

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RUANG ZADE 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 :

**Rabheka Fipriyana Anggela**

**AKX.15.122**



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

**2018**



## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Rabheka Fipriyana Anggela  
NPM : AKX.15.122  
Program Studi : DIII Keperawatan Umum  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Partum Spontan dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Zade RSUD Dr Slamet Garut

Menyatakan :

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

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

Bandung, Agustus 2018

Yang Membuat Pernyataan



Rabheka F.A



**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RSUD DR SLAMET GARUT**

**RABHEKA FIPRIYANA ANGGELA  
AKX.15.122**

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI**

**TANGGAL**

Oleh

Pembimbing Ketua



Tuti Suprapti S.Kp.,M.Kep

NIP : 1011603

Pembimbing Pendamping



Anggi Jamiyanti S.Kep.,Ners

NIP : 10114149

Mengetahui

Prodi D III Keperawatan

Ketua,



Tuti Suprapti S.Kp.,M.Kep

NIP : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RUANG ZADE RSUD  
DR SLAMET GARUT**

Oleh :

Nama : RABHEKA FIPRIYANA ANGGELA

NIM : AKX.15.122

Telah Diuji  
Pada tanggal, 23 Agustus 2018  
Panitia Penguji

Ketua : Tuti Suprapti, S.Kp, M.Kep

(Pembimbing Utama)

Anggota :

Vina Vitniawati, S.Kep., Ners


(Penguji I)

Angga Satria Pratama, M.Kep

(Penguji II)

Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners

(Pembimbing Pendamping)

  
.....

  
.....

  
.....

Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Kena,

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

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Persalinan Normal adalah proses dimana bayi, placenta, dan selaput ketuban pecah keluar dari uterus ibu, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (37 minggu) tanpa disertai penyulit. Banyaknya angka kejadian persalinan normal di RSUD Garut periode Januari 2017 sampai September 2017 adalah 64,8% dari 2872 persalinan. Dari tindakan persalinan normal dengan episiotomi, dampak nyeri akut yang menyebabkan ibu takut untuk beraktifitas sehingga memerlukan penanganan yang baik dan tepat. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode:** Studi kasus dilakukan dengan mengeksplorasi masalah didalam batasan yang terperinci, mengambil data yang ekstensif, dan menyediakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi teknik relaksasi nafas dalam, masalah keperawatan nyeri akut pada kedua klien dapat teratasi. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut dikarenakan kurangnya pengetahuan terhadap tindakan untuk mengurangi rasa nyeri. Adapun perbedaan hasil dari intervensi lakukan tindakan teknik relaksasi nafas dalam kedua klien yaitu pada hari pertama dengan hasil pada klien satu sudah paham dan mau melakukan teknik relaksasi nafas dalam, sedangkan pada klien dua belum mau melakukan teknik relaksasi nafas dalam karena tidak ada motivasi untuk melakukannya. Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan standar pemberian asuhan keperawatan, khususnya keterlibatan dalam pelaksanaan teknik relaksasi nafas dalam, menyarankan menyediakan alat penimbangan berat badan dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbaru terutama mengenai post partum spontan dan nyeri akut sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa.

Kata Kunci : Post Partum Spontan, Nyeri Akut Asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 26 Buku (2004-2015), 1 Jurnal (2010)

## ABSTRACT

**Background:** Normal child birth is the process by which a baby, placenta and membranes out of the mother's uterus, child birth is considered normal if the process occurs at sufficient age (37 weeks) with out complication. The number of births is normal in RSUD Dr Slamet Garut January 2017 to September 2017 is 64,8% from 2872 labor. From normal child birth to episiotomy, the effects of acute pain cause mother's to be afraid to engage in activities so that they need good and proper treatment. **Objective :** to gain experience in taking actions on nursing care post partum spontan clients with acute pain nursing problems. **Method:** the case study is done by exploring a problem inside a detailed constraints, retrieving extensive data, and providing various sources of information. **Result :** This case study was carried out on 2 post partum spontan clients with acute pain nursing care is carried out by giving intervention to deep breathing relaxation technic, the problems in two client are resolved both. **Discussion :** In both clients acute pain problems were found. Due to lack of knowledge of actions to reduce pain. The difference between the result of the intervention do to breath relaxation technic in both clients, that is on the first day with the result on the client one already understand and wants to do deep breathing relaxation technic, while client two do not want to do because there is no motivation. The authors suggest to hospital to raising the service standard on delivering nursing care, especially for the involvement in the implementation of the deep breathing relaxation technic for client and educational institution to be able to provide latest literature, especially regarding spontan post partum and acute pain so that it can add to the knowledge of students.

Keyword : Post Spontan Partum, Acute pain, Nursing care

Bibliography: 26 books (2004-2015), 1 journals (2010)

## DAFTAR ISI

	Halaman
COVER.....	i
SURAT PERNYATAAN .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat Praktis .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Anatomi Dan Fisiologi .....	7
2.2 Konsep Persalinan.....	12
2.2.1 Definisi Persalinan .....	13
2.2.2 Etiologi .....	13
2.2.3 Patofisiologi .....	15
2.3 Adaptasi Psikologis Post Partum.....	22
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas.....	23
2.5 Pemeriksaan Penunjang.....	33
2.6 Analisa Data.....	33
2.7 Diagnosa Keperawatan Ibu Post Partum .....	34
2.8 Rencana Keperawatan .....	36



### **BAB III METODE PENELITIAN**

3.1	Desain Penelitian .....	68
3.2	Batasan Istilah .....	68
3.3	Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian .....	70
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	70
3.5	Pengumpulan Data.....	71
3.6	Uji Keabsahan Data .....	72
3.7	Analisis Data .....	72
3.8	Etik Penulisan KTI .....	74

### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	76
4.2	Pengkajian .....	77
4.3	Analisis Data .....	88
4.4	Diagnosa Keperawatan .....	90
4.5	Perencanaan.....	92
4.6	Evaluasi.....	96

### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1	Kesimpulan.....	105
5.2	Saran.....	106

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1	Alat Kandungan Luar .....	xi
Gambar 2.2	Alat Kandungan Dalam .....	xii
Gambar 2.3	Skala Nyeri .....	xiii

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	Catatan Revisi Ujian KTI
Lampiran III	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran IV	Lembar Observasi
Lampiran V	Surat Persetujuan dan Studi Kasus
Lampiran VI	Format Review Artikel
Lampiran VII	Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran VIII      Lefleat

Lampiran IX        Jurnal

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **I.I Latar Belakang Masalah**

Persalinan normal merupakan proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Kusuma, 2008). Periode post partum adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ – organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. (Bobak,et al,2004). Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin,placenta, dan ciran ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau kekuatan ibu sendiri (Sumarah, 2010). Masa nifas (puerperium) dimulai setelah placenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali ke

keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saleha, 2009). Sehingga dapat disimpulkan bahwa masa nifas ( post partum) adalah masa pulihnya kembali alat-alat kandungan ibu yang terhitung sejak bayi lahir sampai kira-kira berusia 40 hari.

Seluruh alat genital baru pulih kembali sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Siswosudarmo,2008). Tahapan masa nifas dibedakan menjadi 3 antara lain puerperium dini, puerperium intermedial, remot puerperium. Puerperium dini merupakan masa kepulihan yaitu saat saat ibu dibolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh dari organ-organ genitalia kira-kira selama 6-8 minggu. Remot puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Suherni,2009). Ibu post partum berpotensi rentan terhadap komplikasi nifas antara lain, perdarahan,infeksi, gangguan-gangguan menyusui, dan sebagainya ( Dunstall,2006). Bila tidak ditangani dengan baik akan memberi kontribusi yang cukup besar terhadap Angka Kematian Ibu (AKI). Kematian ibu persalinan mengalami peningkatan.

Menurut data *World Health Organization* (WHO, 2008), jumlah kematian ibu pada saat melahirkan mencapai 40.000 orang perbulan di dunia. Angka Kematian Ibu (AKI) di Asia Tenggara menyumbang hampir sepertiga jumlah kematian ibu secara global. Di Indonesia (AKI) masih cukup tinggi, yaitu 228/100.000, dibanding dengan negara – negara Asia lainnya. Kejadian kematian ibu dan bayi banyak terjadi pada saat persalinan, pasca persalinan, dan hari – hari pertama kehidupan bayi masih tragedi yang terus terjadi (Depkes RI,2015).

Berdasarkan catatan medical record di RSUD Dr. Slamet Garut periode Januari sampai September 2017 didapatkan hasil pada ruangan nifas proporsi ibu yang mengalami persalinan normal yaitu 1.862 (64,8%) dari 2.872 persalinan. Proses persalinan adalah keadaan fisiologis yang akan dialami oleh ibu bersalin. Jenis perlukaan ringan berupa luka lecet, dan yang berat berupa suatu robekan. Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pervaginam baik itu robekan yang di sengaja dengan episiotomi maupun robekan secara spontan akibat dari persalinan, robekan perineum ada yang perlu tindakan penjahitan ada yang tidak perlu. Mengingat cukup banyak proses persalinan dengan luka episiotomi kemungkinan masalah yang muncul yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, resiko infeksi, eliminasi urine, gangguan mobilisasi. Jahitan episiotomi selain memiliki manfaat, ternyata menimbulkan rasa nyeri yang mengganggu kenyamanan ibu (Bobak Lowdermik.,et all 2005). Pernyataan ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan Kunchahyana tahun 2013 bahwa sebanyak 70,9% ibu mengalami nyeri disekitar jahitan episiotomi. Kondisi ini akan berlangsung selama beberapa minggu sampai satu bulan postpartum, oleh karena itu diperlukan intervensi dan penanganan agar tidak menambah rasa nyeri (Rohani,2011).

Akibat dari nyeri pada luka episiotomi apabila tidak tertangani akan menyebabkan ibu akan mengalami takut untuk buang air kecil sehingga gangguan eliminasi urine terjadi, dan adaptasi psikologis ibu menjadi taking in artinya klien masih takut untuk melakukan aktifitas, ketergantungan terhadap perawat dan fokus terhadap dirinya sendiri (Rohani,2011).

Sehingga perlu dilakukan Asuhan keperawatan berupa asuhan yang komprehensif dengan proses keperawatan, yaitu aktifitas perawat yang dilakukan

secara sistematis melalui lima tahapan, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan atau implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “ Asuhan Keperawatan pada klien Post Partum Spontan dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Zade RSUD DR SLAMET GARUT Kabupaten Bandung”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien Post Partum Spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade RSUD Dr. Slamet Garut?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang Asuhan Keperawatan pada klien Post partum Spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Dr. Slamet Garut secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko,spiritual, dalam bentuk pendokumentasian.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a) Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade di RSUD Dr. Slamet Garut
- b) Menetapkan Diagnosa keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade di RSUD Dr.Slamet Garut
- c) Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade di RSUD Dr Slamet Garut
- d) Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade di RSUD Dr. Slamet Garut
- e) Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade di RSUD Dr.Slamet Garut.

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Meningkatkan pengetahuan tentang Asuhan Keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade di RSUD Dr.Slamet Garut.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

- a) Bagi Perawat

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

b) Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ini bagi rumahsakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade di RSUD Dr.Slamet Garut

c) Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi pendidikan yaitu digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan teori tentang asuhan keparawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Zade di RSUD Dr.Slamet Garut.

## **BAB II**



## TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Anatomi System Reproduksi

Alat kandung di bagi atas 2 bagian:

1. Alat kandungan luar (*genetalia eksternal*)

a. Mons Veneris

Adalah daerah yang menggantung di atas simfisis, yang akan ditumbuhi rambut kemaluan (*pubes*) apabila wanita berangkat dewasa (Eniyati & Sholihah, 2013) dan (Reeder et al, 2014).

b. Bibir besar kemaluan (*labia mayora*)

Berada pada bagian kanan dan kiri, berbentuk lonjong yang pada wanita menjelang dewasa (Eniyati & Sholihah, 2013) dan (Reeder et al, 2014).

c. Bibir kecil kemaluan (*labia minora*)

Bagian dalam dari bibir besar yang berwarna merah jambu (Eniyati & Sholihah, 2013).

d. Klentit (*klitoris*)

Glans klitoris berisi jaringan yang dapat berereksi, sifatnya amat sensitif karena banyak memiliki serabut saraf (Eniyati & Sholihah, 2010)

e. Vulva

Berbentuk lonjong, berukuran panjang mulai dari klitoris, kanan kiri dibatasi bibir kecil sampai ke belakang dibatasi perineum (Eniyati & Sholihah, 2013).

f. Vestibulum

Terletak di bawah selaput lendir vulva, terdiri dari bulbus vestibule kanan dan kiri. Di sini dijumpai kelenjar vestibule mayor (*kelenjar bartholini*) dan kelenjar vestibulum minor (Eniyati & Sholihah, 2013).

g. Introitus vagina

Adalah pintu masuk ke vagina (Eniyati & Sholihah, 2013).

h. Selaput darah (*hymen*)

Merupakan selaput yang menutupi introitus vagina (Eniyati & Sholihah, 2013).

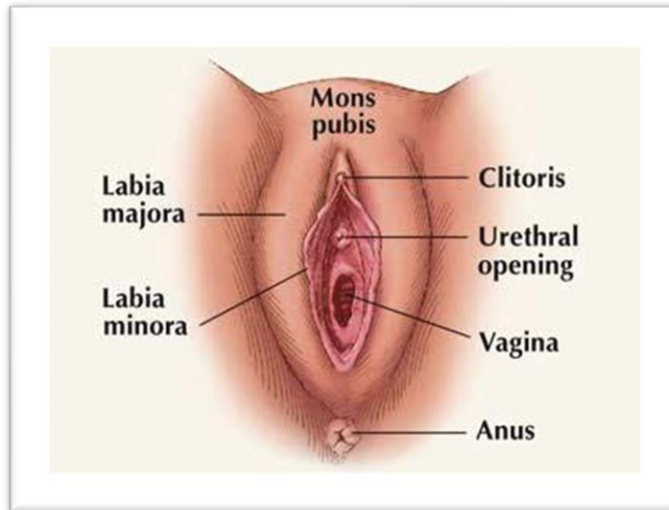
i. Lubang kemih (*orifisium uretra eksterna*)

Adalah tempat keluarnya air kemih yang terletak di bawah klitoris (Eniyati & Sholihah, 2013).

j. Perineum

Terletak diantara vulva dan anus (Eniyati & Sholihah, 2013).

**Gambar 2.1**  
**Genitalia Luar**



*Sumber: Eniyati, 2013*

2. Alat kandung dalam (genetalia internal)

a. Liang senggama (*vagina*)

Adalah liang yang menghubungkan vulva dengan rahim. Ukuran panjang dinding depan 8 cm dan dinding belakang 10 cm. Bentuk dinding dalamnya berlipat-lipat disebut rugae. Fungsi dari vagina adalah: (Eniyati & Sholihah, 2013) dan (Reeder et al, 2014).

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

b. Rahim(*uterus*)

Adalah suatu struktur otot yang terletak kuat, bagian luarnya ditutupi oleh peritoneum sedangkan rongga dalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Bentuk rahim seperti bola lampu pijar, mempunyai rongga yang terdiri dari tiga bagian besar, yaitu: (Eniyati & Sholihah, 2013) dan (Reeder et al, 2014).

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

3) Rongga rahim (*kavum uteri*)

Letak rahim fisiologis adalah anteversiofleksi. Letak-letak yang lain, yaitu :

- 1) *Anterfleksi* (tengadah ke depan)
- 2) *Retrofleksi* (tengadah ke belakang)
- 3) *Anteversi* (terdorong ke depan)
- 4) *Retroversi* (terdorong ke belakang).

c. Saluran telur (*tuba falopi*)

Adalah saluran yang keluar dari kornu rahim kanan dan kiri, panjangnya 12-13 cm dengan diameter 3-8 mm. Fungsi utama saluran telur yaitu sebagai saluran telur dan tempat terjadinya pembuahan (Eniyati & Sholihah, 2013).

d. Indung telur (*ovarium*)

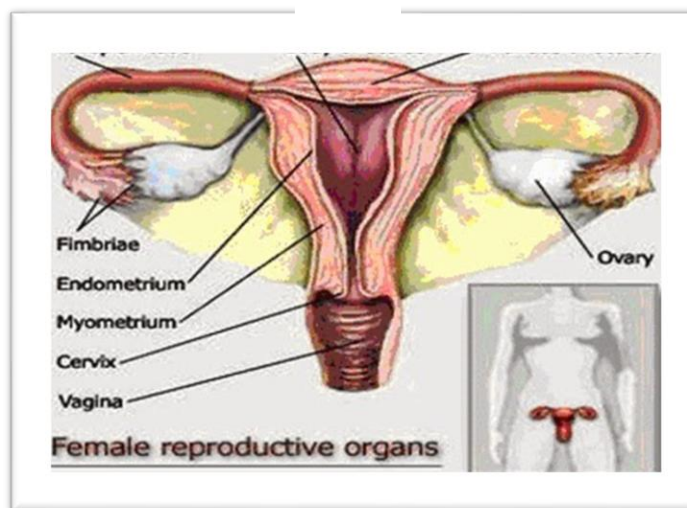
Terdapat dua indung telur, masing-masing di kanan dan kiri rahim. Fungsi dari indung telur yaitu menghasi..... sel telur (*ovum*), menghasikan hormone-hormon (*progesterone* dan *estrogen*), dan ikut serta mengatur haid. Menurut strukturnya ovarium terdiri dari: (Reeder et al, 2014)

- 1) Kulit (*korteks*), terdiri dari tunika albuginea yaitu epitel berbentuk kubik, jaringan ikat, stroma, folikel primordial dan folikel de graaf, sel-sel warthard
- 2) Inti (*medulla*) terdiri dari stroma berisi pembuluh darah, serabut saraf, dan beberapa otot polos.

Fungsi indung telur: (Eniyati & Sholihah, 2013).

- 1) Menghasilkan sel telur (*ovum*)
- 2) Menghasikan hormone-hormon (*progesterone* dan *estrogen*)
- 3) Ikut serta mengatur haid

**Gambar 2.3**  
**Genitalia Dalam**



*Sumber:*  
*Eniyati, 2013*

## **2.2 Konsep post partum spontan**

Proses persalinan tidak selalu berlangsung alamiah atau normal. Banyak faktor yang menyebabkan persalinan tidak berlangsung normal, karena syarat persalinan normal itu ada jalan lahir, turunnya kepala bayi pada panggul, kekuatan, posisi ibu selama persalinan, dan kondisi psikologis jiwa (Johnson, 2014). Jika salah satu tidak memenuhi maka akan sulit dilakukan persalinan secara normal.

### **2.2.1 Definisi post partum spontan**

Persalinan spontan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. (Bobak, et al 2004).

### **2.2.2 Etiologi**

Menurut (Manuaba 2015), terjadinya persalinan belum diketahui secara pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan kontraksi. Teori kemungkinan terjadinya proses persalinan adalah :

#### **1. Teori keregangan**

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu . setelah melewati batas tertentu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Contohnya pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan

#### **2. Teori penurunan progesteron**

Proses penebaran placenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu ,karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan ,sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah mencapai penurunan progesteron tertentu

#### **3. Teori oksitosin internal**

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitifitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi . dengan menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin meningkatkan aktifitas ,sehingga persalinan dapat dimulai.

#### 4. Teori prostagladin

Konsentrasi prostagladin mrningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian protagladin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. Prostagladin dianggap dapat merupakan pemicu persalinan

#### 5. Teori hipotalamus- hipofisis dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan sefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin, induksi(mulainya)persalinan.

Dari percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus – hipofisis dengan mulainya persalinan.

### **2.2.3 Patofisiologi**

1. Sistem reproduksi
  - b. Uterus

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

c. Lochia

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

1) Lochia rubra/merah

Keluar pada hari pertama sampai hari keempat masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium.

2) Lochia sanguinolenta

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

3) Lochia serosa



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

4) Lochia alba/putih

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

d. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, astium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu serviks menutup

e. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

f. Perineum

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

g. Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi:

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

h. Laktasi

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

i. Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Pada minggu ke-6 serviks menutup kembali.

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami keadaan konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas

tubuh. Namun hal ini masih dalam kondisi normal dimana faal usus akan kembali normal dalam 3-4 hari.

### 3. Perubahan Sistem Perkemihan

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

### 4. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilisasi/secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

### 5. Perubahan Sistem Endokrin

#### a. Hormon Plasenta

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

#### b. Hormon Pituitary

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

c. Hipotalamik Pituitary Ovarium

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

6. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

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

7. Perubahan Sistem Hematologi

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

## 8. Perubahan tanda tanda vital

### 1. Suhu badan

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

### 2. Nadi

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

### 3. Tekanan darah

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

### 4. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas.

### 2.3 Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

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

#### 1) Fase *taking in*

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

#### 2) Fase *taking hold*

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

#### 3) Fase *letting go*

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

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas**

### **2.4.1 Pengkajian**

#### **a. Identitas dan penanggung jawab**

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

#### **b. Riwayat kesehatan (Reeder, 2009)**

##### **1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit**

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

##### **2) Keluhan utama saat dikaji**

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

**P = Paliatif/propokatif**

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan.

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

**Q = Quality/Quantity**

yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya.

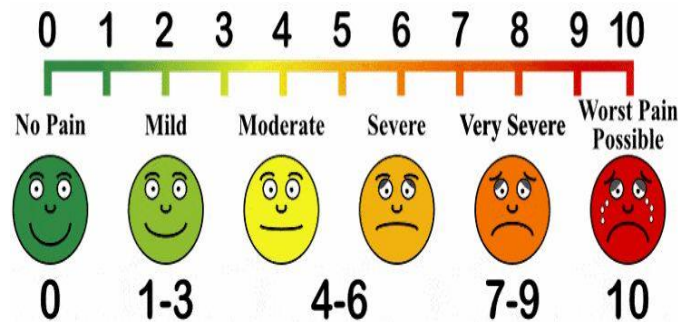
Pada post partum spontan dengan episiotomi biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris-iris.

R = Region/Radiasi

Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum spontan dengan episiotomi biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah perineum biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S = Severity/Skale

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguanya yang diukur dengan skala nyeri 0-5.



*Sumber: Eniyati, 2013*

Pada post partum spontan dengan episiotomi biasanya nyeri luka episiotomi berdampak terhadap aktivitas sehari-hari, dengan skala nyeri lebih dari 2 pada skala 0-5.

T= Timing

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut.



3) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien mempunyai riwayat tindakan perbedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya

4) Riwayat kesehatan keluarga

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

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetri (Sulistyawati, 2009)

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

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

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

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

c) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan, jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan.

2) Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

b) Riwayat kehamilan sekarang

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

c) Riwayat persalinan dahulu

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

d) Riwayat persalinan sekarang

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

e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat nifas sekarang

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

d. Pola aktivitas sehari-hari, di rumah dan di rumah sakit (Sulistiyawati, 2009)

1) Pola nutrisi

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

2) Pola eliminasi

Mencangkup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK : frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

3) Pola istirahat dan tidur

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

4) Personal hygiene

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

5) Aktifitas dan latihan

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

e. Pemeriksaan Fisik

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

a) Keadaan umum

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

b) Tanda-tanda vital

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

c) Antropometri

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

d) Pemeriksaan fisik ibu

(1) Kepala

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

(2) Wajah

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

(3) Mata

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

(4) Telinga

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

(5) Hidung

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

(6) Mulut

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

(7) Leher

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

(8) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu

akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan.

(9) Abdomen

Pada hari pertama, tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra.

(10) Punggung dan bokong

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

(11) Genetalia

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

(12) Anus

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

(13) Ekstremitas

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

2) Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaan umum

Meliputi tampilan, dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR Score.

b) Antropometri

Meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar lengan atas.

**2.5 Pemeriksaan penunjang** (Nurarif, 2015)

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) JDL dengan diferensial
- 4) Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
- 5) Golongan darah
- 6) Urinalisis
- 7) Ultrasonografi

**2.6 Analisa data** (Reeder, 2009)

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

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

- e. Kebutuhan aktualisasi diri

## **2.7 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum**

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut buku Doenges "Rencana Perawatan Maternal/Bayi.2001, Rencana asuhan keperawatan yang muncul pada klien post partum adalah :

1. Nyeri akut yang berhubungan dengan episiotomi
2. Menyusui berhubungan dengan tingkat pengetahuan, pengalaman sebelumnya, usia gestasi bayi, tingkat dukungan, struktur/ karakteristik fisik payudara ibu
3. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan procedure invasif
4. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan efek-efek hormonal(perpindahan cairan/peningkatan aliran plasma ginjal), trauma mekanis, edema jaringan, efek-efek anestesia
5. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan masukan/penggantian cairan berlebihan (muntah, diaforesis, peningkatan pengeluaran urine dan kehilangan tidak kasat mata meningkat, hemoragi).
6. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan perpindahan cairan setelah kelahiran placenta, ketidaktepatan penggantian cairan, efek-efek infus oksitosin, adanya HKK



7. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (diastatis rekti), efek-efek progesteron, dehidrasi, kelebihan analgesia atau anestesia, diare praparsalinan, kurang masukkan, nyeri perineal/rektal
8. Resiko tinggi terhadap perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan kurang dukungan dinatara/orang terdekat, kurang pengetahuan, ketidakefektifan/tidak tersedianya model peran, harapan tidak realistis untuk diri sendiri/bayi/pasangan, tidak terpenuhinya kebutuhan maturasi sosial/hemosional dari klien/pasangan, adanya stresor(misalnya finansial, rumah tangga,pekerjaan)
9. Koping individu tidak efektif berhubungan dengan krisis maturasi dari kehamilan/mengasuh anak dan melakukan peran ibu menjadi orang tua (atau melepaskan untuk adposi), keretakan personal, ketidakadekuatan sistem pendukung, persepsi tidak realistis.
10. Gangguan pola tidur berhubungan dengan respons hormonal dan psikologis (sangat gembira, ansietas, kegirangan), nyeri/ketidaknyamanan proses persalinan dan kelahiran melelahkan
11. Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang ajangan/mengingat, kesalahan interpretasi tidak mengenal sumber-sumber

## 2.8 Rencana Keperawatan

Menurut buku Doenges “Rencana Perawatan Maternal/Bayi.2001, Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien post partum adalah

1. Nyeri akut yang berhubungan dengan episiotomi

**Tabel 2.1**

### Intervensi Nyeri akut

diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriterial hasil	Tindakan	Rasional
Nyeri akut yang berhubungan dengan episiotomi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ttv dalam batas normal TD : 120/80 mmHg N : 60x/menit RR : 16-24x/menit</li> <li>- Klien tidak mengeluh nyeri</li> <li>- Klien merasa nyaman</li> <li>- Skala nyeri berkurang (0-10)</li> </ul>	Mandiri : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pantau tanda vital</li> <li>2. tentukan lokasi dan ketidaknyamanan</li> <li>3. anjurkan penggunaan teknik pernapasan/ relaksasi nafas dalam jika nyeri datang</li> <li>4. berikan informasi yang tepat tentang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengetahui keadaan umum klien</li> <li>2. mengidentifikasi kebutuhan khusus dan intervensi yg tepat</li> <li>3. meningkatkan rasa kontrol dan dapat menurunkan beratnya ketidaknyamanan berkenaan dengan afterpain(kontraksi) (jurnal Evi Nur Imamah vol 02 No IV, Agustus 2010)</li> <li>4. informasi dapat</li> </ol>

---

perawatan rutin mengurangi ansietas  
periode pascapartum berkenaan dengan  
rasa takut tentang  
ketidaktahuan, yang  
dapat memperberay  
nyeri

5. berikan analgetik  
sesuai kebutuhan

5. nyeri analesik  
bekerja pada pusat  
otak lebih

---

---

Tabel 2.9

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

diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriterial hasil	Tindakan	Rasional
Menyusui berhubungan dengan tingkat pengetahuan, pengalaman sebelumnya, usia gestasi bayi, tingkat dukungan, struktur / karakteristik fisik pada payudara ibu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengungkapkan pemahaman tentang proses menyusui</li> <li>- Mendemonstrasikan teknik efektif dari menyusui</li> <li>- Menunjukkan kepuasan regimen menyusui satu sama lain, dengan bayi dipuaskan setelah menyusui</li> </ul>	<p>Mandiri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kaji pengetahuan dan pengalaman klien tentang menyusui sebelumnya</li> <li>2. tentukan sistem pendukung yang tersedia pada klien, dan sikap pasangan / keluarga</li> <li>3. berikan informasi , verbal, tertulis mengenai fisiologis dan keuntungan menyusui, perawatan puting dan payudara, kebutuhan diet khusus, dan faktor-faktor memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui</li> <li>4. demonstrasikan dan tunjau ulang teknik-teknik menyusui. Perhatikan posisi bayi selama menyusui dan lama menyusui</li> <li>5. kaji puting klien : anjurkan klien melihat puting setiap habis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan mengembangkan rencana perawatan</li> <li>2. mempunyai dukungan yang cukup meningkatkan kesempatan untuk pengalaman menyusui dengan berhasil. Sikap dan komentar negatif mempengaruhi upaya- upaya dan dapat menyebabkan klien menolak mencoba untuk menyusui</li> <li>3. membantu menjamin suplai susu adekuat, mencegah puting pecah dan luka, memberikan kenyamanan, dan membuat peran ibu menyusui. Pamflet dan buku – buku menyediakan sumber yang dapat dirujuk klien sesuai kebutuhan</li> </ol>

---

menyusui

- |   |  |
|---|--|
|   | 4. posisi yang tepat biasanya mencegah luka puting, tanpa memperhatikan lamanya menyusui   |
| 6. anjurkan klien untuk mengeringkan puting engan udara seama 20-30 menit setelah menyusui dan memberikan preparat lanolin setelah menyusi, atau menggunkan lampu pemanas dengan lampu 40 waatt ditempatkan 18 inci dari payudara selama 20 menit. Instrusikkan klien menghindari penggunaan sabun atau penggunaan bantalan bra berlapis plastik, dan mengganti pembalut bila basah atau lembab | 5. indentifikasi dan intervensi dini dapat mencegah/ membatasi terjadinya luka atau pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui   |
| 7. instrusikkan klien untuk menghindari penggunaan pelindung puting kecuali secara khusus di indikasikkan   | 6. pemajanan pada payudara atau panas dapat membantu megecangkan puting, sedangkan sabun dapat menyebabkan kering . mempertahankan puting dalam media lembab meningkatkan pertumbuhan bakteri dan kerusakan kulit. |
| 8.berikan pelindung puting payudara khusus untuk klien menyusui ssdengan puting masuk atau datar. Anjurkan penggunaan kompres es sebelum menyusi dan latihan puting dengan memutar diantara ibu jari dan jari tengah  | 7. ini telah diketahui menambah kegagalan laktasi. Pelindung mencegah mulut bayi mengarah untuk ke kotak   |

---

puting ibu, yang  
mana perlu untuk  
melanjutkan  
pelepasan prolaktin  
(meningkatkan  
produksi susu) dan  
dapat mengganggu  
atau mencegah  
terjadinyasuplai yang  
adekuat

8. mangkuk laktasi/  
pe;indung payudara,  
latihan kompres es  
membantu membuat  
puting lebih ekresi

Tabel 2.3

## Intervensi risiko tinggi infeksi

diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Tindakan	Rasional
Intervensi risiko tinggi infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tidak terjadi tanda-tanda infeksi dengan kriteria hasil : - menunjukkan luka yang bebas dari drainasse purulen - bebas dari infeksi, tidak febris, dan mempunyai aliran lokhial dan karakter normal	Mandiri : kaji catatan pranatal dan intraprateal , perhatikan n pecah dini (KPD) , persalinan lama, gemoragi  - Pantau suhu dan nadi dengan rutin dan suai ndikasi  - Kaji lokasi dan kontraktilitas uterus	- Membantu mengidentifikasi faktor-faktor risiko yang dapat mengganggu penyembuhan /kemnuduran pertumbuhan epitel jaringan endometrium dan memberi kecenderungan klien terkena infeksi  - Peningkatan suhu samapi 101 ° F ( 38,3°C) Dalam 24 jam pertama sangat menandakan infeksi  - Fundus, yang pada awalnya 2 cm di bawah umbilikus, meningkat 1-2 cm /hari (satu jam perhari).kegagalan miometrium untuk involusi pada kecepatan ini. Atau terjadinya



<p>-Catat jumlah dan bau lochia atau perubahan pada kemajuan normal dari lochia menjadi serosa</p>	<p>tekanan ekstrem, menandakan kemungkinan terdapatnya jaringan placenta atau infeksi.</p> <p>- Lochia secara normal mempunyai bau amis/ daging, namun pada endometritis rubra mungkin purulent dan bau busuk, mungkin gagal untuk menunjukkan kemajuan normal dan lochia menjadi serosa menjadi alba</p>
<p>-Evaluasi kondisi puting, perhatikan adanya pecah-pecah, kemerahan, atau iritasi. Anjurkan pemeriksaan nyeri tekan. Anjurkan inspeksi pemeriksaan rutin payudara. tinjau perawatan yang tepat dan teknik pemberian makan bayi</p>	<p>- Terjadinya furunkel/ pecah-pecah pada puting menimbulkan potensial risiko mastitis.</p>
<p>- Inspeksi sisi perbaikan episiotomi setiap 8 jam. Perhatikan nyeri tekan berlebihan, kemerahan, eksudat purulen, edema, sekatan pada</p>	<p>- Diagnosis dini dari infeksi lokal dapat mencegah penyebaran pada jaringan</p>

Tabel 2.4

## Intervensi perubahan eliminasi urine

diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriterial hasil	Tindakan	Rasional
Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan efek-efek hormonal (peridahan cairan/peningaktan aliran plasma ginjal), trauma mekanis, edema jaringan, efek-efek anesthesia	kriteria hasil : - Berkemih tidak dibantu dalam 6-8 jam setelah kelahiran - Mengosongkan kandung kemih setiap berkemih	Mandiri : 1. kaji masukan cairan dan haluaran urine terakhir. Catat masukan cairan intrapartal dan haluaran urin dan lamanya persalinan  2. palpasi kandung kemih, pantau tinggi fundus dan lokasi, serta jumlah aliran lokia.	1. pada periode pascapartal awal, kira-kira 4kg cairan hilang melalui haluaran urine dan kehilangan tidak kasat mata , termasuk diaforesis. Persalinan yang lama dan penggantian cairan yang tidak efektif dapat mengakibatkan dehidrasi dan menurunkan haluaran urine.  2. aliran plasma ginjal , yang meningkat 20% 3l, 0% selama periode pranatal tetap tinggi pada minggu pertama pascapartum, mengakibatkan peningkatan pengisian kandung kemih. distensikandung kemih, yang dapat di ikaji dengan derjat perubahan posisi uterus yang menyebabkan peningkatan relaksai uterus dan aliran

	lokhia
3. perhatikan adanya edema atau leserasi /episiotomi dan jenis anestesi yang digunakan	3. trauma kandung kemih atau uretra , atau edema, dapat mengganggu berkemih : anestesi yang dapat mengganggu sensasai penuh pada kanyung kemih
4. tes urine terdapat albumin dan aeton. Bedakan antara proteinuria karena HKK dan yang proses normal.	4. proses katalitik dihubungkan dengan involusi uterus dapat mengakibatkan proteinuria (+ 1) pada 2 hari pertama pascapartum. Aseton dapat menandakan dehidrasi yang dihubungkan dengan persalinan lama atau kelahiran.
5. anjurkan berkemih dalam 6-8 jam pasca partum dan setiap 4 jam setelahnya . bila kondisi memungkinkan biarkan klien berjalan ke kamar mandi. alirkan air hangat diatas perineum, alirkan air kran, dan tambahkan cairan yang mengandung papermin ke dalam kedepan, atau biarkan klien duduk pada waktu rendam duduk atau gunakan shower air hangat, sesuai indikasi	5. variasi intervensi keperawatan mungkin perlu untuk merangsang atau memudahkan berkemih. Kandung kemih penuh mengganggu motilitas dan involusi uterus, dan meningkatkan aliran lokhia, distensi berlebihan kandung kemih dalam waktu lama dapat merusak dinding kandung kemih dan mengakibatkan atoni.
6. instruksikan klien untuk melakukan latihan kegel setiap	6. lakukan latihan kegel 100 kali per hari meningkatkan sirkulasi pada perineum ,

hari setelah efek  
efek anestesia  
berkurang

membantu  
meenyembuhkan dan  
memulihkan tonus otot  
pubokoksigeal, dan  
mencegah atau menurunkan  
inkontinens stres.

7. anjurkan minum 6  
mpai 8 gelas  
iran perhari

7. membantu mencegah  
statis dan dehidrasi dan  
mengganti cairan yang  
hilang waktu melahirkan

8. kaji tanda-tanda  
ISK pada saat  
bekemih , peningka  
frekuensi, urine  
keruh

8. statis, higiene buruk dan  
masuknya bakteri dapat  
memberi kecenderungan  
klien terkena ISK.

Kolaborasi :

- Karakteristik , -  
dengan  
menggunakan  
kateter lurus atau  
indwelling sesuai  
indikasi
- Mungkin perlu  
untuk mngurangi  
distensi kandung  
kemih, untuk  
memungkinkan  
invulus uterus, dan  
mencegah atoni  
kandung kemih  
karena distensi  
berlebihan

- Dapatkan klien  
spasiemen urine,  
dengan  
menggunakan  
twknik  
penampungan yang  
bersih atau katerisasi  
, bila klien  
mempunyai gejala  
ISK
- Adanya bakteri  
atau kultur dan  
sensitivitas positif  
adalah diagnosis  
ISK

- pantau tes  
hasillaboratorium
- Pada klien yang  
telah mengalami  
HKK, gangguan  
ginjal atau

seperti nitrogen urea darah (BUN) dan urine 24 jam terhadap protein total , klirens kreatinin dan asam urat sesuai indikasi

vaskular dapat menetap, atau mungkin muncul untuk pertama kalinya selama periodepasca partum. Saat kadar steroid menurun mengikuti kelahiran, fungsi ginjal yang ditunjukkan oleh BUN dan klirens kreatinin, mulai kembali normal dalam 1 minggu

Tabel 2.5

Intervensi kekurangan volume cairan

diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriterial hasil	Tindakan	Rasional
Kekurangan cairan berhubungan dengan penurunan masukan/ penggantian cairan berlebihan ( muntah, diaforesis ,peningkatan haluaran urine dan kehilangan tidak kasat mat a meningkat , hemoragi)	kriteria hasil : - Tetap normotensif dengan masukan cairan dan haluaran urine seimbang dan hb/ht dalam kadar normal.	Mandiri : 1. catat kehilangan cairan pada wktu kelahiran : tinjau ulang riwayat intrapartal.  2. evaluasi lokasi dan kontraktlitas fundus uterus, jumlah lokhianvagina,dan kondisiperineum setelah 2 jam pada 8 jam pertama, bila tepat, kemudian 8 jam selama sisa waktu dirumah	1.potensial hemoragi atau kehilangan darah berlebihan pada waktu kelahiran yang berlanjut pada periode pascapartum dapat diakibatkan dari persalinan yang lama, stimulasi oksitosin , tertahannya jaringan, uterus overdistensi atau anestesia umum  2. diagnosa yang berbeda mungkin diperlukan untuk menentukan penyebab kekurangan cairan dan protokol asuhan.uterus yang relaks atau menonjol dengan meningkatkan aliran lokhia dapat diakibatkan dari

---

sakit . kelelahan  
miometrium atau  
tertahannya jaringan  
placenta .segera  
setelah kelahiran,  
fundus harus keras  
dan terlokalisasi  
pada umbilikus , dan  
kemudian  
terlokalisasi pada  
umbilikus dan  
kemudian involusi  
kira – kira satu buku  
jari perhari

3.dengan perlahan  
masase fundu bila  
uterus menonjol

3.merangsang  
kontraksi uterus  
dapat mengontrol  
perdarahan

4.perhatikan  
adanya rasa haus :  
berikan cairan  
sesuai toleransi

4. rasahaus mungkin  
merupakan cara  
hemostatis dari  
penggantian cairan  
melalui pengkatan  
rasa haus

5.evaluasi  
statusnkandung  
kemih :  
tingkatkan  
pengosongan bila  
kandung kemih  
penuh

5.kandung kemih  
penuh mengganggu  
kontraksi dan  
menyebabkan  
perubahan posisis  
dan relaksasi fundus

6. pantau suhu

6. peningkatan suhu  
dapat memperberat  
dehidras : bila suhu  
100,4 °F 38°C) pada  
24 jam pertama  
setelah kelahiran dan  
terulang selama 2  
hari, ini mungkin  
menandakan infeksi

7. pantau nadi

7. takikardi dapat  
terjadi

---

	,memaksimalkan sirkulasi cairan ,pada kejadian dehidrasi atau hemoragi
8. kaji tekanan darah (TD) sesuai indikasi	8. peningkatan TD mungkin karena efek –efek obat vasopresor oksitosin atau terjadinya HKK yang baru atau sebelumnya, penurunan TD mungkin tanda lanjut dari kehilangan cairan berlebihan,khususnya bila disertai dengan tanda-tanda lain atau gejala gejala syok .
9. evaluasi masukan cairan dan haluaran urine selama diberikan inus IV atau sampai pola berkemih norma terjadi	9. membantu dalam analisa keseimbangan cairan dan derajat kekurangan
10. evaluasi kadar Hb /Ht pada catatan pranatal bandingkan dengan kadar pascanatal	10. hb/ht biasanya kembali normal dalam 3 hari . hb tidak boleh turun lebih dari 2 g/100 ml kecuali kehilangan darah berlebihan .
11. pantau pengisian payudara dan suplai ASI bila menyusui	peningkatan kadar ht kembali normal. Pada hari ke tiga sampai ketujuh pasca partum , karena kehilangan plasma pada penurunan el darah berlebihan yang terjadi selama 72 jam pertama. Namun peningkatan

---

---

ini mungkin juga menandakan kelebihan perpindahan cairan intravaskular ke ekstrasvaskular.  
11. klien dehidrasi tidak mampu menghasilkan ASI adekuat

---

---

**Tabel 2.6**  
**Intervensi kelebihan volume cairan**

diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriterial	Tindakan	Rasional
----------------------	----------------------	----------	----------



<p>Kelebihan volume cairan berhubungan dengan perpindahan cairan setelah kelahiran placenta, , ketidaktepatan penggantian cairan, efek efek infus oksitosin , adanya HKK</p>	<p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memajukan TD dan nadi dalam batas normal, bebas dari edema dan gangguan penglihatan, dengan bunyi napas bersih</li> </ul>	<p>Mandiri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tinjau ulang riwayat HKK pranatal dan intrapartal, perhatikan peningkatan TD , proteinuria, dan edema</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.membantu menentukan kemungkinan komplikasi serupa yang menetap /terjadi pada periode pasca partum.</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. pantau TD dan nadi. Auskultasi bunyi nafas, perhatikan batuk berdahak , bising ( rales) atau ronki. Perhatikan adanya dispnea atau stridor</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. kelebihan beban sirkulasi dimanifestasikan dengan peningkatan TD dan nadi, dan akumulasi cairan pada pau-paru .peningkatan TD dapat juga dihubungkan dengan HKK dan retensi cairan berkenaan dengan infus oksitosin</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. pantau masukan cairan dan haluaran urine</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.menandakan kebutuhan cairan / keadekuatan terapi</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. kaji adanya lokasi dan luasnya edema. Pantau tanda-tanda kemajuan edema (misalnya gangguan penglihatan, dan sakit kepala )</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. bahaya eklampsia atau kejang ada selama72 jam tetapi dapat terjadi secara aktual selambat lambatnya 5 hari setelah kelahiran . obatobatan dapat menutupi tanda tanda sakit kepala yang disebabkan oleh edema selebral</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. tes terhadap adanya proteinuria dengan dipstik tiap 4 jam</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5.proteinuria pascapartum 1+ adalah normal, karena proses katalitik involus uterus. Kadar 2+ atau lebih besar mungkin dihubungkan dengan spasme glomerulus karena HKK</li> </ol>

---

6. evaluasi keadaan neurolgis klien . perhatikan hipperefleksia , pka rangsang,atau perubahankepribadian

6. intoksisasi srebral adalah indikator awal dari kelebihan volume cairan

7.biarkan klien memantau berat badan setiap hari, khususnya bila toksemia pascapartum terjadinya

7.klien harus kehilangan sampai 5 kg padawaktu melahirkan dapat dianggap karena bayi ,produk konsepsi , urin, dan kehilangan tidak kaat mata, dan 2 kg lebih padaperiode pascapartummelalui perpindahan cairan elektrolit.

---

**Tabel 2.7**

**Intervensi konstipasi**

diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriterial hasil	Tindakan	Rasional
----------------------	----------------------------	----------	----------

<p>Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot efek-efek progesteron, dehidrasi, kelebihan analgesia atau anestesia, diare prapersalinan, kurang masukkan, nyeri perineal/ rektal</p>	<p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan kembali kebiasaan defekasi yang biasanya /optimal dalam 4 hari setelah kelahiran</li> </ul>	<p>Mandiri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. auskultasi adanya bising usus :perhatikan kebiasaan pengosongan normal atau diastatis rekti</li> <li>2. kaji terhadap adanya hemoroid . berikan informasi tentang masukkan kembali hemoroid ke dalam kanal anorektal dengan jari dilumasi atau dengan sarung tangan , dan berikan kompres es atau kompres witch hazel atau krim anestesik lokal</li> <li>3. memberikan informasi diet yang tepat tentang pentingnya makanankasar, peningkatan cairan , dan upaya untuk nbuat pola gosongan normal</li> <li>4. turkan tingkat aktivitas ambulasi sesuai toleransi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengevaluasi fungsi usus. Adanya diastatis rekti berat ( pemisahan dua otot rektus sepanjang garis median dari dinding abdomen) menurunkan tonus otot abdomen yabgdiperlukan untuk upaya mengejan selama pengosongan.</li> <li>2. menurunkan ukuran hemoroid ,menghilangkan gatal dan ketidaknyamanan, dan meningkatkan vasokonstriksi lokal</li> <li>3. maknan kasar misalnya buah2an dan sayuran,khususnya dengan biji dan kulit) dan peningkatan cairan menghasilkan bulk dan merangsang eliminasi</li> <li>4.membantu meningkatkan peristaltik gastrointestinal</li> </ol>
--	--	--	--

5. kaji episiotomi : perhatikan adanya laserasi dan derajat keterlibatan jaringan

5. edema berlebihan atau trauma perineal dengan laserasi drajat ketiga dan keempat dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan mencegah klien dari merelaksasi perineum selama pengosongan karena takut menjadi cedera selanjutnya.

**Tabel 2.8**

**Intervensi risiko terhadap perubahan menjadi orangtua**

diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriterial hasil	Tindakan	Rasional
Resiko tinggi terhadap perubahan menjadi orangtua berhubungan dengan kurang dukungan diantara/orang terdekat , kurang pengetahuan , ketidakefektifan dan atau tidak tersedianya model peran , harapan tidak realistis untuk diri sendiri /bayi/pasangan, tidak terpenuhinya kebutuhan maturasi	kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengungkapkan masalah dan pertanyaan tentang menjadi orang tua</li> <li>- Mendiskusikan peran menjadi orangtua secara realistis</li> <li>- Secara aktif mulai melakukan tugas perawatan bayi baru lahir dengan tepat</li> <li>- Mengidentifikasi ketersediaan sumber sumber</li> </ul>	Mandiri : 1.kaji kekuatan, kelemahan,usia, status perkawinan, ketersediaan sumber pendukung, dan latar belakang budaya	1.mengidentifikasi faktor faktor potensial dan sumber sumber pendukung, yangmemperngaruhi kemampuan klien/pasangan untuk menerima tantangan peran menjadi orangtua. Contoh remaja mungkin masih membuat tujuan-tujuan dan identitas . ia dapat mengalami kesulitan menerima bayi sebagai orang dan koping dengan tanggung jawab menjadi oang tua penuh. Orang tua tunggal yang kurang sistem pendukung dapat mengalami kesulitan melakukan tanggungjawab tunggal untuk menjadi orang tua . budaya dimanakeluarga besar

---

	inggal bersama sama dapat memberikan dukungan emosional dan fisik lebih banyak, memudahkan adopsi peran baru
2. perhatikan respon klien/ pasangan terhadap kelahiran dan peran menjadi orangtua	2. kemampuan klien untuk beradaptasi secara positif untuk menjadi orangtua mungkin dipengaruhi oleh reaksi ayah dan kuat
3. mulai asuhan keperawatan primer untuk ibu dan bayi saat di unit	3. meningkatkan perawatan berpusat pada keluarga, kontinuitas dan asuhan yang diberikan secara individu, serta mungkin memudahkan terjadinya ikatan keluarga positif
4. evaluasi sifat dari menjadi orang tua secara emosi dan fisik yang pernah dialami klien/ pasangan selama masa kanak-kanak	4. peran menjadi orangtua dipelajari, dan individu memakai peran orangtua mereka sendiri menjadi model peran orangtua mereka sendiri menjadi model peran. Yang mengalami pengaruh negatif atau menjadi orangtua yang buruk berisiko besar terhadap kegagalan memenuhi tantangan daripada yang merasakan menjadi orangtua positif
5. kaji keterampilan komunikasi interpersonal pasangan dan	5. hubungan yang kuat dicirikan dengan komunikasi yang jujur

---

---

hubungan mereka dan keterampilan satu sama lain mendengarkan interpersonal yang baik membantu mengembangkan pertumbuhan

6. tinjau ulang catatan intrapartum terhadap lamanya persalinan, adanya komplikasi, dan peran pasangan pada persalinan

6. persalinan lama dan sulit, dapat secara sementara menurunkan energi fisik dan emosional yang perlu untuk mempelajari peran menjadi ibu dan dapat secara mempengaruhi

7. evaluasi status fisik masa lalu dan saat ini dan kejadian komplikasi pranatal, intranatal atau pascapartal

7. kejadian seperti persalinan pra-term, hemoragi. Infeksi atau adanya komplikasi ibu dapat mempengaruhi kondisi psikologis klien, menurunkan kemampuannya untuk belajar keterampilan menjadi orangtua baru dan mengurangi kedekatannya pada bayi baru lahir

8. evaluasi kondisi bayi, komunikasikan dengan staf perawatan sesuai indikasi, perhatikan adanya masalah atau perhatian khusus

8. ibusering mengalami kesedihan karena dapat bayinya tidak seperti bayi yang di harapkannya. Masalah masalah emosional dan ketidakmampuan untuk menaii peran menjadi orangtua dengan postitif mungkin akibat dari kecacatan kelahiran sementara pada bayi, kelahiran bayi resiko tinggi atau ketidakmampuan ibu untuk menemukan perbedaan antara

---

fantasi pranatal dan realitis pascanatal

9. berikan neonatal perception inventory (NPI), bagian 1 dalam 2 hari pertama pascapartum atur untuk inventory tidak lanjut, bagian II untuk diberikan pada 1 bulan pascaprtum

9. NPI mengkaji potensi adaptif daripasangan ibu bayi dengan mengevaluasi persepsi ibu terhadap bayi kebanyakan vesus bayinya sdniri. Alat ini membantu terutama dalam mengkajinremaja yang potensi menjadi ibu, yang sering berfantasi tentang perilaku dan kemampuan bayi , dan yang mungkin tidakdapat mengatasi stresor dari merawat bayi baru lahir secara positif. Inventaris ini memberikan hubungan bermakna secara statistik diantara indikasi indikasiya dalam satu bulan dan perkembangan emosional terhadap anak anak pada usia 4 ½ tahun dan berlanjut pada usia 10 sampai 11 tahun

10. pantau dan dokumentasikan interaksi klien/ paangan dengan bayi. Catat adanya perilaku ikatan membuat kontak mata, menggunakan lara nada tinggi posisi lapan, nggil bayi dengan namanya, dan menggendong bayi dengan dekat. Tentukan latar

10. beberapa ibu atau ayah mengalami kasih sayang bermakna padaa pertama kali : selanjutnya mereka dikenalkan padabayi secara bertahap. Bayi dan orangtua yang tidak mengembangkan kedekatan postif berisiko terhadap penyiksaan fisik dan emosional .latar belakang budaya sering menentukan tipe

belakang keluarga	budaya	ikatan dan pengenalan
11. berikan rawat bersama / ruang fisik dari privasi untuk kontak diantara ibu ayah dan bayi		11.memudahkan kedekatan : membantu mengembangkan proses pengenalan
12.anjurkan pasangan untuk mengujungi dan menggendong bayi dan berpartisipasi pada aktivitas perawatan bayi sesuai izin, bila bayi tetap dirumah sakit untuk observasi atau prosedur prosedur , berikan nomer telepon ruang perawatan bayi khusus , ambil foto bayi untukpasangan		12.membantu meningkatkan ikatan dan mencegah perasaan putus asa. Menekankan realtias keadaan bayi
13. kaji kesiapan dan motivasi klien untuk belajar		13. banyak faktor mempengaruhi belajar invidu
14.berikan kesempatan pendidikan formal dan in formal ikuti dengan dengan strasi staf, n staf, dan videotape pendidikan untuk perawatan bayi, pemberian makanan bayi dan		14. membantu orang tua belajar dasar dasar perawatan bayi, mengingatkan diskusi dan pemecahan masalah bersaama, dan memberikan dukungan kelompok, bantu orangtua untuk menjadi lebih nyaman dan menambah keterampilan dan



---

menjadi orang tua      kenyamanan      dalam  
menangani      dan  
merawat bayi sebelum  
pulang

15. berikan klien mendemonstrasikan perilaku yang dipelajari berkenaan dengan pemberian makan bayi dan perawatan. Berikan informasi tertulis dan nomor telepon orang yang dapat dihubungi untuk dibawa klien pulang

15.membantu mengutkan program penyuluhan dan mencegah ansietas terhadap pertanyaan yang tidak terjawab, khususnya bila keluarga adalah bagian dari program pemulangan awal atau bila kelahiran dilakuka pada tempat kelahiran alternatif

16.lakukan hubungan telepon tindak lanjut atau kunjungan rumah oleh perawat primer, bila mungkin ada 1 minggu , dan pada minggu ke 4 samapai ke 6 pascapartum

16. beberapa pusat maternitas sekarang meliputi tidaklanjut tersebut , khususnya untuk remaja atau keluarga yang berisiko tinggi untuk masalah menjadi orangtua.

---

**Tabel 2.9**

**Intervensi koping invidual tidak efektif**

diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriterial hasil	Tindakan	Rasional
Koping invidual tdak efektif berhubungan dengan krisis maturasi dari kehamilan/mengasuh anak dan melaukan peran ibu dan menjadi orangtua kerentanan personal, ketidakadekuatan sistem pendukung ,persepsi tidak relalistis	kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengungkapkan ansietas dan respons</li> <li>- Mengidentifikasi kekuatan invidu dan kemampuan koiping pribadi</li> <li>- Mencari sumber sumber yang sesuai kebutuhan</li> </ul>	Mandiri : 1.kaji respon emosional klien selama prenatal dan perode pascapartum dan persepsi klien tentang penampilannya selama persalinan  2. anjurkan klien /pasangan tentang persepsi pengalaman kelhaim  3. kaji terhadap gejala depresi yang fana pada hari ke dua dan ke 3 pascapartum,menagis, kesedihan, konstansi yang buruk, dan depresi ringan atau berat, berikan asasi yang labil	1. terdapat hubungan langsung anantara penerimaan yang positif akan peran feminim dan keunikan fungsi feminim serta adptasi yang positif terhadap kelahiran anak. Mnjadi ibu dan menyusui. Selain itu, klien yang melepaskan anaknya menhadapi isu isu ini dalam konteks yang berbeda serta memberikan bagi keputusannya  2.mambantu klien/pasangan bekerja melalui poses dan memperjelas realtias dari pengalaman fantasi  3. sebanyak 80% ibu ibu mengalami depresi sementara atau perasaan emosi kecewa setelah melahirkan,mungkin berhubungan dengan faktor faktor genetik sosail atau lingkungan, atau respons endokrin fisiologis. Gejala

---

gejala ini biasanya teratasi secara spontan selama satu minggu atau setelah pulang. Untuk beberapa bagaimanapun, perasaan awal dari kekecewaan dapat digantikan dengan depresi berlebihan yang disebabkan oleh siklus ansietas, anoreksia, dan kelelahan yang berlebihan yang mulai segera setelah pulang

#### 4. evaluasi

kemampuan koping masa lalu klien, latar belakang, budaya sistem pendukung, dan rencana untuk bantuan dosmetik pada saat pulang

4. membantu dalam mengkaji kemampuan klien untuk mengatasi stres. Kemampuan untuk mengatasi secara positif juga dipengaruhi oleh reaksi ayah. Dukungan emosi dan fisik yang diberikan oleh keluarga besar atau bantuan dari rumah bantuan lainnya dapat memudahkan koping

5. berikan dukungn emosional dan bimbingan antisipasi untuk membantu klien mempelajari peran baru dan strategi untuk koping terhadap bayi baru lahr. Diskusikan respons emosional normal yang terjadi

5. keterampilan menjadi ibu /orangtua bukan cara insting tetapi harus dipelajari. Penanganan tidur terganggu dan pemenuhan kebutuhan bayi selama 24 jam mungkin sulit, dan strategi koping harus

setelah pulang	dikembangkan
6. evaluasi dan dokumentasikan interaksi klien bayi. Perhatikan adanya atau tidak adanya perilaku ikatan	6. ibu dan bayi sama sama berpartisipasi dalam proses kedekatan, dan keduanya haru mendapatkan respons penghargaan selama intraksi, maternal atau tidak adanya bukti perilaku maternal pada periode pascaprtum dapat menimbulkan akibat jangka panjang yang serius
7. anjurkan pengungkapkan perasaan rasa bersalah, kegagalan pribadi atau keraguan keraguan tentang kemampuan menjadi orangtua , khususnya bila keluarga berisiko tinggi terhadap masalahmasalah menjadi orangtua	7. mambantu pasangan mengevaluasi kekuatan area masalah secara realistis dan menganli kebutuhan terhadap bantuan profesional yang tepat
8. berikan kesempatan pada klien untuk meningkatkan ulang keputusan untuk melepaskan anak	8. setelah kelahiran, respons emosi normal di sertai dengan keptuasan sebelumnya untuk memberikan anak adopsi .klien mungkin mengalami konflik serta memerlukan dukungan yang tidak menghakimi untuk memudahkan koping pada saat ini.

**Tabel 2.10**

**Intervensi gangguan pada tidur**

diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriterial hasil	Tindakan	Rasional
Gangguan pada tidur berhubungan dengan respons hormonal dan psikologis (sangat gembira, ansietas), nyeri/ketidaknyamanan proses persalinan dan kelahiran melelahkan	<p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi penilaian untuk menakomodasi perubahan yang diperlukan dengan kebutuhan terhadap anggota keluarga baru</li> <li>- Melaporkan peningkatan rasa sejahtera dan istirahat</li> </ul>	<p>Mandiri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kaji tingkat kelelahan dan kebutuhan untuk istirahat. Catat lama persalinan dan jenis kelahiran</li> <li>2. kaji faktor faktor ,bila ada yang mempengaruhi istirahat.organisasikan perawatan untuk meminimalkan gangguan dan memberi istirahat sera periode tidur ekstra. Anjurkan untuk mengungkapkan pengalaman melahirkan .berikan lingkunganyang tenang</li> <li>3. berikan informasi tentang kebutuhan untuktidur/istirahat setelah kembali kerumah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.persalinan atau kelahiran yang lama dan sulit, khususnya bila ini terjadi malam , meningkatkan tingkat kelelahan</li> <li>2.membantu meningkatkan istirahat, tidur dan relaksasi dan menurunkan rangsang. Bila ibu tidak terpenuhi kebutuhan tidrunya, “lapar tidur dan dapat”terjadi. Memperpanjang proses perbaikan dari periode pascapartum</li> <li>3. rencana yang kreatif yang membolehkan untuk tidur dengan bayi lebih awal serta tidur siang membantu untuk memnuhi kebutuhan tubuh serta mengatasi kelelahan yg berlebihan</li> </ol>

4. berikan informasi tentang efek-efek kelelahan dan ansietas pada suplai ASI	4. kelelahan dapat mempengaruhi penilai psikologis, suplai, asi, dan penurunan refleks secara psikologis
5. kaji lingkungan rumah . bantuan dirumah dan adanya sibling dan anggota keluarga lain	5. multipara dengan anak dirumah memerlukan tidur lebih banyak dirumah sakit untuk mengatasi kekurangan tidur dan memenuhi kebutuhannya dan kebutuhan keluarganya.

**Tabel 2.11**

**Intervensi kurang pengetahuan mengenai perawatan diri**

diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriterial hasil	Tindakan	Rasional
Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan perawatan bayi berhubungan dan kurang pemajanan /mengingat , kesalahan interpretasi	kriteria hasil : - Menungkapkan masalah/kesalahan konsep, keraguan keraguan dalam atau ketidakadekuatan melakukan aktivitas ketidakteptan perilaku - Melakukan aktivitas /prosedur yang perlu dan menjelaskan alasan alasan untuk tindakan	Mandiri : 1. pastikan persepsi klien tentang persalinan dankelahiran, lamaa persalinan , dan tingkat kelelahan klien	1. terdapat hubungan antara lama persalinan dan kemampuan untuk melakukan tanggung jawab tugas dan aktifitas aktifitas perawatan diri/ perawatan bayi. Makin lama persalinan, makin negatif persepsi klien tentang kinerja persalinan, dan semakin lama hal tersebut membuat klien memikul tanggung jawab dan terhadap perawatan dan mensintesa informasi baru serta mempelajari peran peran baru
		2. kaji kesiapan klien dan motivasi untuk belajar. Bantu klien/ pasangan dalam	2. periode pascanatal dapat merupakan pengalaman postf bagi penyuluhan yang tepat dibeikan untuk membantu

<p>mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan</p>	<p>mengembangkan pertumbuhan ibu, maturasi dan kompetensi. Namun klien memerlukan waktu untuk bergerak dari fase “taking in ke taking hold”, dimana penerimaan dan kesiapannya ditingkatkan dan ia secara emosional dan secara fisik siap untuk belajar informasi baru untuk memudahkan pelaksanaan peran baru</p>
---	--

<p>3. mulai rencana penyuluhan tertulis dengan menggunakan format yang distandarisasi atau ceklis. Dokumentasikan informasi yang diberikan oleh respons klien.</p>	<p>3.membantu menstandirsasikan informasi yang diterima orangtua dari anggota staf, dan menurunkan kebingungan klien yang disebabkan oleh diseminasi dari masukkan atau informasi yang bertentangan</p>
--	---

<p>4. berikan informasi tentang peran program latihan pascapartum progresif</p>	<p>4.latihan membantu tonus otot, meningkatkan sirkulasi ,menghasilkan tubuh yang seimbang, dan meningkatkan persaan sejahtera secara umum</p>
---	--

<p>5. berikan informasi tentang perawatan diri ,termasuk perawatan perineal dan hygiene,perubahan fisiologis, termasuk kemajuan normal dari rabas lokia , kebutuhan untuk tidur dan</p>	<p>5. membantu mencegah infeksi, mempercepat pemulihan dan penyembuhan ,an peran pada adaptasi yang positif dari perubahan fisik dan emosional</p>
---	--

---

istirahat ,perubahan peran, dan perubahan emosional. Biarkan klien mendemonstrasikan materi yng dipelajari, bila diperl ukan

6.diskusikan kebutuhan seksualitas dan rencana untuk kontrasepsi .berikan informasi tentang ketersediaan metoda, termasuk keuntungan dan kerugian

7. berikan penguatan pentingnyapemeriksaan pascapartum miingguke 6 dengan pemberian perawatan kesehatan

8.indentifikasi masalah masalah potensial yang memerlukan evaluasi dokter sebelum jadwal kunjungan minggu ke 6

9.diskusikan perubahan fisik dan psikologis yang normal dan kebutuhan kebutuhan yang berkeenaan dengan periode pascapartum

6.pasangan mungkin memerlukan kejelasan mengenai ketersediaan metoda kontasepsi di kenytaan bahwa kehamilan dapat terjadi bahkan sebelum kunjungan minggu ke 6

7. kunjungan tidak lanjut untukmengevaluasipemulihan organ reproduksi, penyembuhan insisi/perbaikan episoomi, kesejahteraan umum, dan adaptasi terhadap perubahan hidup

8. intervensi lanjut atau tindakann mungkin diperlukan sebelum kunjungan minggu ke 6 untuk mencegah atau meminimlakan potensial kompilkasi

9. status emosional klien mungkin kadang kadang labil pada saat ini dan seering dipengaruhi oleh kesejahteraan fisik. Antisipasi perubahan dapat mnrunkan stres berkenaan dengan periode transisi ini yangmemerlukan peran baru yang dipelajari dan melaksanakan tanggung jawab baru

10.meningkatkan