

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PEMBERIAN ASI DI RUANG JADE
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

ASRI A NOE

AKX.15.014



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

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Asri A Noe
NIM : AKX.15.014
Program Studi : Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan
Gawat Darurat Medik
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Postpartum Spontan
Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI.

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional Ahli Madya (A.Md) di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil 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 serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, April 2018

Yang Membuat Pernyataan


Asri A Noe

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POSTPARTUM SPONTAN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PEMBERIAN ASI DI RUANG JADE
RSUD dr. SLAMET GARUT

ASRI A NOE
AKX.15.014

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGAL 23 APRIL 2018

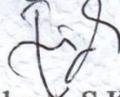
Oleh

Pembimbing Ketua



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

Pembimbing Pendamping



Inggrid Dirgahayu, S.Kep.,MKM
NIP : 10104019
Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POSTPARTUM SPONTAN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PEMBERIAN ASI DI RUANG JADE
RSUD dr. SLAMET GARUT

Oleh :

ASRI A NOE

AKX.15.014

Telah diuji

Pada tanggal, 28 April 2018

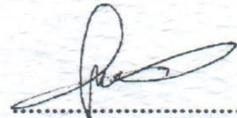
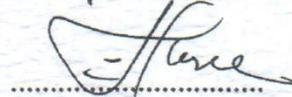
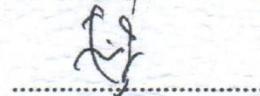
Panitia Penguji

Ketua : Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
(Pembimbing Utama)


.....

Anggota :

1. Sri Lestari M.Keb
(Penguji I)
2. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners
(Penguji II)
3. Inggrid Dirgahayu, S.Kp., MKM
(Pembimbing Pendamping)


.....
.....
.....

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,




Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

NIP : 10107064

ABSTRAK

Latar belakang Pada masa nifas dapat terjadi penurunan produksi dan pengeluaran Air Susu Ibu (ASI) pada hari-hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya rangsangan hormon prolaktin dan oksitosin yang sangat berperan dalam kelancaran produksi dan pengeluaran ASI. Hal ini menyebabkan adanya Ketidakefektifan pemberian ASI. Pijat oksitosin adalah salah satu tehnik untuk memperlancar pengeluaran ASI. **Tujuan** pembuatan karya tulis ini untuk memperoleh pengalaman dalam melaksanakan Asuhan keperawatan pada klien Postpartum spontan dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan pemberian ASI. **Metode** studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien postpartum spontan dengan masalah keperawatan **Hasil** Ketidakefektifan pemberian ASI. setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI pada kasus pertama teratasi pada hari ketiga dan pada kasus kedua masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI teratasi pada hari kedua, hal ini dikarenakan pada kasus pertama pemberian ASI pada bayi terlambat diberikan. **Diskusi** pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI tidak selalu memberikas respon yang sama hal ini dipengaruhi oleh psikologis ibu yang berbeda-beda.

Keyword :Postpartum sponta, Ketidakefektifan pemberian ASI. Asuhan keperawatan

Daftra Pustaka : 7 Buku (2010-2015), 2 Jurnal, 3 Website.

Background During the childbirth period, a decrease in the production and expenditure of breast milk during the first days after delivery can be caused by a lack of stimulation of prolactin and oxytocin hormones that play a role in the smooth production and expenditure of breast milk. This leads to the ineffectiveness of breastfeeding. Massage of oxytocin is one of the techniques to facilitate the expenditure of breast milk. The purpose of making this paper to gain experience in implementing nursing care on spontaneous Postpartum clients with nursing problems Ineffective breastfeeding. This case study **method** was performed on two spontaneous postpartum patients with nursing outcomes. **Results** Ineffective breastfeeding, after nursing care by giving nursing intervention, the problem of ineffective nursing in breastfeeding in the first case resolved on the third day and in the second case nursing ineffectiveness problem of breastfeeding resolved on the second day, this is because in the first case of breastfeeding in infants late given. Discussion of patients with nursing ineffectiveness problems breastfeeding does not always reinforce the same response this is influenced by different psychological mothers.

Keyword: Post Spontaneous Partum, Ineffective Breastfeeding. Nursing care

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini tepat pada waktunya.

Karya tulis ini berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Partum Spontan Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pemberian ASI Di RSUD dr. Slamet Garut”** disusun untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa karya tulis ini masih terdapat beberapa kekurangan, hal ini tidak lepas dari terbatasnya pengetahuan dan adanya kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan di masa yang akan datang, karena manusia yang ingin maju adalah manusia yang mau menerima masukan orang lain.

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan baik moral maupun materil dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini sebagai ucapan dan syukur penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih kepada :

1. H. Mulyana, S.H.,M.Pd., M.H.Kes., selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep., selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprpti, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Bhakti Kencana Bandung.
4. H. Husi Husaeni, dr.SpAn, KIC, M.Kes selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
5. H. Jajang S. Mail, dr.SpAn, selaku Ketua pelaksana harian Program studi Anestesi.
6. Kepala RSUD dr. Slemet Garut yang telah memberikan izin penulis untuk melakukan praktek lapangan dan melaksanakan ujian akhir program.
7. Ai Tati Rohaeni, S.Kep.,Ners selaku CI ruangan Jade dan pembimbing lapangan lain yang selalu memberi motivasi pada penulis.

8. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ini.
9. Ingrid Dirgahayu, S.Kep.,MKM selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ini.
10. Seluruh Staf dosen dan karyawan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik, yang telah memberikan ilmu dan keterampilan selama penulis menuntut ilmu di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
11. Ny. S dan Ny. R serta keluarga yang telah bekerja sama dengan penulis selama pemberian Asuhan Keperawatan.
12. Ayahanda tercinta Arifin K Noe dan ibunda tersayang Yulin A Saman yang selalu memotivasi, mendoakan setiap langkah anaknya. Serta kakak tersayang Yusri A Noe yang selalu menjadi panutan dan adik-adikku terkasih Ismiaty A Noe dan Farhan A Noe.
13. Teman-teman ALAMAHOY Agung, Aziz, Arie, Adji, Badria, Fadil, Amira, Ardia, Heffy. SIA*IIING Iwan, Gebi, Dekpi, Tata Alma , Tata Titi. Tim kosan dr. Ihrul Yang selalu menemani dan saling membantu pada saat penyusunan karya tulis ilmiah ini.
14. Kepada teman-teman Anestesi angkatan 11 yang tidak dapat disebutkan satu persatu atas bantuan dan dukungannya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Allah SWT. Demikian karya tulis ilmiah ini penulis buat, semoga bermanfaat bagi dunia Keperawatan.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Abstract	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Lampiran	xii
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat	5
1. Teoritis	5
2. Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Penyakit	6
1. Anatomi sistem reproduksi	6
2. Post partum masa nias	7
a. Definisi	7
b. Tahapan masa nifas	8
c. Perubahan fisiologi pada masa nifas	8
d. Fisiologi laktasi	15
e. Adaptasi psikologis	18
f. Jurnal pijat oksitosin.....	20
B. Konsep Asuhan Keperawatan	21
1. Pengkajian	21
2. Analisa data.....	27
3. Diagnosa Keperawatan.....	27
4. Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan.....	30
5. Implementasi	54
6. Evaluasi	54
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain.....	55
B. Batasan Istilah	56
C. Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	56

D. Lokasi dan Waktu	57
E. Pengumpulan Data	57
F. Uji Keabsahan Data.....	58
G. Analisa Data	59
H. Etik Penulisan KTI.....	61
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil	64
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	64
2. Pengkajian	66
a. Identitas klien	66
b. Analisa Data	77
c. Diagnosa Keperawatan.....	79
d. Perencanaan.....	79
e. Implementasi	85
f. Evaluasi	86
B. Pembahasan.....	87
1. Pengkajian	87
2. Diagnosa Keperawatan.....	88
3. Intervensi Keperawatan.....	91
4. Implementasi Keperawatan.....	93
5. Evaluasi Keperawatan.....	93
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	94
B. Saran.....	95
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Intoleransi aktivitas.....	31
Tabel 2.2 Ansietas.....	32
Tabel 2.3 Konstipasi.....	34
Tabel 2.4 Resiko gangguan pelekatan orang tua/bayi/anak.....	36
Tabel 2.5 Defisiensi pengetahuan.....	38
Tabel 2.6 Retensi urine.....	40
Tabel 2.7 Resiko infeksi.....	42
Tabel 2.8 Ketidakefektifan pemberian ASI.....	44
Tabel 2.9 Nyeri akut.....	46
Tabel 2.10 Ketakutan.....	48
Tabel 2.11 Ketidakefektifan koping.....	50
Tabel 2.12 Ketidakefektifan perfusi jaringan.....	52
Tabel 2.13 Gangguan pola tidur.....	53
Tabel 4.1 Identitas klien.....	65
Tabel 4.2 Riwayat obstetri dan ginekologi	66
Tabel 4.3 Pola aktivitas	68
Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik	69
Tabel 4.5 Pemeriksaan psikologis.....	74
Tabel 4.6 Pemeriksaan diagnostik.....	75
Tabel 4.7 Analisa data.....	76
Tabel 4.8 Diagnosa keperawatan	77
Tabel 4.9 Intervensi keperawatan	78
Tabel 4.10 Implementasi keperawatan.....	83
Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan.....	85

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi payudara	6
Gambar 2.2 Refleks prolaktin	17
Gambar 2.3 Refleks let down.....	18

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Bimbingan
- Lampiran II Lembar Observasi
- Lampiran III Surat Persetujuan dan Justifikasi Kasus
- Lampiran IV Jurnal
- Lampiran V Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VI Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran VII Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran VIII Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
WHO	: World Health Organization
AKB	: Angka Kematian Bayi
KB	: Keluarga Berencana
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CM	: Centi Meter
TBC	: Tuberculosis
HPHT	: Hari Pertama Haid Terahir
TTV	: Tanda-tanda Vital
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
KG	: Kilogram
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
GR	: Gram

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Postpartum disebut juga masa nifas, yaitu keadaan dimana plasenta lahir dan enam minggu setelah itu. Pada masa ini biasanya seseorang akan mengalami perubahan fisiologis maupun psikologis. Perubahan fisiologis seperti perubahan tanda-tanda vital, hematologi, perubahan pada sistem perkemihan, perubahan pada sistem pencernaan, perubahan pada sistem endokrin, perubahan pada sistem muskuloskeletal, dan perubahan pada sistem reproduksi. Sedangkan perubahan psikologis meliputi 3 fase yaitu fase dependen (taking in), fase dependen-mandiri (taking hold), dan fase letting go. (Marmi,2012).

Didapatkan data dari rekam medik RSUD dr. Slamet Garut periode tahun 2015-2017, jumlah persalinan spontan berjumlah 8774 kasus () dan persalinan dengan tindakan pembedahan berjumlah 3808 kasus (). Berdasarkan data diatas persalinan secara spontan lebih dominan dari pada persalinan dengan tindakan.

Pada masa nifas dapat terjadi penurunan produksi dan pengeluaran Air Susu Ibu (ASI) pada hari-hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya rangsangan hormon prolaktin dan oksitosin yang sangat berperan dalam kelancaran produksi dan pengeluaran ASI. Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kelancaran produksi dan

pengeluaran ASI yaitu perawatan payudara, paritas, stres, penyakit atau kesehatan ibu, konsumsi rokok atau alkohol, pil kontrasepsi, asupan nutrisi. Perawatan payudara sebaiknya dilakukan segera setelah persalinan (1-2 hari), dan harus dilakukan ibu secara rutin. Pemberian rangsangan pada otot-otot payudara akan membantu merangsang hormon prolaktin untuk membantu produksi air susu (Bobak; Lowdermik dan Jensen, 2012). Hormon oksitosin berdampak pada pengeluaran hormon prolaktin sebagai stimulasi produksi ASI pada ibu selama menyusui.

Pengeluaran ASI dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu produksi dan pengeluaran. Produksi ASI dipengaruhi oleh hormon prolaktin sedangkan pengeluaran dipengaruhi oleh hormon oksitosin. Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleksi oksitosin atau refleksi *let down*. Dengan dilakukan pemijatan ini ibu akan merasa rileks, kelelahan setelah melahirkan akan hilang, sehingga dengan begitu hormon oksitosin akan keluar (Mardiyaningsih, 2010).

ASI eksklusif adalah pemberian air susu ibu saja kepada bayi selama enam bulan pertama. Proses pengeluaran ASI bisa mengalami permasalahan seperti ASI yang tidak keluar atau ada bendungan, yang disebabkan oleh beberapa hal seperti kurangnya rangsangan reflek *let down*, ibu yang tidak sering menyusukan anaknya dan gangguan psikis ibu/stres. Pentingnya pemberian ASI terutama ASI eksklusif pada bayi sangat luar biasa. Bagi bayi, melindungi bayi dari berbagai penyakit seperti diare dan infeksi saluran pernafasan akut (Kementrian Kesehatan

RI, 2010). Memberikan ASI secara eksklusif dapat mengurangi pendarahan pada saat persalinan, menunda kesuburan dan meringankan beban ekonomi (KEMENKES, 2010).

Pemberian ASI memberikan manfaat bagi bayi maupun ibu. Bayi yang diberikan ASI eksklusif akan terhindar dari risiko kematian akibat diare sebesar 3,9 kali dan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) sebesar 2,4 kali (Arifeen dkk, 2011). Menurut Edmond (2006), bayi yang diberi ASI memiliki peluang 25 kali lebih rendah untuk meninggal dunia pada bulan pertama kelahirannya dibandingkan dengan bayi yang diberi selain ASI. Penelitian lain menunjukkan bahwa bayi juga akan terhindar dari risiko infeksi telinga, alergi makanan, anemia, dan obesitas di masa yang akan datang (Haryono, 2014).

Oleh sebab itu diperlukan tindakan untuk melancarkan pengeluaran ASI, seperti melakukan perawatan payudara, mengonsumsi makanan yang dapat meningkatkan produksi ASI seperti sayur katuk, dan salah satunya yaitu melakukan pijat oksitosin. Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidاكلancaran produksi ASI. Pijat oksitosin dilakukan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima-keenam ibu akan merasa tenang, rileks, meningkatkan ambang rasa nyeri dan mencintai bayinya, sehingga dengan begitu hormon oksitosin keluar dan ASI pun cepat keluar. Oksitosin dapat diperoleh dengan berbagai cara baik melalui oral, intra-nasal, intra-muscular, maupun dengan pemijatan yang merangsang keluarnya hormon oksitosin. Tindakan pijat oksitosin ini dapat memberikan sensasi rileks pada ibu dan

melancarkan aliran saraf serta saluran ASI kedua payudara lancar (Amin & Jaya, 2011).

Berdasarkan uraian tersebut penulis memilih “Asuhan keperawatan pada klien post partum normal dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan pemberian ASI” sebagai penelitian untuk Karya Tulis Ilmiah.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka bagaimanakah “Asuhan keperawatan pada klien post partum normal dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan ASI”.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Untuk melaksanakan Asuhan keperawatan pada ibu post partum normal dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan pemberian ASI.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada ibu post partum normal dengan masalah keperawatan “Ketidakefektifan pemberian ASI” di rsud dr. Slamet Garut
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada ibu post partum normal dengan masalah keperawatan “Ketidakefektifan pemberian ASI” di rsud dr. Slamet Garut

- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada ibu post partum normal dengan masalah keperawatan “Ketidakefektifan pemberian ASI” di rsud dr. Slamet Garut
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu post partum normal dengan masalah keperawatan “Ketidakefektifan pemberian ASI” di rsud dr. Slamet Garut
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada ibu post partum normal dengan masalah keperawatan “Ketidakefektifan pemberian ASI”

D. Manfaat

1. Manfaat ilmiah

Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi sumber informasi dan menambah ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kebidanan.

2. Manfaat institusi

Sebagai bahan masukan atau acuan bagi rekan mahasiswa untuk penyusunan karya tulis ilmiah berikutnya.

3. Manfaat bagi penulis

Sebagai tambahan pengalaman berharga bagi penulis untuk memperluas dan menambah wawasan.

4. Manfaat rumah sakit

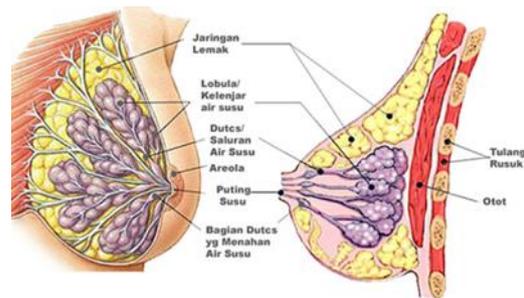
Sebagai bahan masukan atau motivasi bagi tenaga kesehatan di rsud dr. Slamet garut dalam pelayanannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep penyakit

1. Anatomi sistem reproduksi



Gambar 2.1 Anatomi payudara (Sumber : Maryunani, 2010)

Payudara atau mammae adalah perlengkapan organ reproduksi pada wanita yang mempersiapkan pembentukan air susu ibu pada saat menyusui kelak. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, dengan berat kira-kira 200 gram, yang kiri umumnya lebih besar dari yang kanan. Pada waktu hamil payudara membesar, mencapai 600 gram dan pada waktu menyusui bisa mencapai 800 gram. Terdapat tiga bagian utama payudara, yaitu :

- 1) Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar
- 2) Areola, yaitu bagian yang hitam ditengah
- 3) Papila atau puting, yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara.

2. Post partum (masa nifas)

a. Definisi

Masa nifas (postpartum) berasal dari bahasa latin, yaitu dari kata “puer” yang artinya bayi dan “parous” berarti melahirkan. Masa nifas (postpartum) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lama nifas yaitu 6-8 minggu.

Periode masa nifas adalah periode waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan. Proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil/tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologi dan psikologi karena proses persalinan.

Periode masa nifas dibagi menjadi tiga, yaitu sebagai berikut :

1) Periode Immediate Postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah seperti perdarahan.

2) Periode Early Postpartum (24 jam-1 minggu)

Masa dimana involusi uterus harus dipastikan dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode Late Post partum

Masa dimana perawatan dan pemeriksaan kondisi sehari-hari, serta konseling KB.

b. Tahapan masa nifas

1) Perurperium dini

Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2) Perurperium intermdial

Yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalis yang lamanya 6-8 minggu.

3) Remote perurperium

Yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

c. Perubahan fisiologi pada masa nifas

Beberapa perubahan fisiologi yang terjadi pada ibu dengan postpartum adalah :

1) Tanda-tanda vital

a) Suhu

Selama 24 jam pertama suhu mungkin meningkat menjadi 38° c, sebagai akibat meningkatnya kerja

otot/penegangan otot panggul, dehidrasi dan perubahan hormonal.

b) Nadi

Dalam periode waktu 6-7 jam sesudah melahirkan, sering adanya bradikardi (normal kurang dari 80-100 x/menit) karena pengosongan rongga panggul dan kelelahan serta pengeluaran darah saat melahirkan.

c) Pernapasan

Pernapasan ibu postpartum akan mendekati ukuran normal seperti sebelum melahirkan.

d) Tekanan darah

Terjadi hipotensi orthostatik (penurunan 20 mmHg) yang ditandai dengan adanya pusing segera setelah berdiri, terjadi 46 jam pertama. Penurunan tekanan darah merefleksikan adanya hipovolemia sekunder terhadap hemoragi.

2) Penyesuaian sistem endokrin

a) Mengalami perubahan secara tiba-tiba selama kala IV persalinan.

b) Mengikuti lahirnya plasenta

Perubahan kehamilan, payudara disiapkan untuk laktasi (hormon estrogen dan progesteron). Kolostrum merupakan cairan payudara yang keluar sebelum produksi air susu terjadi pada trimester ke 3 dan minggu

pertama postpartum. Pembesaran payudara terjadi dengan adanya penambahan sistem vaskuler dan limpatik sekitar payudara. Payudara menjadi besar, mengeras dan sakit bila disentuh.

3) Penyesuaian gastrointestinal

Penggunaan tenaga pada kala I persalinaan, merupakan tonus otot-otot abdomen yang juga merupakan faktor predisposisi terjadinya kontrasepsi pada ibu postpartum. Fungsi usus besar akan kembali normal pada akhir minggu pertama dimana nafsu makan mulai bertambah dan pemasukan cairan juga bertambah dengan rasa tidak nyaman pada perinium sudah menurun. Dengan kata lain, ibu yang baru melahirkan biasanya lapar, karena banyak menggunakan energi pada proses persalinan. Selama beberapa hari akan terjadi penurunan motilitas usus (tonus pada otot polos usus) yang dapat menyebabkan konstipasi dan rasa tidak nyaman pada perineum. Disamping itu juga ada kemungkinan ibu kurang makan, dehidrasi, rasa sakit pada perineum, diare dan hemoroid. Eliminasi BAB terjadi 2-3 hari kemudian.

4) Abdomen

Abdomen menonjol keluar pada hari pertama sesudah melahirkan, 2 minggu pertama melahirkan dinding abdomen relaksasi ± 6 minggu keadaan abdomen seperti sebelum hamil. Kembalinya tonus otot ini tergantung pada tonus otot

sebelumnya (senam dan jumlah jaringan lemak). Konsistensi abdomen lembek, peregangan selama kehamilan dapat memisahkan otot perut, yang disebut diastasis rekti abdominis. Normalnya panjang diastasis < 20 dan lebar 2 cm.

5) Penyesuaian sistem integumen

Kloasma gravidarum biasanya tidak akan terlihat pada akhir kehamilan. Hiperpigmentasi pada areola dan linea nigra mungkin belum menghilang sempurna sesudah melahirkan.

6) Penyesuaian sistem urinaria (sistem perkemihan)

Pada masa postpartum hari pertama, buang air kecil sering sakit atau sering terjadi kesulitan kencing sehingga ibu terkadang perlu dilakukan kateterisasi. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Fungsi ginjal dan dilatasi ureter akan kembali normal dalam waktu 1 bulan. Pada 12 jam pertama terjadi pengeluaran cairan dan jaringan yang terkumpul selama kehamilan sehingga dapat menyebabkan diaphoresis (keringat berlebihan) dan menggigil pada malam hari. Pada wanita yang baru melahirkan, kadang-kadang ditemukan perdarahan atau infeksi saluran kencing. Protein uri pada hari kedua adalah normal. Karena kebutuhan protein yang dikatalisis saat involusi uteri meningkat. Berbeda

halnya dengan keadaan preeklampsia atau eklampsia, dimana protein uri berlangsung sampai hari ke tujuh.

7) Penyesuaian sistem reproduksi

Pada masa nifas ini, alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali segera setelah melahirkan. Diantaranya terdapat perubahan-perubahan sebagai berikut :

a) Perubahan korpus uteri

(1) Involusi uterus

Diakhir kala III persalinan, uterus ada digaris tengah dan berada kurang dari 2 cm di bawah umbilikus.

Pada waktu tersebut ukuran uterus mendekati ukuran kehamilan 16 minggu.

(2) Ukuran uterus

(a) Panjang : 14 cm

(b) Leher : 12 cm

(c) Tebal : 10 cm

(d) Berat : \pm 1000 gram.

Dalam 12 jam fundus uteri akan mendeteksi 1 cm di atas umbilikus. Selanjutnya involusi akan cepat terjadi dengan penurunan fundus \pm 1-2 cm setiap 24 jam. Pada hari ke enam post partum, fundus normal berada pada pertengahan simfisis pubis dan umbilikus. Uterus akan tidak teraba lagi dengan palpasi abdomen sesudah hari ke sembilan postpartum.

b) Kontraksi uterus

Intensitas kontraksi meningkat segera sesudah melahirkan, tampak untuk merespon mengurangi volume intra uteri. Selama 1-2 jam pertama postpartum, kontraksi uterus akan menurun intensitasnya secara halus dan tidak terkoordinasi.

c) After pain

Afterpain adalah mulas atau kram pada abdomen yang berlangsung sebentar dan mirip dengan kram periode menstruasi. Hal ini karena kontraksi uterus. Secara normal, pain terjadi sampai dengan hari ketiga. Afterpain meningkat oleh karena adanya gumpalan darah pada kavum uteri dan lebih nyata setelah ibu melahirkan ditempat uterus yang terlalu tegang (misalnya : pada bayi besar atau kembar).

d) Payudara

Selama kehamilan, payudara disiapkan untuk laktasi (hormon estrogen dan progesteron). Kolostrum yang merupakan cairan payudara dimana keluar sebelum produksi ASI terjadi pada trimester III dan minggu pertama persalinan. Kolostrum terdiri dari protein, lemak dan antibodi. Produksi ASI dimulai dari sel alveolar di bawah pengaruh prolaktin let down atau mengalirnya air susu tergantung pada sekresi oksitosin. Pembesaran

payudara terjadi dengan adanya penambahan sistem vaskuler dan limfatik sekitar payudara membesar, mengeras, nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal serta dimulainya laktasi areola hiperpigmentasi dan papila payudara membesar. Dalam hal ini, setelah post partum terdapat pengaruh dari menurunnya estrogen dan progesteron meningkat prolaktin yang menyebabkan kelenjar berisi air susu.

e) Lokhea

Lokhea adalah ekret yang berasal dari kavum uteri, dengan karakteristik lokhea sebagai berikut :

- (1) Lokhea rubra : terjadi pada hari ke 1-3 setelah persalinan, warna merah terang sampai dengan merah tua yang mengandung desidua..
- (2) Lokhea serosa : terjadi pada hari ke 3-4 postpartum, warna lokhea berubah menjadi pink sampai dengan kekuning-kuningan yang mengandung cairan serosa, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit.
- (3) Lokhea alba : terjadi pada hari ke-10 postpartum, warna kuning sampai dengan putih. Lokhea keluar terus-menerus sampai $\pm 2-6$ minggu sesudah melahirkan yang mengandung leukosit dan sel desidua.

f) Vagina dan perinium

Vagina yang semula sangat tegang secara bertahap akan kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6 sampai 8 minggu setelah melahirkan. Perineum adalah daerah vulva dan anus. Biasanya perineum setelah melahirkan menjadi agak bengkak dan mungkin terdapat luka jahitan bekas robekan atau episiotomi, yaitu sayatan untuk memperluas pengeluaran bayi. Proses penyembuhan luka episiotomi sama dengan luka operasi, biasanya berlangsung 2 sampai 3 minggu.

d. Fisiologis Laktasi

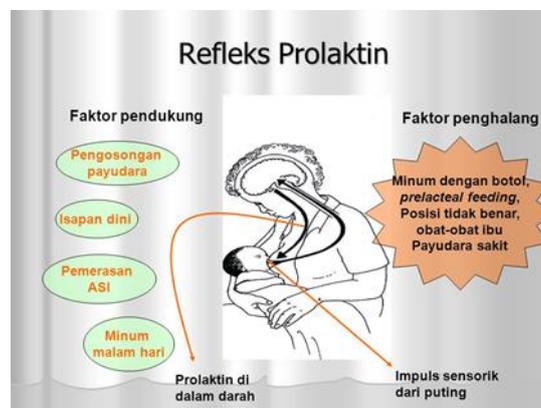
Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian, yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Payudara mulai dibentuk sejak embrio berumur 18-19 minggu, dan baru selesai ketika mulai menstruasi, dengan terbentuknya hormon estrogen dan progesteron yang berfungsi untuk maturasi alveoli. Sedangkan hormon prolaktin adalah hormon yang berfungsi untuk produksi ASI disamping hormon lain seperti insulin, tiroksin dan sebagainya.

Dengan kata lain, selama hamil dan menyusui, kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh meningkat. Pada saat ini terjadi pembesaran payudara karena perkembangan sel-sel kelenjar maupun timbunan lemak. Pada saat ini pula pengeluaran

prolaktin hipofisis meningkat yang mempersiapkan kelenjar susu untuk memproduksi air susu sehingga pada waktu hamil telah terjadi percobaan produksi air susu yang akan mengeluarkan cairan lemak, yaitu cairan yang pertama kali keluar, yang disebut kolostrum. Untuk pengeluaran air susu diperlukan hormon pengatur yaitu hormon oksitosin yang dihasilkan oleh bagian dari hipofisis. Fungsi oksitosin adalah memeras sel-sel kelenjar untuk mengeluarkan isinya, yaitu ASI.

1) Refleks prolaktin

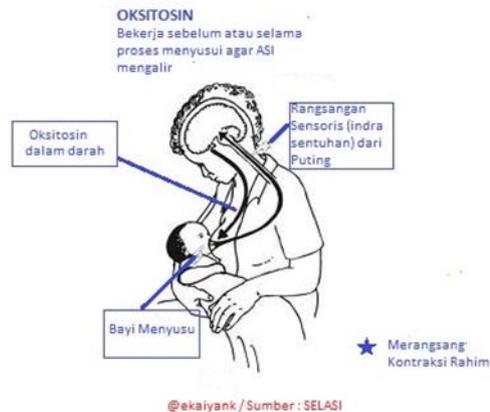
Seperti telah dijelaskan, dalam puting susu terdapat banyak ujung saraf sensoris. Bila ini dirangsang, timbul implus yang menuju hipotalamus selanjutnya ke kelenjar hipofisis bagian depan sehingga kelenjar ini mengeluarkan hormon prolaktin. Hormon inilah yang berperan dalam produksi ASI ditingkat alveoli. Dengan demikian mudah dipahami bahwa makin sering rangsangan penyusuan makin banyak pula produksi ASI.



Gambar 2.2 Refleks prolaktin (Sumber : Maryunani, 2010)

2) Refleks aliran (*let down reflexx*)

Rangsangan puting susu tidak hanya diteruskan sampai ke kelenjar hipofisis depan, tetapi juga ke kelenjar hipofisis bagian belakang, yang mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon ini berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran, sehingga ASI di pompa keluar. Makin sering menyusui, pengosongan alveolus dan saluran makin baik sehingga kemungkinan terjadinya bendungan susu makin kecil, dan menyusui akan makin lancar. Saluran ASI yang mengalami bendungan tidak hanya mengganggu penyusuan, tetapi juga berakibat mudah terkena infeksi.



Gambar 2.3 Refleks let down (Sumber : Maryunani, 2010)

e. Adaptasi psikologis

Beberapa perubahan psikologis yang terjadi pada ibu dengan postpartum adalah :

1) Fase taking in

Yaitu fase ketergantungan ibu yang berlangsung 1-2 hari postpartum. Dalam fase taking in ibu berfokus kepada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Adaptasi terhadap ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan ialah istirahat yang cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi. Periode taking in sering kali membuat ibu menjadi pasif terhadap kondisi lingkungannya.

2) Fase taking hold

Fase ini berlangsung antar 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu selalu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan tanggung jawab merawat anak. Perasaan ibu menjadi sensitif sehingga mudah tersinggung. Periode taking hold dianggap masa perpindahan dari keadaan ketergantungan menjadi keadaan mandiri. Perlahan-lahan tingkat energi ibu meningkat, merasa lebih nyaman dan mulai berfokus pada bayi yang dilahirkannya.

3) Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah bisa menyesuaikan diri dari ketergantungannya. Kini keinginan merawat diri sendiri dan bayinya sudah semakin meningkat, dan ibu mulai merasa lebih nyaman. Secara bertahap ibu mulai mengambil alih terhadap tugas dan tanggung jawab perawatan bayi. Ibu mulai memahami kebutuhan bayinya.

4) Baby blues

Diperkirakan hampir 50-70% seluruh wanita postpartum akan mengalami baby blues atau post natal syndrome yang terjadi pada hari ke 4-10 hari postpartum. Gejala-gejala baby blues tidak perlu dkuatirkan dan tidak membutuhkan pengobatan khusus. Gambaran umum dari gejala-gejala baby blues ialah memiliki suasana hati yang berubah-ubah, merasa sedih, kecemasan, sering menangis, hilangnya nafsu makan dan sulit tidur.

f. Jurnal Pijat oksitosin

- 1) Penelitian yang dilakukan oleh Mera Delima, Gina Zulfia Arni, Ernalinda Rosya yang berjudul Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Peningkatan Produksi ASI Menyusui di Puskesmas Plus Mandiangin dalam Jurnal IPTEKS Terapan

menyatakan bahwa ada pengaruh pijat oksitosin pada ibu nifas terhadap pengeluaran ASI. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata pengeluaran ASI pada ibu nifas yang tidak dilakukan pijat oksitosin sebesar 4,61 menit dan rata-rata pengeluaran ASI pada ibu nifas dilakukan pijat oksitosin sebesar 11,78 menit.

- 2) Penelitian yang dilakukan oleh Hotmaria Julia Dolok Saribu, Wasis Pujiati yang berjudul Pijat Oksitosin dan Perawatan Payudara Terhadap Kelancaran Pengeluaran ASI Pada Ibu Nifas dalam jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan menyatakan bahwa pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidاكلancaran produksi ASI. Hasil pengeluaran ASI pada kelompok perawatan payudara sebelum dan sesudah menunjukkan bahwa sebagian besar pengeluaran ASI responden kurang lancar yaitu sebanyak 12 responden (75%). Sesudah diberikan perawatan payudara diketahui bahwa sebagian besar responden dengan kelancaran pengeluaran ASI yang lebih lancar berjumlah sebanyak 14 responden (87,5%).

B. Konsep asuhan keperawatan

fase awal pada proses keperawatan dimulai dengan pengkajian. Tanpa memerhatikan bagaimana pengkajian dilakukan, perawat memperoleh data mengenai status fisik, psikologi, dan spiritual klien. Informasi dikumpulkan dari berbagai sumber yang mencakup, tetapi tidak terbatas pada wawancara, pengkajian fisik, diagnosis medis dan rencana pengobatan, serta pemeriksaan diagnostic. Perawat menggunakan berbagai alat/formulir untuk mengumpulkan data pengkajian.

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Meliputi identitas klien, yang terdiri dari nama, umur, alamat, status perkawinan. Terdapat juga identitas penanggung jawab, misal suami.

b. Keluhan utama

Pada post partum spontan biasanya sebagian klien mengeluh nyeri di jalan lahir karena ada luka episiotomy.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dikaji biasanya pada klien post partum akan mengalami gangguan nyeri. Pada pemeriksaan ini dapat dijabarkan dengan menggunakan PQRST.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi tentang riwayat penyakit keluarga dan riwayat penyakit yang dialami oleh klien pada masa lalu, seperti riwayat hipertensi,

penyakit keturunan seperti diabetes melitus dan asma, riwayat alergi dan penyakit menular seperti hepatitis dan TBC.

e. Riwayat obstetric dan ginekologi

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Siklus haid, lamanya haid, banyaknya sifat darah (warna, bau, cair atau gumpalan), menerche dismenorrhoe, HPHT.

b) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

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

c) Riwayat kontrasepsi

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan, jumlah anak yang direncanakan oleh keluarga.

2) Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas masa lalu

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

b) Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama hamil, riwayat imunisasi, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya

c) Riwayat persalinan sekarang

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

d) Riwayat nifas sekarang

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

f. Aktifitas sehari-hari

1) Pola nutrisi

Nafsu makan meningkat, kehilangan rata-rata berat badan 7-8 kg.

2) Pola eliminasi

a) Konstipasi, tidak mampu berkemih, retensi urine.

b) Edema pada kandung kemih, urethra dan meatus urinarius terjadi karena trauma.

c) Pada fungsi ginjal : proteinuria, diuresis mulai 12 jam

d) Fungsi kembali normal dalam 12 jam.

3) Pola aktivitas

Kebanyakan aktivitas dibantu, pada hari pertama kelelahan dan merasa sakit didaerah jalan lahir.

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan ibu

Pada klien dengan post partum spontan biasanya kesadarn composmentis, dan penampilan tampak baik. Tanda-tanda vital pada klien ini biasanya normal seperti tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi.

2) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) berupa suhu, tekanan darah, respirasi dan nadi. Tanda-tanda vital pada postpartum biasanya normal.

3) Antropometri

Pada post partum BB akan meningkat 10-15kg.

4) Kepala

Amati bentuk dan kesimetrian kepala, kebersihan kepala, apakah ada pembesaran kepala, nyeri tekan dan lesi. Perhatikan warna rambut, rambut mudah rontok atau tidak.

5) Wajah

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

6) Mata

Konjungtiva yang anemis menunjukkan adanya anemia karena perdarahan saat persalinan.

7) Payudara

Bentuk payudara, gangguan ASI, keadaan putng, kebersihan, ada tidak pembengkakan dan nyeri tekan, ada tidaknya benjolan. Biasanya pada hari pertama post partum konsistensi lunak, adanya kolostrum, puting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga payudara mengeras, membesar, hangat, puting dapat mengalami luka yang memerah.

8) Abdomen

Perhatikan bentuk, striae, linea, kontraksi uterus dan TFU, biasanya pada bayi baru lahir TFU setinggi pusat dengan berat uterus 1000gr, akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari dibawah pusar dengan berat uterus 750gr, satu minggu post partum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusar simpisis dengan berat uterus 500gr, dua minggu post partum tinggi fundus uteri teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350gr dan enam minggu post partum fundus uteri bertambah kecil dengan berat 50gr.

Kaji dengan palpasi kandungan urine di kandung kemih.

Kandung kemih yang bulat dan lembut menunjukkan jumlah urine yang tertampung banyak dan hal ini

dapat mengganggu involusi uteri, sehingga harus dikeluarkan.

9) Genetalia

kaji kebersihan perineum ibu. Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka. Serta adanya hemoroid derajat 1 normal untuk ibu hamil dan pasca persalinan. pengeluaran pervagina lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau, keadaan luka jahitan dan tanda-tanda infeksi vagina.

10) Anus

Perhatikan ada atau tidak haemoroid dan kebersihan.

11) Ekstremitas

Pada ekstremitas bawah adanya edema/pedis, tanda hofmen negative pada hari pertama dan edema minimal dan tanda hofmen negative pada hari ketiga, kesimetrisan ekstremitas, ada tidaknya varises, ada tidaknya nyeri tekan

2. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan gaya pikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit. Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengeplokkan data, menafsirkan adanya ketimpangan, atau kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah yang ada (Rohmah & Walid, 2012).

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan potensial atau actual maupun situasi kehidupan. Diagnosis keperawatan menjadi dasar dalam memilih intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang dapat dipertanggung jawabkan oleh perwatan (NANDA 2012).

- a. Gangguan rasa nyaman; nyeri berhubungan dengan trauma mekanis, edema/ pembesaran jaringan atau distensi, efek hormonal.
- b. Ketidakefektifan ASI berhubungan dengan ketidak tahuan dan payudara membengkak.
- c. Ketidakmampuan menjadi orang tua berhubungan dengan kurang dukungan diantara/ dari orang terdekat, kurang pengetahuan,

ketidakefektifan dan/atau tidak tersedianya model peran, harapan tidak realistis untuk diri sendiri/bayi/pasangan, tidak terpenuhinya kebutuhan menstabilisasi sosial/ emosional dari klien/pasangan.

- d. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan tidak ada pengalaman atau terpajan sebelumnya dengan situasi, tidak berminat atau memiliki motivasi yang rendah untuk belajar, kurang akses ke sumber pembelajaran, penurunan kemampuan kognitif.
- e. Retensi urine berhubungan dengan edema, trauma kandung kemih.
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum, riwayat infeksi saluran kemih, trauma jaringan.
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum, riwayat infeksi saluran kemih, trauma jaringan pecah ketuban lama sebelum kelahiran, pemantauan janin intrauteri, kelahiran sesar, persalinan lama, retensi fragmen plasenta, nutrisi buruk dan faktor hormon.
- h. Ketidakefektifan ASI berhubungan dengan ketidaktahuan dan anomaly payudara ibu.
- i. Nyeri berhubungan dengan ketidak nyamanan dalam situasi apapun termasuk persalinan meliputi gabungan dari penyebab biologi, kimia, fisika, psikologi dan spiritual, ketidak nyamanan fisiologis terkait dengan persalinan dan kelahiran terutama disebabkan oleh kontraksi fundus uterus intermiten dan peregangan serabut otot serviks, vagina, perineum, luka perineum.

- j. Ketakutan berhubungan dengan stresor atau stimulus lingkungan, kurang pengetahuan, hasil yang tidak pasti (ibu dan bayi) pada situasi risiko tinggi, kehilangan fisik misal kehilangan fungsi atau kematian, perubahan maturasi misal kehamilan atau *parenthood*.
- k. Ketidakefektifan koping berhubungan dengan depresi sebelum, selama dan setelah kehamilan, tidak yakin terhadap kemampuan koping, gangguan citra tubuh, perubahan pola pelepasan ketegangan, relaksasi dan perawatan diri, kurang cadangan energi untuk penatalaksanaan stress, stress dalam merawat anak misal perubahan tidur, dan masalah pemberian makan, kesempatan yang tidak cukup untuk melakukan persiapan dalam mengatasi stressor misal bayi premature, perubahan maturasi misal pernikahan, *parenthood* atau masalah pengasuhan anak.
- l. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan ikatan oksigen pada hemoglobin akibat perubahan pH darah, gangguan pertukaran oksigen-karbon dioksida, gangguan aliran darah arteri dan vena, penurunan konsentrasi hemoglobin, hipoventilasi, hypervolemia, hypovolemia.
- m. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, ansietas, depresi, perasan berkemih yang kuat, sesak napas, perubahan hormone, kesepian atau tidak ada pasangan tidur, perubahan siklus tidur dan terjaga yang sering, obat-obatan misal depresan atau stimulan, gangguan di lingkungan misal bunyi atau suhu.

4. Intervensi keperawatan

Perencanaan dimulai saat diagnosis keperawatan telah dirumuskan.

Rencana asuhan memberikan bimbingan unuk perawat dan penyediaan layanan kesehatan lain yang terlibat dalam asuhan klien.

Perencanaan tindakan dan rasional pada ibu Post Partum Maratus Spontan menurut Doengoes adalah sebagai berikut :

- a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan persalinan disfungsiinal atau distosia, kelahiran sesar, hemoragi post partum, infeksi nifas, kegagalan perinatal, depresi.

- 1) Tujuan dan kriteria Hasil :

- a) Mempertahankan tingkat aktivitas sesuai dengan kemampuan yang biasa, dibuktikan dengan denyut jantung dan tekanan darah yang normal selama beraktivitas dan tidak ada keletihan, kelemahan, serta sesak nafas.
- b) Menggunakan teknik konservasi energi.

- 2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi dan Rasional Intoleransi Aktivitas

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji kemampuan ibu untuk melakukan ambulasi dan aktivitas perawatan diri	a) Membantu menentukan tingkat intoleran aktivitas ibu untuk menetapkan tujuan yang realistis.
b) Kaji perubahan denyut nadi setelah beraktivitas	b) Denyut jantung dapat meningkat 20 hingga 30 denyut/menit setelah beraktivitas, yang bergantung pada jumlah dan jenis aktivitas. Peningkatan melebihi 20 hingga 30 kali adalah abnormal dan dapat mengindikasikan gangguan jantung serta membutuhkan evaluasi lebih lanjut.
c) Kaji adanya perubahan ostostatik pada tekanan darah	c) Penurunan tekanan darah ostostatik dapat disebabkan oleh penurunan volume cairan, infeksi atau nyeri. Peningkatan atau penurunan tekanan darah yang signifikan saat beraktivitas

	memerlukan evaluasi lebih lanjut.
d) Kaji perubahan frekuensi pernafasan	d) Aktivitas meningkatkan kecepatan metabolisme dan konsumsi oksigen yang dapat meningkatkan frekuensi pernafasan dan menyebabkan dyspnea.
e) Kaji adanya infeksi	e) Adanya demam, peningkatan hitung sel darah putih, atau drainase purulen merupakan indikasi infeksi. Infeksi adalah penyebab signifikan kelemahan dan kelelahan karena peningkatan kebutuhan memetabolisme.
f) Kaji adanya data laboratorium abnormal.	f) Data laboratorium abnormal dapat mengindikasikan penyakit utama atau komplikasi.
g) Kaji kebutuhan nutrisi ibu.	g) Ibu yang tidak dapat asupan nutrisi yang adekuat tidak akan memiliki cadangan energi yang dibutuhkan untuk persalinan, kelahiran atau perawatan diri dan bayinya setelah kelahiran atau penyembuhan.
h) Kaji persepsi ibu tentang intoleran aktivitas yang dialami.	h) Memberikan informasi dasar tentang pemahaman ibu mengenai kelelahan dan penyebabnya serta untuk memandu penanganan.
i) Kaji status emosi.	i) Stres psikologis dapat menyebabkan depresi, yang dapat mengakibatkan intoleran aktivitas yang sama beratnya dengan stress fisiologis.
j) Kaji pola dan keadekuatan tidur.	j) Periode terjaga yang lama atau gangguan tidur yang sering mengacaukan siklus tidur yang normal dan menyebabkan kelelahan serta ketidakmampuan untuk menoleransi aktivitas normal.

b. Ansietas berhubungan dengan ancaman atau persepsi ancaman terhadap kehamilan atau bayi baru lahir, ancaman persepsi ancaman terhadap kesejahteraan fisik, kesalahpahaman atau konflik interpersonal, kurang dukungan emosional, perubahan status finansial, perubahan status fungsional, kurang pengetahuan, pemeriksaan atau prosedur invasif dan kelahiran sesar yang tidak direncanakan atau darurat.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Tidak ada tanda ansietas misal gemetar, pucat dan wajah tegang.
- b) Berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan dan perawatan dirinya.

- c) Mengidentifikasi dan menggunakan individu pendukung, misal pasangan, pemberi asuhan.
- d) Mengungkapkan rasa kendali dan penerimaan terhadap situasi.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Ansietas

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji indikator perilaku takut/ansietas baik verbal dan non verbal.	a) Menentukan adanya ansietas dan tingkatannya. Informasi ini menjadi dasar untuk merencanakan intervensi keperawatan dan menilai keefektifan intervensi tersebut. Isyarat non verbal dapat dikenali pertama kali karena beberapa klien mungkin tidak mengenali atau menyatakan ansietasnya sendiri. Peningkatan ansietas menyebabkan perubahan perilaku semakin memburuk.
b) Kaji kemampuan ibu atau pasangannya untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.	b) Partisipasi meningkatkan rasa kendali, namun penting untuk tidak meningkatkan stres dengan menuntut keterlibatan ibu lebih dari yang dapat ditoleransi dengan baik.
c) Kaji tingkat pemahaman mengenai diagnosis, penanganan, dan prognosis.	c) Penyuluhan dimulai dengan pengkajian tingkat pengetahuan ibu sehingga penyuluhan dapat disesuaikan dengan ibu dan pasangannya. Pengetahuan dan pemahaman mengurangi ketakutan.
d) Kaji gejala fisiologis ansietas.	d) Ansietas merangsang sistem saraf otonom, menimbulkan gejala sebagai berikut : peningkatan tekanan darah, nadi dan pernafasan, palpitasi jantung, diaforesis, tangan dingin dan berkeringat, pusing dan sakit kepala, tremor, mulut kering dan mual.
e) Kaji tingkat ansietas.	e) Ansietas berkisar dari ringan hingga panik. Ansietas ringan dapat meningkatkan ketejagaan dan meningkatkan kemampuan untuk memahami dan belajar. Ansietas sedang menyebabkan inatensi secara periodik, penurunan kemampuan untuk berkomunikasi dan belajar, serta penurunan akan arahan. Gejala berat mengganggu kemampuan belajar dan memahami serta menyampaikan detail. Panic menyebabkan gangguan persepsi, ketidakmampuan untuk belajar, dan ketidakmampuan untuk berkomunikasi atau berfungsi.
Penyuluhan Klien/Keluarga	
f) Luangkan waktu bersama untuk menjelaskan prosedur, memberi dukungan, dan mendengarkan masalah.	f) Membina hubungan, menjadi pendengar aktif, empati dan memberikan penjelasan menunjukkan perhatian perawat, sehingga mengurangi rasa takut terhadap sumber yang tidak diketahui, serta membina rasa percaya.
Lain-lain :	
g) Sediakan lingkungan yang tenang dan memberi kedamaian.	g) Lingkungan yang tenang dan tidak mengancam akan mendorong klien untuk mengekspresikan perasaan dan ketakutan, mengenali ansietas, dan mengidentifikasi penyebabnya. Penerimaan perasaan akan memvalidasi perasaan tersebut, meningkatkan diskusi dan

h) Dorong pernyataan ansietas.	h) Takut terhadap sumber yang tidak diketahui atau takut yang di sebabkan oleh kesalahpahaman mengenai penyakit atau pengobatan meningkatkan ansietas secara signifikan. Ansietas berkurang saat ketakutan dihilangkan atau dikurangi.
i) Bantu klien untuk mengidentifikasi sumber stressor.	i) Membantu mengenali dan mengatasi ansietas. Kadang-kadang stressor dapat dimodifikasi atau dihilangkan. Disaat lain keterampilan koping mungkin membutuhkan dukungan.
j) Dorong partisipasi individu terdekat sebanyak mungkin.	j) Kehadiran pasangan ibu dan individu terdekat meningkatkan perasaan aman dan menurunkan perasaan takut.
k) Dorong klien untuk mengidentifikasi dan menggunakan teknik penurunan stress yang sebelumnya terbukti berhasil.	k) Teknik yang sebelumnya pernah berhasil cenderung akan berhasil pada setiap situasi yang menimbulkan stress. Klien lebih suka untuk menggunakan teknik yang sebelumnya terbukti berhasil.

c. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas, gastrointestinal sekunder akibat hormon kehamilan dan tekanan pada organ perut lain yang disebabkan oleh pembesaran uterus, asupan serat tidak adekuat, asupan cairan yang tidak cukup, gaya hidup sedentasi atau aktivitas fisik yang tidak adekuat, stres atau ansietas, lalai untuk menetapkan atau mempertahankan waktu defekasi yang teratur, nyeri atau takut nyeri, suplemen zat besi oral.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Melaporkan kembali ke pola defekasi yang biasa.
- b) Mengeluarkan feses yang berbentuk dan lembut tanpa laksatif atau enema.
- c) Mengonsumsi diet kaya serat dan meminum cairan dengan jumlah adekuat setiap hari.
- d) Berpartisipasi dalam program latihan fisik dengan batasan yang ditentukan.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Konstipasi

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji pola eliminasi alvi yang normal atau biasa pada klien.	a) Pola defekasi pada setiap individu beragam dan berkisar dari defekasi satu kali tiap hari hingga defekasi setiap 2 hingga 3 hari. Pola defekasi normal pada klien harus ditentukan untuk merencanakan intervensi korektif.
b) Kaji asupan serat dalam diet.	b) Karena tidak cukup serat dalam diet, hanya sedikit ampas yang tersedia untuk membentuk feses.
c) Kaji asupan cairan.	c) Bila asupan cairan tidak adekuat, feses dapat kekurangan kandungan cairan yang cukup untuk memudahkan pengeluaran melalui saluran usus bawah.
d) Kaji pola aktivitas.	d) Jika latihan fisik tidak cukup, gerakan peristaltik normal dapat berkurang dan otot saluran cerna dapat kehilangan tonusnya sehingga menyebabkan konstipasi dan impaksi feses.
e) Kaji penggunaan obat resep, obat bebas, dan obat herbal saat ini.	e) Banyak obat seperti antidepresan, antasida, analgetik, antihipertensi, dan suplemen diet dapat menyebabkan konstipasi.
f) Kaji penggunaan laksatif atau enema.	f) Penggunaan laksatif atau enema yang lama mengurangi fungsi normal dan menyebabkan ketergantungan.
g) cemas berlebihan.	g) Stres atau cemas berlebihan dapat menekan fungsi fisik sehingga berdampak buruk pada pencernaan dan eliminasi.
Penyuluhan Klien/Keluarga	
h) Dorong penetapan waktu defekasi yang teratur.	h) kebiasaan yang di perlukan untuk memastikan eliminasi feses pada waktu yang sama setiap hari, keinginan untuk defekasi mungkin tidak kuat dirasakan sehingga menyebabkan konstipasi.
i) Jelaskan hubungan antara asupan cairan dan defekasi, serta dorong asupan cairan antara 2000 dan 3000 ml cairan (8 hingga 10 gelas air) per hari.	i) Asupan cairan yang adekuat penting untuk mempertahankan feses cukup basah sehingga memudahkan pengeluarannya melalui saluran usus bawah.
j) Jelaskan pada ibu tentang perlunya meningkatkan makanan berserat dalam diet.	j) Buah dan sayuran mentah menambah serat dan cairan pada feses. Makanan yang mengandung serat tidak dipecah selama proses pencernaan. Makanan tersebut menarik cairan saat melewati usus, yang menambah masa feses dan memudahkan pengeluarannya.
k) Jelaskan pada ibu mengenai pentingnya mempertahankan program latihan fisik dengan batasan yang ditentukan.	k) gerakkan persitaltik normal dan membantu mempertahankan tonus otot saluran cerna.
l) Ajarkan pada ibu tentang bagaimana dan kapan menggunakan	l) Penggunaan laksatif atau enema yang terus menerus menyebabkan saluran usus kurang responsif terhadap respon fisiologis normal dan menimbulkan ketergantungan pada laksatif atau

tindakan farmakologi.	enema.
Tindakan Kolaborasi	
m) Konsultasikan dengan pemberian asuhan mengenai instruksi dalam penggunaan agens pelembut atau pembentuk masa feses, jika diperlukan.	m) Mungkin diperlukan hingga hormon kembali ke kondisi sebelum hamil, untuk mendapatkan pola defekasi yang teratur. Pelunak feses mengurangi tegangan permukaan feses sehingga memungkinkan air untuk meresap dan melembutkan feses. Agen pembentuk masa membantu menahan air di dalam usus dan menstimulasi peristaltik.
Lain-lain :	
n) Berikan privasi	n) Kurang privasi dapat berperan sebagai kondisi penghambat yang mempengaruhi keinginan dan kemampuan untuk defekasi.
o) Bantu ke kamar mandi atau gunakan bedside commode jika memungkinkan.	o) Memungkinkan ibu untuk mengambil posisi yang biasa dilakukan saat defekasi dan membutuhkan sedikit energy dari pada menggunakan pispot.
p) Dorong penggunaan pencahar alami jika dibutuhkan. Misalnya buah prem, jus prem dan kacang.	p) Makanan tinggi serat tersebut menambah masa dan cairan pada feses untuk memudahkan pengeluaran.

d. Resiko gangguan pelekatan orang tua/bayi/anak berhubungan dengan prematuritas bayi, penyakit, atau masalah yang mengubah kontak orang tua, hambatan fisik, takut atau ansietas, pemisahan orang tua dan bayi atau anak, ketidakmampuan orang tua untuk memenuhi kebutuhan personalnya dan penyalahgunaan zat.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Orang tua mengungkapkan perasaan positif tentang bayi/anak.
- b) Orang tua menunjukkan perilaku sayang, misalnya kontak mata dan posisi en face dengan bayi baru lahir, memilih nama selama kehamilan, berperilaku sehat selama kehamilan, memberi respon terhadap isyarat bayi, menggendong, menyentuh, mengayun, menepuk, mencium dan tersenyum kepada bayi baru lahir.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Resiko gangguan pelekatan
orang tua/bayi/anak

Intervensi	Rasional
a) Kaji riwayat penyalahgunaan zat pada ibu.	a) Mengidentifikasi individu atau keluarga yang berisiko tinggi mengalami perubahan parenting. Penyalahgunaan zat mengganggu kemampuan fisik dan emosi ibu untuk mengasuh atau melekat dengan bayinya.
b) Kaji harapan orang tua tentang bayi baru lahir selama kehamilan	b) Orang tua membentuk gambaran “ideal” tentang anaknya selama kehamilan. Kesesuaian perwujudan anak yang lahir dengan gambaran tersebut akan memengaruhi proses ikatan. Jika ketidaksesuaian pandangan ideal orang tua versus anak yang lahir di identifikasikan dini, tindakan korektif dapat dilakukan untuk memperbaiki ikatan.
c) Kaji adanya persalinan lama, ibu merasa lelah, pengaruh obat nyeri, dan masalah menyusui.	c) Faktor tersebut dapat menghambat perkembangan perasaan positif awal terhadap bayi baru lahir dan kemampuan ibu untuk memberikan perawatan fisik. Jika kondisi ini diidentifikasi sejak dini, tindakan korektif dapat dilakukan untuk memperbaiki ikatan orang tua-bayi dan memberi dukungan pada ibu untuk mengasuh bayi.
d) Kaji perilaku orang tua yang mencerminkan kurangnya pelekatan.	d) Tidak memperhatikan bayi, menolak untuk menggendong, gagal menempatkan bayi dalam konteks keluarga, menangani bayi dengan kasar, mengabaikan kebutuhan keamanan bayi, dan memandang bayi sebagai sesuatu yang memuakkan atau buruk adalah perilaku yang dapat mempengaruhi negatif pada pelekatan bayi. Pengenalan perilaku tersebut sejak dini membantu perawat merencanakan strategi korektif atau merujuk orang tua untuk konseling atau terapi.
e) Kaji perilaku bayi yang berpengaruh negatif pada ikatan orang tua- bayi.	e) Perilaku negatif dapat meliputi rewel, menyusu buruk, tidak responsif terhadap orang tua dan menghindari tatapan. Pelekatan membutuhkan interaksi, jika bayi atau orang tua tidak berinteraksi atau memberikan umpan balik, pelekatan dapat terhambat. Pengenalan dini perilaku tersebut membantu perawat merencanakan intervensi korektif.
f) Kaji keadegan sistem dukungan	f) Orang tua mungkin membutuhkan bantuan dalam perawatan bayi. Sistem dukungan yang kuat seperti kakek dan nenek, bibi atau paman, dapat memberikan kesempatan istirahat pada orang tua saat dibutuhkan atau membantu adaptasi parenting.
Penyuluhan Klien/Keluarga	
g) Berikan informasi pada orang tua tentang sumber yang tersedia di masyarakat.	g) Orang tua mungkin tidak menyadari sumber yang tersedia dan bagaimana mendapatkan sumber tersebut saat di butuhkan.
h) Rujuk untuk konseling jika terdapat faktor risiko.	h) Anak yang memiliki orang tua tidak mampu atau tidak mau mengasuh akibat masalah atau

Lain – lain :

-
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> i) Selama kehamilan berikan informasi tentang perubahan fisiologi dan psikologis normal ibu serta perkembangan janin. Gunakan gambar atau sonogram untuk menjelaskan penampilan janin. j) Sediakan waktu beristirahat atau tidur untuk ibu setelah kelahiran. k) Berikan kesempatan pada orang tua untuk menggendong bayi segera setelah lahir. l) Tunda pemberian salep oftalmik antibiotik profilaksis selama 1jam setelah kelahiran, berikan kesempatan pada orang tua dan bayi untuk bersama tanpa gangguan. m) Observasi rutinitas perawatan bayi (berkaitan dengan menyusui, memandikan,, mengganti popok, dan lain-lain) | <p>ketunadayaan fisik atau psikologis mengalami peningkatan risiko untuk di abaikan atau di aniaya kondisi tersebut harus diidentifikasi dan orang tua di rujuk untuk konseling atau terapi guna melindungi keamanan anak tersebut.</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Memudahkan pemahaman, membantu ibu dan pasangan untuk memandang kehamilan sebagai kondisi yang normal dan sehat, bukan sakit, memberi motivasi untuk perilaku yang sehat. Juga dukungan pelekatan orang tua-bayi dengan membantu membuat janin sebagai realitas bagi orang tua. j) Ibu mungkin terlalu lelah untuk memberi respon kepada bayi selain respon superfisial. k) Interaksi dini dan keterlibatan aktif dengan bayi membantu perkembangan pelekatan dan meningkatkan ikatan emosi yang lebih kuat. Terhadap periode sensitif yang penting selama kemampuan interaksi bertambah. Periode tersebut adalah waktu paling baik untuk menjalin hubungan. l) Memberikan kesempatan pada bayi untuk membuka mata dan membuat kontak mata. m) Mengevaluasi kesenangan saat orang tua berinteraksi dan mengasuh bayi untuk mengidentifikasi masalah pada teknik atau hubungan bayi-orang tua yang dapat mengindikasikan kebutuhan intervensi. |
|---|--|
-

e. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ansietas, resiko cedera dan ketidakmampuan menjadi orang tua.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

a) Mengidentifikasi kebutuhan informasi tambahan tentang kehamilan dan kelahiran.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Defisiensi pengetahuan

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji pengetahuan, tingkat pendidikan, dan kesediaan ibu saat ini untuk belajar.	a) Untuk menghindari penyuluhan yang terlalu banyak atau sedikit karena persepsi perawat tentang apa yang perlu ibu ketahui mungkin berbeda dari apa yang sebenarnya ibu pahami atau ibu ingin pelajari. Perawat tidak boleh menganggap bahwa ibu multigravida mempunyai pemahaman yang lebih baik karena telah memiliki pengalaman, jika ibu tidak mau atau tidak mampu belajar, penyuluhan hanya memberi sedikit manfaat. Topik yang paling diminati ibu hamil mungkin tidak sesuai dengan topik penyedia layanan kesehatan, oleh sebab itu, penting untuk mengkaji minat klien daripada membuat asumsi tentang topik penyuluhan yang penting.
b) Tentukan gaya belajar ibu (mis, visual atau auditorius).	b) Menyesuaikan pembelajaran dengan kebutuhan klien.
c) Berikan umpan balik untuk menegaskan pemahaman yang tepat mengenai penanganan dan/atau prosedur serta rekomendasi untuk perawatan sendiri.	c) Pengkajian awal mengenai pengetahuan dasar ibu penting untuk merencanakan dan menyesuaikan rencana penyuluhan. Pembelajaran tidak selalu dihasilkan dari penyuluhan, oleh sebab itu, umpan balik sangat diperlukan.
Penyuluhan klien/keluarga	
d) Berikan panduan antisipasi untuk perawatan diri selama periode kehamilan dan pascapartum.	d) Akibat perubahan besar yang terjadi selama kehamilan, ibu biasanya termotivasi untuk belajar tentang tubuh mereka dan perilaku yang sehat, serta membutuhkan panduan untuk belajar mengenai perawatan diri. Selanjutnya, kecemasan orang tua baru dapat berkurang jika mereka dibekali dengan pengetahuan yang baik tentang pengasuhan bayi.
e) Libatkan keluarga dan individu pendukung dalam penyuluhan.	e) Keluarga dan teman dapat menguatkan informasi yang diberikan.
f) Ajarkan ibu dan keluarga tentang semua prosedur yang berhubungan dengan proses kehamilan dan kelahiran.	f) Persiapan psikologis saat melahirkan berdasarkan pada prinsip bahwa tingkat aktivitas serebral terpusat yang tinggi dapat menghambat penerimaan sensasi nyeri dan

	sensasi yang tidak menyenangkan. Pengetahuan tentang proses kelahiran menurunkan stres dan ansietas.
g) Bantu menetapkan tujuan pembelajaran yang realistis.	g) Tujuan yang realistis memberikan motivasi dan kriteria untuk mengevaluasi pembelajaran.
h) Gunakan berbagai macam strategi penyuluhan untuk memudahkan pembelajaran (misalnya, praktek langsung, umpan balik lisan, dan tertulis, partisipasi pelajar dan, demonstrasi ulang).	h) Individu belajar dengan cara berbeda. Beberapa individu “mendengar” kata yang diucapkan dengan lebih baik daripada yang lain : beberapa individu “melihat” makna dalam contoh analogi atau pernyataan : individu lainnya mendapat manfaat paling besar dari aplikasi keterampilan yang dipelajari secara langsung. Apapun caranya, umpan balik positif harus diberikan dalam proses pembelajaran sehingga keterampilan yang benar dan pemikiran yang logis dapat divalidasi.
i) Sediakan materi tertulis: gunakan gambar untuk menjelaskan materi.	i) Meningkatkan pemahaman tentang materi, meningkatkan kemampuan untuk mengingat dan mengulang materi yang diberikan.
j) Sediakan lingkungan yang tenang dan nyaman saat memberikan penyuluhan.	j) Memudahkan pembelajaran.
k) Diskusikan mengenai pentingnya mempelajari materi dan bagaimana materi tersebut dapat berpengaruh pada hasil kehamilan yang positif.	k) Sebagian besar pelajar dewasa lebih cepat menerima pembelajaran saat mereka dapat melihat dan merasakan manfaat segera dari informasi yang diberikan.
l) Tetap bersikap terbuka menyangkut praktik budaya dan spiritual klien serta keluarga.	l) Jika klien merasa diterima, rasa percaya dapat berkembang dan pembelajaran dapat meningkat.
m) Catat detail penyuluhan dan pembelajaran (misalnya bahan, materi tertulis yang diberikan, respons verbal atau perilaku klien yang mengindikasikan bahwa proses pembelajaran telah berlangsung).	m) Intervensi keperawatan harus menjadi bagian dari rekam medis permanen klien. Membantu kontinuitas asuhan dan penyuluhan lebih lanjut, jika diperlukan.

f. Retensi urine berhubungan dengan edema, trauma kandung kemih.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Mengenali dorongan berkemih dan memberikan respons tepat waktu.
- b) Bebas dari tanda dan gejala infeksi saluran kemih yang ditunjukkan dengan tidak ada rasa panas, sering berkemih,

perasaan berkemih yang kuat, peningkatan sel darah putih, kultur urine positif.

c) Mengenali awitan gejala, frekuensi, variasi, dan persistensi

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Retensi urin

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Tentukan obat yang digunakan ibu.	a) Beberapa obat yang diresepkan dan obat bebas yang dijual (misalnya, penyekat saluran kalsium dan antikolinergik) dapat menyebabkan retensi urine.
b) Periksa kondisi perineum (misalnya, episiotomi pada periode pasca partum).	b) Pengkajian area perineum (misalnya, edema atau memar) secara sering dapat memberikan informasi tentang faktor yang mempengaruhi kemampuan (atau ketidak mampuan) untuk berkemih.
c) Kaji kontinensia urine, yang berfokus pada pengeluaran urine, pola berkemih, dan masalah berkemih yang sudah ada sebelumnya.	c) Perawat harus mengukur berkemih pertama kaliselama periode pasca partum dan mengkaji tinggi fundus sebelum dan sesudah berkemih selanjutnya untuk menentukan efesiensi proses pengosongan kandung kemih. Berkemih kurang dari 200 ml adalah indikasi klien retensi urine.
d) Kaji derajat distensi kandung kemih dengan melakukan palpasi dan perkusi.	d) Memantau drajat distensi. Selain tanda dan gejala kandung kemih penuh yang biasa muncul selama periode pasca partum, kandung kemih yang penuh dapat menggeser fundus uterus kekanan dan menyebabkan fundus uterus naik diatas umbilikus
Penyuluhan klien/keluarga	
e) Jelaskan pada klien rasional dari sitz bath, jika digunakan	e) Sitz bath atau lampu perineum meningkatkan sirkulasi dan relaksasi otot sekitar yang mengurangi ketidak nyamanan akibat episotomi dan/atau laserasi perineum sehingga meningkatkan relaksasi spingter uretra dan berkemih selanjutnya.
Lain-lain	
f) Berikan obat peradang nyeri, bila diperlukan.	f) Laserasi perineum dan episiotomi menimbulkan ketidak nyamanan hebat dan dapat menyebabkan ibu pascapartum menunda berkemih ; oleh sebab itu, pengendalian nyeri penting untuk memastikan eliminasi urine. Namun harus diperhatikan bahwa analgesia non narkotik pada periode post partum lebih dianjurkan untuk meredakan nyeri. Kegunaan opioid dapat mengurangi pengosongan kandung kemih.
g) Sediakan privasi pada saat eliminasi dan berikan kesempatan yang cukup untuk mengosongkan kandung kemih (10menit).	g) Individu terbiasa untuk berkemih seorang diri. Beberapa individu sulit untuk merelaksasi spingter urine kecuali saat sendiri.
h) Alirkan air atau siram toilet untuk mendorong keinginan berkemih.	h) Menstimulsi repleks kandung kemih.
i) Pasang kateter urine, jika diperlukan.	i) Mencegah distensi berlebihan pada kandung kemih.

g. Resiko infeksi berhubungan dengan luka perineum, riwayat infeksi saluran kemih, trauma jaringan pecah ketuban lama sebelum kelahiran, pemantauan janin intrauteri, kelahiran sesar, persalinan lama, retensi fragmen plasenta, nutrisi buruk dan faktor hormon.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Tetap bebas dari infeksi.
- b) Mengidentifikasi faktor yang memengaruhi kerentanan seorang terhadap infeksi.
- c) Mematuhi prosedur deteksi, yang dibuktikan dengan mengkaji drainase vagina dan/atau luka abdomen jika diperlukan.
- d) Mendemonstrasikan teknik mencuci tangan yang benar.
- e) Melakukan tindakan untuk mengurangi resiko infeksi personal.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Resiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji tanda atau gejala infeksi local atau sistemik (misalnya, peningkatan suhu, peningkatan nadi, perubahan drainase/ sekresi, kemerahan atau bengkak pada lokasi, urine pekat, malaise).	a) Mendeteksi adanya infeksi sejak dini sehingga intervensi penanganan dapat dimulai.
b) Kaji nilai laboratorium (misalnya, darah periksa lengkap, kultur, urinal lisis).	b) Pemecahan laboratorium digunakan untuk membedakan inflamasi dari infeksi. Umumnya, hitung sel darah putih yang meningkat adalah tanda infeksi. Akan tetapi, sel darah putih biasanya meningkat pada saat persalinan dan mungkin tetap tinggi selama beberapa hari pertama pasca partum tanpa adanya infeksi (kembali normal pada hari keempat hingga ketujuh post partum).

c) Kaji status nutrisi.	c) Mal nutrisi memicu terjadinya infeksi.
d) Kaji pemajanan penyakit baru-baru ini (misalnya rubela, penyakit menular seksual, hepatitis).	d) Mengidentifikasi resiko infeksi dan mengantisipasi intervensi yang mungkin bila timbul infeksi.
Penyuluhan klien/keluarga	
e) Jelaskan pentingnya teknik mencuci tangan yang benar	e) Organisme patologis terutama menyebar dari individu ke individu melalui tangan. Mencuci tangan dengan benar tetap menjadi satu-satunya aktivitas paling penting untuk membatasi penyebaran mikroorganisme dan mengurangi resiko infeksi.
f) Ajarkan klien dan keluarga bagaimana mengenali tanda dan gejala infeksi dan kapan melapor pada penyedia layanan kesehatan primer.	f) Sebagai contoh, ibu post partum harus diajarkan untuk memeriksa episiotomi dan/atau laserasi guna mengetahui tanda infeksi dalam menggunakan cermin tangan dan pencahayaan yang baik. Pengkajian harian dapat mengurangi resiko infeksi yang serius melalui deteksi dini. Indikator infeksi local meliputi demam diatas 37,7°C : bengkak yang bertambah ; kemerahan atau nyeri tekan pada payudara, tungkai atau insisi ; drainase vagina berwarna hijau atau berbusa : rabas vagina berbau tidak sedap dan sering berkemih serta rasa panas pada saat berkemih.
g) Ajarkan dan dorong teknik hygiene perineum yang benar.	g) Mencegah infeksi. Pengetahuan yang baik mengenai perawatan diri penting dalam pencegahan. Membuang pembalut dengan hati-hati dan mengganti tisu setiap kali menyeka perineal dari depan kebelakang membantu menghindari kontaminasi area vagina dengan kloro rectum. Pembalut perlu diganti setiap selesai berkemih atau defekasi. Tangan harus dicuci sebelum dan sesudah mengganti pembalut.
Lain-lain	
h) Berikan perawatan kulit yang tepat pada lokasi edema.	h) Edema mengurangi sirkulasi pada area tersebut sehingga meningkatkan resiko kerusakan kulit dan resiko infeksi selanjutnya.
i) Pertahankan pencegahan standar dan mencuci tangan dengan benar.	i) Mengendalikan penyebaran mikroorganisme oleh penyedia layanan kesehatan.
j) Tingkatkan nutrisi yang baik.	j) Malnutrisi membuat ibu mudah terkena infeksi.

h. Ketidakefektifan ASI berhubungan dengan ketidaktahuan dan anomaly payudara ibu.

1) Tujuan dan Kriteria Hasil :

- a) Mengungkapkan pemahaman tentang proses/situasi menyusui.
- b) Mendokumentasikan tehnik efektif dari menyusui.
- c) Menunjukkan kepuasan regimen menyusui satu sama lain, dengan bayi dipuaskan setelah menyusui.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional ketidakefektifan pemberian ASI

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji pengetahuan dan pengalaman klien tentang menyusui sebelumnya	a) Membantu mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan mengembangkan rencana kesehatan
b) Tentukan sistem pendukung yang tersedia pada klien, dan sikap pasangan /keluarga.	b) 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.
c) Berikan informasi, verbal dan tertulis, mengenai fisiologis dan keuntungan menyusui, perawatan payudara, kebutuhan diet khusus dan faktor-faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui.	c) 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.
d) Demonstrasi dan tinjau ulang tehnik-tehnik menyusuidan lama menyusui.	d) Posisi yang tepat biasanya mencegah luka puting, tanpa memperhatikan lamanya menyusui.
e) Kaji puting klien dan anjurkan klien melihat puting setiap habis menyusui.	e) Identifikasi dan intervensi dini dapat mencegah/membatasi terjadinya luka atau pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui.
f) Anjurkan klien untuk mengeringkan puting dengan udara selama 20-30 menit setelah menyusui dan memberikan preparat lanonin setelah menyusui, atau menggunakan lampu pemanas dalam lampu 40 watt ditempat 18 inci dari payudara selama 20 menit instruksikan klien menghindari penggunaan bantalan bra berlapis plastik, dan mengganti pembalut bila basah dan lembab.	f) Pemajanan pada udara atau panas membantu mengencangkan puting, sedangkan sabun dapat menyebabkan kering. Mempertahankan puting dalam media lembab meningkatkan pertumbuhan bakteri dan kerusakan kulit.
g) Intruksikan klien untuk menghindari	g) Ini telah diketahui menambah kegagalan

<p>penggunaan pelindung puting kecuali secara khusus diindikasikan.</p> <p>h) Berikan pelindung puting payudara khusus untuk klien menyusui dengan puting masuk atau datar. Anjurkan penggunaan kompres es sebelum menyusui dan latihan puting dengan memutar diantara ibu jari dan jari tengah dan menggunakan tehnik Hoffman.</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>i) Rujuk klien pada kelompok pendukung misalnya posyandu.</p> <p>j) Identifikasi sumber-sumber yang tersedia dimasyarakat sesuai indikasi misalnya program kesehatan ibu dan anak.</p>	<p>laktasi. Pelindung mencegah mulut bayi mengarah untuk kontak dengan puting susu ibu, yang mana perlu untuk melanjutkan pelepasan prolaktin dan dapat mengganggu atau mencegah terjadinya suplai susu yang adekuat.</p> <p>h) Magkuk laktasi/pelindung payudara, latihan, dan kompres es membantu membuat puting lebih ereksi ; tehnik Hoffman melepaskan pelengketan, yang menyebabkan inversi puting.</p> <p>i) Memberikan bantuan terus menerus untuk meningkatkan kesuksesan hasil.</p> <p>j) Pelayanan ini mendukung pemberian ASI melalui pendidikan klien dan nutrisi.</p>
--	---

i. Nyeri berhubungan dengan ketidak nyamanan dalam situasi apapun termasuk persalinan meliputi gabungan dari penyebab biologi, kimia, fisika, psikologi dan spiritual, ketidak nyamanan fisiologis terkait dengan persalinan dan kelahiran terutama disebabkan oleh kontraksi fundus uterus intermiten dan peregangan serabut otot serviks, vagina, perineum, luka perineum.

1) Tujuan dan kriteria hasil:

- a) Menggunakan tindakan pereda nyeri non-analgesik untuk mengurangi nyeri. Misalnya teknik nafas dalam.
- b) Mendemonstrasikan teknik relaksasi yang efektif untuk mencapai tingkat kenyamanan yang di ungkapkan oleh individu.
- c) Mendiskusikan keuntungan dan kerugian analgesik atau anesthesia alternatif yang tersedia.

d) Mempertahankan tingkat nyeri (sebutkan) atau kurang dengan skala 0 hingga 10.

e) Menggunakan analgesik yang tepat untuk mengendalikan nyeri.

2) Tindakan Keperawatan

Tabel 2.9 Intervensi dan Rasional Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji sifat nyeri (lokasi, frekuensi, keparahan, durasi, faktor pencetus, faktor yang meredakan); gunakan skala nomor untuk menilai keparahan.	a) Nyeri adalah pengalaman subjektif; pengalaman klien harus dipahami untuk merencanakan tindakan pereda nyeri yang paling efektif, namun paling sedikit mengganggu.
b) Tentukan analgesic atau anestetik yang dipilih (epidural), rute pemberian, dan dosis untuk menghasilkan pereda nyeri yang optimal.	b) Metode pereda nyeri farmakologi yang digunakan bergantung pada keinginan dan kebutuhan khusus ibu, serta keuntungan versus kerugian pada ibu dan bayi (melambat atau menghentikan kontak uterus). Pemberian analgesic secara sistemik melewati sawar darah-otak ibu dan plasenta, yang menimbulkan efek hipnosis pada ibu dan janin (depresi pernapasan neonates). Perawat dapat membantu keluarga dalam pengambilan keputusan berbasis informasi dengan menjelaskan agens yang dipilih, mengevaluasi kesediaan ibu untuk berpartisipasi dalam tindakan pereda nyeri, dan mengkaji kemampuan individu terdekat untuk memberikan dukungan.
c) Kaji tanda-tanda vital dan tingkat kesadaran pada interval yang tepat dan catat.	c) Tekanan darah, nadi, pernapasan, dan keterjagaan adalah indikator penting derajat nyeri (peningkatan tekanan darah, takikardi, peningkatan pernapasan, gelisah), dan analgesia yang terlalu banyak (bradikardi, hipotensi, depresi pernapasan). Tanda-tanda vital adalah nyeri, dan nyeri harus sering dikaji untuk menentukan kenyamanan klien dan kebutuhan analgesia lanjutan, serta menyesuaikan intervensi keperawatan untuk kenyamanan yang terus-menerus.
d) Tentukan kemungkinan pengaruh budaya dan agama ibu pada persepsi dan respon ibu terhadap nyeri.	d) Respon nyeri (seperti menangis keras) mungkin diterima dalam beberapa budaya, namun tidak pada budaya lain; perawat tidak boleh keliru antara tidak menunjukan emosi dan tidak nyeri. Beberapa agama mungkin memendam nyeri sebagai anugerah; lainnya, sebagai hukuman. Anggapan ini dapat memengaruhi persepsi ibu mengenai nyeri dan ansietas akibat nyeri.
Penyuluhan klien atau keluarga	

-
- e) Jelaskan dan bombing klien melalui tindakan non farmakologi (terapi relaksasi sederhana, imajinasi terbimbing) untuk meningkatkan kendali terhadap nyeri.
 - f) Jelaskan semua penanganan dan prosedur, meliputi sensasi yang mungkin dirasakan.
 - g) Anjurkan ibu untuk memberitahu penyedia layanan kesehatan bila nyeri tidak berkurang.

Lain-lain

- h) Dorong untuk mengungkapkan rasa takut dan cemas.
 - i) Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengenali pengalaman nyeri individu dan sampaikan penerimaan terhadap respon klien.
 - j) Control factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap nyeri (bunyi, pencahayaan, suhu ruangan).
 - k) Beri tindakan pereda nyeri sebelum nyeri bertambah parah.
 - l) Gunakan pendekatan yang positif saat memberikan analgesik.
 - m) Evaluasi pengaruh nyeri dan catat.
 - e) Berdasarkan teori teknik pereda nyeri non-invasif membantu mengurangi persepsi nyeri dengan menstimulasi serabut saraf berdiameter besar yang membawa informasi seperti sentuhan untuk menghalangi pengiriman nyeri.
 - f) Kadar endorfin adalah tubuh dapat mengubah persepsi nyeri individu. Protein menyerupai morfin tersebut mengurangi ansietas, ketegangan, dan stimulasi negatif yang luas. Mengajarkan klien tentang semua prosedur, yang meliputi pereda nyeri, membantu mengurangi nyeri, dengan demikian nyeri yang berhubungan dengan ansietas.
 - g) Prosedur nyeri yang maksimal adalah hak setiap klien. Berbagai macam tindakan pereda nyeri dapat dicebo sebelum menemukan yang paling efektif.
 - h) Bila kebutuhan dasar manusia terpenuhi fisik dan psikososial, nyeri dapat berkurang endorfin internal memengaruhi persepsi nyeri, yang juga dipengaruhi oleh psikososial, seperti harapan ibu, edukasi melajirkan, dan interpretasi ibu tentang apa yang terjadi selama persalinan.
 - i) Ibu mengalami derajat nyeri yang berbeda sebagai respon terhadap situasi yang sama atau serupa dan mengaitkan pemahaman personal yang berbeda terhadap peristiwa yang menimbulkan nyeri. Proses mengenali dan mendukung pengalaman nyeri ibu dapat memberikan pengaruh analgesic dengan mengurangi persepsi nyeri.
 - j) Stimulasi negatif yang luas atau setiap factor dilingkungan yang mungkin menyebabkan ansietas dapat menurunkan endorfin internal. Penurunan hormone menyerupai morfin tersebut mengurangi ambang nyeri ibu.
 - k) Meningkatkan keefektifan analgesik.
 - l) Menurunkan ansietas; ansietas meningkatkan nyeri
 - m) Perawat tidak boleh menganggap intervensi yang meredakan nyeri telah berhasil. Perawat dapat merencanakan tindakan keperawatan selanjutnya berdasarkan evaluasi rencana saat ini dengan mengkaji status nyeri klien pada interval yang tepat misalnya skala nyeri, isyarat non verbal. Riset menunjukkan bahwa alasan sering kenapa nyeri tidak reda adalah kegagalan untuk mengkaji nyeri dan peredaan nyeri secara rutin.
-

j. Ketakutan berhubungan dengan stresor atau stimulus lingkungan, kurang pengetahuan, hasil yang tidak pasti (ibu dan bayi) pada situasi risiko tinggi, kehilangan fisik misal kehilangan fungsi atau kematian, perubahan maturasi misal kehamilan atau *parenthood*.

1) Tujuan dan kriteria hasil :

- a) Mengungkapkan pemahaman tentang risiko pada bayi.
- b) Mencari informasi untuk mengurangi ketakutan.
- c) Menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi ketakutan.
- d) Mengungkapkan kepuasan dengan pengendalian gejala.
- e) Mengungkapkan rasa kendali dan membedakan antara ancaman nyata dan imajinasi.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.10 Intervensi dan Rasional Ketakutan

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji pengetahuan pasien tentang penanganan/prosedur, persalinan, proses melahirkan, asuhan bati, dan lain-lain.	a) Pengkajian berfungsi sebagai dasar dalam rencana penyuluhan, jika diperlukan. Ketakutan dapat disebabkan oleh kesalahpahaman atau kurang pengetahuan.
b) Kaji adanya manifestasi fisik dari rasa takut.	b) Ibu mungkin enggan mengungkapkan rasa takut atau tidak menyadarinya. Identifikasi membantu perawat menentukan tingkat ketakutan dan merencanakan intervensi yang tepat.
c) Kaji adanya kelelahan dan intoleran aktivitas.	c) Kelelahan dan kelelahan dapat memperbesar rasa takut.
Penyuluhan klien/keluarga	
d) Jelaskan prosedur dan sensasi yang mungkin dirasakan (misal: selama persalinan dan kelahiran, selama amniosentesis).	d) Ketakutan adalah salah satu factor penyebab ansietas paling penting.
e) Ajarkan pasien tentang tindakan untuk menenangkan pasien selama mengalami situasi yang menakutkan (misal: gosokan dan tekanan pada punggung, pengaturan posisi).	e) Aktivitas pengalihan dapat membantu menyalurkan kembali energy emosi ibu dan meningkatkan kenyamanan sehingga mengurangi rasa takut terhadap episode nyeri selanjutnya.

<p>f) Ajarkan teknik perawatan diri guna meningkatkan kesempatan untuk mendapatkan hasil yang sehat (misal: hidrasi, nutrisi, modifikasi aktivitas, pemeriksaan pranatal).</p>	<p>f) Besarnya bahaya pada ibu dan bayi risiko tinggi dapat diminimalkan dengan kepatuhan klien. Menghadapi bahaya dengan perawatan diri dapat mengurangi ketakutan.</p>
Lain-lain	
<p>g) Temani klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi rasa takut.</p>	<p>g) Kehadiran dan jaminan dari asuhan keperawatan yang terampil dapat mengurangi rasa sakit.</p>
<p>h) Ciptakan suasana yang menumbuhkan rasa percaya.</p>	<p>h) Kepercayaan penting untuk hubungan membantu. Tanpa rasa percaya, ketakutan atau ansietas dapat meningkat sebagai respons terhadap pendekatan perawat. Dengan menunjukkan sikap yang baik, perhatian yang tulus pada ibu, dan kompetensi, perawat dapat menumbuhkan rasa percaya, yang membantu klien mengungkapkan pikiran dan perasaan secara terbuka.</p>
<p>i) Dorong klien untuk mengungkapkan rasa takut dan cemas.</p>	<p>i) Mengungkapkan rasa takut seseorang sering kali mengurangi ketakutan tersebut.</p>
<p>j) Dorong untuk mengungkapkan factor yang dapat memperbesar rasa takut (misal: perubahan gaya hidup, kesehatan janin, perubahan finansial, fungsi keluarga, keamanan personal).</p>	<p>j) Rasa kendali diri yang besar dan keadekuatan dalam menghadapi bahaya mengurangi rasa takut. Kewaspadaan meningkatkan kendali dan mengurangi ketakutan saat dihadapkan dengan situasi nyata.</p>
<p>k) Berikan aktivitas pengalihan untuk mengurangi ketegangan.</p>	<p>k) Aktivitas mengurangi energy dan menghilangkan reaksi fisik terhadap rasa takut.</p>
<p>l) Dorong klien untuk mengidentifikasi dan menggunakan teknik coping yang berhasil sebelumnya.</p>	<p>l) Teknik yang pernah berhasil sebelumnya kemungkinan akan berhasil pada setiap situasi penyebab stress. Klien cenderung menggunakan teknik yang sebelumnya terbukti berhasil.</p>

k. Ketidakefektifan koping berhubungan dengan depresi sebelum, selama dan setelah kehamilan, tidak yakin terhadap kemampuan koping, gangguan citra tubuh, perubahan pola pelepasan ketegangan, relaksasi dan perawatan diri, kurang cadangan energi untuk penatalaksanaan stress, stress dalam merawat anak misal perubahan tidur, dan masalah pemberian makan, kesempatan yang tidak cukup untuk melakukan persiapan dalam mengatasi stressor misal bayi premature, perubahan maturasi misal pernikahan, parenthood atau masalah pengasuhan anak.

1) Tujuan dan kriteria hasil :

- a) Berpartisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari-hari.
- b) Mengidentifikasi strategi koping yang efektif untuk mengatasi stressor sebelumnya.
- c) Menerima dukungan melalui hubungan perawat-klien.
- d) Mengungkapkan strategi dan/atau perilaku untuk mengurangi stress dan mengungkapkan rencana untuk menerima atau mengubah situasi.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.11 Intervensi dan Rasional ketidakefektifan koping

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji penyesuaian terhadap perubahan citra tubuh.	a) Perubahan citra tubuh dapat menimbulkan masalah bagi ibu hamil. Identifikasi perasaan ibu tentang diri sendiri penting untuk merencanakan intervensi yang tepat
b) Kaji persepsi dan harapan mengenai kehamilan, proses kelahiran, dan <i>parenting</i> .	b) Membantu dalam mengidentifikasi harapan yang tidak realistis sehingga harapan tersebut dapat diklarifikasi atau diperbaiki.
Penyuluhan klien/keluarga	
c) Berikan informasi factual mengenai status kesehatan ibu	c) Informasi yang valid dan factual memberi dasar bagi ibu untuk mempelajari perasaan dan strategi

dan bayi.		
d) Ulangi penyuluhan dengan sering.	d)	Stress dapat mencegah ibu untuk mendengar atau memahami informasi secara akurat. Pengulangan meningkatkan penyimpanan informasi dan memastikan bahwa klien telah memiliki informasi serta pemahaman yang diperlukan untuk membuat keputusan berbasis informasi.
e) Ajarkan ibu tentang penggunaan teknik relaksasi dan pentingnya keseimbangan dalam bekerja dan bersenang-senang.	e)	Membentuk keseimbangan antara latihan fisik dan relaksasi mengurangi stimulasi fisiologis terhadap stress dan meningkatkan kesehatan secara optimal.
Lain-lain	f)	Mengatasi perasaan dapat membantu mengidentifikasi dan menjelaskan emosi serta mengungkapkan dengan cara yang memudahkan pelepasan emosi dan menghilangkan stimulasi fisik yang muncul bersama stress.
f) Dorong ibu untuk mengungkapkan perasaan dan emosinya sebagai respons terhadap pengalaman dan pikiran	g)	Individu cenderung menggunakan strategi koping yang sama berulang kali tanpa memperhatikan keefektifan.
g) Selidiki bagaimana ibu menghadapi masalah atau situasi penyebab stress sebelumnya.	h)	Dukungan sosial mengurangi pengaruh negatif stress dan membantu ibu untuk mengatasinya. Mendukung ibu yang mempunyai kesulitan koping menunjukkan penerimaan dan memberikan dasar bagi ibu saat ia beradaptasi terhadap perubahan yang banyak terjadi.
h) Libatkan orang terdekat saat merencanakan strategi koping.	i)	Ibu mungkin mempunyai persepsi dan harapan diri yang tidak realistis. Penilaian ulang yang akurat terhadap situasi dapat mengurangi stress. Membantu klien menjelaskan peran baru dengan kata yang realistis berguna untuk mengembangkan tujuan dalam pencapaian peran.
i) Anjurkan ibu untuk mendeskripsikan secara realistis bagaimana dalam keluarga telah atau akan berubah.	j)	Koping yang efektif memerlukan penatalaksanaan beragam tugas yang berhasil sehingga memerlukan beberapa strategi yang berbeda. Tidak ada strategi tunggal yang dapat mengatasi semua stressor atau situasi.
j) Diskusikan respons alternative terhadap situasi.		

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan ikatan oksigen pada hemoglobin akibat perubahan pH darah, gangguan pertukaran oksigen-karbon dioksida, gangguan aliran darah arteri dan vena, penurunan konsentrasi hemoglobin, hipoventilasi, hypervolemia, hypovolemia.

1) Tujuan dan kriteria hasil :

a) Memperlihatkan perfusi jaringan pada ekstremitas, yang ditandai dengan warna kulit normal, suhu kulit hangat,

denyut perifer kuat dan simetris, pengisian ulang kapiler cepat, dan tidak ada edema.

b) Mengidentifikasi factor yang mengganggu sirkulasi ekstremitas. Dan mengidentifikasi aktivitas yang meningkatkan vasodilatasi.

c) Memulai tindakan untuk memaksimalkan sirkulasi.

2) Rencana Keperawatan

Tabel 2.12 Intervensi dan Rasional Ketidakefektifan perpusi jaringan

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji sirkulasi perifer.	a) Perubahan sirkulasi perifer, seperti nadi lemah, edema, pengisian ulang kapiler yang buruk dan pucat, ekstremitas dingin dapat mengindikasikan sirkulasi abnormal dan atau pembekuan. Kaki adalah lokasi yang lazim untuk pembentukan bekuan.
b) Kaji adanya tanda dan gejala tromboflebitis dan thrombosis vena profunda (misal: nyeri, tanda Homans positif, peningkatan suhu kulit, kemerahan, edema)	b) Kehamilan meningkatkan risiko tromboflebitis dan thrombosis vena profunda karena pembesaran uterus di atas vena iliaka dan statis darah pada ekstremitas bawah, yang disebabkan oleh penurunan tonus otot polos vena sekunder akibat peningkatan kadar progesterone dalam kehamilan. Pengenalan dan penanganan dini dapat mencegah akibat yang serius seperti emboli paru.
c) Kaji posisi ekstremitas saat duduk, berbaring, atau mengubah posisi.	c) Menghindari penekanan pada area popliteal membantu mencegah statis vena pada tungkai dan kaki. Tekanan harus disebarkan secara merata ke seluruh tungkai.
d) Pantau status hidrasi (misal: hematocrit, nitrogen urea darah, asupan dan haluaran).	d) Deteksi dini hipovolemia atau dehidrasi membantu mengurangi risiko trombosis vena profunda. Dehidrasi dapat meningkatkan hitung trombosit, mengurangi fibrinolysis, meningkatkan factor pembekuan, atau meningkatkan viskositas darah, yang menyebabkan pembentukan bekuan.
Penyuluhan klien/keluarga	
e) Jelaskan tentang pentingnya pencegahan statis vena.	e) Memahami bagaimana penanganan dilakukan dapat meningkatkan kerjasama dan kepatuhan klien terhadap rutinitas penanganan.
f) Ajarkan teknik untuk meningkatkan sirkulasi perifer dan menghindari kongesti vena (misal: latihan fisik sedang, ambulasi pascapartum dini,	f) Ambulasi dini mengurangi insiden tromboflebitis secara signifikan dengan meningkatkan aliran balik vena, yang bergantung hampir seluruhnya pada kontraksi otot betis. Duduk lama menyebabkan pompa otot betis tidak aktif sehingga tekanan vena pada tungkai meningkat. Cairan membantu mempertahankan keadekuatan volume darah sehingga elemen yang terbentuk tetap berada di

minum banyak cairan).	tengah aliran dan tidak menempel pada dinding vena.
Lain-lain	
g) Kenakan stocking antiemboli sesuai ketentuan.	g) Stoking antiemboli memudahkan aliran balik darah dari ekstremitas bawah ke jantung dengan memberi tekanan konstan melawan vena perifer.

m. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, ansietas, depresi, perasaan berkemih yang kuat, sesak napas, perubahan hormone, kesepian atau tidak ada pasangan tidur, perubahan siklus tidur dan terjaga yang sering, obat-obatan misal depresan atau stimulan, gangguan di lingkungan misal bunyi atau suhu.

1) Tujuan dan kriteria hasil :

a) Melaporkan bebas dari gejala deprivasi tidur.

b) Mengidentifikasi tindakan yang dapat meningkatkan istirahat dan tidur dan mengidentifikasi factor yang menyebabkan kehilangan waktu tidur, misal nyeri, penurunan aktivitas fisik, ansietas.

2) Rencana tindakan

Tabel 2.13 Intervensi dan Rasional gangguan pola tidur

Intervensi	Rasional
Pengkajian	
a) Kaji pola tidur normal.	a) Jumlah tidur yang dibutuhkan seseorang bervariasi bergantung pada gaya hidup, kesehatan, dan usia. Pola tidur normal ibu menjadi dasar untuk merencanakan waktu tidur yang adekuat.
b) Kaji pengaruh status kesehatan dan atau program pengobatan ibu saat ini terhadap pola tidur.	b) Pola tidur selama kehamilan dipengaruhi oleh ansietas akibat kehamilan dan peran sebagai ibu di masa depan, aktivitas janin, ketidaknyamanan musculoskeletal, tekanan pada abdomen, dan sering berkemih. Pemahaman tentang factor fisiologis, emosi, dan atau spiritual yang mengganggu tidur penting dalam pengembangan rencana guna meningkatkan tidur dan istirahat.
Penyuluhan klien/keluarga	
c) Jelaskan pada klien/keluarga tentang factor yang mengganggu	c) Memungkinkan ibu untuk mengimplementasikan perubahan gaya

tidur (misal: stress, factor lingkungan seperti suhu).	hidup dan regimen sebelum tidur untuk meningkatkan tidur.
d) Jelaskan tentang pentingnya tidur yang adekuat selama kehamilan periode postpartum.	d) Kehamilan berkaitan dengan banyak stressor fisik dan emosi yang menuntut peningkatan periode tidur. Tidur adalah proses penyegaran dan penyembuhan yang membantu pertumbuhan sel, perbaikan jaringan tubuh yang rusak, dan pembentukan jaringan baru.
e) Anjurkan sebelum waktu tidur untuk menghindari makanan dan cairan yang dapat mengganggu tidur.	e) Stimulan, seperti kafein dapat mengacaukan siklus tidur dan harus dihindari sekurangnya 3 hingga 4 jam sebelum waktu tidur. Makanan pedas dan berminyak dapat mengganggu tidur karena menyebabkan gangguan pencernaan atau nyeri ulu hati.
f) Anjurkan mengonsumsi kudapan berprotein tinggi atau segelas susu menjelang tidur.	f) Makanan tertentu (misal: produk susu, makanan berprotein) yang mengandung triptofan, yaitu precursor serotonin, diduga dapat memulai dan memperpanjang tidur.
Lain-lain	
g) Dorong rutinitas yang biasa dilakukan klien sebelum tidur (misal: menggosok gigi, membaca, mandi).	g) Kebiasaan sebelum tidur membantu menyiapkan individu dengan meningkatkan ketenangan mental dan relaksasi fisik.
h) Lakukan tindakan kenyamanan (misal: mengusap punggung, mengatur posisi).	h) Ketidaknyamanan fisik, khususnya selama kehamilan, dapat mempengaruhi kemampuan ibu secara langsung untuk memulai dan tetap tertidur. Tindakan kenyamanan yang meningkatkan relaksasi otot dan mengurangi ketegangan memudahkan untuk masuk ke tahap I dan II siklus tidur, yaitu pada saat individu mulai mengantuk dan relaksasi otot progresif terjadi akibat penurunan aktivitas serebral.
i) Kurangi stimulus eksternal (misal: bunyi, cahaya).	i) Stimulus eksternal dapat menghambat kemampuan ibu untuk memulai atau tetap tertidur.

5. Implementasi

Pada fase implementasi perawat melaksanakan intervensi yang di rencanakan, tindakan pada fase ini yaitu mencatat asuhan yang diberikan dan respon klien terhadap asuhan tersebut (J. Green, 2012).

6. Evaluasi

Pada fase evaluasi perawat membandingkan status kesehatan klien dengan hasil atau tujuan yang diharapkan (J. Green, 2012).