

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSUD Dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

KARTIKA

AKX.15.115



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

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Kartika
NPM : AKX.15.115
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Partum Spontan Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr.Slamet Garut

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh atau sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 02 Agustus 2018

Yang Membuat Pernyataan


(Kartika)

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSUD Dr.SLAMET GARUT

KARTIKA
AKX.15.115

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 6 AGUSTUS 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIP : 10107064

Pembimbing Pendamping



Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
NIP : 10114149

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketun,



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
NIP : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSUD Dr.SLAMET GARUT

Oleh :

Nama : KARTIKA

NIM : AKX.15.115

Telah Diuji
Pada tanggal, 16 Agustus 2018

Panitia Penguji

Ketua : Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Sri Lestari, M.Keb
(Penguji I)
2. Lia Nurfianawati, M.Kep
(Penguji II)
3. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners
(Pembimbing Pendamping)




Mengetahui
STIKes Bakti Kencana Bandung
Ketua,

Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIP: 10107064

ABSTRAK

Latar Belakang: Persalinan spontan/normal adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Banyaknya ibu yang mengalami persalinan normal di RSUD Dr.Slamet Garut periode Januari sampai September 2017 yaitu 1.862 (64,8%) dari 2.872 persalinan. Pada hampir semua persalinan pervaginam terjadi robekan perineum baik yang disengaja dengan episiotomi maupun robekan secara spontan. Robekan perineum biasanya memerlukan tindakan penjahitan, dari jahitan perineum tersebut pasti menimbulkan rasa nyeri. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Studi kasus ini dilakukan pada 2 klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 teratasi sebagian dan kasus 2 teratasi pada hari ketiga. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut dikarenakan episiotomi. Adapun perbedaan hasil intervensi penggunaan teknik relaksasi nafas dalam pada kedua klien yaitu klien 2 sudah bisa melakukan aktifitas secara mandiri, sedangkan klien 1 belum. Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar lebih membatasi pengunjung untuk mencegah kebisingan yang menyebabkan perawat kurang maksimal dalam melakukan intervensi teknik relaksasi nafas dalam terhadap klien dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan dapat menjadi bahan dokumentasi dan perbandingan untuk studi kasus selanjutnya tentang post partum spontan dengan nyeri akut.

Keyword : Post partum spontan, Nyeri akut, Asuhan keperawatan
Daftar Pustaka : 10 Buku (2001-2015), 1 Jurnal (2010)

ABSTRACT

Background: Spontaneous or normal childbirth is a delivery process of a baby, placenta and fetal membrane from the mother uterus. Many mothers have normal childbirth at Regional General Hospital Dr. Slamet Garut from Period January to September 2017 were 1.862 (64,8%) from 2.872 childbirth. To almost every childbirth from vagina there is a perineal tear either in purpose with episotomy or spontaneous tears. Perineal tears usually require suturing, from the perineal sutures surely cause pain. **Objective:** to gain description in nursing care for spontaneous postpartum clients with acute pain problems. **Method:** A case study is to explore a problem with detailed limitations, take in depth data collection and included various sources of information. **Results:** This case study was conducted to spontaneous postpartum clients with acute pain nursing problem. After nursing care was carried out by giving intervention, the problem of nursing acute pain in case 1 was partially solved and case 2 was resolved on the third day. **Discussion:** To both clients found acute pain problems due to episotomy. The difference result of intervention using deep breathing relaxation techniques to both clients that is client 2 has able to do activities independently, while client 1 has not able to do it independently. The writer suggests to the Hospital to be more limited visitors to prevent noise that causes nurses to be less maximal in intervening in deep breathing relaxation techniques to clients and to educational institutions are expected to become documentation and comparison for the next case studies on spontaneous postpartum with acute pain:

Keywords : Post spontaneous partum, acute pain, nursing care
Literatures : 16 Books (2001-2015), 1 Journal (2010)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT”** dengan baik.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Dalam Penyusunan karya tulis ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung dan Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners. selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Kedua orangtua tercinta yaitu Bapak Nandang Tarmana dan Ibu Aning Karwati, yang selalu memberikan do'a, bantuan baik moral maupun material, dukungan, kasih sayang, dan semangat di setiap langkah perjalanan penulis dalam menuntut ilmu serta seluruh keluarga besar yang selalu mendo'akan dengan tulus demi keberhasilan penulis.
6. Teman-teman seperjuanganku Sri Fujianti, Risma Anggitadea, Nadia Fajria, Rizka Noer Farida, Imas Rima Eliyanti, Nurul Khairiah, Rofi Fadilah, Ernawati & Aniya Aprilia terimakasih atas kebersamaannya
7. Untuk teman - teman D III keperawatan yang sama-sama berjuang dan selalu memberikan banyak bantuan, semangat, motivasi serta dukungan dalam penyelesaian tugas akhir karya tulis ilmiah ini.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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 yang lebih baik.

Bandung, 02 Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|---------|
| SURAT PERNYATAAN..... | i |
| LEMBAR PERSETUJUAN | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iii |
| ABSTRAK | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| DAFTAR ISI..... | vii |
| DAFTAR GAMBAR | x |
| DAFTAR TABEL..... | xi |
| DAFTAR BAGAN | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xiii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3 Tujuan Penulisan..... | 5 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 5 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus..... | 5 |
| 1.4 Manfaat | 6 |
| 1.4.1 Manfaat Teoritis | 6 |
| 1.4.2 Manfaat Praktis..... | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Anatomi Organ Reproduksi Wanita..... | 7 |
| 2.2 Konsep Persalinan..... | 14 |
| 2.2.1 Pengertian Persalinan | 14 |
| 2.2.2 Tahapan Persalinan | 15 |
| 2.3 Konsep Post Partum..... | 16 |
| 2.3.1 Pengertian Post Partum | 16 |
| 2.3.2 Etiologi..... | 17 |
| 2.3.3 Patofisiologi | 17 |
| 2.4 Adaptasi Psikologis Ibu Post Partum | 25 |

| | |
|--|-----|
| 2.5 Konsep Nyeri | 26 |
| 2.5.1 Definisi | 26 |
| 2.5.2 Jenis-jenis Nyeri | 26 |
| 2.5.3 Faktor –Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri | 27 |
| 2.5.4 Penatalaksanaan Nyeri | 29 |
| 2.5.5 Teknik Relaksasi Nafas Dalam | 33 |
| 2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas | 36 |
| 2.6.1 Pengkajian | 36 |
| 2.6.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Postpartum | 47 |
| 2.6.3 Rencana Keperawatan | 50 |
| BAB III METODE PENELITIAN | |
| 3.1 Desain Penelitian | 84 |
| 3.2 Batasan Istilah | 84 |
| 3.3 Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian | 85 |
| 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian | 86 |
| 3.5 Pengumpulan Data | 86 |
| 3.6 Uji Keabsahan Data | 87 |
| 3.7 Analisis Data | 88 |
| 3.8 Etik Penulisan KTI | 89 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| 4.1 Hasil | 92 |
| 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data | 92 |
| 4.1.2 Pengkajian | 93 |
| 4.1.3 Analisis Data | 102 |
| 4.1.4 Diagnosa Keperawatan | 105 |
| 4.1.5 Perencanaan | 109 |
| 4.1.6 Pelaksanaan dan Evaluasi Formatif | 111 |
| 4.1.7 Evaluasi Sumatif | 121 |
| 4.2 Pembahasan | 122 |
| 4.2.1 Pengkajian | 122 |
| 4.2.2 Diagnosa Keperawatan | 125 |
| 4.2.3 Perencanaan | 134 |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| 4.2.4 Pelaksanaan | 137 |
| 4.2.5 Evaluasi | 141 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | |
| 5.1 Kesimpulan | 142 |
| 5.2 Saran | 144 |
| Daftar Pustaka | |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--------------------------------------|----|
| Gambar 2.1 Alat Kandungan Luar | 9 |
| Gambar 2.2 Alat Kandungan Dalam..... | 14 |
| Gambar 2.3 Skala Nyeri | 38 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut..... | 51 |
| Tabel 2.2 Intervensi Menyusui..... | 52 |
| Tabel 2.3 Intervensi Intoleransi Aktivitas | 54 |
| Tabel 2.4 Intervensi Risiko Tinggi Infeksi | 56 |
| Tabel 2.5 Intervensi Perubahan Eliminasi Urin | 57 |
| Tabel 2.6 Intervensi Kekurangan volume cairan | 60 |
| Tabel 2.7 Intervensi Volume Cairan | 63 |
| Tabel 2.8 Intervensi Konstipasi | 66 |
| Tabel 2.9 Intervensi Risiko Tinggi Perubahan Menjadi Orangtua | 68 |
| Tabel 2.10 Intervensi Koping Individual Tidak Efektif..... | 73 |
| Tabel 2.11 Intervensi Gangguan Pola Tidur | 75 |
| Tabel 2.12 Intervensi Kurang Pengetahuan Mengenai Perawatan Diri dan Perawatan Bayi | 77 |
| Tabel 2.13 Intervensi Potensial Terhadap Pertumbuhan..... | 79 |
| Tabel 2.14 Intervensi Perubahan Perfusi Jaringan..... | 81 |
| Tabel 2.15 Intervensi Risiko Ketidacukupan ASI..... | 82 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|--|----|
| Bagan 2.1 Pathway Post Partum Normal | 24 |
|--|----|

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Catatan Revisi Ujian KTI
- Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV Format Review Artikel
- Lampiran V Jurnal

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin, plasenta, dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan ibu sendiri (Sumarah, 2009). Persalinan spontan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu, persalinan dianggap spontan atau normal jika prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Wiknjastro, 2008). Setelah proses persalinan, ibu mengalami masa nifas. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saleha, 2009). Sehingga dapat disimpulkan bahwa masa nifas (*post partum*) adalah masa pulihnya kembali alat-alat kandungan ibu yang dihitung sejak bayi lahir sampai kira-kira berusia 40 hari. Namun, seluruh alat genital baru pulih kembali sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Siswosudarmo, 2008).

Tahapan masa nifas (*post partum/puerperium*) dibedakan menjadi 3 antara lain *puerperium dini*, *puerperium intermedial*, *remot puerperium*. *Puerperium dini* yaitu masa kepulihan yaitu saat-saat ibu dibolehkan berdiri dan berjalan-jalan. *Puerperium intermedial* yaitu

masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ genital kira-kira antara 6-8 minggu. Remot puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Suherni, 2008). Ibu post partum berpotensi rentan terhadap komplikasi nifas antara lain emboli, trombotik, perdarahan, infeksi, eklamsi, gangguan-gangguan menyusui, dan sebagainya (Dunstall, 2006). Bila tidak tertangani dengan baik akan memberi kontribusi yang cukup besar terhadap tingginya Angka Kematian Ibu (AKI).

Berdasarkan data Menurut laporan WHO (*World Health Organization*) tahun 2014 angka kematian ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000. Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2013, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 346/100.000 kelahiran hidup. Tahun 2015 Provinsi Jawa Barat menduduki peringkat tertinggi dari jumlah Angka Kematian Ibu (AKI). Dalam laporan tersebut, jumlah kematian ibu sebanyak 823/100.000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Jawa Barat). Di kabupaten Garut, Angka Kematian Ibu (AKI) semakin meningkat dari 28 kasus pada tahun 2013 menjadi 45 kasus tahun 2014.

Berdasarkan catatan *medical record* di RSUD Dr.Slamet Garut periode Januari sampai September 2017 didapatkan hasil pada ruangan Nifas proporsi ibu yang mengalami persalinan normal yaitu 1.862 (64,8 %) dari 2.872 persalinan. Proses persalinan adalah keadaan yang fisiologis yang akan dialami oleh ibu bersalin. Jenis

perluasan ringan berupa luka lecet, dan yang berat berupa suatu robekan. Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pervaginam baik itu robekan yang disengaja dengan episiotomi maupun robekan secara spontan akibat dari persalinan, robekan perineum ada yang perlu tindakan penjahitan ada yang tidak perlu. Dari jahitan perineum tadi pasti menimbulkan rasa nyeri (Chapman, Vicky, 2006).

Jahitan episiotomi selain memiliki manfaat, ternyata menimbulkan rasa nyeri yang mengganggu kenyamanan ibu (Bobak, 2005). Pernyataan ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan Kuncahyana tahun 2013 bahwa sebanyak 70,9% ibu mengalami nyeri di sekitar jahitan episiotomi. Kondisi ini akan berlangsung selama beberapa minggu sampai satu bulan *post partum*, oleh karena itu diperlukan intervensi dan penanganan agar tidak menambah rasa nyeri (Rohani, 2011).

Robekan perineum yang melebihi robekan tingkat satu harus dijahit sehingga mengalami derajat nyeri perineum setelah melahirkan (Sumarah, 2009). Nyeri menurut hierarki Maslow, merupakan kebutuhan fisiologis. Nyeri merupakan perasaan yang tidak nyaman yang sangat subyektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat (Mubarak, 2007).

Ketidaknyamanan berkaitan dengan kualitas hidup ibu, terdapat bukti-bukti tentang perubahan kualitas hidup yang dialami oleh ibu *post partum*. Secara teratur serangkaian gejala psikologis maupun fisik seperti keterbatasan fisik, kelelahan dan nyeri. Sehingga perlu dukungan terhadap penyesuaian ibu dalam menghadapi aktivitas. Berbagai perawatan post partum meliputi perawatan diri fisik dan perawatan diri psikososial. Perawatan diri fisik akan terganggu dengan adanya nyeri, perawatan diri tersebut meliputi kebutuhan dasar manusia seperti kebersihan diri (mandi), perawatan perineum, perawatan payudara, nutrisi, istirahat dan tidur, latihan (ambulasi dan kegel), eliminasi buang air besar dan buang air kecil (Reeder, 2011). Untuk meningkatkan kualitas hidup ibu, maka perlu dilakukan asuhan keperawatan secara komprehensif.

Asuhan keperawatan dilakukan dengan proses keperawatan, berupa aktivitas perawat yang dilakukan secara sistematis melalui lima tahapan, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan atau implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD Dr.SLAMET GARUT”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan episiotomi di ruang kalimaya bawah RSUD Dr.Slamet Garut secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spiritual, dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD Dr.Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien post partum spontandengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD Dr.Slamet Garut.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD Dr.Slamet Garut.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD Dr.Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang kalimaya bawah RSUD Dr.Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan episiotomi.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post partum spontandengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Organ Reproduksi Wanita

Alat kandung di bagi atas 2 bagian:

1. Genetalia eksterna

Genitalia eksterna adalah organ reproduksi wanita yang dapat dilihat dari luar bila wanita dalam posisi litotomi, fungsinya adalah untuk kopulasi.

a. Mons veneris

Adalah daerah yang menggantung di atas simfisis, yang akan ditumbuhi rambut kemaluan (pubis) apabila wanita beranjak dewasa. Rambut ini membentuk sudut lengkung pada wanita (Dewi dan Sunarsih, 2011).

b. Labia mayora (bibir besar)

Berada pada bagian kanan dan kiri, berbentuk lonjong, dimana pada wanita menjelang dewasa akan ditumbuhi rambut lanjutan dari mons veneris. Bertemu labia mayora membentuk komisura posterior (Dewi dan Sunarsih, 2011).

c. Labia minora (bibir kecil)

Bagian dalam dari bibir besar yang berwarna merah jambu. Bagian ini merupakan suatu lipatan kanan dan kiri bertemu di atas preputium klitoridis, serta di bawah klitoris. Bagian belakang kedua lipatan setelah mengelilingi orifisium vagina

bersatu disebut *faurchet* (hanya nampak pada wanita yang belum pernah melahirkan) (Dewi dan Sunarsih, 2011).

d. Klitoris (kelentit)

Identik dengan penis pria, kira-kira sebesar kacang hijau sampai cabai rawit dan ditutupi frenulum klitoridis. Glans klitoris berisi jaringan yang dapat berereksi, sifatnya amat sensitif karena banyak memiliki serabut saraf (Dewi dan Sunarsih, 2011).

e. Vestibulum

Merupakan rongga yang dibatasi oleh kedua labia minora pada bagian lateral, bagian anterior oleh klitoris, dan bagian dorsal oleh faurchet. Pada vestibulum juga bermuara uretra, 2 buah kelenjar Skene, dan 2 buah kelenjar bartholin, di mana kelenjar ini akan mengeluarkan sekret pada waktu koitus. Selain itu introitus vagina juga pada bagian ini (Dewi dan Sunarsih, 2011).

f. Hymen

Merupakan selaput yang menutupi introitus vagina, biasanya berlubang membentuk semilunaris, anularis, lapisan, septata, atau fimbria. Bila tidak berlubang disebut *atresia himenalis* atau *hymen imperforata*. Hymen akan robek pada koitus, terlebih setelah bersalin (hymen ini disebut *karunkulae mirliiformis*). Lubang hymen berfungsi sebagai tempat

keluarnya sekret dan darah menstruasi (Dewi dan Sunarsih, 2011).

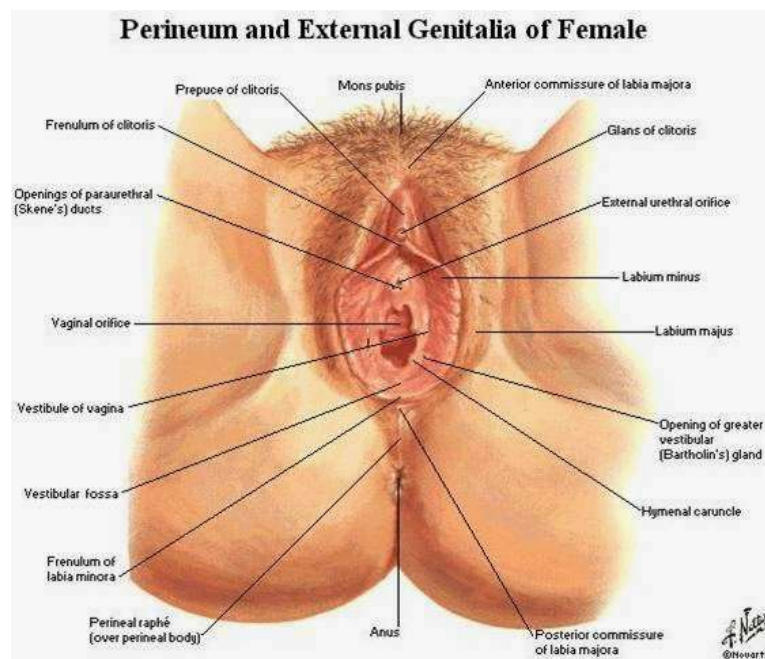
g. Perineum

Terletak di antara vulva dan anus. Panjang sekitar 4 cm

h. Vulva

Bagian dari organ reproduksi wanita yang berbentuk lonjong, berukuran panjang mulai dari klitoris, kanan dan kiri di atas bibir kecil, sampai ke belakang dibatasi perineum (Dewi dan Sunarsih, 2011).

Gambar 2.1
Alat Kandungan Luar



Sumber: Dewi dan Sunarsih, 2011

2. Genetalia Interna

a. Vagina (liang senggama)

Merupakan liang atau saluran yang menghubungkan vulva dan rahim, terletak diantara kandung kemih dan rektum. Dinding depan vagina memiliki panjang 7-9 cm dan dinding belakang 9-11 cm. Dinding vagina berlipat-lipat berjalan sirkuler disebut *rugae*, di mana pada bagian tengahnya terdapat bagian yang lebih keras disebut *kolumna rugarum* (Dewi dan Sunarsih, 2011).

Fungsi penting vagina adalah sebagai berikut :

- 1) Saluran keluar untuk mengalirkan darah haid dan sekret lain dari rahim.
- 2) Alat untuk bersenggama.
- 3) Jalan lahir pada waktu bersalin.

b. Uterus (rahim)

Merupakan suatu struktur otot yang cukup kuat, di mana bagian luarnya ditutupi oleh peritoneum, sedangkan rongga dalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Dalam keadaan hamil, rahim terletak dalam rongga panggul kecil di antara kandung kemih dan rektum. Bentuknya seperti bola lampu yang gepeng atau buah alpukat yang terdiri atas tiga bagian yaitu sebagai berikut : (Dewi dan Sunarsih, 2011).

- 1) Badan rahim (*korpus uteri*) berbentuk segitiga
- 2) Leher rahim (*serviks uteri*) berbentuk silinder

3) Rongga rahim (*kavum uteri*)

Bagian rahim antara kedua pangkal tuba disebut fundus uteri, merupakan bagian proksimal rahim. Besarnya rahim berbeda-beda, tergantung pada usia dan pernah melahirkan anak atau belum. Ukurannya kira-kira sebesar telur ayam kampung. Pada multipara ukurannya 5,5-8 cm × 3,4-4 cm × 2-2,5 cm, multipara 9-9,5 cm × 5,5-6 cm × 3-3,5 cm. Beratnya 40-50 gram pada nulipara dan 60-70 gram pada multipara.

Dinding rahim terdiri atas tiga lapisan yaitu sebagai berikut :

- 1) Lapisan serosa (lapisan peritoneum) pada bagian luar
- 2) Lapisan otot (lapisan miometrium) pada bagian tengah
- 3) Lapisan mukosa (endometrium) pada bagian dalam

Sikap dan letak uterus dalam rongga panggul terfiksasi dengan baik karena disokong dan dipertahankan oleh hal-hal berikut ini :

- 1) Tonus rahim sendiri
- 2) Tekanan intraabdominal
- 3) Otot-otot dasar panggul
- 4) Ligamentum-ligamentum

c. Tuba falopi (Saluran telur)

Tuba ini terdapat pada tepi atas ligamentum latum, berjalan ke arah lateral, mulai dari kornu uteri kanan kiri. Panjangnya ± 12 cm dengan diameter 3-8 cm. Tuba ini dibagi menjadi empat bagian :

1) Pars interstisialis (intramuralis)

Bagian tuba yang berjalan dalam dinding uterus mulai dari ostium tuba

2) Pars ismika

Bagian tuba setelah keluar dari dinding uterus dan merupakan bagian tuba yang lurus dan sempit

3) Pars ampullaris

Bagian tuba antara pars ismika dan infundibulum merupakan bagian tuba yang paling lebar dan berbentuk S. Pada bagian inilah biasanya terjadi konsepsi

4) Infundibulum

Merupakan ujung dari tuba dengan umbali-umbai yang disebut *fimbriae*, lubangnya disebut *ostium abdominale tuba*.

Fungsi tuba yaitu untuk menangkap, membawa ovum yang dilepas ovarium ke arah kavum uteri, serta tempat terjadinya konsepsi.

d. Ovarium (indung telur)

Ovarium terdiri atas dua, yaitu bagian kanan dan kiri yang dihubungkan dengan uterus oleh ligamen ovarii propium dan dihubungkan dengan dinding panggul dengan perantara ligamen infundibulo pelvikum.

Fungsi ovarium adalah sebagai berikut :

- 1) Mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron
- 2) Mengeluarkan telur setiap bulan

e. Parametrium

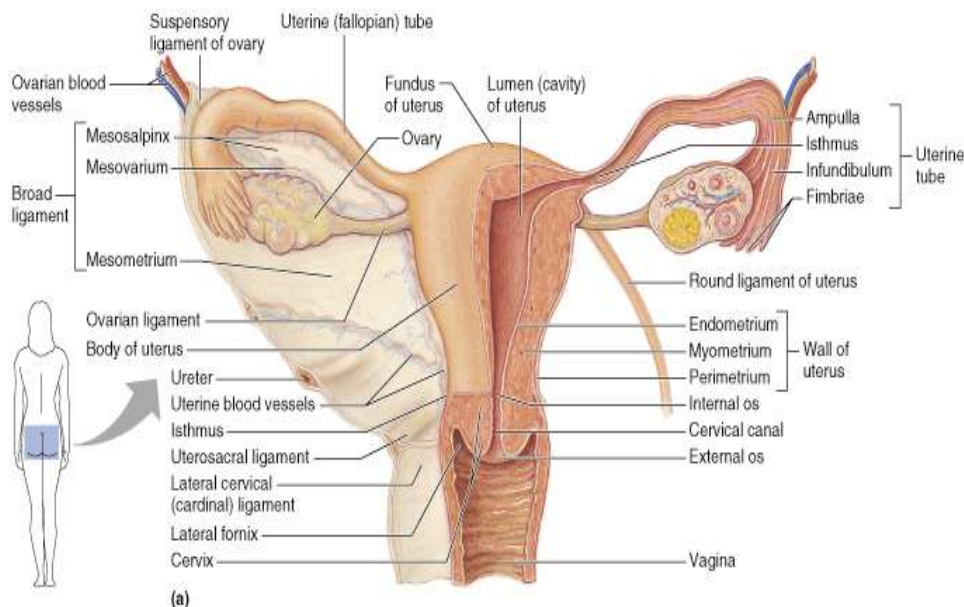
Jaringan ikat yang terdapat di antara kedua lembar ligamentum latum disebut parametrium. Parametrium ini dibatasi oleh bagian-bagian berikut:

- 1) Bagian atas terdapat tuba fallopi dengan mesosalphinx
- 2) Bagian depan mengandung ligamentum teres uteri
- 3) Bagian kaudal berhubungan dengan mesometrium
- 4) Bagian belakang terdapat ligamentum ovarii propium
- 5) Kearah samping berjalan ligamentum suspensorium ovarii.

Pada parametrium ini terdapat uretra kanan dan kiri, serta pembuluh darah arteria uterina.

(Dewi dan Sunarsih, 2011).

Gambar 2.2
Alat Kandungan Dalam



Copyright © 2001 Benjamin Cummings, an imprint of Addison Wesley Longman, Inc.

Sumber: Dewi dan Sunarsih, 2011

2.2 Konsep persalinan

2.2.1. Pengertian persalinan

Persalinan merupakan 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 pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2010).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Lisnawati, 2013).

2.2.2 Tahapan persalinan

Tahapan kala dalam persalinan

a. Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus atau dikenal dengan “his” yang teratur dan meningkat (baik frekuensi maupun kekuatannya) hingga serviks berdilatasi hingga 10 cm (pembukaan lengkap) atau kala pembukaan berlangsung dari mulai adanya pembukaan sampai pembukaan lengkap (Indrayani dan Unaria, 2013).

b. Kala II

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala dua disebut juga dengan kala pengeluaran bayi (Indrayani dan Unaria, 2013).

c. Kala III

Kala tiga persalinan disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga dan empat persalinan merupakan kelanjutan dari kala satu (kala pembukaan) dan kala dua (kala pengeluaran bayi) persalinan (JNPK-KR Depkes RI, 2014). Kala III persalinan disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Setelah kala dua persalinan, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Lepasnya

plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda dibawah ini: (Indrayani dan Unaria, 2013)

d. Kala IV

Kala empat persalinan disebut juga dengan kala pemantauan. Kala empat dimulai dari setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Pada kala ini sering terjadi perdarahan postpartum, yaitu pada dua jam pertama. Pemantauan yang dilakukan bertujuan untuk memantau kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam, dengan memantau setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan (Indrayani dan Unaria, 2013).

2.3 Konsep Post partum

2.3.1 Pengertian post partum spontan

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saleha, 2009). Periode postpartum adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Periode ini kadang disebut puerperium atau trimester ke empat kehamilan (Bobak, 2004).

2.3.2 Etiologi

Perubahan perubahan yang terjadi pada masa kehamilan dan persalinan menyebabkan terjadinya proses adaptasi organ organ tubuh untuk kembali ke keadaan sebelum hamil (Trisnawati, 2012)

2.3.3 Patofisiologi

1. Perubahan Sistem reproduksi

a. Uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot atau beratnya hanya 60 gram (Indiyani, 2013).

b. Lochia

Lochia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochia mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus, berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita, lochia yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochia dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1) Lochia rubra/merah

Keluar pada hari pertama sampai hari keempat masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta,

dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium.

2) Lochia sanguinolenta

Berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari keempat sampai hari ketujuh postpartum.

3) Lochia serosa

Berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) Lochia alba/putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

c. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. 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. Perineum

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

e. Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi:

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

f. Laktasi

Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI.

g. Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan

menutup secara perlahan dan bertahap. Pada minggu ke-6 serviks menutup kembali.

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami keadaan konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Namun hal ini masih dalam kondisi normal dimana faal usus akan kembali normal dalam 3-4 hari.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil. Hal ini disebabkan terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

4. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur.

Stabilisasi/secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

5. Perubahan Sistem Endokrin

a. Hormon Plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7.

b. Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hipotalamik Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi.

6. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui seksio caesarea , maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada seksio caesarea, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

7. Perubahan Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental. Leukositosis yang meningkat dimana sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari dari masa postpartum. Jumlah hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal postpartum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut.

8. Perubahan tanda tanda vital

a. Suhu badan

Satu hari (24 jam) PP suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan dan kelelahan. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke tiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena kebanyakan ASI. Bila suhu tidak menurun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genetalis atau sistem lain.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat.

c. Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena pendarahan. Tekanan darah tinggi pada PP dapat menandakan terjadinya preeklamsia post partum

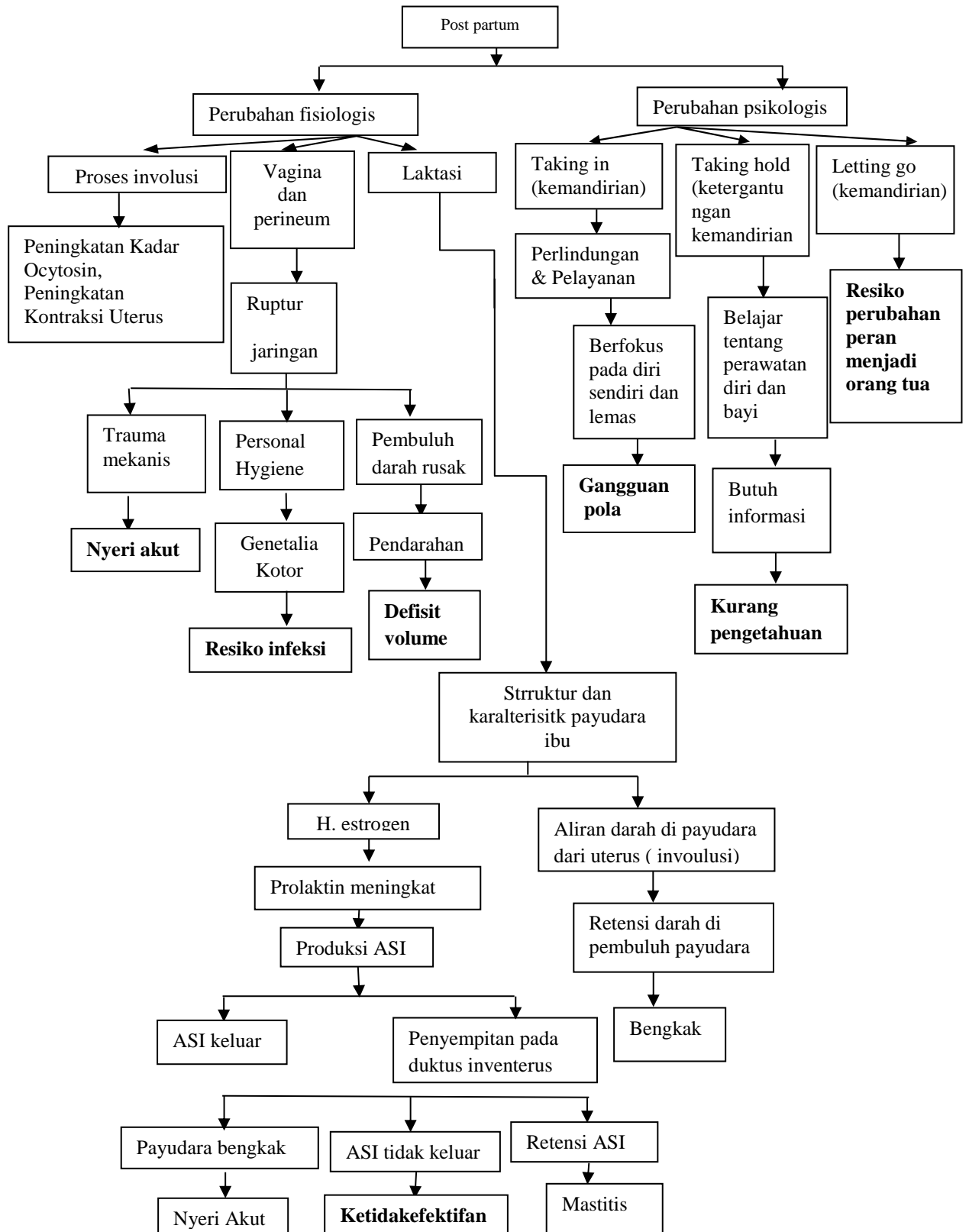
d. Pernafasan

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.

2.3.4 Pathway

Gambar 2.3

Pathway Post partum Spontan



2.4 Adaptasi Psikologis Ibu Post Partum

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase berikut: (Indiyani, 2013)

1. Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu menjadi cenderung pasif terhadap lingkungannya.

2. Fase *taking hold*

Fase *taking hold* adalah fase / periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah.

3. Fase *letting go*

Fase *letting go* merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya yang sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat bergina bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

2.5 Konsep Nyeri

2.5.1 Definisi

Nyeri adalah pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan potensi maupun kerusakan jaringan yang sebenarnya (Smletzer & Bare, 2012).

Nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa ia sedang nyeri (Potter & Perry, 2005).

2.5.2 Jenis-jenis nyeri

1. Nyeri akut

Nyeri akut biasanya awitan tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Nyeri ini umumnya terjadi kurang dari enam bulan dan biasanya kurang dari satu bulan.

2. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis sering didefinisikan

sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih, meski enam bulan merupakan suatu periode yang dapat berubah untuk membedakan anatara nyeri akut dan nyeri kronis.

2.5.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri (Smeltzer & Bare, 2012).

1. Pengalaman

Individu yang mempunyai pengalaman multipel dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran dibanding orang yang hanya mengalami sedikit nyeri.

2. Ansietas

Ansietas yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri.

3. Budaya

Budaya dan etniksitas mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri (bagaimana nyeri diuraikan atau seseorang berperilaku dalam berespon terhadap nyeri).

4. Usia

Pengaruh usia pada persepsi nyeri dan toleransi nyeri tidak diketahui secara luas.

5. Makna nyeri

Dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu yang akan mempersepsikan nyeri secara berbeda-beda.

6. Perhatian

Perhatian yang meningkat dikaitkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

7. Keletihan

Rasa lelah menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

8. Pengalaman

Klien yang tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping terhadap nyeri.

9. Gaya coping

Klien yang memiliki fokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa, seperti nyeri.

10. Dukungan sosial dan keluarga

Klien dari kelompok sosiobudaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang, tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri, klien yang

mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan.

2.5.4 Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri yang efektif tidak hanya memberikan obat yang tepat pada waktu yang tepat, seperti yang dikatakan Dewit (2008) penatalaksanaan nyeri yang efektif juga dengan mengkombinasikan antara penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis. Kedua tindakan ini akan memberikan tingkat kenyamanan yang sangat memuaskan dalam waktu yang lama bagi pasien.

1. Tindakan Farmakologis

Tindakan farmakologis menurut Smeltzer et al. (2012) dibagi menjadi tiga kategori umum, yaitu anestesi lokal, agen analgesik opioid, dan Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs).

a. Anestesi lokal

Anestesi lokal bekerja dengan memblokir konduksi saraf saat diberikan langsung ke serabut saraf. Anestesi lokal dapat memberikan langsung ke tempat yang cedera (misalnya, anestesi topikal dalam bentuk semprot untuk

luka bakar akibat sinar matahari) atau cedera langsung ke serabut saraf melalui suntikan atau saat pembedahan.

b. Opioid

Tujuan dari pemberian opioid adalah untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas hidup, karena itu, rute, dosis dan frekuensi pemberian ditentukan secara individual. Faktor-faktor yang dipertimbangkan dalam menentukan rute, dosis, dan frekuensi pengobatan mencakup karakteristik nyeri (misalnya, durasi dan tingkat keparahan), status keseluruhan pasien, respon pasien terhadap pengobatan analgesik, dan laporan pasien nyeri. Opioid dapat diberikan melalui berbagai rute: oral, intravena, subkutan, intraspinal, intranasal, rektal, dan transdermal.

c. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs)

Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) diduga dapat menurunkan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan-jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi, yang menghambat reseptor nyeri untuk menjadi sensitif terhadap stimulus menyakitkan sebelumnya.

2. Tindakan nonfarmakologis

Tindakan nonfarmakologis dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pemberian analgesik, tetapi tindakan

nonfarmakologis tidak ditujukan sebagai pengganti analgesik (Urden, 2009). Tindakan nonfarmakologis menurut Smeltzer (2012) meliputi masase, terapi es dan panas, stimulasi saraf elektrik transkutan, teknik relaksasi, distraksi, hipnosis, guided imagery dan musik.

a. Masase

Masase adalah tindakan kenyamanan yang dapat membantu relaksasi, menurunkan ketegangan otot, dan dapat menurunkan ansietas karena kontak fisik yang menyampaikan perhatian. Masase juga dapat menurunkan intensitas nyeri dengan meningkatkan sirkulasi superfisial ke area nyeri. Masase dapat dilakukan di leher, punggung, tangan dan lengan, atau kaki.

b. Terapi es dan panas

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Terapi panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.

c. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)

TENS dapat menurunkan nyeri dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non nosiseptor) dalam area yang sama seperti pada serabut yang menstransmisikan nyeri.

TENS menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. Stimulasi dari TENS diperkirakan mengaktivasi serabut saraf berdiameter besar yang mengatur transmisi impuls nosiseptif di sistem saraf tepi dan system saraf pusat, menghasilkan penurunan nyeri.

d. Teknik relaksasi

Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Teknik relaksasi terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman.

e. Distraksi

Distraksi merupakan tindakan dengan memfokuskan perhatian pada sesuatu selain pada nyeri, misalnya menonton film dan bermain catur. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desendens yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri.

f. Hipnosis

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Teknik ini membantu dalam memberikan peredaan nyeri terutama dalam situasi sulit, misalnya luka bakar. Keefektifan hipnosis tergantung pada kemampuan hipnotik individu.

g. Imajinasi terbimbing (*guided imagery*)

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental dan kenyamanan.

h. Terapi musik

Terapi musik merupakan terapi yang murah dan efektif untuk mengurangi nyeri dan kecemasan. Penelitian di kalangan wanita lansia di Korea dan Amerika yang menjalani operasi ginekologi menunjukkan penurunan nyeri setelah diberikan intervensi terapi musik.

2.5.5 Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Definisi

Menurut Smeltzer & Bare (2012) relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan

toleransi. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (“hirup, dua, tiga”) dan ekhalasi (“hembuskan, dua, tiga”). Pada saat perawat mengajarkan ini, akan sangat membantu bila menghitung dengan keras bersama pasien pada awalnya. Napas yang lambat, berirama juga dapat digunakan sebagai teknik distraksi. Hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode-metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri.

2. Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Potter & Perry (2006) mengatakan bahwa ada efek relaksasi yaitu:

- a. Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernafasan
- b. Penurunan konsumsi oksigen
- c. Penurunan ketegangan otot
- d. Penurunan kecepatan metabolisme
- e. Peningkatan kesadaran global
- f. Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan

- g. Tidak ada perubahan posisi yang vounter
 - h. Perasaan damai dan sejahtera
 - i. Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam
- Penting bagi perawat untuk memberikan posisi yang nyaman dalam pelaksanaan relaksasi ini. Posisi yang tidak nyaman akan membuat pasien tidak focus pada tindakan dan membuat pasien menjadi kelelahan. Relaksasi dapat dilakukan dengan posisi duduk maupun berbaring, yaitu dengan cara:
- a) Duduk
 - Duduk dengan seluruh punggung bersandar pada kursi
 - Letakkan kaki datar pada lantai
 - Letakkan kaki terpisah satu sama lain
 - Gantungkan lengan pada sisi atau letakkan pada lengan kursi
 - Pertahankan kepala sejajar dengan tulang belakang
 - b) Berbaring
 - Letakkan kaki terpisah satu sama lain dengan jari-jari kaki agak meregang lurus kearah luar
 - Letakkan lengan pada sisi tanpa menyentuh sisi tubuh
 - Pertahankan kepala sejajar dengan tulang belakang

- Gunakan bantal yang tipis dan kecil dibawah kepala.

c) **Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Prosedur teknik relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut: ciptakan lingkungan yang tenang, jaga privasi pasien, usahakan pasien dalam keadaan rileks, minta pasien memejamkan mata dan usahakan agar konsentrasi, menarik nafas dari dalam hidung secara perlahan-lahan sambil menghitung dalam hati, “hirup, dua, tiga”, hembuskan udara melalui mulut sambil menghitung dalam hati “hembuskan, dua, tiga”, menarik nafas lagi dari dalam hidung dan hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan seperti prosedur sebelumnya ulangi lagi dengan selingi istirahat yang singkat.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

2.6.1 Pengkajian

1. **Identitas dan penanggung jawab**

Terdiri dari nama, usia, alamat, nomor rekam medic, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan sebagainya terkait klien dan penanggung jawab (Mansyur & Dahlan, 2014).

2. Riwayat kesehatan (Reeder, 2009)

a. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Keluhan yang menyebabkan klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan.

b. Keluhan utama saat dikaji

Merupakan pengembangan dari keluhan utama yaitu nyeri pada perineum, keluhan ini uraikan dengan metode PQRST:

P = Paliatif/propokatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan.

Pada post partum spontan dengan episiotomi biasanya klien mengeluh nyeri, nyeri dirasakan bertambah apabila klien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q = Quality/Quantity

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya.

Pada post partum spontan dengan episiotomi biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris-iris.

R = Region/Radiasi

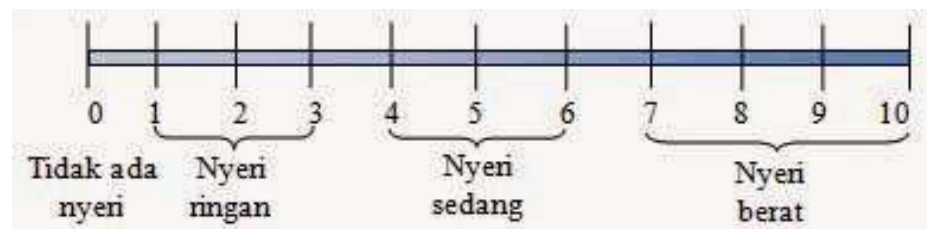
Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya.

Pada post partum spontan dengan episiotomi biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah perineum biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S = Severity/Skala

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0-10 (Potter & Perry, 2006).

Gambar 2.3
Skala Nyeri



Sumber :Krebs, et al. 2007)

Selain itu cara untuk penilaian nyeri dapat pula dengan menggunakan verbal descriptor scale (VDS), face pain scale (FPS), dan visual analog scale (VAS). Pada post partum spontan dengan episiotomi biasanya nyeri luka episiotomi berdampak terhadap aktivitas sehari-hari, dengan skala nyeri lebih dari 2 pada skala 0-10.

T= Timing

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut.

f. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien mempunyai riwayat tindakan perbedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya.

g. Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi tentang riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus, ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV dan hepatitis.

h. Riwayat Ginekologi dan Obstetri (Sulistyawati, 2009)

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Siklus haid, lamanya, banyaknya sifat darah (warna, bau, cair gumpalan) menarche disminorhae, HPHT dan taksiran persalinan.

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

Usia perkawinan, umur klien dan suami saat kawin, pernikahan yang keberapa bagi klien dan suami.

c) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi

yang digunakan, jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan.

2) Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

b) Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya.

c) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

d) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan yang keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama.

e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat.

i. Pola aktivitas sehari-hari, di rumah dan di rumah sakit
(Sulistyawati, 2009)

1) Pola nutrisi

Mencangkup makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu post partum normal akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat seksio sesarea.

2) Pola eliminasi

Mencangkup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK : frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru

terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

3) Pola istirahat dan tidur

Mencangkup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan sektio sesarea.

4) Personal hygiene

Mencangkup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan seksio sesarea yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

5) Aktifitas dan latihan

Kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit.

j. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan fisik ibu (Sulistyawati, 2009 dan Mansyur & Dahlan, 2014)

a) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post partum spontan biasanya kesadaran composmentis (kesadaran maksimal), dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

b) Tanda-tanda vital

Pada tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu, yaitu mencapai 36-37°C, dengan frekuensi nadi 65-80 kali/menit pada hari pertama dan normal kembali pada hari ketiga tekanan darah dan respirasi normal.

c) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan.

d) Pemeriksaan fisik ibu

(1) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.

(2) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum.

(3) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan pada sistem penglihatan, fungsi penglihatan.

(4) Telinga

Bentuk, kebersihan telinga, fungsi pendengaran, adakah gangguan pada fungsi pendengaran.

(5) Hidung

Bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, ada tidak nyeri tekan, warna mukosa, dan fungsi penciuman.

(6) Mulut

Keadaan mulut, mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil, dan nyeri pada saat menelan.

(7) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidak penikatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk.

(8) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan.

(9) Abdomen

Perhatikan adanya linea nigra. Ada striae atau tidak, ada pelebaran vena atau tidak, adanya kelainan atau tidak (Ambarwati, 2010). Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira- kira 1 cm setiap hari. Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm dibawah pusat. Pada hari ketiga sampai hari keempat tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat. Pada hari kelima sampai hari ketujuh tinggi fundus uteri pertengahan antara pusat dan simpisis. Pada hari kesepuluh tinggi fundus uteri tidak teraba (Ambarwati, 2009).

(10) Punggung dan bokong

Bentuk, ada tidaknya lesi, ada tidak kelainan tulang belakang.

(11) Genetalia

Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.

(12) Anus

Hemoroid (varises anus) umum ditemui. Hemoroid interna dapat terbuka saat ibu mengejan ketika melahirkan.

(13) Ekstremitas

Adaptasi sistem musculoskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravid ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar. Serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

k. Pemeriksaan penunjang (Nurarif, 2015)

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG

- 3) Jumlah Darah Lengkap (JDL) dengan diferensial
- 4) Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
- 5) Golongan darah
- 6) Urinalisis
- 7) Ultrasonografi

1. Analisa data (Reeder, 2009)

Data yang sudah terkumpul selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif dan pedoman pada teori Abraham Maslow yang terdiri dari :

- a. Kebutuhan dasar atau fisiologis
- b. Kebutuhan rasa nyaman
- c. Kebutuhan cinta dan kasih sayang
- d. Kebutuhan harga diri
- e. Kebutuhan aktualisasi diri

2.6.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut buku “Rencana Perawatan Maternal/Bayi” (Doenges, 2001), “Rencana Asuhan Keperawatan” (Doenges, 2005) dan buku NANDA (*North*

American Nursing diagnosis Association) (Herdman ,2015) bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum normal adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
2. Menyusui berhubungan dengan tingkat pengetahuan, pengalaman sebelumnya, usia gestasi bayi, tingkat dukungan, struktur/karakteristik fisik payudara ibu
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan
4. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
5. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan efek-efek hormonal (perpindahan cairan/peningkatan aliran plasma ginjal), trauma mekanis, edema jaringan, efek-efek anestesia
6. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan masukan/penggantian cairan berlebihan (muntah, diaforesis, peningkatan haluaran urin dan kehilangan tidak kasat mata meningkat, hemoragi)
7. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan perpindahan cairan setelah kelahiran plasenta,

ketidaktepatan penggantian cairan, efek-efek infus oksitosin, adanya HKK

8. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (diastatis rekti), efek-efek progesteron, dehidrasi, kelebihan analgesia atau anestesia, diare prapersalinan, kurang masukan, nyeri perineal/rektal
9. Risiko tinggi terhadap perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan kurang dukungan diantara/orang terdekat, kurang pengetahuan, ketidakefektifan dan/atau tidak tersedianya model peran, harapan tidak realistis untuk diri sendiri/bayi/pasangan, tidak terpenuhinya kebutuhan maturasi sosial/hemosional dari klien/pasangan, adanya stresor (misalnya finansial, rumah tangga, pekerjaan).
10. Koping individual tidak efektif berhubungan dengan krisis maturasi dari kehamilan/mengasuh anak dan melakukan peran ibu dan menjadi orang tua (atau melepaskan untuk adopsi), kerentanan personal, ketidakadekuatan sistem pendukung, persepsi tidak realistis
11. Gangguan pada tidur berhubungan dengan respons hormonal dan psikologis (sangat gembira, ansietas, kegirangan), nyeri/ketidaknyamanan proses persalinan dan kelahiran melelahkan

12. Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat, kesalahan interpretasi tidak mengenal sumber-sumber
13. Potensial terhadap pertumbuhan koping keluarga berhubungan dengan kecukupan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan individu dan tugas-tugas adaptif, memungkinkan tujuan aktualisasi diri muncul ke permukaan
14. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler
15. Risiko ketidakcukupan ASI berhubungan dengan tidak ada produksi ASI

2.7 Rencana Keperawatan

Menurut buku Doenges “Rencana Perawatan Maternal/Bayi.2001” , “Rencana Asuhan Keperawatan.2006” dan NIC (Nursing International Classification) Rencana keperawatan yang muncul pada klien dengan post partum adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen injuri fisik
(pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)

Tabel 2.1
Intervensi nyeri akut

| Diagnosa keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|---|--|---|--|
| | | Tindakan | Rasional |
| Nyeri akut yang berhubungan dengan episiotomi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : - TTV dalam batas normal TD= 120/80 mmHg N= 60-100x/menit RR= 16-24 x/menit S=36,5°C – 37,5°C - Klien tidak mengeluh nyeri - Klien tidak meringis - Skala nyeri berkurang 0 (0-10) | Mandiri : 1. Pantau tanda - tanda vital 2. Tentukan adanya lokasi, dan ketidaknyamanan 3. Ajarkan dan anjurkan penggunaan teknik pernapasan/relaksasi nafas dalam (Imamah, 2010) 4. Berikan informasi yang tepat tentang perawatan rutin selama periode pascapartum | 1. Mengetahui keadaan umum klien 2. Mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan khusus dan intervensi yang tepat 3. Meningkatkan rasa kontrol dan dapat menurunkan beratnya ketidaknyamanan berkenaan dengan afterpain (kontraksi), membantu mengurangi tegangan otot, sehingga menurunkan intensitas nyeri (Imamah, 2010) 4. Informasi dapat mengurangi ansietas berkenaan dengan rasa takut tentang ketidaktahuan, yang dapat memperberat persepsi nyeri |
| | | Kolaborasi : 5. Berikan analgesik sesuai kebutuhan | 5. Analgesik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untuk menurunkan persepsi nyeri |

Sumber : Doenges, 2005

2. Menyusui berhubungan dengan tingkat pengetahuan, pengalaman sebelumnya, usia gestasi bayi, tingkat dukungan, struktur/karakteristik fisik payudara ibu

Tabel 2.2
Intervensi menyusui

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|--|--|--|--|
| | | Tindakan | Rasional |
| Menyusui berhubungan dengan tingkat pengetahuan, pengalaman sebelumnya, usia gestasi bayi, tingkat dukungan, struktur/karakteristik fisik payudara ibu | Kriteria Hasil: - Mengungkapkan pemahaman tentang proses/situasi menyusui - Mendemonstrasikan teknik efektif dari menyusui - Menunjukkan kepuasan regimen menyusui satu sama lain, dengan bayi dipuaskan setelah menyusui | Mandiri : 1.Kaji pengetahuan dan pengalaman klien tentang menyusui sebelumnya 2.Tentukan sistem pendukung yang tersedia pada klien, dan sikap pasangan/keluarga 3.Berikan informasi, verbal dan tertulis, mengenai fisiologi dan kentungan menyusui, perawatan puting dan payudara, kebutuhan diet khusus, dan faktor-faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui 4.Demonstrasikan dan tinjau ulang teknik-teknik menyusui. Perhatikan posisi bayi selama menyusu dan lama menyusu 5.Kaji puting klien; anjurkan klien melihat puting setiap habis | 1.Membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan mengembangkan rencana perawatan 2.Mempunyai dukungan yang cukup meningkatkan kesempatan untuk pengalaman menyusui dengan berhasil. Sikap dan komentar negatif mempengaruhi upaya-upaya dan dapat menyebabkan klien menolak mencoba untuk menyusui 3.Membantu menjamin suplai susu adekuat, mencegah puting pecah dan luka, memberikan kenyamanan, dan membuat peran ibu menyusui. Pamflet dan buku-buku menyediakan sumber yang dapat dirujuk klien sesuai kebutuhan 4.Posisi yang tepat biasanya mencegah luka puting, tanpa memperhatikan lamanya menyusu 5.Iidentifikasi dan intervensi dini dapat mencegah/membatasi terjadinya luka atau |

| | | |
|----|--|---|
| | menyusui | pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui |
| 6. | Anjurkan klien untuk mengeringkan puting dengan udara selama 20-30 menit setelah menyusui dan memberikan preparat lanolin setelah menyusui, atau menggunakan lampu pemanas dengan lampu 40-watt ditempatkan 18 inci dari payudara selama 20 menit. Instruksikan klien menghindari penggunaan sabun atau penggunaan bantalan bra berlapis plastik, dan mengganti pembalut bila basah atau lembab. | 6.Pemajanan pada udara atau panas membantu mengencangkan puting, sedangkan sabun dapat menyebabkan kering. Mempertahankan puting dalam media lembab meningkatkan pertumbuhan bakteri dan kerusakan kulit |
| 7. | Instruksikan klien untuk menghindari penggunaan pelindung puting kecuali secara khusus diindikasikan | 7.Ini telah diketahui menambah kegagalan laktasi. Pelindung mencegah mulut bayi mengarah untuk kontak dengan puting ibu, yang mana perlu untuk melanjutkan pelepasan prolaktin (meningkatkan produksi susu) dan dapat mengganggu atau mencegah tersedianya suplai susu yang adekuat |
| 8. | Berikan pelindung puting payudara khusus (misalnya pelindung Eschmann) untuk klien menyusui dengan puting masuk atau datar. Anjurkan penggunaan kompres es sebelum menyusui dan latihan puting dengan memutar | 8.Mangkuk laktasi/pelindung payudara, latihan, dan kompres es membantu membuat puting lebih ereksi; teknik Hoffman melepaskan pelengketan, menyebabkan inversi puting |

diantara ibu jari dan jari tengah dan menggunakan teknik Hoffman.

Kolaborasi :

9. Rujuk klien pada kelompok pendukung, misalnya Posyandu

9. Memberikan batuan terus-menerus untuk meningkatkan kesuksesan hasil

10. Identifikasi sumber-sumber yang tersedia di masyarakat sesuai indikasi; misalnya program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

10. Pelayanan ini mendukung pemberian ASI melalui pendidikan klien dan nutrisi

Sumber : Doenges, 2001

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan

Tabel 2.3
Intervensi Intoleransi Aktivitas

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|---|---|---|--|
| | | Tindakan | Rasional |
| Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan : - Klien melaporkan peningkatan toleransi aktivitas - Menunjukkan penurunan tanda fisiologis intoleransi : - Nadi, pernapasan, tekanan darah masih dalam rentang | Mandiri: | |
| | | 1. Kaji kemampuan klien untuk melakukan tugas/AKS, catat laporan kelelahan, keletihan dan kesulitan menyelesaikan tugas | 1. Mempengaruhi pilihan intervensi/bantuan |
| | | 2. Kaji kehilangan/gangguan keseimbangan gaya jalan, kelemahan otot | 2. Menunjukkan perubahan neurologi karena defisiensi vitamin B12 mempengaruhi kelemahan pasien/resiko cedera |
| | | 3. Pantau TD, nadi, pernapasan selama dan sesudah aktivitas. Catat respon terhadap | 3. Manifestasi kardio pulmonal dari upaya jantung dan paru untuk membawa |

| | | |
|---------------|---|--|
| normal klien. | tingkat aktivitas (peningkatan TD, disritmia, pusing, dipsneu, takipnea, dsb) | jumlah oksigen adekuat ke jaringan |
| | 4. Berikan lingkungan tenang, pertahankan tirah baring | 4. Meningkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh dan menurunkan regangan jantung dan paru |
| | 5. Ubah posisi pasien dengan perlahan dan pantau terhadap pusing | 5. Hipotensi postural atau hipoksia serebral dapat menyebabkan pusing, berdenyut dan peningkatan resiko cedera |
| | 6. Anjurkan pasien mobilisasi dini (Susilowati, 2010) | 6. Otot-otot perut dan panggul akan kembali normal (Susilowati, 2010) |
| | 7. Berikan bantuan dalam aktivitas | 7. Membantu bila perlu, harga diri ditingkatkan bila pasien melakukan sesuatu sendiri |
| | 8. Gunakan teknik penghematan energi, misal : mandi dengan duduk | 8. Mendorong pasien melakukan banyak dengan membatasi penyimpanan energi dan mencegah kelemahan |
| | 9. Anjurkan pasien untuk menghentikan aktivitas bila palpitasi, nyeri dada, nafas pendek, kelemahan atau pusing terjadi | 9. Regangan / stress kardio pulmonal berlebihan / stress dapat menimbulkan dekompensasi/kegagalan |

Sumber : Doenges, 2005

4. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan faktor resiko :
episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Tabel 2.4
Intervensi risiko tinggi infeksi

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|---|--|---|---|
| | | Tindakan | Rasional |
| Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan tidak terdapat tanda – tanda infeksi dengan kriteria hasil : - Menunjukkan luka yang bebas dari drainase purulen Bebas dari infeksi, tidak febris, dan mempunyai aliran lokhial dan karakter normal | <p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> Pantau suhu dan nadi dengan rutin dan sesuai indikasi; catat tanda-tanda menggigil, anoreksia, atau malaise Catat jumlah dan bau rabas lokhial atau perubahan pada kemajuan normal dari rubra menjadi serosa Inspeksi sisi perbaikan episiotomi setiap 8 jam. Catat Hb dan ht Ajarkan dan anjurkan perawatan vulva hygiene (Timbawa, 2015) | <ol style="list-style-type: none"> Peningkatan suhu sampai 38,3°C dalam 24 jam pertama sangat menandakan infeksi Lokhia secara normal mempunyai bau amis/daging Diagnosis dini dari infeksi lokal dapat mencegah penyebaran pada jaringan uterus (adanya laserasi derajat ketiga sampai keempat meningkatkan risiko terkena infeksi) Menentukan apakah ada status anemia. Membantu memperbaiki defisiensi Mencegah bau tak sedap (Timbawa, 2015) |

Sumber : Doenges, 2005

5. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan efek-efek hormonal (perpindahan cairan/peningkatan aliran plasma ginjal), trauma mekanis, edema jaringan, efek-efek anestesia

Tabel 2.5
Intervensi perubahan eliminasi urin

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|---|---|---|--|
| | | Tindakan | Rasional |
| Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan efek-efek hormonal (perpindahan cairan/peningkatan aliran plasma ginjal), trauma mekanis, edema jaringan, efek-efek anestesia | Kriteria Hasil : - Berkemih tidak dibantu dalam 6-8 jam setelah kelahiran - Mengosongkan kandung kemihsetiap berkemih | <ol style="list-style-type: none"> Kaji masukan cairan dan haluaran urin terakhir. Catat masukan cairan intrapartal dan haluaran urin dan lamanya persalinan palpasi kandung kemih. Pantau tinggi fundus dan lokasi, serta jumlah aliran lokhial Perhatikan adanya edema atau laserasi/episiotomi, dan jenis anestesi yang digunakan tes urin terhadap albumin dan aseton. Bedakan antara | <ol style="list-style-type: none"> Pada periode pascapartal awal, kira-kira 4 kg cairan hilang melalui haluaran urin dan kehilangan tidak kasat mata, termasuk diaforesis. Persalinan yang lama dan penggantian cairan yang tidak efektif dapat mengakibatkan dehidrasi dan menurunkan haluaran urin aliran plasma ginjal, yang meningkatkan 25%-50% selama periode pranatal, tetap tinggi pada minggu pertama pascapartum, mengakibatkan peningkatan pengisian kandung kemih. Distensi kandung kemih, yang dapat dikaji dengan derajat perubahan posisi uterus menyebabkan peningkatan relaksasi uterus dan aliran lokhia Trauma kandung kemih atau uretra, atau edema, dapat mengganggu sensasi penuh |

| | |
|--|---|
| <p>proteinuria karena HKK dan yang karena proses normal</p> | <p>pada kandung kemih</p> |
| <p>5. Anjurkan berkemih dalam 6-8 jam pascapartum, dan setiap 4 jam setelahnya. Bils kondisi memungkinkan , biarkan klien berjalan ke kamar mandi. Alirkan air hangat diatas perineum, alirkan air kran, dan tambahkan cairan yang mengandung peperin ke dalam bedpan, atau biarkan klien duduk pada waktu rendam duduk atau gunakan shower air hangat, sesuai indikasi</p> <p>6. Instruksikan klien untuk melakukan latihan Kegel setiap hari setelah efek-efek anestesia berkurang</p> | <p>4. Proses katalitik dihubungkan dengan involusi uterus dapat mengakibatkan proteinuria (+1) pada 2 hari pertama pascapartum. Aseton dapat menandakan dehidrasi yang dihubungkan dengan persalinan lama dan/atau kelahiran</p> <p>5. Variasi intervensi keperawatan mungkin perlu untuk merangsang atau memudahkan berkemih. Kandung kemih penuh mengganggu motilitas dan involusi uterus, dan meningkatkan aliran lochia. Distensi berlebihan kandung kemih dalam waktu lama dapat merusak dinding kandung kemih dan mengakibatkan atoni</p> |
| <p>7. Anjurkan minum 6 sampai 8 gelas cairan perhari</p> | <p>6. Lakukan latihan Kegel 100 kali per hari meningkatkan sirkulasi pada perineum, membantu menyembuhkan dan memulihkan tonus otot pubokoksigeal,</p> |
| <p>8. Kaji tanda-tanda infeksi</p> | |

-
- ISK (misalnya rasa terbakar pada saat berkemih, peningkatan frekuensi, urin keruh)
- Kolaborasi :
9. Kateterisasi, dengan menggunakan kateter lurus atau indwelling, sesuai indikasi
7. Membantu mencegah stasis dan dehidrasi dan mengganti cairan yang hilang waktu melahirkan
8. Stasis, higiene buruk dan masuknya bakteri dapat memberi kecenderungan klien terkena ISK.
10. Dapatkan spesimen urin, dengan menggunakan teknik penampungan yang bersih atau kateterisasi, bila klien mempunyai gejala-gejala ISK
9. Mungkin perlu untuk mengurangi distensi kandung kemih, untuk memungkinkan involusi uterus, dan mencegah atoni kandung kemih karena distensi berlebihan
11. Pantau hasil tes laboratorium, seperti nitrogen urea darah (BUN) dan urin 24 jam terhadap protein total, klirens, dan asam urat sesuai indikasi.
10. Adanya bakteri atau kultur dan sensitivitas positif adalah diagnosis untuk ISK
11. Pada klien yang telah mengalami HKK, gangguan ginjal atau vaskular dapat menetap, atau mungkin muncul untuk pertama kalinya selama periode pascapartum. Saat kadar steroid menurun mengikuti
-

kelahiran, fungsi ginjal yang ditunjukkan oleh BUN dan klirens kreatinin, mulai kembali normal dalam 1 minggu; perubahan anatomi (misalnya dilatasi ureter dan pelvis ginjal) mungkin memerlukan waktu sampai 1 bulan untuk kembali normal.

Sumber : Doenges, 2001

6. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan masukan/penggantian cairan berlebihan (muntah, diaforesis, peningkatan haluaran urin dan kehilangan tidak kasat mata meningkat, hemoragi)

Tabel 2.6
Intervensi kekurangan volume cairan

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|---|--|---|--|
| | | Tindakan | Rasional |
| Kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan masukan/penggantian cairan berlebihan (muntah, diaforesis, peningkatan haluaran urin dan kehilangan tidak kasat mata meningkat, hemoragi) | Kriteria Hasil : - Tetap normosentif dengan masukan cairan dan haluaran urin seimbang, dan Hb/Ht dalam kadar normal | Mandiri 1. Catat kehilangan cairan pada waktu kelahiran; tinjau ulang riwayat intrapartal. 2. Evaluasi lokasi dan kontraktilitas fundus uterus, jumlah lochia vagina, dan kondisi perineum setelah 2 jam pada 8 jam pertama, bila tepat, kemudian setiap 8 jam selama sisa waktu di rumahsakit. Catat | 1. Potensial hemoragi atau kehilangan darah berlebihan pada waktu kelahiran yang berkelanjutan pada periode pascapartum dapat diakibatkan dari persalinan yang lama, stimulasi oksitosin, tertahannya jaringan, uterus overdistensi, atau anestesia umum 2. Diagnosa yang berbeda mungkin diperlukan untuk menentukan penyebab kekurangan cairan dan protokol asuhan. Uterus yang relaks atau menonjol dengan peningkatan aliran lochia dapat diakibatkan dari kelelahan miometrium |

| | |
|---|---|
| pemberian obat-obatan, seperti MgSO ₄ , yang akan menyebabkan relaksasi uterus | atau tertahannya jaringan plasenta. Segera setelah melahirkan, fundus harus keras dan terlokalisasi dan umbilikus, dan kemudian involusi kira-kira satu buku jari per hari |
| 3. Dengan perlahan masase fundus bila uterus menonjol | 3. Merangsang kontraksi uterus dapat mengontrol perdarahan |
| 4. Perhatikan adanya rasa haus; berikan cairan sesuai toleransi | 4. Rasa haus mungkin merupakan cara homeostatis dari penggantian cairan melalui peningkatan rasa haus |
| 5. Evaluasi status kandung kemih; tingkatkan pengosongan bila kandung kemih penuh. | 5. Kandung kemih penuh mengganggu kontraktilitas uterus dan menyebabkan perubahan potensi dan relaksasi fundus |
| 6. Pantau suhu | 6. Peningkatan suhu dapat memperberat dehidrasi; bila suhu 100,4 °F (38°C) pada 24 jam pertama setelah kelahiran dan terulang selama 2 hari, ini mungkin menandakan infeksi. |
| 7. Pantau nadi | 7. Takikardi dapat terjadi, memaksimalkan sirkulasi cairan, pada kejadian dehidrasi atau hemoragi |
| 8. Kaji tekanan darah (TD) sesuai indikasi | 8. Peningkatan TD mungkin karena efek-efek obat vasopresor oksitosin, atau terjadinya HKK yang baru atau sebelumnya. Penurunan TD mungkin tanda lanjut dari kehilangan cairan berlebih, khususnya bila disertai dengan tanda-tanda lain atau gejala-gejala syok |
| 9. Evaluasi masukan cairan dan haluaran urin selama diberikan infus I.V, atau sampai pola | 9. Membantu dalam analisa keseimbangan cairan dan derajat kekurangan |

-
- berkemih normal terjadi
10. Evaluasi kadar Hb/Ht pada catatan pranatal; bandingkan dengan kadar pascanatal
10. Hb/Ht biasanya kembali ke normal dalam 3 hari. Hb tidak boleh turun lebih dari 2 g/100 ml kecuali kehilangan darah berlebihan. Peningkatan kadar Ht kembali normal pada hari ketiga sampai ketujuh pascapartum, karena kehilangan plasma pada penurunan sel darah berlebihan yang terjadi selama 72 jam pertama. Namun peningkatan ini mungkin juga menandakan kelebihan perpindahan cairan intravaskular ke ruang ekstraselular.
11. Pantau pengisian payudara dan suplai ASI bila menyusui
11. Klien dehidrasi tidak mampu menghasilkan ASI adekuat
- Kolaborasi :
12. Gantikan cairan yang hilang dengan infus I.V. yang mengandung elektrolit
12. Membantu menciptakan volume darah sirkulasi dan menggantikan kehilangan karena kelahiran dan diaforesis
13. Berikan produk ergot seperti ergonovine maleate (Ergotrate) atau metilergonovin maleat (Methergine) secara parenteral atau oral, atau berikan preparat oksitosin sintesis I.M/I.V (Syntocinon, Pitocin). Kaji TD sebelum pemberian preparat ergot; tunda obat-obatan dan beri
-

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| tahu dokter bila TD meningkat | 14. Lakukan atau tingkatkan kecepatan cairan I.V seperti larutan Ringer laktat dengan oksitosin 10 sampai 20 unit | 14. Oksitosin (Pitocin) mungkin diperlukan untuk menstimulasi miometrium bila perdarahan berlebihan menetap dan uterus gagal untuk kontraksi. Perdarahan menetap pada adanya fundus kuat dapat menandakan laserasi dan kebutuhan terhadap penyelidikan lanjut. |
|-------------------------------|---|--|

Sumber : Doenges, 2001

7. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan perpindahan cairan setelah kelahiran plasenta, ketidaktepatan penggantian cairan, efek-efek infus oksitosin, adanya HKK

Tabel 2.7
Intervensi kelebihan volume cairan

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|--|--|---|---|
| | | Tindakan | Rasional |
| Kelebihan volume cairan berhubungan dengan perpindahan cairan setelah kelahiran plasenta, ketidaktepatan penggantian cairan, efek-efek infus oksitosin, adanya HKK | Kriteria Hasil : - Menunjukkan TD dan nadi dalam batas normal, bebas dari edema dan gangguan penglihatan, dengan bunyi nafas berlebih | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tinjau ulang riwayat HKK paranatal dan intrapartal, perhatikan peningkatan TD, proteinuria, dan edema 2. Pantau TD dan nadi. Auskultasi bunyi nafas, perhatikan batuk berdahak, bising (<i>rales</i>), atau ronkhi. Perhatikan adanya dipsnea atau stridor 3. Pantau masukan cairan dan haluaran urin;ukur berat jenis 4. Kaji adanya lokasi, dan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu menentukan kemungkinan komplikasi serupa yang menetap/terjadi pada periode pascapartum 2. Kelebihan beban sirkulasi dimanifestasikan dengan peningkatan TD dan nadi, dan akumulasi cairan pada paru-paru. Peningkatan TD dapat juga dihubungkan dengan HKK dan retensi cairan berkenaan dengan infus oksitosin 3. Menandakan kebutuhan cairan/keadekuatan terapi 4. Bahaya eklampsia atau kejang ada selama 72 |

| | |
|--|--|
| <p>luasnya edema. Pantau tanda-tanda kemajuan edema (misalnya gangguan penglihatan, hiperrefleksia, klonus, nyeri KkaA, dan sakit kepala). (Catatan: Kaji sakit kepala sebelum memberikan analgesik)</p> | <p>jam, tetapi dapat terjadi secara aktual selambat-lambatnya 5 hari setelah kelahiran. Obat-obatan dapat menutupi tanda-tanda sakit kepala yang disebabkan oleh edema serebral</p> |
| <p>5. Tes terhadap adanya proteinuria dengan dipstik setiap 4 jam</p> | <p>5. Proteinuria pascapartum 1+ adalah normal, karena proses katalitik involusi uterus. Kadar 2+ atau lebih besar mungkin dihubungkan dengan spasme glomerulus karen HKK</p> |
| <p>6. Evaluasi keadaan neurologis klien. Perhatikan hiperrefleksia, peka rangsang, atau perubahan kepribadian</p> | <p>6. Intoksikasi serebral adalah indikator awal dari kelebihan retensi cairan</p> |
| <p>7. Biarkan klien memantau berat badan setiap hari, khususnya bila toksemia pascapartum terjadi</p> | <p>7. Klien harus kehilangan sampai 5 kg pada waktu melahirkan dapat dianggap karena bayi, produk konsepsi, urin, dan kehilangan tidak kasat mata, dan 2 kg lebih pada periode pascapartum melalui perpindahan cairan dan elektrolit</p> |
| <p>Kolaborasi :</p> <p>8. Catat hasil tes asam urat, protein 24 jam dan klierens kreatinin, dan kadar kreatinin serum</p> | <p>8. Hasil abnormal, seperti peningkatan asam urat (lebih besar dari 7 mg/100 ml) dan peningkatan kadar kreatinin, menandakan deteriorasi fungsi ginjal</p> |
| <p>9. Pasang ateter indwelling sesuai indikasi</p> | <p>9. Mungkin diperlukan untuk memantau haluaran urin setiap jam bila dibutuhkan oleh kondisi klien</p> |

-
- (misalnya HKK berat atau oliguria)
10. Evaluasi terhadap sindrom HELLP (hemolisis SDM, peningkatan kadar enzim hepar, dan penurunan jumlah trombosit)
10. Sindrom HELLP adalah akibat pascapartum potensial dari HKK dengan keterlibatan hepar atau hemoragi pembuluh darah hepatik
11. Berikan $MgSO_4$ per pompa infus bila diindikasikan
11. $MgSO_4$ bekerja pada persimpangan mioneural dan mungkin mempunyai efek-efek sementara dari penurunan TD dan peningkatan haluaran urin
12. Berikan antihipertensif seperti hidralazin (Apresoline) atau metildopa (Aldomet) per protokol (misalnya bila pembacaan diastolik 110 mmHg atau lebih tinggi)
12. Hidralazin merilekskan arteriole perifer dan meningkatkan vasodilatasi; metildopa bekerja pada ujung saraf pasca ganglion dan mengganggu neurotransmis kimia, menurunkan tahanan vaskular perifer
13. Berikan furosemid (Lasix) sesuai indikasi
13. Furosemid bekerja pada ansa Henle untuk meningkatkan haluaran urin dan menghilangkan edema pulmonal
14. Berikan manitol pada adanya HKK dengan penurunan haluaran urin
14. Untuk klien dengan HKK, ancaman gagal ginjal, atau oliguria, manitol bekerja sebagai diretik osmotik untuk mengalirkan cairan ke dalam area vaskular dan meningkatkan aliran plasma ginjal dan haluaran urin
-

8. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (diastatis rekti), efek-efek progesteron, dehidrasi, kelebihan analgesia atau anestesia, diare prapersalinan, kurang masukan, nyeri perineal/rektal

Tabel 2.8
Intervensi konstipasi

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|--|--|--|--|
| | | Tindakan | Rasional |
| Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (diastatis rekti), efek-efek progesteron, dehidrasi, kelebihan analgesia atau anestesia, diare prapersalinan, kurang masukan, nyeri perineal/rektal | Kriteria Hasil : -Melakukan kembali kebiasaan defekasi yang biasanya/optimal dalam 4 hari setelah kelahiran | <p>Mandiri</p> <p>1. Auskultasi adanya bising usus; perhatikan kebiasaan pengosongan normal atau diastatis</p> <p>2. Kaji terhadap adanya hemoroid. Berikan informasi tentang memasukkan kembali heoroid ke dalam kanal anorektal dengan jari dilumasi atau dengan srung tangan, dan berikan kompres es <i>witch hazel</i> atau krim anestetik lokal</p> <p>3. Berikan informasi diet yang tepat tentang pentingnya makanan kasar, peningkatan cairan, dan upaya untuk membuat pola pengosongan normal</p> <p>4. Anjurkan peningkatan tingkat aktivitas dan ambulasi, sesuai toleransi</p> <p>5. Kaji episiotomi; perhatikan</p> | <p>1. Mengevaluasi fungsi usus. Adanya diastatis rekti berat (pemisahan dari dua otot rektus sepanjang garis median dari dinding abdomen)</p> <p>2. Menurunkan ukuran hemoroid, menghilangkan gatal dan ketidaknyamanan, dan meningkatkan vasokontrksi lokal</p> <p>3. Makanan kasar (misalnya buah-buahan dan sayuran, khususnya dengan biji dan kulit) dan peningkatan cairan menghasilkan bulk dan merangsang eliminasi</p> <p>4. Membantu meningkatkan peristaltik gastrointestinal</p> <p>5. Edema berlebihan atau trauma</p> |

| | |
|--|--|
| <p>adanya laserasi dan derajat keterlibatan jaringan</p> | <p>perineal dengan laserasi derajat ketiga dan keempat dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan mencegah klien dari merelaksasi perineum selama pengosongan karena takut untuk terjadi cedera selanjutnya</p> |
| <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Berikan laksatif, pelunak feses, supositoria, atau enema</p> | <p>6. Mungkin perlu untuk meningkatkan kembali ke kebiasaan defekasi normal dan mencegah mengejan atau stres perineal selama pengosongan. (Catatan : pemberian supositoria atau enema pada adanya laserasi derajat ketiga atau keempat dapat di kontraindikasikan karena trauma lanjut dapat terjadi).</p> |

Sumber : Doenges, 2001

9. Resiko tinggi terhadap perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan kurang dukungan diantara/orang terdekat, kurang pengetahuan, ketidakefektifan dan/atau tidak tersedianya model peran, harapan tidak realistis untuk diri sendiri/bayi/pasangan, tidak terpenuhinya kebutuhan maturasi sosial/emosional dari klien/pasangan, adanya stresor(misalnya finansial, rumah tangga, pekerjaan).

Tabel 2.9
Intervensi risiko terhadap perubahan menjadi
orang tua

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|---|---|---|---|
| | | Tindakan | Rasional |
| Resiko tinggi terhadap perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan kurang dukungan diantara/orang terdekat, kurang pengetahuan, ketidakefektifan dan/atau tidak tersedianya model peran, harapan tidak realistis untuk diri sendiri/bayi/pasangan, tidak terpenuhinya kebutuhan maturasi sosial/hemotional dari klien/pasangan, adanya stresor(misalnya finansial, rumah tangga, pekerjaan). | Kriteria Hasil: - Mengungkapkan masalah dan pertanyaan tentang menjadi orang tua - Mendiskusikan peran menjadi orang tua secara realistis - Secara aktif mulai melakukan tugas perawatan bayi lahir dengan tepat - Mengidentifikasi ketersediaan sumber-sumber | Mandiri: 1. Kaji kekuatan, kelemahan, usia, status perkawinan, ketersediaan sumber pendukung, dan latar belakang budaya 2. Perhatikan respon klien/pasangan terhadap kelahiran dan peran menjadi orang tua 3. Mulai asuhan keperawatan primer untuk ibu dan bayi saat di unit 4. Evaluasi sifat dari menjadi orang tua secara emosi dan fisik yang pernah dialami klien/pasangan selama masa kanak-kanak | 1. Mengidentifikasi faktor-faktor risiko potensial dan sumber-sumber pendukung, yang mempengaruhi kemampuan klien/pasangan untuk menerima tantangan peran menjadi orang tua 2. Kemampuan klien untuk beradaptasi secara positif untuk menjadi orang tua mungkin dipengaruhi oleh reaksi ayah dengan kuat 3. Meningkatkan perawatan berpusat pada keluarga, kontinuitas dan asuhan yang diberikan secara individu, serta mungkin memudahkan terjadinya ikatan keluarga positif 4. Peranan menjadi orang tua dipelajari, dan individu memakai peran orang tua mereka sendiri menjadi model peran. Yang mengalami pengaruh negatif atau menjadi orang tua yang buruk berisiko besar terhadap kegagalan memenuhi tantangan |

| | |
|--|--|
| | daripada yang merasakan menjadi orang tua positif |
| 5. Kaji keterampilan komunikasi interpersonal pasangan dan hubungan mereka satu sama lain | 5. Hubungan yang kuat dicirikan dengan komunikasi yang jujur dan keterampilan mendengar dan interpersonal yang baik membantu mengembangkan pertumbuhan |
| 6. Tinjau ulang catatan intrapartum terhadap lamanya persalinan, adanya komplikasi, dan peran pasangan pada persalinan | 6. persalinan lama dan sulit dapat secara sementara menurunkan energi fisik dan emosional yang perlu untuk mempelajari peran menjadi ibu dan dapat secara negatif mempengaruhi menyusui |
| 7. Evaluasi status fisik masa lalu dan saat ini dan kejadian komplikasi pranatal, intranatal, atau pascapartal | 7. kejadian seperti persalinan praterm, hemoragi, infeksi, atau adanya komplikasi ibu dapat mempengaruhi kondisi psikologis klien, menurunkan kemampuan untuk belajar keterampilan menjadi orang tua baru dan mengurangi kedekatannya pada bayi baru lahir |
| 8. Evaluasi kondisi bayi; komunikasikan dengan staf keperawatan sesuai indikasi. Perhatikan adanya masalah atau perhatian khusus | 8. Ibu sering mengalami kesedihan karena mendapati bayinya tidak seperti bayi yang diharapkannya. Masalah-masalah emosional dan ketidakmampuan untuk menilai peran menjadi orang tua dengan positif mungkin |

-
- akibat dari
kecacatan dari
kelahiran
sementara pada
bayi, kelahiran
bayi risiko tinggi,
atau
ketidakmampuan
ibu untuk
menemukan
perbedaan antara
fantasi pranatal
dan realitas
pascanatal
9. Berikan *neonatal perception inventori (NPI)*, bagian I dalam 2 hari pertama pascapartum. Atur untuk *inventori* tindak lanjut, bagian II unntuk diberikan pada 1 bulan pascapartum
9. NPI mengkaji potensi adaptif dari pasangan ibu-bayi dengan mengevaluasi persepsi ibu terhadap bayi kebanyakan versus bayinya sendiri
10. Pantau dan dokumentasikan interaksi klien/pasangan dengan bayi. Catat adanya perilaku ikatan (pengenalan): membuat kontak mata, menggunakan suara nada tinggi dan posisi berhadapan, memanggil bayi dengan namanya, dan menggendong bayi dengan dekat. Tentukan latar beakang budaya keluarga.
10. Beberapa ibu atau ayah mengalami kasih sayang bermakna pada pertama kali; selanjutnya, mereka dikenalkan pada bayi secara bertahap
11. Berikan “rawat bersama”/ruang fisik dan privasi untuk kontak diantara ibu, ayah, dan bayi.
11. Memudahkan kedekatan; membantu mengembangkan proses pengenalan
12. Anjurkan
12. Membantu
-

| | |
|---|---|
| <p>pasangan/sibling untuk mengunjungi dan menggendong bayi dan berpartisipasi pada aktivitas perawatan bayi sesuai izin. Bila bayi tetap di rumah sakit untuk observasi atau prosedur-prosedur, berikan nomor telepon ruangan perawatan bayi khusus; ambil foto bayi untuk pasangan</p> | <p>meningkatkan ikatan dan mencegah perasaan putus asa. Menekankan realitas keadaan bayi</p> |
| <p>13. Kaji kesiapan dan motivasi klien untuk belajar</p> | <p>13. Banyak faktor mempengaruhi belajar individu (misalnya pemahaman kebutuhan terhadap informasi, ansietas, euforia pascakelahiran)</p> |
| <p>14. Berikan kesempatan pendidikan formal dan informal diikuti dengan demonstrasi staf, bantuan staf, dan vidiotape pendidikan untuk perawatan bayi, pemberian makanan bayi, dan menjadi orang tua</p> | <p>14. Membantu orang tua belajar dasar-dasar perawatan bayi, meningkatkan diskusi dan pemecahan masalah bersama dan memberikan dukungan kelompok</p> |
| <p>15. Biarkan klien mendemonstrasikan perilaku yang dipelajari berkenaan dengan pemberian makan bayi dan perawatan. Berikan informasi tertulis dan nomor telepon orang yang dapat dihubungi untuk dibawa klien</p> | <p>15. Membantu menguatkan program penyuluhan dan mencegah ansietas terhadap pertanyaan yang tidak terjawab, khususnya bila keluarga adalah bagian dari program pemulangan awal</p> |

| | |
|--|--|
| <p>pulang</p> <p>16.Lakukan hubungan telepon tindak lanjut atau kunjungan rumah oleh perawat primer, bila mungkin, pada angka 1 minggu, dan pada minggu ke-4 sampai ke-6 pascapartum</p> | <p>atau bila kelahiran dilakukan pada tempat kelahiran alternatif</p> <p>16.Beberapa pusat maternitas sekarang meliputi tindak lanjut tersebut, khususnya untuk remaja atau keluarga yang berisiko tinggi untuk masalah menjai orang tua</p> |
|--|--|

Kolaborasi :

| | |
|--|--|
| <p>17.Rujuk pada kelompok pendukung komunitas, seperti pelayanan perawat yang berkunjung, pelayanan sosial kelompok menjadi orang tua, atau klinik remaja</p> | <p>17.Membantu meningkatkan peran menjadi orang tua yang positif melalui kelompok pendukung dan pengalaman pemecahan masalah bersama</p> |
| <p>18.Rujuk untuk konseling bila keluarga berisiko tinggi terhadap masalah menjadi orang tua atau bila ikatan positif diantara klien/pasangan dan bayi tidak terjadi</p> | <p>18.Perilaku menjadi orang tua yang negatif dan tidak efektifan koping memerlukan perbaikan melalui konseling, pemeliharaan, atau bahkan psikoterapi yang lama, dan perilaku baru serta model peran yang digabungkan, untuk menghindari pemulangan kesalahan menjadi orang tua dan penyiksaan anak</p> |

10. Koping individual tidak efektif berhubungan dengan krisis maturasi dari kehamilan/mengasuh anak dan melakukan peran ibu dan menjadi orang tua (atau melepaskan untuk adopsi), kerentanan personal, ketidakadekuatan sistem pendukung, persepsi tidak realistis.

Tabel 2.10
Intervensi koping individual tidak efektif

| Diagnosis Keperawatan | Tujuan dan kriteria Hasil | Intervensi | |
|--|--|---|---|
| | | Tindakan | Rasional |
| koping individual tidak efektif berhubungan dengan krisis maturasi dari kehamilan/mengasuh anak dan melakukan peran ibu dan menjadi orang tua (atau melepaskan untuk adopsi), kerentanan personal, ketidakadekuatan sistem pendukung, persepsi tidak realistis | Kriteria Hasil : - Mengungkapkan ansietas dan respons emosional - Mengidentifikasi kekuatan individu dan kemampuan koping pribadi - Mencari sumber-sumber yang tepat sesuai kebutuhan | Mandiri 1. Kaji respons klien selama pranatal dan periode intrapartum dan persepsi klien tentang penampilannya selama persalinan 2. Anjurkan diskusi oleh klien/pasangan tentang persepsi pengalaman kelahiran 3. Kaji terhadap gejala depresi yang fana ("perasaan sedih" pascapartum) pada hari ke-2 sampai ke-3 pascapartum (misalnya ansietas, menangis, kesedihan, konsentrasi yang buruk, dan depresi ringan atau berat). Berikan informasi tentang kenormalan kondisi ini dan yang berhubungan dengan perubahan suasana hati dan emosi yang labil 4. Evaluasi kemampuan koping masa lalu klien, latar belakang | 1. Terdapat hubungan langsung antara penerimaan positif akan peran feminin dan keunikan fungsi feminin serta adaptasi yang positif terhadap kelahiran anak, menjadi ibu, dan menyusui 2. Membantu klien/pasangan bekerja melalui proses dan memperjelas realitas dari pengalaman fantasi 3. Sebanyak 80% ibu-ibu mengalami depresi sementara atau perasaan emosi kecewa setelah melahirkan, mungkin berhubungan dengan faktor-faktor genetik, sosial, atau lingkungan, atau respons endokrin fisiologis 4. Membantu dalam mengkaji kemampuan klien |

| | |
|---|--|
| budaya, sistem pendukung, dan rencana utuk bantuan domestik pada saat pulang | untuk mengatasi stress |
| 5. Berikan dukungan emosional dan bimbingan antisipasi untuk membantu klien mempelajari peran baru dan strategi untuk koping terhadap bayi baru lahir. Diskusikan respons emosional yang normal yang terjadi setelah pulang | 5. Keterampilan menjadi ibu/orang tua bukan secara insting tetapi harus dipelajari |
| 6. Evaluasi dan dokumentasikan interaksi klien-bayi. Perhatikan adanya atau tidak adanya perilaku ikatan (kedekatan) | 6. Ibu dan bayi sama-sama berpartisipasi dalam proses kedekatan dan keduanya harus meendapatkan respons penghargaan selama interaksi |
| 7. Anjurkan pengungkapan perasaan rasa bersalah, kegagalan pribadi, atau keraguan tentang kemampuan menadi orang tua, khususnya bila keluarga berisiko tinggi terhadap masalah-masalah menjadi orang tua | 7. Membantu pasangan megevaluasi kekuatan dan area masalah secara realistis dan mengenali kebutuhan terhadap bantuan profesional yang tepat |
| 8. Berikan kesempatan pada klien untuk meninjau ulang keputusan untuk melepaskan anak | 8. Setelah kelahiran, respons emosi normal disertai dengan keputusan-keputusan sebelumnya untuk memberikan anak di adopsi |
| Kolaborasi : | 9. Kira-kira 40% wanita dengan depresi pascapartum ringan mempunyai gejala-gejala yang menetap sampai 1 tahun dan dapat memerlukan evaluasi lanjut |
| 9. Rujuk klien/pasangan pada kelompok penukung menjadi orang tua, pelayanan sosial, kelompok komunitas, atau pelayanan perawat berkunjung | 10. Dari 1%-2% klien yang menderita depresi pascapartum |
| 10. Rujuk klien/pasangan pada penasihat psikiatrik, bila tepat | |

| | |
|---|--|
| | berat perawatan di rumah sakit untuk psikosis seperti penyimpangan apektif (misalnya depresi atau depres dengan episode manik) dan skizoprenia |
| 11. Berikan diazepam (valium), prometasin hidroklorida (phenergan), atau litium karbonat, sesuai indikasi | 11. Kesulitan berat/lama dapat memerlukan intervensi tambahan. Pemilihan terapi obat tergantung pada apakah kontrol jangka pendek atau jangka panjang diperlukan |

Sumber : Doenges, 2001

11. Gangguan pada tidur berhubungan dengan respons hormonal dan psikologis (sangat gembira, ansietas, kegirangan), nyeri/ketidaknyamanan proses persalinan dan kelahiran melelahkan

Tabel 2.11
Intervensi gangguan pada tidur

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|---|---|--|---|
| | | Tindakan | Rasional |
| gangguan pada tidur berhubungan dengan respons hormonal dan psikologis (sangat gembira, ansietas, kegirangan), nyeri/ketidaknyamanan proses persalinan dan kelahiran melelahkan | Kriteria Hasil : - Mengidentifikasi penilaian untuk mengakomodasi perubahan yang diperlukan dengan kebutuhan terhadap anggota keluarga baru - Terus melaporkan peningkatan rasa sejahtera dan istirahat | Mandiri : 1. Kaji tingkat kelahan dan kebutuhan untuk istirahat. Catat lama persalinan dan jenis kelahiran 2. Kaji faktor-faktor bila ada, yang mempengaruhi istirahat. Organisasikan perawatan untuk meminimalkan gangguan dan memberi istirahat serta periode tidur yang ekstra. Anjurkan untuk mengungkapkan pengalaman | 1. Persalinan atau kelahiran yang lama dan sulit, khususnya bila ini terjadi malam, meningkatkan tingkat kelelahan 2. Membantu meningkatkan istirahat, tidur, dan relaksasi dan menurunkan rangsang. Bila ibu tidak terpenuhi kebutuhan tidurnya, "lapar tidur" dapat terjadi, memperpanjang proses perbaikan dari periode pascapartum |

| | | |
|----|--|---|
| | melahirkan. Berikan lingkungan yang tenang | |
| 3. | Berikan informasi tentang kebutuhan untuk tidur/istirahat setelah kembali kerumah | 3. Rencana yang kreatif yang membolehkan untuk tidur dengan bayi lebih awal serta tidur siang membantu untuk memenuhi kebutuhan tubuh serta mengatasi kelelahan yang berlebihan |
| 4. | Berikan informasi tentang efek-efek kelelahan dan ansietas pada suplai ASI | 4. Kelelahan dapat mempengaruhi penilaian psikologis, suplai ASI, dan penurunan refleks secara psikologis |
| 5. | Kaji lingkungan rumah, bantuan dirumah, dan adanya sibling dan anggota keluarga lain | 5. Multipara dengan anak dirumah memerlukan tidur lebih banyak di rumah sakit untuk mengatasi kekurangan tidur dan memenuhi kebutuhannya dan kebutuhan keluarganya |
| | Kolaborasi : | |
| 6. | Berikan obat-obatan (misalnya analgesik) | 6. Mungkin diperlukan untuk meningkatkan relaksasi dan tidur sesuai kebutuhan |

Sumber : Doenges, 2001

12. Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat, kesalahan interpretasi tidak mengenal sumber-sumber

Tabel 2.12
Intervensi kurang pengetahuan mengenai
perawatan diri

| Diagnosis Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|--|---|---|---|
| | | Tindakan | Rasional |
| Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat, kesalahan interpretasi tidak mengenal sumber-sumber | Kriteria Hasil : - Mengungkapkan masalah/kesalahan konsep, keraguan dalam atau ketidakadekuatan melakukan aktivitas, ketidaktepatan perilaku (misalnya apatis) | <p>Mandiri :</p> <p>1. Pastikan persepsi klien tentang persalinan dan kelahiran, lama persalinan, dan tingkat kelelahan klien</p> <p>2.Kaji kesiapan klien dan motivasi untuk belajar. Bantu klien/pasangan dalam mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan</p> <p>3.Mulai rencana penyuluhan tertulis dengan menggunakan format yang di standarisasi atau ceklis. Dokumentasikan informasi yang diberikan dan respons klien selanjutnya berikan informasi tentang program-program latihan pascapartum progresif</p> <p>4. Berikan informasi tentang peran program latihan pascapartum progresif</p> | <p>1.Terdapat hubungan antara lama persalinan dan kemampuan untuk melakukan tanggung jawab tugas dan aktivitas-aktivitas perawatan diri/perawatan bayi</p> <p>2. Periode pascanatal dapat merupakan pengalaman positif bila penyuluhan yang tepat diberikan untuk membantu mengembangkan pertumbuhan ibu, maturasi, dan kompetensi</p> <p>3.Membantu menstandarisasi informasi yang diterima orang tua dari anggota staf, dan menurunkan kebingungan klien yang disebabkan oleh diseminasi dari masukan atau informasi yang bertentangan</p> <p>4. Latihan membantu tonus otot, meningkatkan sirkulasi, menghasilkan tubuh yang seimbang, dan meningkatkan perasaan sejahtera</p> |

-
- | | |
|---|--|
| <p>5. Berikan informasi tentang perawatan diri, termasuk perawatan perineal dan higiene; perubahan psikologis, termasuk kemajuan normal dari rabas lokhia; kebutuhan untuk tidur dan istirahat</p> <p>6. Diskusikan kebutuhan seksualitas dan rencana untuk kontrasepsi. Berikan rencana ketersediaan metoda, termasuk keuntungan dan kerugian</p> <p>7. Beri penguatan pentingnya pemeriksaan pascapartum minggu ke-6 dengan pemberi perawatan kesehatan</p> <p>8. Identifikasi masalah-masalah potensial yang memerlukan evaluasi dokter sebelum jadwal kunjungan minggu ke-6 (misalnya terjadi perdarahan vagina yang kembali berwarna merah terang, lokhia bau busuk, peningkatan suhu, malaise, perasaan ansietas/depresi lama)</p> <p>9. Diskusikan perubahan fisik dan psikologis yang normal dan kebutuhan-kebutuhan yang</p> | <p>secara umum</p> <p>5. Membantu mencegah infeksi, mempercepat pemulihan dan penyembuhan, dan berperan pada adaptasi yang positif dari perubahan fisik dan emosional</p> <p>6. Pasangan mungkin memerlukan kejelasan mengenai ketersediaan metoda kontrasepsi dan kenyataan bahwa kehamilan dapat terjadi bahkan sebelum kunjungan minggu ke-6</p> <p>7. Kunjungan tindak lanjut perlu untuk mengevaluasi pemulihan organ reproduktif, penyembuhan insisi/perbaikan episiotomi, kesejahteraan umum, dan adaptasi terhadap perubahan hidup</p> <p>8. Intervensi lanjut atau tindakan mungkin diperlukan sebelum kunjungan minggu ke-6 untuk mencegah atau meminimalkan potensial komplikasi</p> <p>9. Status emosional klien mungkin kadang-kadang labil pada saat ini dan sering dipengaruhi oleh</p> |
|---|--|
-

| | |
|--|---|
| berkenaan dengan periode pascapartum | kesejahteraan fisik |
| 10. Identifikasi sumber-sumber yang tersedia; misalnya pelayanan perawat berkunjung, pelayanan kesehatan masyarakat, dan lain-lain | 10. Meningkatkan kemandirian dan memberikan dukungan untuk adaptasi pada perubahan multipel |

Sumber : Doenges, 2001

13. Potensial terhadap pertumbuhan koping keluarga berhubungan dengan kecukupan pemenuhan kebutuhan individu dan tugas-tugas adaptif, memungkinkan tujuan aktualisasi diri muncul ke permukaan

Tabel 2.13
Intervensi potensial terhadap pertumbuhan koping keluarga

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|--|--|--|---|
| | | Tindakan | Rasional |
| Potensial terhadap pertumbuhan koping keluarga berhubungan dengan kecukupan pemenuhan kebutuhan individu dan tugas-tugas adaptif, memungkinkan tujuan aktualisasi diri muncul ke permukaan | Kriteria Hasil : -Mengungkapkan keinginan untuk melaksanakan tugas-tugas yang mengarah pada kerja sama dari anggota keluarga baru - Mengekspresikan perasaan percaya diri dan kepuasan dengan terbentuknya kemajuan dan adaptasi | Mandiri 1. Kaji hubungan anggota keluarga satu sama lain; tugaskan perawatan primer 2. Berikan kesempatan kunjungan dengan tidak dibatasi untuk ayah dan sibling. 3. Berikan kelompok dukungan orangtua dan individu atau | 1. Perawat dapat membantu memberikan pengalaman positif di rumah sakit dan menyiapkan keluarga terhadap pertumbuhan melalui tahap-tahap perkembangan dengan penyertaan tambahan anggota keluarga baru 2. Memudahkan perkembangan keluarga dan proses terus-menerus dari pengenalan dan kedekatan. Membantu anggota keluarga merasa nyaman merawat bayi baru lahir 3. pengungkapan dan diskusi dalam suatu kelompok membantu |

| | |
|---|---|
| instruksi kelompok dalam menyusui, perawatan bayi, dan perubahan fisik dan emosional selama periode pascapartum | mengembangkan pengungkapan ide-ide, kesempatan untuk pemecahan masalah, dan kelompok dukungan. |
| 4. Anjurkan partisipasi seimbang dari orangtua pada perawatan bayi | 4. Fleksibilitas dan sensitisasi terhadap kebutuhan keluarga membantu mengembangkan harga diri dan rasa kompeten dalam perawatan bayi baru lahir setelah pulang |
| 5. Berikan bimbingan antisipasi mengenai perubahan emosi normal berkenaan dengan periode pascapartum | 5. Membantu menyiapkan pasangan untuk kemungkinan perubahan yang alami; menurunkan stres berkenaan dengan ketidaktahuan atau dengan kejadian yang tidak diperkirakan, dan dapat meningkatkan coping positif |
| 6. Berikan informasi tertulis mengenai buku-buku yang dianjurkan untuk anak-anak (sibling) tentang bayi baru. Anjurkan sibling untuk mengungkapkan perasaan tentang penggantian atau penolakan. Anjurkan orangtua untuk menyediakan waktu lebih banyak dengan anak yang lebih tua | 6. Membantu anak mengidentifikasi dan mengatasi perasaan akan kemungkinan penggantian atau penolakan |
| 7. Anjurkan teman-teman termasuk anak yang lebih tua melakukan aktivitas di luar rumah | 7. Anak-anak usia sekolah kemungkinan lebih mudah menyesuaikan diri terhadap bayi baru lahir, saat pandangan mereka telah meluas sampai meliputi aktivitas kedekatan di luar rumah |
| Kolaborasi : 8. Rujuk klien/pasangan pada kelompok orangtua | 8. Meningkatkan pengetahuan orangtua tentang membesarkan |

| | | |
|------------------------|----|--|
| pascapartum komunitas. | di | anak dan perkembangan anak, dan memberikan atmosfer yang mendukung saat orangtua memerankan peran baru |
|------------------------|----|--|

Sumber : Doenges, 2001

14. Perubahan Perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler

Tabel 2.13
Intervensi perubahan perfusi jaringan

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|--|--|---|--|
| | | Tindakan | Rasional |
| Perubahan Perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan : - Klien menunjukkan perfusi adekuat, misal tanda vital stabil, membran mukosa warna merah muda, pengisian kapiler baik, haluaran urine adekuat | Mandiri : 1. Awasi tanda vital, kaji pengisian kapiler, warna kulit/membran mukosa, dasar kuku 2. Tinggikan kepala tempat tidur sesuai toleransi 3. Pantau upaya pernapasan, auskultasi bunyi nafas 4. Kaji untuk respon verbal melambat, agitasi, gangguan memori, bingung 5. Pantau pemeriksaan laboratorium Hb/Ht | 1. Memberikan informasi tentang derajat/keadekuatan perfusi jaringan dan membantu menentukan kebutuhan intervensi 2. Meningkatkan ekspansi paru dan memaksimalkan oksigenasi untuk kebutuhan seluler 3. Dipsneu, gemericik, menunjukkan GJK karena regangan jantung lama peningkatan kompensasi curah jantung 4. Dapat mengindikasikan gangguan fungsi serebral karena hipoksia atau defisiensi vitamin B12 5. Mengidentifikasi defisiensi dan kebutuhan pengobatan/respon terhadap terapi 6. Meningkatkan kadar Hb (Indyanie, 2015) |

Kolaborasi :

6. Berikan transfusi darah (Indyanie, 2015)
-

Sumber : Doenges, 2005

15. Risiko ketidakcukupan ASI berhubungan dengan tidak ada produksi ASI

Tabel 2.14
Intervensi risiko ketidakcukupan ASI

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | |
|---|---|---|---|
| | | Tindakan | Rasional |
| Resiko ketidakcukupan ASI berhubungan dengan tidak ada produksi ASI | Kriteria Hasil : - Kolostrum dapat keluar - ASI dapat keluar - Payudara kanan payudara dan kiri teraba keras | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan intake/asupan cairan peroral (misalnya, memberikan cairan oral sesuai preferensi pasien, tempatkan [cairan] ditempat yang mudah dijangkau, memberikan sedotan, dan menyediakan air segar), yang sesuai 2. Instruksikan ibu untuk (melakukan) perawatan puting susu 3. Ajarkan dan anjurkan perawatan payudara (Istyaningsih, 2011) 4. Monitor diet dan asupan kalori | <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi ASI terjaga, & mencegah dehidrasi 2. Membantu menjamin suplai susu adekuat, memberikan kenyamanan, 3. Memberikan pengetahuan pada pasien, memelihara kebersihan payudara, dan mempersiapkan produksi ASI (Istyaningsih, 2011) 4. Ibu dengan gizi yang baik, umumnya mampu menyusui bayinya selama minimal 6 bulan, sebaliknya ibu yang gizinya kurang, |

-
- | | |
|---|---|
| | biasanya tidak mampu menyusui selama itu bahkan tidak jarang air susunya tidak keluar |
| 5. Diskusikan pilihan untuk mengeluarkan air susu, meliputi pemompaan [ASI] non listrik (misalnya, tangan dan manual) dan pemompaan elektrik (misalnya, satu atau dobel, pompa ASI elektrik untuk ibu dengan bayi prematur) | 5. Dipertimbangkan untuk memberikan penguatan secara positif pada ibu post partum untuk memberikan ASI eksklusif. |
-

Sumber : Herdman, 2015