masker, celemek</li> </ol> </li> </ol>
<b>PROSEDUR PELAKSANAAN</b>	<p><b>A. Tahap Pra Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan verifikasi program pengobatan klien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> <li>3. Menyiapkan alat</li> </ol> <p><b>B. Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam kepada pasien dan sapa nama pasien</li> <li>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga</li> <li>3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan</li> </ol> <p><b>C. Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuka pakaian atas ibu dan memasang handuk di atas punggung ibu</li> <li>2. Bila payudara ibu bengkak dan sakit sebaiknya lakukan terlebih dahulu tehnik untuk mengurangi rasa sakit dengan kompres hangat dan dingin pada payudara ibu selama 15 menit</li> <li>3. Menutup tubuh bagian depan dengan handuk dan meletakkan handuk yang lainnya di pangkuan ibu</li> <li>4. Memberikan posisi membungkuk pada ibu dengan menggunakan bantal sebagai penyangga kepala</li> <li>5. Licinkan kedua tangan dengan minyak</li> <li>6. Melakukan pemijatan punggung dengan menggunakan kedua ibu jari (diolesi minyak) di sisi tulang belakang mulai dari garis sejajar puting ke arah atas sampai dengan leher ibu selama 20 – 30 kali</li> </ol>

	<p>atau 10 – 15 menit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Gerakan tersebut diulang dengan arah dari garis tengah punggung ke arah bawah/tulang koksigis sebanyak 20 – 30 kali atau selama 10 – 15 menit</li> <li>8. Posisikan ibu duduk tegak dan pindahkan handuk untuk menutupi punggung ibu</li> <li>9. Perawat berada di belakang ibu lalu lakukan pengurutan payudara yaitu dengan satu tangan menyangga payudara lakukan sebanyak 20 – 30 kali atau selama 10 – 15 menit</li> <li>10. Lakukan pengurutan payudara sebagai berikut : Melakukan pemijatan ringan searah jarum jam pada payudara yang mengalami bendungan dengan gerakan melingkar. Caranya dengan menggunakan salah satu tangan untuk menyangga payudara, sedangkan tangan yang lain (jari tengah dan telunjuk) untuk memijat, setelah sebelumnya jari – jari tersebut diolesi minyak.</li> <li>11. Melakukan kompres payudara dengan air hangat dan dingin pada kedua payudara secara bergantian, masing – masing selama 10 – 15 menit</li> <li>12. Merangsang pengeluaran puting secara manual, terutama pada puting yang tidak menonjol atau menggunakan alat pompa puting sederhana (dengan menggunakan jarum suntik 10 cc)</li> <li>13. Membersihkan payudara dengan waslap</li> <li>14. Mengeluarkan ASI secara manual dan diolesi ke seluruh areola dan puting</li> </ol> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi hasil tindakan yang baru dilakukan</li> <li>2. Berpamitan dengan pasien</li> <li>3. Merapikan alat</li> <li>4. Mencuci tangan dengan benar</li> <li>5. Mendokumentasikan hasil tindakan</li> </ol>
--	--