

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST PARTUM
SPONTAN ATAS INDIKASI PRE EKLAMSI RINGAN
(PER) DENGAN NYERI AKUT
DI RUANGAN CEMPAKA
RSUD dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

KARYA TULIS IMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung

Oleh:

AJENG MUTIARA

NIM: AKX.17.007



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2020**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ajeng Mutiara

NIM : AKX.17.007

Prodi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti
Kencana Bandung

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum
Spontan Atas Indikasi Pre Eklamsi Ringan (PER)
dengan Nyeri Akut di Ruang Cempaka RSUD dr.
Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, agustus 2020

Yang Membuat Pernyataan



Ajeng Mutiara

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST PARTUM SPONTAN
ATAS INDIKASI PRE EKLAMSI RINGAN (PER) DENGAN NYERI
AKUT DI RUANGAN CEMPAKA RSUD dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

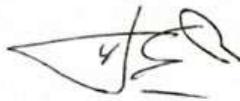
OLEH:

**AJENG MUTIARA
AKX.17.007**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini
Tanggal, 08 September 2020

Menyetujui,

Pembimbing Utama



**Hj. Sri Sulami, S.Kep., MM
NIK : 9904201161**

Pembimbing Pendamping



**Iceu Komalanengsih, SKM
NIK : 102.18.003**

Mengetahui,

**Prodi DIII Keperawatan
Ketua,**



**Dede Nur Azis Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN: 02001020009**

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST PARTUM SPONTAN
ATAS INDIKASI PRE EKLAMSI RINGAN (PER) DENGAN NYERI
AKUT DI RUANGAN CEMPAKA RSUD dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

Oleh:
AJENG MUTIARA
AKX.17.007

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Bandung, Pada Tanggal 08 September 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua : Hj. Sri Sulami, S.Kep., MM
(Pembimbing Utama)

()

Anggota
1. Hj. Djubaedah, Amk., S.Pd., MM
(Penguji I)

()

2. Drs. Rachwan Herawan, BscAn., M.kes
(Penguji II)

()

3. Iceu Komalanengsih, SKM
(Pembimbing Pendamping)

()

Mengetahui,
Universitas Bhakti Kencana Bandung
Dekan Fakultas Keperawatan,

Rd. Slti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIDN:020007020132

ABSTRAK

Latar belakang : Post partum merupakan masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat dalam kandung kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Masalah keperawatan yang akan muncul pada ibu post partum yaitu Nyeri akut. Jika nyeri tidak teratasi dapat mengganggu aktivitas, mobilitas diri, tidak nyaman. Tujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum dengan nyeri pada luka episiotomi agar dapat mengurangi nyeri yang dialami. **Metode :** studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien post partum dengan nyeri akut di ruang cempaka RSUD Tasikmalaya yang diberikan penangan aromaterapi lavender inhalasi dalam kurun waktu menit ke 10, 30 dan 60, aromaterapi diberikan selama 10 menit. **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan dan memberikan terapi menghirup aromaterapi lavender inhalasi dalam kurun waktu menit ke 10, 30 dan 60, aromaterapi diberikan selama 10 menit, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 masalah keperawatan nyeri akut dapat teratasi pada hari ke 1 dan pada klien ke 2 masalah keperawatan teratasi sebagian di hari ke 1. **Diskusi :** pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada pasien post partum hal ini dapat dipengaruhi oleh kondisi kesehatan pasien. Sehingga perawat harus melakukan asuhan komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, Nyeri akut, Post partum
Daftar Pustaka : 34 buku (2009 – 2018)

ABSTRACT

Background: Post partum is the period after the placenta is born and ends when the device in the bladder returns to its pre-pregnancy state, the post partum period lasts for about 6 weeks. Nursing problems that will arise in post partum mothers are acute pain. If the pain is not resolved, it can interfere with activity, self-mobility, discomfort. The goal is to provide nursing care to post partum clients with pain in the episiotomy wound in order to reduce the pain they experience. Method: a case study, which is to explore a problem or phenomenon with detailed boundaries, has in-depth data collection and includes various sources of information. This case study was carried out on two post-partum clients with acute pain in the Cempaka room of RSUD Tasikmalaya who were given inhaled lavender aromatherapy handlers within 10, 30 and 60 minutes, aromatherapy was given for 10 minutes. Results: after nursing care by providing nursing interventions and providing inhaled lavender aromatherapy inhalation therapy within 10, 30 and 60 minutes, aromatherapy was given for 10 minutes, acute pain nursing problems in clients 1 acute pain nursing problems were resolved on day 1. 1 and in the second client the nursing problem was partially resolved on day 1. Discussion: patients with acute pain nursing problems do not always have the same response in post partum patients this can be influenced by the patient's health condition. So that the nurse must do comprehensive care to handle nursing problems for each client

*Keywords: Nursing care, acute pain, Post partum
Bibliography: 34 books (2009 - 2018)*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Partum Spontan dengan Indikasi PER di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardji Kota Tasikmalaya” dengan tidak ada halangan yang berarti.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung. Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. H.A Mulyana SH.MPd.,MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah S.Kp., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Aziz M, M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Hj. Sri Sulami, S.Kep., MM selaku Pembimbing Utama dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Iceu komalanengsih, SKM selaku Pembimbing Pendamping dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Dr. H Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya.
8. Vita Erfinawati Am.Keb selaku Pembimbing Praktik Lapangan yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi kepada penulis dengan baik selama praktek lapangan.

9. Seluruh Dosen dan Staff Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana.
10. Untuk ibuku tercinta, mamih Iin Siti Hindasah S.E yang selalu menyayangi dan mendoakan, Serta Engki dan Enin yang selalu mendoakan dan keluarga besar Amat Sudirman yang selalu menemani dan mendoakan.
11. Untuk para sahabat Bandung Nadila Dwi Oktarina, Marini Aprilia, Putri Anggraini, Nia Fitriani, Mery Juliana, Mohamad Ramdhan Dirgantara dan Ibu kost Indie yang selalu ada kapanpun dan dimanapun berada. Dan teman-teman Anestesi Angkatan XIII tahun 2020 yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis ilmiah yang lebih baik.

Bandung, Agustus 2020

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	vi
Abstrak	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar	x
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Bagan.....	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Lambang, Singkatan Dan Istilah.....	iv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB II TUJUAN TEORI	
2.1 Konsep Persalinan	7
2.1.1 Pegertian Persalinan	7
2.1.2 Tanda dan Gejala Persalinan.....	8
2.1.3 Jenis persalinan	9
2.1.4 Mekanisme Persalinan.....	10
2.1.5 Anatomi Jalan Lahir	12
2.1.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan.....	14
2.1.7 Tahap-tahap Persalinan.....	16
2.2 Nyeri Persalinan.....	17
2.2.1 Pengertian	17
2.2.2 Penyebab Nyeri.....	18
2.2.3 Manajemen Penatalaksanaan nyeri	18
2.3 Masa Nifas.....	21
2.3.1 Defisinisi Masa Nifas	21
2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas	21
2.3.3 Tahapan masa nifas	22
2.3.4 Perubahan Fisiologi Masa Nifas	23
2.3.5 Kebutuhan Masa Nifas	27
2.3.6 Komplikasi yang Terjadi Pada Masa Nifas	31
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	32

BAB III METODE PENELITIAN		
3.1	Design Penelitian	45
3.2	Batasan Istilah.....	45
3.3	Partisipan	46
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	46
3.5	Pengumpulan Data	47
3.6	Uji Keabsahan Data.....	48
3.7	Analisis Data.....	48
3.8	Etik Penelitian.....	49
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1	Hasil Penelitian	51
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	51
4.1.2	Asuhan keperawatan	52
4.1.2.1	Pengkajian	52
4.1.2.2	Diagnosa Keperawatan	65
4.1.2.3	Intervensi	66
4.1.2.4	Implementasi	67
4.1.2.5	Evaluasi Sumatif	69
4.2	Pembahasan	70
4.2.1	Pengkajian	70
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	71
4.2.3	Perencanaan	72
4.2.4	Tindakan	74
4.2.5	Evaluasi	75
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		
5.1	Kesimpulan	77
5.2	Saran	79
DAFTAR PUSTAKA		
DAFTAR LAMPPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi Trauma Jaitan Luka Episiotomi	40
Tabel 2.2	Intervensi Sepsis Berhubungan Dengan Infeksi	40
Tabel 2.3	Intervensi Trauma Mekanis	41
Tabel 2.4	Intervensi Risiko Tinggi Kekurangan Cairan	41
Tabel 2.5	Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI Berhubungan Dengan Kurang Pengetahuan Ibu	42
Tabel 2.6	Intervensi Perawatan Postpartum Berhubungan Dengan Kurangnya Informasi Tentang Penangan Postpartum	443
Tabel 2.7	Intervensi Gangguan Eliminasi Urin Berhubungan Dengan Trauma Kandung Kemih	43
Tabel 4.1	Identitas klien	52
Tabel 4.2	Riwayat penyakit	53
Tabel 4.3	Riwayat ginekologi dan obstetric	54
Tabel 4.4	Riwayat Obstetric	54
Tabel 4.5	Pola aktivitas sehari-hari.....	56
Tabel 4.6	Pemeriksaan Fisik Pada Ibu	57
Tabel 4.7	Pemeriksaan fisik bayi	59
Tabel 4.8	Pemeriksaan Psikologi.....	61
Table 4.9	Hasil pemeriksaan penunjang.....	62
Table 4.11	Analisa Data	63
Table 4.12	Diagnosa Keperawatan	63
Table 4.13	Intervensi.....	65
Table 4.14	Implementasi	66
Table 4.15	Evaluasi Sumatif	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alat Reproduksi Internal pada Wanita	12
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Lembar Bimbingan
- Lampiran II : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran III : Persetujuan Justifikasi
- Lampiran IV : Lembar Observasi
- Lampiran V : Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VI : Leaflet
- Lampiran VII : Jurnal
- Lampiran VIII : Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
CM	: Centimeter
CRT	: Capillary Refil Time
GCS	: Glasgow Coma Scale
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
KB	: Keluarga Berencana
KG	: Kilogram
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LK	: Lingkar Kepala
MMHG	: Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)
N	: Nadi
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
NIC	: Nursing Interventions Classification
NOC	: Nursing Outcomes Classification
PB	: Panjang Badan
R	: Respirasi
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
SUPAS	: Survey Penduduk Antar Sensus
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TTV	: Tanda Tanda Vital
USG	: Ultrasonografi
VK	: Verlos Kamer
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan Indonesia pada periode 2015-2019 adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Untuk menilai derajat kesehatan dan kualitas kesejahteraan masyarakat dapat diindikasikan dengan terjadinya penurunan Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Balita (AKABA) dan status gizi.

Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) yang dikutip dalam Priharyanti Wulandari dan Prasita Dwi Nur Hiba, Untuk AKI di negara-negara Asia Tenggara diantaranya Indonesia mencapai 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Menurut Kemenkes RI (2019) dalam Profil Kesehatan Indonesia 2019, AKI di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 4.226 dari 4.810.130 kelahiran hidup dan pada tahun 2019 AKI sebesar 4.221 dari 4.778.621 kelahiran hidup. Salah satu penyebab tertinggi kematian ibu adalah penyakit hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia/ eklampsia) selain perdarahan dan

infeksi. (Kemenkes RI, 2019). Hasil pencatatan data kesehatan pada tahun 2018 menunjukkan bahwa AKI propinsi Jawa Barat adalah 700 dari 878.472 kelahiran hidup dan pada tahun 2019 sebesar 684 dari 873.575 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2019).

Berdasarkan catatan Dinas Kesehatan dan Pengendalian Penduduk Kabupaten Tasikmalaya, Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Tasikmalaya tahun 2018 ada 28 kasus. Angka ini turun dari tahun 2017 yang mencapai 45 kasus atau turun hingga 46,67%. Penyebab langsung kematian ibu di Kabupaten Tasikmalaya tahun 2018 adalah perdarahan (18,60%), hipertensi dalam kehamilan (37,21%), Infeksi (13,95%), partus lama (2,33%), dan penyebab lain (27,91%).

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana.

Kebijakan Program Nasional Masa Nifas yaitu kunjungan masa nifas paling sedikit 4 kali, kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Saleha, 2010). Masa nifas merupakan proses fisiologis, sehingga bagaimana upaya yang dilakukan supaya kondisi

fisiologis tidak jatuh ke patologis adalah memberikan asuhan keperawatan pada ibu nifas (Nurniati dkk, 2014).

Berbagai perubahan anatomi dan fisiologis yang nyata terjadi selama masa pasca partum ini seiring dengan proses yang terjadi selama masa kehamilan dikembalikan. Pengetahuan tentang proses reproduksi dalam kehamilan dan persalinan merupakan suatu dasar untuk memahami adaptasi organ generatif dan berbagai sistem tubuh manusia setelah kelahiran. (Martin, Reeder, G., Koniak, 2014).

Asuhan keperawatan pasca partum atau masa nifas untuk membantu ibu baru dan keluarganya berhasil beradaptasi pada masa transisi setelah kelahiran anak dan tuntutan menjadi orangtua. Penekanan asuhan keperawatan pada masa ini adalah pada pengkajian dan modifikasi faktor faktor yang mempengaruhi pemulihan ibu dari masa nifas untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian post partum, banyak perawat menggunakan istilah BUBBLE-LE yaitu termasuk Breast (payudara), Uterus (rahim), Bowel (fungsi usus), Bladder (kandung kemih), Lochia (lokia), Episiotomy (episiotomi/perinium), Lower Extremity (ekstremitas bawah), dan Emotion (emosi). Kemampuannya untuk mengemban peran perawatan bayi baru lahir, dan transisi peran dan kemampuan fungsional ibu serta keluarganya.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan diperoleh data dari RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya, jumlah persalinan normal pada tahun 2017 sebanyak 1540 orang. Kasus preeklamsia pada ibu bersalin tahun 2017

sebanyak 468 orang. Sedangkan data kasus Preeklamsi tahun 2018 sebanyak 121 orang (RSUD dr. Soekardjo, 2018).

Berdasarkan uraian diatas penulis memutuskan untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Spontan Atas Indikasi Pre Eklamsi Ringan (PER) dengan Nyeri Akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya”

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan atas indikasi Pre Eklamsi Ringan (PER) dengan nyeri akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan yang ingin dicapai dalam studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan atas indikasi Pre Eklamsi Ringan (PER) dengan nyeri akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien post partum spontan atas indikasi Pre Eklamsi Ringan (PER) dengan nyeri akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien post partum spontan atas indikasi Pre Eklamsi Ringan (PER) dengan nyeri akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
3. Menyusun rencana keperawatan pada pasien post partum spontan atas indikasi Pre Eklamsi Ringan (PER) dengan nyeri akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien post partum spontan atas indikasi Pre Eklamsi Ringan (PER) dengan nyeri akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien post partum spontan atas indikasi Pre Eklamsi Ringan (PER) dengan nyeri akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan tambahan referensi dan masukan ilmu keperawatan terkait penanganan masalah keperawatan nyeri akut pada klien Post partum spontan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan masukan dan alternatif bagi profesi keperawatan dalam menangani nyeri akut pada klien post partum spontan.

2. Bagi Rumah Sakit

Karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan penanganan nyeri akut dan pencegahan risiko infeksi pada pasien Post partum spontan di lingkungan rumah sakit.

3. Bagi Insitusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah yang dapat bermanfaat dalam mengembangkan kurikulum. Maupun sumber pustaka terkait dengan nyeri akut pada klien Post partum spontan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Bandiyah, 2012). Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Saifuddin, 2013).

Persalinan adalah proses pergerakan keluar janin, plasenta, dan membran dari dalam uterus (rahim) melalui jalan lahir. Saat persalinan terjadi proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan yang normal terjadi pada umur kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) (Sukarni & Wahyu, 2013). Persalinan normal adalah proses keluarnya janin pada umur kehamilan cukup bulan (umur kehamilan 37-42 minggu), lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, berlangsung selama 18 jam dan tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janinnya (Prawirohardjo, 2016).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari

dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur.

2.1.2 Tanda dan Gejala Persalinan

Menurut Asrinah, dkk, (2015) kehamilan adalah suatu keadaan yang fisiologis bagi wanita yang nantinya akan diakhiri dengan proses persalinan. Persalinan yang sudah dekat ditandai dengan beberapa gejala yaitu :

1. Terjadinya his persalinan His persalinan mempunyai sifat yang khas antara lain sebagai berikut : a) Pinggang terasa sakit dan akan menjalar ke depan b) Sifat teratur, intervalnya semakin pendek dan kekuatannya semakin bertambah c) Saat dibuat berjalan kekuatannya semakin bertambah.
2. Bloody show (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina) His permulaan akan mengakibatkan perubahan serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang berada di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah yang menjadikan sedikit perdarahan.
3. Pengeluaran cairan Pengeluaran cairan dari jalan lahir terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek.

2.1.3 Jenis persalinan

Menurut Prawirohardjo (2016) jenis persalinan yang aman tentu menjadi pertimbangan untuk ibu hamil tua, apalagi bagi mereka yang menginginkan untuk persalinan normal

1. Persalinan normal. Persalinan normal adalah jenis persalinan dimana bayi lahir melalui vagina, tanpa memakai alat bantu, tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali episiotomi), dan biasanya dalam waktu kurang dari 24 jam. Kekuatan mengejan ibu, akan mendorong janin kebawah masuk ke rongga panggul. Saat kepala janin memasuki ruang panggul, maka posisi kepala sedikit menekuk menyebabkan dagu dekat dengan dada janin. Posisi janin ini akan memudahkan kepala lolos melalui jalan lahir, yang diikuti dengan beberapa gerakan proses persalinan selanjutnya. Setelah kepala janin keluar, bagian tubuh yang lain akan mengikuti, mulai dari bahu, badan, dan kedua kaki buah hati anda.
2. Persalinan dengan vakum (ekstraksi vakum). Proses persalinan dengan alat bantu vakum adalah dengan meletakkan alat di kepala janin dan dimungkinkan untuk dilakukan penarikan, tentu dengan sangat hati-hati. Persalinan ini juga disarankan untuk ibu hamil yang mengalami hipertensi. Persalinan vakum bisa dilakukan apabila panggul ibu cukup lebar, ukuran janin tidak terlalu besar, pembukaan sudah sempurna, dan kepala janin sudah masuk ke dalam dasar panggul.
3. Persalinan Dibantu forsep (ekstraksi forsep). Persalinan forsep adalah persalinan yang menggunakan alat bantu yang terbuat dari logam

dengan bentuk mirip sendok. Persalinan ini bisa dilakukan pada ibu yang tidak bisa mengejan karena keracunan kehamilan, asma, penyakit jantung atau ibu hamil mengalami darah tinggi. Memang persalinan ini lebih berisiko apabila dibandingkan persalinan dengan bantuan vakum. Namun bisa menjadi alternatif apabila persalinan vakum tidak bisa dilakukan, dan anda tidak ingin melakukan persalinan caesar.

4. Persalinan dengan operasi sectio caesarea. Persalinan sectio caesarea adalah jenis persalinan yang menjadi solusi akhir, apabila proses persalinan normal dan penggunaan alat bantu sudah tidak lagi bisa dilakukan untuk mengeluarkan janin dari dalam kandungan. Persalinan ini adalah dengan cara mengeluarkan janin dengan cara merobek perut dan rahim, sehingga memungkinkan dilakukan pengambilan janin dari robekan tersebut.
5. Persalinan di dalam air (water birth). Melahirkan di dalam air (water birth) adalah jenis persalinan dengan menggunakan bantuan air saat proses persalinan. Ketika sudah mengalami pembukaan sempurna, maka ibu hamil masuk ke dalam bak yang berisi air dengan suhu 36-37 Celcius. Setelah bayi lahir, maka secara pelan-pelan diangkat dengan tujuan agar tidak merasakan perubahan suhu yang ekstrem.

2.1.4 Mekanisme Persalinan

Menurut Cunningham (2015) keluarnya janin dalam rahim pada proses persalinan, janin harus melalui beberapa mekanisme persalinan. Adapun mekanisme persalinan tersebut yaitu:

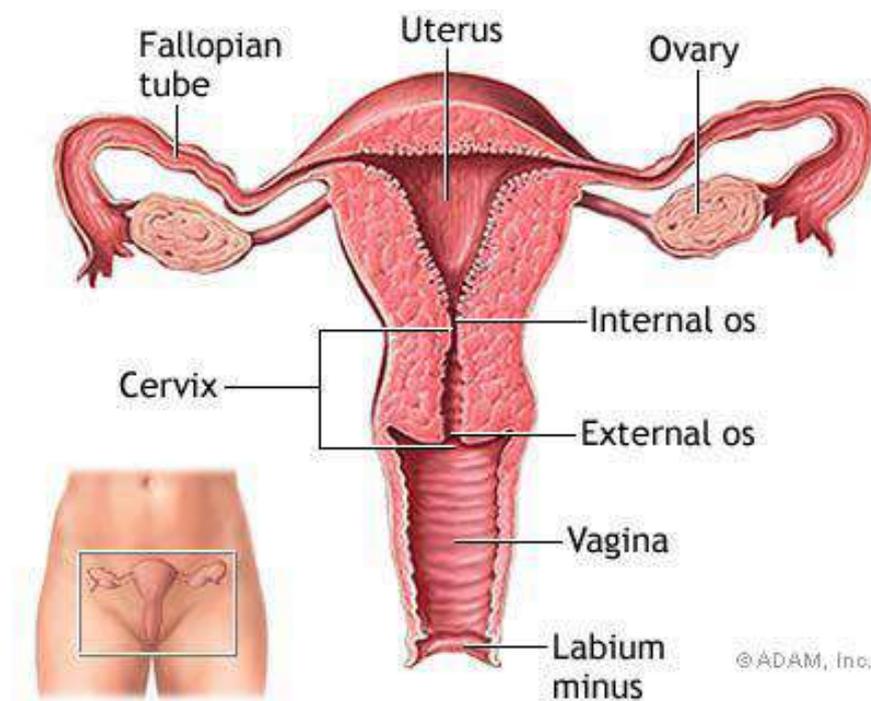
1. Engagement Engagement adalah mekanisme yang digunakan oleh diameter biparietal-diameter transversal terbesar kepala janin pada presentasi oksiput untuk melewati pintu atas panggul.
2. Desensus Desensus terjadi karena faktor tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus, usaha mengejan yang menggunakan otot-otot abdomen dan ekstensi serta pelurusan badan janin.
3. Fleksi Setelah kepala janin terjadi desensus, kepala akan tertahan oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul, dengan demikian kepala akan fleksi, dagu janin akan mendekati dadanya dan diameter suboksipitobregmatika yang lebih pendek menggantikan diameter oksipitofrontal yang lebih panjang.
4. Rotasi internal Kepala janin akan bergerak dari posisinya menuju anterior, menuju simpisis pubis atau yang lebih jarang ke posterior, menuju lubang sakrum.
5. Ekstensi Setelah kepala yang terfleksi maksimal mencapai vulva, kepala akan mengalami ekstensi untuk melewati pintu keluar vulva yang mengarah ke atas dan ke depan. Kepala dilahirkan melalui ekstensi terlebih dahulu, kemudian lahir oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu.
6. Rotasi eksternal Gerakan yang sesuai dengan rotasi badan janin berfungsi membawa diameter biakromionnya berhimpit dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dengan demikian satu

bahu akan terletak anterior dibelakang simfisis dan yang lain di posterior.

7. Ekspulsi Setelah kedua bahu tersebut lahir sisa badan bayi lainnya akan segera terdorong ke luar.

2.1.5 Anatomi Jalan Lahir

Alat reproduksi internal pada wanita menurut Wiknjosastro (2012) adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1
Alat Reproduksi Internal pada Wanita
(Sumber : Wiknjosastro, 2012)

1. Liang Senggama (*Vagina*) yaitu organ yang mempunyai banyak pembuluh darah dan selaput syaraf, tidak ada kelenjar tetapi tetap basah oleh *secret* dari *serviks*. *Vaginajuga* merupakan saluran *merculus membranous* yang menghubungkan rahim dan *vulva*. *Vulva* terletak

antara kandung kemih dan *rectum*. Pada dinding *vagina* terdapat lipatan melintang disebut *rugae* terutama dibagian bawah sel dinding *vagina* mengandung *glikogen* yang menghasilkan asam susu dari pH 4,5 untuk memberikan proteksi terhadap infeksi

2. Rahim(Uterus). Merupakan jaringan otot yang kuat terletak antara pelvis minor, kandung kemih dan *rectum*. Bentuk uterus seperti bola lampu (buah pear) dan gepeng ke arah muka belakang. Berukuran sebesar telur ayam dan mempunyai rongga atau dinding dari otot-otot polos. Bagian uterus antara lain : a. Fundus Uteri adalah bagian uteri proximal dimana kedua Fallopian Tube masuk ke uterus. b. Corpus Uteri adalah bagian uterus terbesar pada kehamilan, yang mempunyai fungsi utama sebagai tempat janin berkembang. c. Serviks Uteri terdiri dari pars vaginalis serviks dan pars vaginalis servisis uteris.
3. Saluran Telur (Fallopian Tube). Terdapat di tepi atas ligamentum latum, fallopian tube merupakan tuba muskuler dengan panjang ± 12 cm dan diameternya 8 sampai 9 cm, fallopian tube berfungsi untuk menyalurkan telur dan hasil konsepsi.
4. Ovary. Adalah kelenjar berbentuk biji kenari yang terletak di kanan dan kiri uterus di bawah uteri dan terikat di sebelah belakang oleh ligamentum uteri, berfungsi untuk memproduksi ovum, estrogen dan progesterone. Terdapat di sebelah kanan dan kiri dengan panjang ± 4 cm dan tebal $\pm 1,5$ cm.

2.1.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Bobak, (2012) terdapat lima faktor esensial yang mempengaruhi proses persalinan dan kelahiran. Faktor-faktor tersebut dikenal dengan lima P yaitu sebagai berikut :

1. *Passanger* (Penumpang). Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka plasenta dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal
2. *Passageway* (Jalan Lahir). Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi meskipun itu jaringan lunak, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul perlu diperhatikan sebelum persalinan dimulai
3. *Power* (Kekuatan). Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his yaitu kontraksi otot-otot rahim, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu

4. *Position* (Posisi Ibu). Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi yang baik dalam persalinan yaitu posisi tegak yang meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok. Posisi tegak dapat memberikan sejumlah keuntungan, hal itu dikarenakan posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin, dapat mengurangi insiden penekanan tali pusat, mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu dan mencegah kompresi pembuluh darah serta posisi tegak dapat membuat kerja otot-otot abdomen lebih sinkron (saling menguatkan) dengan rahim saat ibu mendedan.
5. *Psychologic Respons* (Psikologis). Psikologis adalah kondisi psikis klien dimana tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/coping. Psikologis adalah bagian yang krusial saat persalinan, ditandai dengan cemas atau menurunnya kemampuan ibu karena ketakutan untuk mengatasi nyeri persalinan. Respon fisik terhadap kecemasan atau ketakutan ibu yaitu dikeluarkannya hormon katekolamin. Hormon tersebut menghambat kontraksi uterus dan aliran darah plasenta. Faktor psikologis tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut: Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual; Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya; Kebiasaan adat; Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

2.1.7 Tahap-tahap Persalinan

Menurut Wiknjosastro, (2015) tahap-tahap persalinan dibagi menjadi empat yaitu:

1. Kala I Kala satu persalinan dimulai sejak awal kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi, intensitas dan durasi) hingga serviks menipis dan membuka lengkap (10 cm). Kala I terdiri dari atas dua fase, yaitu fase inisial (laten) dan fase aktif. Fase laten berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm dan fase aktif dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm. Fase aktif dibagi dalam tiga fase lagi, yakni: fase akselerasi yaitu pembukaan 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu 2 jam; fase dilatasi maksimal yaitu pembukaan 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam; dan fase deselerasi yaitu pembukaan lambat kembali, dari pembukaan 9 cm sampai pembukaan lengkap (10 cm) dalam waktu 2 jam. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida, sedangkan dalam multigravida juga terjadi fase tersebut, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi lebih pendek
2. Kala II Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi .
3. Kala III Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Tahap ini berlangsung

tidak lebih dari 30 menit. Karakteristik pelepasan plasenta ditandai dengan uterus bulat dan keras, tiba-tiba darah keluar dan tali pusat memanjang.

4. Kala IV Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam pertama post partum. Tahap ini disebut juga dengan tahap pemulihan. Hal yang perlu dievaluasi dalam kala IV yaitu tanda-tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan pervaginam dan kondisi vesika urinaria

2.2 Nyeri Persalinan

2.2.1 Pengertian

Nyeri akut adalah rasa nyeri normal yang memperingatkan bahwa Anda telah terluka. Misalnya saat Anda terkena luka bakar, atau ibu jari yang terpukul palu secara tidak sengaja. Nyeri akut biasanya datang secara tiba-tiba atau mendadak, dan berlangsung dalam waktu yang relatif singkat. (PPNI, 2012).

Manajemen nyeri bertujuan untuk membantu pasien dalam mengontrol nyeri ataupun mengatur nyeri secara optimal. Tak hanya itu, manajemen nyeri juga berguna untuk mengurangi resiko lanjut dari efek samping nyeri tersebut, yang pada akhirnya pasien mampu mengontrol ataupun nyeri yang dirasa tersebut hilang. (Kemenkes RI, 2018).

Nyeri perineum dapat terjadi setelah persalinan pervaginam akibat laserasi spontan pada saat bayi lahir dan dapat diperparah apabila terdapat

robekan pada perineum yang disebabkan tindakan episiotomi. Tindakan ini akan memerlukan penjahitan dan dengan penjahitan tersebut dapat menyebabkan nyeri pada daerah luka jahitan (Widayani, 2016).

2.2.2 Penyebab Nyeri

Menurut Solehati & Kosasih (2015) nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

1. Fisik (termal, mekanik, elektrik)
2. Kimia.

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamine, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat-zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri.

2.2.3 Manajemen Penatalaksanaan nyeri

Penanganan untuk mengurangi nyeri perineum dapat dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi yaitu sebagai berikut :

1. Manajemen Farmakologi

Penghilang rasa nyeri dengan menggunakan obat-obatan kimiawi, antara lain dengan pemberian analgetik dan anestesi, tetapi pengguna non farmakologi dapat menimbulkan efek samping bagi tubuh seperti mengantuk, mual dan penggunaan dalam jangka waktu yang lama dapat merusak fungsi ginjal, hati dan dapat menyebabkan penyakit jantung (Judha, 2012).

2. Manajemen Non Farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologi menurut Stea Susana dalam Widayani, (2016) menjelaskan bahwa aromaterapi lavender dapat menjadi salah satu alternatif penanganan nyeri luka perineum yang dapat mengakibatkan kondisi fisik maupun psikologis ibu menjadi lebih baik. Begitu juga hasil penelitian Salamati didapatkan bahwa rasa sakit sebelum dan setelah menghirup minyak esensial lavender berpengaruh secara signifikan terhadap pengurangan rasa sakit dengan p-value dilakukan Dale & Cornwell pada 635 wanita yang pada kelompok pertama ditambahkan minyak lavender murni pada air mandi mereka sebanyak 6 tetes pada hari ke 10 pertama pascanatal. Pada hari kesepuluh wanita dan bidan menyelesaikan kuesioner mengenai nyeri perineum. Data yang diperoleh menunjukkan bahwa 90% ibu melaporkan merasa lebih baik setelah mandi menggunakan minyak lavender dan tidak ditemukan efek samping. Kristanti menjelaskan bahwa molekul dan partikel lavender saat dihirup akan masuk melalui hidung, kemudian diterima oleh reseptor saraf sebagai signal yang baik dan kemudian diinterpretasikan sebagai bau yang menyenangkan, dan akhirnya sensori bau tersebut masuk serta memengaruhi sistem limbic sebagai pusat emosi seseorang, sehingga saraf dan pembuluh darah perasaan akan semakin relaks dan akhirnya rasa nyeri berkurang.

Dijelaskan juga oleh Pratiwi dalam Widayani, (2016) bahwa penurunan nyeri dengan aromaterapi lavender mengacu pada konsep gate control yang terletak pada fisiologi mekanisme penghantaran impuls nyeri yang terjadi saat sistem pertahanan dibuka, dan sebaliknya penghantaran impuls nyeri dapat dihambat saat sistem pertahanan ditutup. Aromaterapi lavender merupakan salah satu upaya untuk menutup sistem pertahanan tersebut. Selain itu, aromaterapi lavender memengaruhi kelancaran sirkulasi darah, sehingga suplai nutrisi ke jaringan luka tercukupi dan proses penyembuhan akan lebih cepat. Saat aromaterapi merangsang hipotalamus (kelenjar hipofise) untuk mengeluarkan hormon endorpin. Endorpin diketahui dan linalyl acetate yang terdapat dalam lavender berefek sebagai analgetik. Karlina dkk dalam Widayani, (2016) juga menjelaskan bahwa pemberian aromaterapi lavender terbukti dapat menurunkan intensitas nyeri persalinan fisiologis kala satu fase aktif. Begitu juga Kartika dkk menyebutkan bahwa terdapat perbedaan signifikan pada intensitas nyeri persalinan normal kala satu, sebelum dan sesudah diberikan lilin aromaterapi lavender. Hal ini membuktikan bahwa efek aromaterapi lavender yang memberikan rasa tenang dan analgetik sangat berpengaruh terhadap penurunan rasa nyeri. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa zat kimia yang dihasilkan dari hormon endorpin sebagai akibat rangsangan hipotalamus oleh aromaterapi lavender, dapat menghasilkan rasa tenang, rasa bahagia dan relaks,

serta melemaskan otot-otot yang tegang akibat rasa nyeri, salah satunya melemaskan otototot perineum yang tegang karena rasa nyeri luka laserasi.

2.3 Masa Nifas

2.3.1 Definisini Masa Nifas

Menurut Prawiroharjo dalam Yeyeh, dkk (2011) masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Masa nifas atau post partum disebut juga puerperium yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “Puer” yang artinya bayi dan “Parous” berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan (Anggraeni, 2010).

Masa nifas disebut juga masa post partum atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan saat melahirkan (Suherni dkk, 2016).

2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Saifuddin (2006) dalam Yeyeh, dkk (2011) menjelaskan bahwa tujuan masa nifas adalah

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisisk maupun psikologis dimana dalam masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana tenaga kesehatan harus melakukan tujuan masa nifas pada ibu masa nifas secara sistematis yang mulai pengkajian data subjektif,objektif maupun penunjang.
3. Setehan tenaga kesehatan melaksanakan pengkajian data maka harus menganalisa data tersebut sehingga tujuan masa nifas ini dapat mendeteksi masalah yang terjadi pada ibu dan bayi.
4. Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya, yakni setelah masalah ditemukan maka tenaga kesehatan dapat langsung masuk ke langkah berikutnya sehingga tujuan diatas dapat dilaksanakan
5. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berrencana, menyusui, memberikan imunisasi kepada bayi sehat , memberikan pelayan keluarga berencana.

2.3.3 Tahapan masa nifas

Menurut Saifuddin (2006) dalam Yeyeh, dkk (2011) menjelaskan bahwa masa nifas seperti di jelaskan yaitu merupakan rangkaian setelah proses persalinan dilalui oleh seorang wanita, beberapa tahapan masa nifas yang harus difahami tenaga kesehatan anantara lain:

1. Puerperium dini yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium intermedial yaitu pemulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.
3. Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki komplikasi.

2.3.4 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Menurut Anggraeni (2010) sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain :

1. Perubahan Sistem Reproduksi
 - a. Uterus Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU).
 - b. Lokhea Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya :
 - 1) Lokhea rubra Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah

karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

- 2) Lokhea sanguinolenta Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum. c) Lokhea serosa Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.
- 3) Lokhea alba Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum. Lokhea yang menetap pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan "lokhea purulenta". Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut "lokhea statis".

c. Perubahan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam

keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

d. Perubahan Perineum

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

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang

besifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

5. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

6. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain :

- 1) Suhu badan Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ} C$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu

Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

- 2) Nadi Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.
- 3) Tekanan darah Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklampsia post partum.
- 4) Pernafasan Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok

2.3.5 Kebutuhan Masa Nifas

Ibu nifas memiliki beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi selama menjalani masa nifas yaitu sebagai berikut.

1. Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan memengaruhi susunan air susu. Diet

yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan (Ambarwati dan Wulandari, 2010 :97).

2. Ambulasi

Ambulasi dini (early ambulation) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24–48 jam postpartum, tentunya ibu postpartum tidak dengan penyulit seperti anemia, penyakit jantung, demam, penyakit paru-paru, dan sebagainya. Adapun beberapa keuntungan ambulasi dini adalah sebagai berikut:

- a. Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.
- b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- c. Early ambulation memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit
- d. Menurut penelitian-penelitian yang saksama, early ambulation tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan abnormal, tidak memengaruhi penyembuhan luka episiotomi atau luka di perut, dan lain-lain (Saleha, 2009 : 72).

3. Istirahat

Menurut Suherni dkk (2016 :104), istirahat merupakan salah satu kebutuhan dasar masa nifas yaitu dengan menganjurkannya ibu

untuk: a) Istirahat yang cukup untuk mengurangi rasa lelah b) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur c) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan d) Menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam, dan malam 7-8 jam.

4. Eliminasi

Berikut adalah kebutuhan eliminasi menurut Ambarwati dan Wulandari (2010 : 105). a) Miksi Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3 – 4 jam. Ibu diusahakan dapat BAK sendiri, apabila tidak lakukan tindakan seperti merangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien dan mengompres air hangat diatas simpisis. Jika tidak berhasil dengan cara tersebut maka lakukan katerisasi, namun katerisasi tidak dilakukan sebelum lewat 6 jam post partum karena prosedur kateterisasi membuat klien tidak nyaman dan resiko infeksi saluran kencing tinggi. Dower kateter diganti setelah 48 jam. b) Defekasi Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga BAB maka diberikan larutan supositoria dan minum air hangat. Lakukan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat dan olah raga agar BAB dapat kembali teratur.

5. Personal Hygiene

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:

1) 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, 2010:106). Ibu post partum harus mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Anjurkan ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar (Saleha, 2009:74). 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 : 106–107).

2) 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 : 107).

2.3.6 Komplikasi yang Terjadi Pada Masa Nifas

1. Infeksi Nifas Menurut Saleha (2009 : 96), infeksi puerperalis adalah infeksi pada traktus genitalia setelah persalinan, biasanya dari endometrium bekas insersi plasenta. Setelah kala III daerah bekas insersio plasenta merupakan sebuah luka dengan permukaan yang tidak rata, daerah ini merupakan tempat baik untuk berkembangnya bakteri. Pada saat persalinan, bagian serviks, vulva, vagina, dan perineum yang sering mengalami perlukaan pada persalinan. Semua ini merupakan tempat masuknya kuman patogen (Saleha, 2009:96).
2. Perdarahan Menurut Suherni dkk (2009:128), perdarahan pervaginam atau perdarahan post partum atau post partum hemorargi adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih dari traktus genetalia setelah melahirkan.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode di mana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan. Hal ini dapat disebut sebagai suatu pendekatan untuk memecahkan masalah (*problem-solving*) yang memerlukan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat. Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tahap-tahap tersebut berintegritasi terhadap fungsi intelektual *problem-solving* dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan (Nursalam, 2013)

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan untuk tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosis yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat (Rohmah, 2012 : 18).

Pengumpulan data ada 4 macam, yaitu

- a. Data dasar adalah seluh informasi tentang status kesehatan klien, meliputi data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pla fungsi kesehatan dan pemeriksaan.
- b. Data focus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang

meysimpang dari keadaan normal berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung oleh perawat.

- c. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi.
- d. Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur oleh perawat. Data ini diperoleh melalui kepekaan perawat selama melakukan pemeriksaan fisik .

Pokok utama pengkajian, meliputi

- a. Identitas diri

Meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamin, agama. Pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, no medrec, diagnose medis, alamat klien.

- b. Keluhan utama

Pada klien masa kehamilan matures umumnya datang ke rumah sakit dengan keluhan utamanya adalah kontraksi disertai mules-mules.

- c. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan utama yang dirasakan klien dengan persalinan dengan berupa nyeri, nyeri dirasakan klien hilang timbul. Dapat diuraikan dalam PQRST

- d. Riwayat kesehatan dahulu

Penyakit yang pernah diderita pada masa lalu, bagaimana cara

pengobatan yang dijalani, dimana mendapat pertolongan.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang diturunkan secara genetic, menular, kelainan congenital atau gangguan kejiwaan yang pernah diderita oleh keluarga

f. Riwayat obstetric dan gynekologi

1) Riwayat kehamilan

Berapa kali dilakukan pemeriksaan ANC, Hasil Laboratorium : USG, Darah, Urine, keluhan selama kehamilan termasuk situasi emosional dan impresi, upaya mengatasi keluhan, tindakan dan pengobatan yang diperoleh.

2) Riwayat persalinan

a) Riwayat persalinan lalu : Jumlah Gravida, jumlah partal, dan jumlah abortus, umur kehamilan saat bersalin, jenis persalinan, penolong persalinan, BB bayi, kelainan fisik, kondisi anak saat ini.

b) Riwayat nifas pada persalinan lalu : Pernah mengalami demam, keadaan lochia, kondisi perdarahan selama nifas, tingkat aktifitas setelah melahirkan, keadaan perineal, abdominal, nyeri pada payudara, kesulitan eliminasi, keberhasilan pemberian ASI, respon dan support keluarga.

c) Riwayat persalinan saat ini : Kapan mulai timbulnya his, pembukaan, bloody show, kondisi ketuban, lama persalinan,

dengan episiotomi atau tidak, kondisi perineum dan jaringan sekitar vagina, dilakukan anastesi atau tidak, panjang tali pusat, lama pengeluaran placenta, kelengkapan placenta, jumlah perdarahan.

- d) Riwayat New Born : apakah bayi lahir spontan atau dengan induksi/tindakan khusus, kondisi bayi saat lahir (langsung menangis atau tidak), apakah membutuhkan resusitasi, nilai APGAR skor, Jenis kelamin Bayi, BB, panjang badan, kelainan kongnital, apakah dilakukan bonding attachment secara dini dengan ibunya, apakah langsung diberikan ASI atau susu formula.

g. Riwayat kontrasepsi

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga dimasa mendatang.

h. Aktifitas sehari-hari

- 1) Pola nutrisi : pola menu makanan yang dikonsumsi, jumlah, jenis makanan (Kalori, protein, vitamin, tinggi serat), frekuensi, konsumsi snack (makanan ringan), nafsu makan, pola minum, jumlah, frekuensi.
- 2) Pola istirahat dan tidur : Lamanya, kapan (malam, siang), rasa tidak nyaman yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut,

lampu atau remang-remang atau gelap, apakah mudah terganggu dengan suara-suara, posisi saat tidur (penekanan pada perineum).

- 3) Pola eliminasi : Apakah terjadi diuresis, setelah melahirkan, adakah inkontinensia (hilangnya infolunter pengeluaran urin), hilangnya kontrol blas, terjadi over distensi blass atau tidak atau retensi urine karena rasa talut luka episiotomi, apakah perlu bantuan saat BAK. Pola BAB, freguensi, konsistensi, rasa takut BAB karena luka perineum, kebiasaan penggunaan toilet.
- 4) Personal Hygiene : Pola mandi, kebersihan mulut dan gigi, penggunaan pembalut dan kebersihan genitalia, pola berpakaian, tatarias rambut dan wajah.
- 5) Aktifitas : Kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan, kemampuan merawat diri dan melakukan eliminasi, kemampuan bekerja dan menyusui.
- 6) Rekreasi dan hiburan : Situasi atau tempat yang menyenangkan, kegiatan yang membuat fresh dan relaks.

i. Pemeriksaan fisik head to toe

1) Keadaan umum:

Untuk mengetahui keadaan ibu secara umum. Nifas normal biasanya baik.

2) Keadaan emosional

Untuk mengetahui apakah keadaan emosional stabil / tidak dan apakah terjadi post partum blues (depresi) pada post partum pada

klien tersebut. Pada ibu nifas normal keadaan emosional stabil.

- 3) Tanda Vital: 36,4⁰C sampai 37,4⁰C.
- 4) Pemeriksaan fisik
 - a) Muka
 - 1) Kelopak mata : ada edema atau tidak
 - 2) Konjungtiva : Merah muda atau pucat
 - 3) Sklera : Putih atau tidak
 - b) Mulut: Lidah bersih
Gigi : ada karies atau tidak ada.
 - c) Leher
 - 1) Kelenjar tyroid ada pembesaran atau tidak
Kelenjar getah bening : ada pembesaran atau tidak.
 - 2) Dada
Jantung : irama jantung teratur.
Paru-paru : ada ronchi dan wheezing atau tidak.
Payudara : Bentuk simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, pengeluaran colostrum
 - 3) Punggung dan pinggang
 - 4) Posisi tulang belakang : normal atau tidak. Tidak normal bila ditemukan lordosis.
 - 5) CVAT : ada / tidak nyeri ketuk. Normalnya tidak ada.
 - 6) Abdomen

Bekas luka operasi: untuk mengetahui apakah pernah SC atau operasi lain.

d) Uterus

Untuk mengetahui berapa TFU, bagaimana kontraksi uterus, konsistensi uterus, posisi uterus. Pada ibu nifas 1 hari post partum normal TFU 2 jari di bawah pusat dan kontraksinya baik. Konsistensinya keras dan posisi uterus di tengah.

e) Pengeluaran lochea

Untuk mengetahui warna, jumlah, bau konsistensi lochea pada umumnya dan menentukan adanya kelainan atau tidak. Pada ibu nifas yang normal 1 hari post partum lochea warna merah jumlah + 50 cc, bau : dan konsistensi encer

f) Perineum

Untuk mengetahui apakah pada perineum terdapat jahitan ataupun bekas jahitan atau tidak. Pada nifas normal bisa ditemukan bekas jahitan. Kaji kebersihan area perineum.

g) Kandung kemih

Untuk mengetahui apakah kandung kemih teraba atau tidak, pada ibu nifas normal kandung kemih tidak teraba.

h) Extremitas atas dan bawah

1) Edema : ada atau tidak

2) Kekakuan otot dan sendi : ada atau tidak

3) Kemerahan : ada atau tidak

- 4) Varices : ada atau tidak
 - 5) Reflek patella kanan & kiri: normalnya + Reflek patella negatif pada hypovitaminase B1 dan penyakit urat syarat
- i) Uji Diagnostik
- 1) Darah: pemeriksaan Hb. HB ibu nifas normal: Hb normal 11 gram %
 - 2) Golongan darah
Pemeriksaan golongan darah penting untuk transfusi darah apabila terjadi komplikasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (carpenito, 2012) Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien postpartum menurut Marilyn doengoes, 2010 yaitu :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan episiotomi/laserasi.
- 2) Resiko tinggi shock berhubungan dengan trauma jalan lahir.
- 3) Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan laserasi dan proses persalinan.
- 4) Gangguan eliminasi BAB/BAK berhubungan dengan ketidaknyamanan post partum.

- 5) Proses laktasi tidak adekuat berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang perawatan payudara.
- 6) Defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.
- 7) Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan trauma kandung kemih

3. Intervensi Keperawatan dan Rasional

- a. Nyeri (akut) berhubungan dengan trauma jaitan luka episiotomi.

Tujuan : nyeri berkurang.

Tabel 2.1 Intervensi Trauma Jaitan Luka Episiotomi

Intervensi	Rasional
1. Kaji keluhan nyeri, perhatikan lokasi, lamanya dan intensitas (skala 0-10).	1. membantu dan mengidentifikasi derajat ketidaknyamanan pasien.
2. Observasi tanda-tanda vital, khususnya peningkatan nadi.	2. peningkatan tanda tanda vital (nadi) dapat menandakan peningkatan nyeri.
3. Beri posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya (dalam posisi miring atau terlentang).	3. meningkatkan relaksasi, membantu untuk memfokuskan perhatian.
4. Kolaborasi dalam pemberian analgetik.	4. analgetik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untuk menurunkan persepsi nyeri.

- b. Sepsis berhubungan dengan infeksi

Tujuan : tidak terjadi septikemia.

Tabel 2.2 Intervensi Sepsis Berhubungan Dengan Infeksi

Intervensi	Rasional
1. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam (khususnya suhu).	1.peningkatan tanda vital menunjukkan terjadinya infeksi.
2. Observasi pengeluaran lochea beserta karakteristiknya.	2. lochea secara normal mempunyai bau amis, namun apabila lochea purulenta dan berbau busuk menandakan adanya infeksi.
3. Delegatif dalam pemberian antibiotik.	3.untuk mencegah infeksi berlanjut

- | | |
|---|---|
| 4. Kolaborasi dalam pemantauan hasil laboratorium terutama WBC. | 4. WBC merupakan salah satu faktor penunjang untuk mengetahui terjadinya infeksi. |
|---|---|

c. Perubahan pola eliminasi urinarius berhubungan dengan trauma mekanis.

Tujuan : pasien dapat BAK secara normal.

Tabel 2.3 Intervensi Trauma Mekanis

Intervensi	Rasional
1. Anjurkan berkemih dalam 6-8 jam pasca partum dan setiap 4 jam setelahnya	1. kandung kemih penuh mengganggu motilitas dan involusi uterus.
2. Anjurkan minum 6-8 gelas/hari.	2. membantu mencegah statis dan dehidrasi dan mengganti cairan yang hilang waktu melahirkan.
3. Kaji adanya edema pada luka episiotomi.	3. trauma kandung kemih atau uretra dan edema dapat mengganggu berkemih
4. Ajarkan klien teknik Kegel exercise setiap hari.	4. kegel exercise 100 kali sehari meningkatkan sirkulasi pada perinium membantu penyembuhan dan penyembuhan tonus otot pubokoksigeal.

d. Risiko tinggi kekurangan cairan berhubungan dengan penurunan masukan / pergantian tidak adekuat, peningkatan haluaran urine dan kehilangan tidak kasat mata meningkat misalnya perdarahan.

Tujuan : tidak terjadi kekurangan volume cairan.

Tabel 2.4 Intervensi Risiko Tinggi Kekurangan Cairan

Intervensi	Rasional
1. Observasi adanya rasa haus	1. rasa haus mungkin cara homeostatis dari pergantian cairan melalui peningkatan rasa haus.

2. Kaji masukan cairan dan haluaran urine.	2.rasa haus mungkin cara homeostatis dari pergantian cairan melalui peningkatan rasa haus.
3. Kaji turgor kulit dan kelembaban membran mukosa (bibir).	3.merupakan indikator langsung keadekuatan cairan.
4. Anjurkan pasien untuk minum \pm 2500 ml/hari.	4.pemenuhan kebutuhan dasar cairan menurunkan resiko dehidrasi.

e. Proses laktasi tidak adekuat berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang perawatan payudara.

Tabel 2.5
Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI Berhubungan Dengan Kurang Pengetahuan Ibu

Intervensi	Rasional
a) Evaluasi pola menghisap/menelan bayi	a) Kemampuan menelan bersifat dinamis sejalan dengan tumbuh kembang anak dalam bidang keterampilan oromotor
b) Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui	b) Motivasi atau semangat dari suami selalu diharapkan oleh ibu menyusui
c) Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga)	c) Mudah tidaknya seseorang dalam menyusui tergantung pada pengalaman masalahnya jika ada
d) Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif	d) Latch on adalah istilah yang digunakan ketika bayi mendapatkan posisi yang tepat saat menempelkan mulutnya pada puting ibu
e) Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting	e) Jika bayi tidak menempelkan mulutnya dengan baik di payudara, konsumsi ASI akan terganggu
f) Pantau integritas kulit puting ibu	f) Infeksi pada payudara yang sering disebabkan karena masuknya kuman yang terdapat pada mulut dan hidung bayi
g) Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar air susu dan mastitis	g) Mastitis adalah infeksi pada satu atau lebih pada saluran payudara
h) Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar	h) Pembengkakan payudara terjadi karena adanya gangguan air susu dan meningkatkan vaskularisasi dan kongesti
i) Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi	i) peningkatan berat badan di usia dini sangat penting bagi kesehatan tubuh dalam jangka panjang

- f. Defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

Tabel 2.6
Intervensi Perawatan Postpartum Berhubungan Dengan Kurangnya Informasi Tentang Penangan Postpartum

Intervensi	Rasional
a) Gambarkan tanda gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat	a) Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien
b) Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat	b) Pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan
c) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat	c) Pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan
d) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit	d) Gaya hidup adalah pola hidup seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya
e) Diskusikan pilihan terapi atau penanganan	e) Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien
f) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat	

- g. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan trauma kandung kemih

Tabel 2.7
Intervensi Gangguan Eliminasi Urin Berhubungan Dengan Trauma Kandung Kemih

Intervensi	Rasional
a) Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)	a) Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih, termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan.
b) Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau property alpha agonis	b) Perubahan karakteristik urine dapat mengidentifikasi ISK dan meningkatkan risiko sepsis. Driptik multistrip dapat memberikan penentuan nilai pH, nitrit, leukosit esterase secara cepat yang menunjukkan keberadaan infeksi atau penyakit perkemihan
c) Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik	c) Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih, selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urin dan memantau kaluaran urin. Kateterisasi intermitten mungkin di implementasikan untuk mengurangi komplikasi

yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka panjang.

- d) Menyediakan penghapusan privasi
- e) Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiramkan ke toilet
- f) Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut , membelai tinggi batin , atau air
- g) Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)
- h) Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal
- i) Menyediakan manuver crede, yang diperlukan
- j) Gunakan double-void teknik
- k) Masukkan kateter kemih, sesuai
- l) Anjurkan pasien/ keluarga untuk merekam output urin, sesuai
- m) Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja
- n) Memantau asupan dan keluaran
- o) Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
- p) Membantu dengan toilet secara berkala, sesuai
- q) Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa, sesuai
- r) Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai
- s) Merujuk ke spesialis kontinensia kemih, sesuai