

**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 :

NADIA FAJRIA NURAGNIA

AKX.15.119



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2018**

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Nadia Fajria Nuragnia
NPM : AKX.15.119
Program Studi : DIII Keperawatan
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 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, 2 Agustus 2018

Yang Membuat Pernyataan



Nadia Fajria Nuragnia

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

NADIA FAJRIA NURAGNIA

AKX.15.119

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI

Bandung, Agustus 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



Ade Tika Herawati, M.Kep
NIP : 10107069

Pembimbing Pendamping



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

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

Nama : NADIA FAJRIA NURAGNIA

NIM : AKX.15.119

Telah Diuji

Pada tanggal, 15 Agustus 2018

Panitia Penguji

Ketua : Ade Tika Herawati, M.Kep
(Pembimbing Utama)

Paraf/TTD



Anggota :

1. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners
(Penguji 1)
2. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
(Penguji 2)
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIP: 101070641

ABSTRAK

Latar Belakang: Post Partum adalah masa 6-8 minggu setelah melahirkan saat alat reproduksi kembali ke normal seperti sebelum hamil. Data yang di dapat dari rekam medis di RSUD dr. Slamet Garut periode Januari 2017 sampai September 2017 di ruangan Nifas didapat hasil bahwa ada 1.862 (64,8%) persalinan normal dari 2.872 persalinan. Masalah yang dialami ibu salah satunya adalah nyeri perineum. Nyeri di sebabkan adanya luka episiotomi yang di dapat pasca persalinan yang berdampak pada aktivitas ibu post partum. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode:** Studi kasus yaitu mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data mendalam dan menyertakan 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, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dan kasus 2 belum teratasi pada hari pertama. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut dikarenakan adanya luka episiotomi pasca persalinan. Adapun perbedaan hasil dari intervensi yang di lakukan pada hari pertama dengan hasil pada klien satu nyeri berkurang sedangkan pada klien dua nyeri tidak berkurang. Penulis menyarankan pihak rumah sakit agar meningkatkan standar pelayanan dalam pemberian asuhan keperawatan, khususnya keterlibatan dalam pelaksanaan perawatan untuk menurunkan nyeri pada klien dan pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru terutama mengenai post partum dan nyeri sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa.

Kata Kunci : Post Partum , Nyeri Akut, Asuhan keperawatan
Daftar Pustaka : 11 Buku (2001-2014), 1 Jurnal (2010)

ABSTRACT

*Background: Post Partum is a period of 6-8 weeks after delivery during normal breathing apparatus before pregnancy. results that can be obtained from medical records at Dr. Slamet Garut Hospital Period from January 2017 to September 2017 in the postpartum room obtained results that there are about 1862 (64,8%) normal deliveries of 2,872 deliveries. Problems that occur in the mother is a symptom on the perineum. Pain is caused by an episiotomy injury in which the postpartum mother may be complicated in postpartum mother activity. **Purpose:** To gain experience in nursing care on the post partum clients with the acute pain problems. **Method:** A case study is to explore a problem with detailed limitations, take in depth data collection and included various sources of information. that explored a problem in detailed constraints, had deep data retrieval, and included various sources of information. **Result:** : The study was conducted toward 2 spontaneous postpartum clients with the acute pain. After the intervension given during the nursing care, the acute pain in both the case 1 and the case 2 could not be resolved on the first day. **Discussion:** The both clients experienced the acute pain caused by the episiotomy injury during labor. After the first day intervention, the pain experienced by the client 1 was decreased, while the pain experienced by the client 2 was not decreased. The writer suggests that the hospital improves the service standard in the nursing care especially in the implementation of the pain relief treatment. In addition, the writer also expects that the institution of education always provides the updated literatures particularly about post partum and its pain; as a result, it can improve the students knowledge.*

Keyword : Post Partum, Acute Pain, Nursing Care
Bibliography : 11 book (2001-20014)s, 1 Journal (2010)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG ZADE RSUD DR.SLAMET GARUT”** dengan sebaik-baiknya.

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

Penyusunan karya tulis ini tidak pernah berdiri sendiri, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah turut serta membantu proses hingga terwujudnya harapan dan tujuan penulis dengan baik, ucapan terima kasih ini penulis sampaikan yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.

3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung sekaligus Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini .
4. Ade Tika Herawati, M.Kep. selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Dr. H. Maskut Farid MM. Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
6. Citra, selaku CI Ruang Zade yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Dr. Slamet Garut.
7. Untuk kedua orangtua tercinta serta seluruh anggota keluarga yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
8. Untuk Ania Aprilia, Anggun Pranata, Ernawati, Watini, Sri Fujianti, Kartika yang telah memberikan dorongan semangat, dukungan dengan tulus serta selalu ada untuk penulis.
9. Untuk teman - teman seperjuangan angkatan 2015 D III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, 2 Agustus 2018

PENULIS

DAFTAR ISI

	Halaman
SURAT PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Anatomi Fisiologis	6
2.2 Konsep Persalinan	11
2.2.1 Definisi Persalinan.....	11
2.2.2 Tahapan Persalinan	11
2.3 Konsep Post Partum	13
2.3.1 Definisi Post Partum	13
2.3.2 Manifestasi Post partum	13
2.3.3 Tahapan Post Partum	14
2.3.4 Adaptasi Fisiologis Post Partum	15
2.3.5 Adaptasi Psikologis Dalam Masa Post Partum	21

2.3.6	Patofisiologi	23
2.3.7	Pathway	25
2.4	Konsep Nyeri	26
2.4.1	Definisi	26
2.4.2	Jenis Nyeri	26
2.4.3	Faktor yang mempengaruhi nyeri	27
2.5	Konsep Asuhan Keperawatan Post partum	29
2.5.1	Pengkajian	29
2.5.2	Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post partum	38
2.5.3	Rencana Keperawatan	39
2.5.4	Implementasi Keperawatan	57
2.5.5	Evaluasi Keperawatan	58
BAB III METODE PENELITIAN		
3.1	Desain Penelitian	59
3.2	Batasan Istilah	59
3.3	Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian	60
3.4	Lokasi Penelitian	60
3.5	Waktu Penelitian	60
3.6	Pengumpulan Data	61
3.7	Uji Keabsahan Data	62
3.8	Analisis Data	62
3.9	Etik Penulisan KTI	63
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1	Hasil	
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	66
4.1.2	Pengkajian	67
4.1.3	Analisa Data	78
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	80
4.1.5	Perencanaan	82
4.1.6	Implementasi	84
4.1.7	Evaluasi	87

4.2	Pembahasan	
4.2.1	Pengkajian	88
4.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	89
4.2.3	Perencanaan	95
4.2.4	Implementasi	98
4.2.5	Evaluasi	99

BAB V SARAN DAN KESIMPULAN

5.1	Kesimpulan	101
5.2	Saran	103

Daftar Pustaka	105
----------------------	-----

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alat Kandungan Luar	9
Gambar 2.2 Alat Kandungan Dalam.....	11
Gambar 2.3 Skala Nyeri	31

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skoring REEDA.....	36
Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut.....	40
Tabel 2.3 Intervensi Resiko Infeksi	41
Tabel 2.4 Intervensi Resiko Kekurangan Volume Cairan	43
Tabel 2.5 Intervensi Perubahan Eliminasi Urine	44
Tabel 2.6 Intervensi Konstipasi.....	47
Tabel 2.7 Intervensi Perubahan Menjadi Orangtua.....	48
Tabel 2.8 Intervensi Potensial Perubahan Koping	49
Tabel 2.9 Intervensi Gangguan Pola Tidur	50
Tabel 2.10 Intervensi Kurang Pengetahuan Mengenai Perawatan Diri	52
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Tinggi Terhadap Cedera	54
Tabel 4.1 Identitas Klien	67
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	67
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi	68
Tabel 4.4 Riwayat Obstetri	68
Tabel 4.5 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	69
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik	70
Tabel 4.7 Data Psikologis	75
Tabel 4.8 Data Sosial	76
Tabel 4.9 Kebutuhan Bounding Attachment.....	76
Tabel 4.10 Kebutuhan Pemenuhan Seksual	76
Tabel 4.11 Data Spiritual	76
Tabel 4.12 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri	77

Tabel 4.13 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	77
Tabel 4.14 Program dan Rencana Pengobatan.....	77
Tabel 4.15 Analisa Data.....	78
Tabel 4.16 Diagnosa Keperawatan	80
Tabel 4.17 Perencanaan	82
Tabel 4.18 Implementasi.....	84
Tabel 4.19 Evaluasi.....	87

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Post Partum	25
-------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

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

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan ibu dan anak merupakan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan. Penilaian status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting untuk dilakukan. Dari dahulu hingga sekarang ini masalah kesehatan ibu dan anak masih kurang diperhatikan yang dipengaruhi oleh beberapa faktor tertentu, situasi, dan kondisinya (Kemenkes RI, 2015). Terutama kesehatan pada saat ibu pasca bersalin atau masa post partum. Asuhan keperawatan post partum diperlukan untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak.

Post partum merupakan suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya “periode” ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu. (Cunningham, F, et al, 2013) . Post partum atau masa nifas merupakan masa yang rawan bagi ibu, sekitar 60% kematian ibu terjadi setelah melahirkan dan hampir 50% dari kematian pada masa nifas terjadi pada 24 jam pertama setelah persalinan, diantaranya disebabkan oleh adanya komplikasi masa nifas. (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Menurut data *World Health Organization* (WHO), sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di

negara-negara berkembang. Pada tahun 2015, WHO memperkirakan di seluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 ibu hamil meninggal saat hamil atau bersalin (Kemenkes RI, 2015).

Data yang di dapat pada tahun 2013 di Provinsi Jawa Barat bahwa angka Kematian ibu yaitu sekitar 83/100.000 kelahiran hidup. Sedangkan menurut data Kementrian Kesehatan pada tahun 2015 Angka Kematian Ibu (AKI) akibat persalinan di Indonesia yaitu 305 /100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan data yang di dapat dari rekam medis di RSUD Dr. Slamet Garut periode Januari 2017 sampai September 2017 di ruangan Nifas didapatkan hasil ada 64,8 % persalinan dari 2.872 persalinan . Jumlahnya yaitu ada sekitar 1.862 persalinan normal.

Berbagai masalah sering dirasakan oleh ibu pasca persalinan. Masalah yang sering muncul pada ibu post partum adalah adanya resiko infeksi, konstipasi, kecemasan, perubahan peran dan nyeri perineum. Salah satu masalah yang dialami ibu post partum adalah nyeri pada perineum. Nyeri biasanya di sebabkan oleh adanya luka episiotomi yang di dapat ibu pasca persalinan. Pada tahun 2013 di dapat bahwa dari total 1951 kelahiran spontan pervaginam ada sekitar 28% di lakukan episiotomi. (Depkes RI, 2013).

Menurut Oliviera (2013) nyeri episiotomi ini sangat mengganggu kenyamanan ibu post partum. Nyeri ini berdampak sangat kompleks pada ibu post partum antara lain terhambatnya mobilisasi dini, terhambatnya laktasi, terhambat proses *bonding*

attachment, perasaan lelah, kecemasan gangguan pola tidur dan bahkan bila nyeri berkepanjangan akan meningkatkan risiko *post partum blues* (Rohmah, 2011).

Peran perawat yaitu diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif terdiri dari biologis, psikologis, sosial dan spriritual terutama dalam penanganan nyeri ibu post partum. Asuhan keperawatan tersebut dilakukan dengan melakukan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan dan evaluasi (Dermawan Deden, 2012)

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan melalui penuyusunan 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”

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

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

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

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

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

b. Bagi Rumah Sakit

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

c. Bagi Institusi Pendidikan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Fisiologis

Organ reproduksi perempuan terbagi atas organ genitalia Interna dan organ genitalia eksterna. Organ genitalia interna terletak di dalam rongga pelvis, dan genitalia eksterna yang terletak di perineum . Organ genitalia eksterna adalah bagian untuk sanggama, sedangkan organ genitalia interna adalah bagian untuk ovulasi, tempat pembuahan sel telur, transportasi blastokis, implantasi, dan tumbuh kembang janin.

1. Struktur Eksterna

a. Mons pubis

Disebut juga gunung venus merupakan bagian yang menonjol di bagian depan simfisis terdiri dari jaringan lemak dan sedikit jaringan ikat setelah dewasa tertutup oleh rambut yang bentuknya segitiga. Mons pubis mengandung banyak kelenjar sebacea (minyak) berfungsi sebagai bantal pada waktu melakukan hubungan seks.

b. Bibir besar (Labia mayora)

Merupakan kelanjutan dari mons veneris berbentuk lonjong, panjang labia mayora 7-8 cm, lebar 2-3 cm dan agak meruncing pada ujung bawah. Kedua bibir ini dibagian bawah bertemu membentuk perineum

c. Bibir kecil (labia minora)

Merupakan lipatan kulit yang panjang, sempit, terletak dibagian dalam bibir besar (labia mayora) tanpa rambut yang memanjang kearah bawah klitoris dan menyatu dengan fourchette, sementara bagian lateral dan anterior labia biasanya mengandung pigmen, permukaan medial labia minora sama dengan mukosa vagina yaitu merah muda dan basah.

d. Klitoris

Merupakan bagian penting alat reproduksi luar yang bersifat erektil, dan letaknya dekat ujung superior vulva. Organ ini mengandung banyak pembuluh darah dan serat saraf sensoris sehingga sangat sensitive analog dengan penis laki-laki. Fungsi utama klitoris adalah menstimulasi dan meningkatkan ketegangan seksual.

e. Vestibulum

Merupakan alat reproduksi bagian luar yang berbentuk seperti perahu atau lonjong, terletak di antara labia minora, klitoris dan fourchette. Vestibulum terdiri dari muara uretra, kelenjar parauretra, vagina dan kelenjar paravagina. Permukaan vestibulum yang tipis dan agak berlendir mudah teriritasi oleh bahan kimia, panas, dan friksi.

f. Perinium

Merupakan daerah muskular yang ditutupi kulit antara introitus vagina dan anus. Perinium membentuk dasar badan perinium.

g. Kelenjar Bartholin

Kelenjar penting di daerah vulva dan vagina yang bersifat rapuh dan mudah robek. Pada saat hubungan seks pengeluaran lendir meningkat.

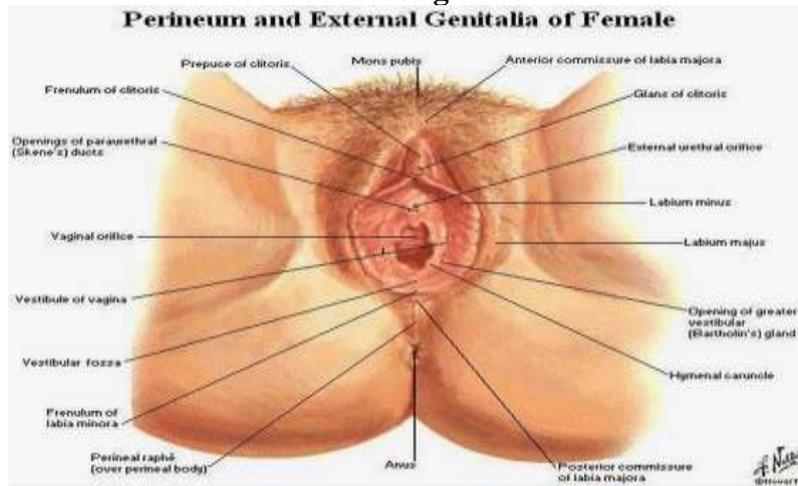
h. Himen (Selaput dara)

Merupakan jaringan yang menutupi lubang vagina bersifat rapuh dan mudah robek, himen ini berlubang sehingga menjadi saluran dari lendir yang di keluarkan uterus dan darah saat menstruasi.

i. Fourchette

Merupakan lipatan jaringan transversal yang pipih dan tipis, terletak pada pertemuan ujung bawah labia mayoradan labia minora. Di garis tengah berada di bawah orifisium vagina. Suatu cekungan kecil dan fosa navikularis terletak di antara fourchette dan himen.

Gambar 2.1
Alat Kandungan Luar



Sumber: Dewi & Sunarsih, 2011

2. Struktur Interna

a. Vagina

Vagina adalah suatu tuba berdinding tipis yang dapat melipat dan mampu meregang secara luas karena tonjolan serviks ke bagian atas vagina. Panjang dinding anterior vagina hanya sekitar 9 cm,10 sedangkan panjang dinding posterior 11 cm. Vagina terletak di depan rectum dan di belakang kandung kemih. Vagina merupakan saluran muskulo-membraneus yang menghubungkan rahim dengan vulva. Fungsi utama vagina yaitu sebagai saluran untuk mengeluarkan lendir uterus dan darah menstruasi, alat hubungan seks dan jalan lahir pada waktu persalinan.

b. Uterus

Merupakan jaringan otot yang kuat, ber dinding tebal, muskular, pipih, cekung dan tampak seperti bola lampu / buah peer terbalik yang terletak di pelvis minor di antara kandung kemih dan rectum. Uterus normal memiliki bentuk simetris, nyeri bila ditekan, licin dan teraba padat.

c. Tuba Fallopi

Tuba fallopi merupakan saluran ovum yang terentang antara kornu uterine hingga suatu tempat dekat ovarium dan merupakan jalan ovum mencapai rongga uterus.

d. Ovarium

Ovarium berfungsi dalam pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum, ovulasi, sintesis, dan sekresi hormon – hormon steroid Letak: Ovarium ke arah uterus bergantung pada ligamentum infundibulo pelvikum dan melekat pada ligamentum latum melalui mesovarium.

e. Parametrium

Parametrium adalah jaringan ikat yang terdapat di antara ke dua lembar ligamentum latum.

(Dewi & Sunarsih, 2011)

kala pembukaan berlangsung dari mulai adanya pembukaan sampai pembukaan lengkap. (Indrayani & Unaria. 2013)

b. Kala II

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi.

Kala dua disebut juga dengan kala pengeluaran bayi. (Indrayani & Unaria. 2013)

c. Kala III

Kala tiga persalinan disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga dan empat persalinan merupakan kelanjutan dari kala satu (kala pembukaan) dan kala dua (kala pengeluaran bayi) persalinan. Kala III persalinan disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta (Indrayani & Unaria, 2013)

d. Kala IV

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

2.3 Konsep Post partum

2.3.1 Definisi Post Partum

Puerperium berasal dari bahasa Latin, yaitu *puer*, artinya bayi, dan *parous*, artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan, yang berlangsung kurang lebih 6 minggu (Siti Saleha, 2009).

Periode masa post partum selama 6-8 minggu setelah persalinan, proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil atau tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologis dan psikologis karena proses persalinan (Sulistiyawati, 2009)

Post Partum adalah masa 6-8 minggu setelah melahirkan yaitu saat alat reproduksi kembali ke normal seperti saat sebelum hamil.

2.3.2 Manifestasi Post partum

Gejala klinis yang mungkin terjadi adalah

Kehilangan darah dalam jumlah banyak (500 ml), nadi lemah, haus, pucat, lochea warna merah, gelisah, letih, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin, dapat pula terjadi syok hemorogik

Menurut Indrayani dan Unaria, (2013) post partus di tandai oleh :

1. Sistem reproduksi

Uterus di tandai dengan kembalinya uterus ke kondisi normal setelah hamil. Keluarnya lochea, komposisi jaringan endometrial, darah dan limfe.

2. Siklus menstruasi

Siklus menstruasi akan mengalami perubahan saat ibu mulai menyusui.

3. Servik

Setelah lahir servik akan mengalami edema, bentuk distensi untuk beberapa hari, struktur interna akan kembali setelah 2 minggu.

4. Vagina

Nampak berugae kembali pada 3 minggu.

5. Perineum

Akan terdapat robekan jika dilakukan episiotomi yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu.

6. Payudara

Payudara akan membesar karena vaskularisasi dan engorgemen (bengkak karena peningkatan prolaktin).

2.3.3 Tahapan-tahapan post partum

- a. Peurperium dini (immediate Peurperium) : Waktu 0-24 jam post partum, yaitu masa pemulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

- b. *Peurperium intermedial (early Peurperium)*: waktu 1-7 hari post partum yaitu, masa kepulihan menyeluruh dari prgan-organ reproduksi selama kurang lebih 6-8 minggu
- c. *Remote Peurperium (later Peurperium)* : waktu sampai 6 minggu poat partum. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu apabila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

(Bobak, 2005)

2.3.4 Adaptasi Fisiologis Post Partum

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Uterus

a) Pengerutan Rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati). Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan paldapasi untuk meraba dimana TFUnya (tinggi fundus uteri).

b) Lochia

Lochia adalah ekskresi cairan rahim selama masa post partum. Lochia mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus, berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap

wanita, lochia yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochia dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

(1) Lochia rubra/merah

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

(2) Lochia sanguinolenta

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

(3) Lochia serosa

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

(4) Lochia alba/putih

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

c) 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..

2) 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.

3) 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.

4) 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.

b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. Perubahan Sistem Endokrin

1) Hormon Plasenta

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

2) 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.

3) Hipotalamik Pituitary Ovarium

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

f. 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*). Pada persalinan pervaginam akan mengalami kenaikan hematokrit.

g. Perubahan Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental. Leukositosis yang meningkat dimana sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari dari masa postpartum. Jumlah 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.

h. 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

2.3.5 Adaptasi Psikologis Dalam Masa Post Partum

a. Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Post partum

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase berikut:

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.

4) Postpartum Blues

Postpartum blues atau sering juga disebut *maternity blues* atau sindrom ibu baru, dimengerti sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan pada minggu pertama setelah persalinan yang ditandai dengan gejala-gejala seperti reaksi depresi/sedih/disforia, sering menangis, mudah tersinggung,

cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, mudah sedih. Puncak dari *postpartum blues* ini 3-5 hari setelah melahirkan dan berlangsung dari beberapa hari sampai 2 minggu (Dewi & Sunarsih, 2011).

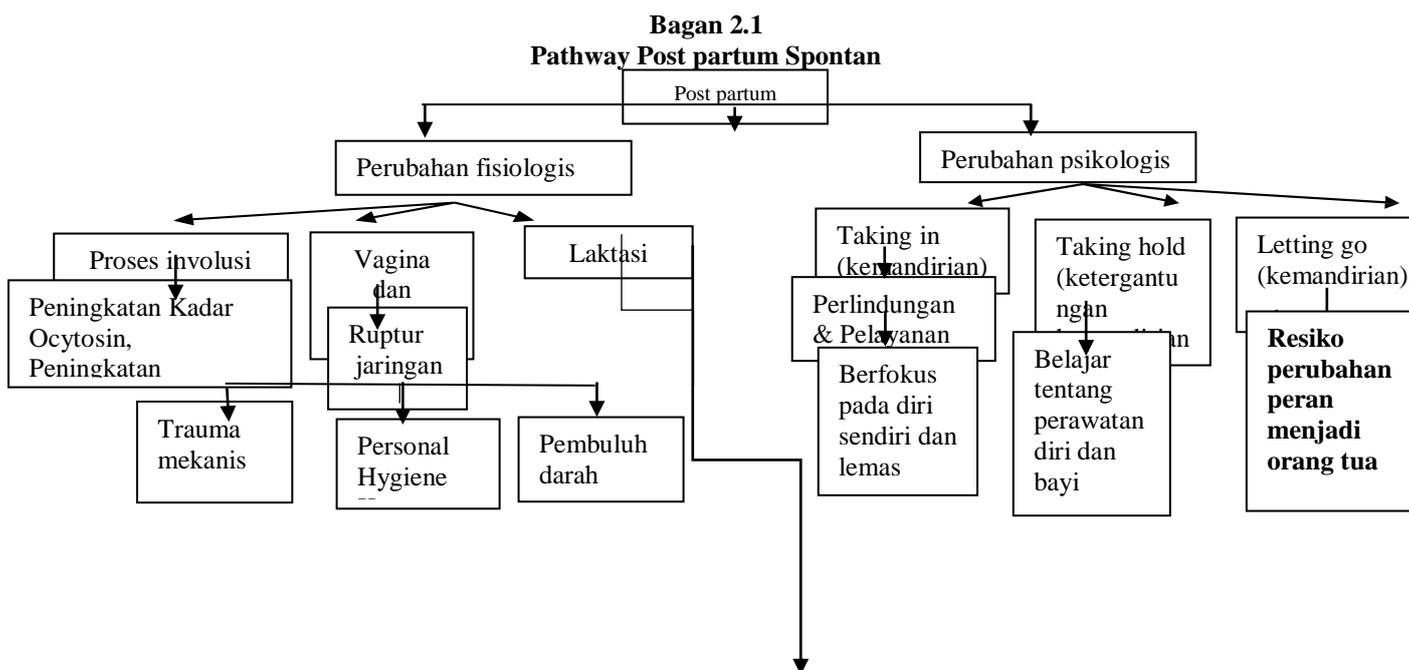
2.3.6 Patofisiologi

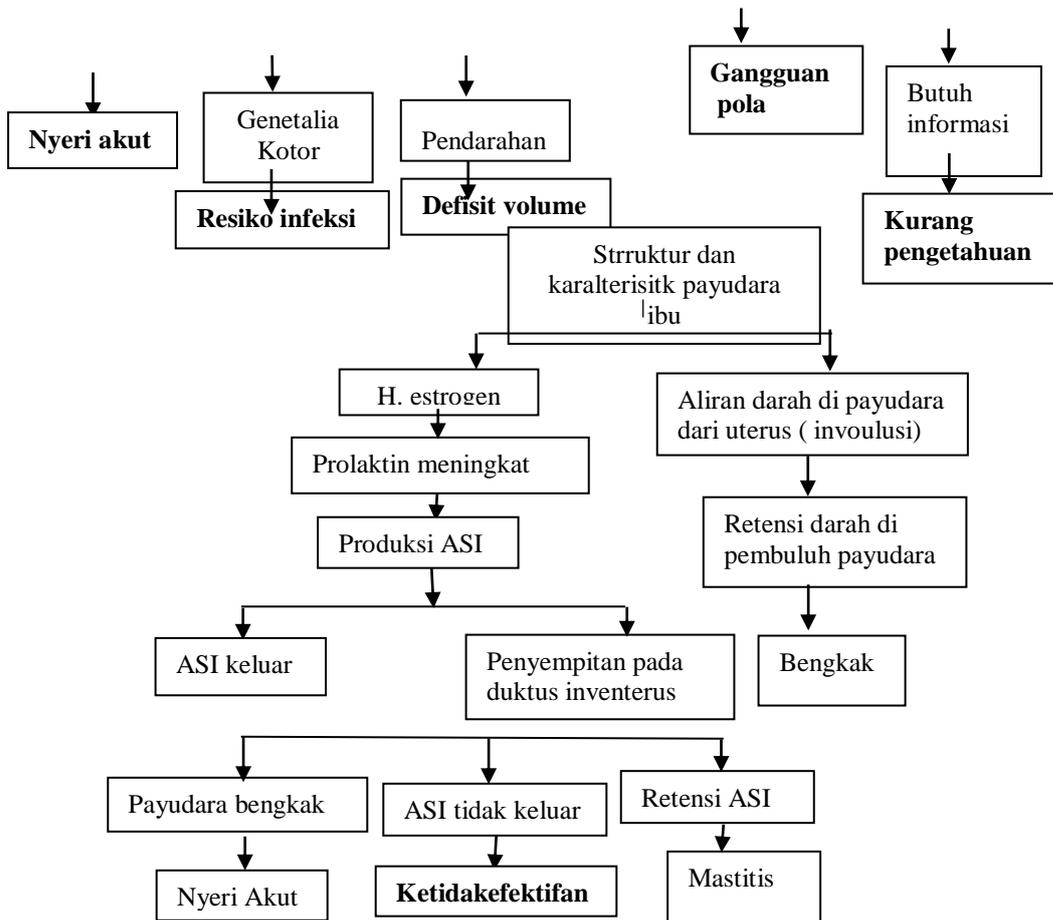
Pada kasus post partus spontan akan terjadi perubahan fisiologis dan psikologis ,pada perubahan fisiologis terjadi proses involusi menyebabkan terjadi peningkatan kadar ocytosis , peningkatan kontraks uterus sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut, dan perubahan pada vagina dan perinium terjadi ruptur jaringan terjadi trauma mekanis ,personal hygiene yang kurang baik ,pembuluh darah rusak menyebabkan genetalia menjadi kotor dan terjadi juga perdarahan sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi . perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara.

Laktasi di pengaruhi oleh hormon estrogen dan peningkatan prolaktin, sehingga terjadi pembentukan asi, tetapi terkadang terjadi juga aliran darah dipayudara berurai dari uterus (involusi) dan retensi darah di pembuluh payudara maka akan terjadi bengkak dan penyempitan pada duktus intiverus. Sehingga asi tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif.

Pada perubahan psikologis akan muncul *taking in* (ketergantungan), *taking hold* (ketergantungan kemandirian), *leting go* (kemandirian). pada perubahan *taking in* pasien akan membutuhkan perlindungan dan pelayanan, ibu akan cenderung berfokus pada diri sendiri dan lemas, sehingga muncul masalah keperawatan gangguan pola tidur, pada fase *taking hold* pasien akan belajar mengenai perawatan diri dan bayi dan akan cenderung butuh informasi karena mengalami perubahan kondisi tubuh sehingga muncul masalah keperawatan kurang pengetahuan. *Leting go* ibu akan mulai mengalami perubahan peran, sehingga akan muncul masalah keperawatan resiko perubahan peran menjadi orang tua

2.3.7 Pathway





Sumber: Amin Hadi, 2014

2.4 Konsep Nyeri

2.4.1 Definisi

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

2.4.2 Jenis Nyeri

1. Nyeri akut

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

2. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih, meski enam bulan merupakan suatu periode yang dapat berubah untuk membedakan anatara nyeri akut dan nyeri kronis.

2.4.3 Faktor yang mempengaruhi nyeri

1. Pengalaman

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

2. Ansietas

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

3. Budaya

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

4. Usia

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

5. Makna nyeri

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

6. Perhatian

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

7. Keletihan

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

8. Pengalaman

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

9. Gaya coping

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

10. Dukungan sosial dan keluarga

Klien dari kelompok sosiobudaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang, tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri, klien yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum

2.5.1 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 gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0-5.

Selain itu cara untuk penilaian nyeri dapat pula dengan menggunakan verbal descriptor scale (VDS), numerical rating scales (NRS), dan visual analog scale (VAS).

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

T= Timing

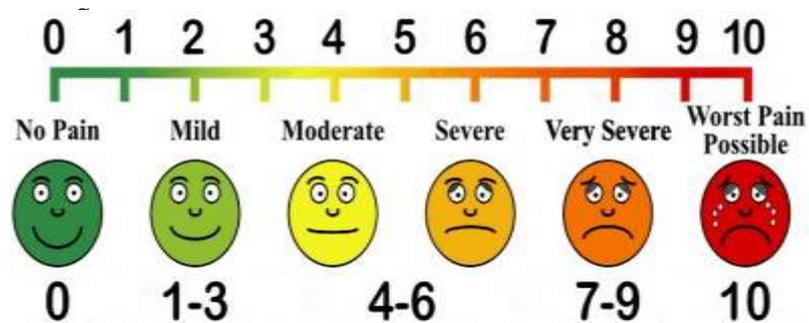
Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut.

Gambar 2.3 Skala Nyeri

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetri (Sulistiyawati, 2009)

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi



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

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

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

c) Riwayat keluarga berencana

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

2) Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

b) Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksa 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 beberapa 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 post partum dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada post partum sebelumnya.

f) Riwayat post partum 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
(Sulistyawati, 2009)

1) Pola nutrisi

Mencakup makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi.

2) Pola eliminasi

Mencakup 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.

3) Pola istirahat dan tidur

Pada ibu dengan post partum pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas.

4) 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 spontan biasanya kesadaran composmentis (kesadaran maksimal), dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

b) Tanda-tanda vital

1. Tekanan darah:

Hipotensi: Penurunan tekanan darah 15-20 mmHg di bawah level normal mengindikasikan kehilangan darah berlebih saat persalinan dan syok hipovolemia

2. Temperatur: dua kali observasi peningkatan temperatur diatas 38°C setelah 24 jam pertama persalinan kemungkinan infeksi

3. Pernafasan: Takipnea-

Rata-rata pernafasan di atas 24x/menit diperkirakan kehilangan darah berlebih atau syok

hipovolemia, infeksi dan demam, nyeri atau perburukan pernafasan sehubungan dengan emboli paru atau edema paru

4. Nadi:

Takikardia- nadi rata-rata di atas 90-100x/menir pada istirahat bisa mengindikasikan kehilangan darah berlebih atau syok hipovolemia, demam, infeksi dan nyeri.

c) Wajah

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

d) Payudara

Panas, kemerahan, nyeri dan pembengkakan daerah pembengkakan daerah payudara yang mengindikasikan mastitis. Beberapa ibu akan mengalami kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara.

e) Abdomen

Pada hari pertama, tinggu fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma.

f) Genetalia

Melihat kondisi perenieum dengan teknik REEDA, 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.

Tabel 2.1
Skoring REEDA

Point	Redness	Edema	Ecchymosis	Discharge	Approximation
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak	Sudah menutup
1	Bilateral dalam 0,25 cm dari insisi	< 1 cm dari insisi	1-2 cm dari insisi	Serum	< 3 mm
2	Bilateral dalam 0,5 cm dari insisi	1-2 cm dari insisi	Bilateral: 0,25-1 cm atau Unilateral: 0,5 cm- 2cm	serosa	Kulit, jaringan sub kutan masih terpisah
3	Bilateral lebih 0,5 cm dari insisi	>2cm dari insisi	Bilateral: Lebih dari 1 cm atau unilateral: lebih dari 2cm	Darah atau purulent	Kulit, jaringan sub kutan dan jaraingan fascial masih terpisah

Scoring REEDA: semakin kecil penyembuhan semakin baik

< 3 = Baik, > 3 = kurang baik

g) Anus

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

h) Ekstremitas

Adaptasi sistem musculoskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa post partum. 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.

i) Data psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami *baby blues* (Reeder, 2009).

j) 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

2.5.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Diagnosa keperawatan dalam buku Dongoes "Rencana Asuhan keperawatan Maternal/bayi. 2001" menyebutkan bahwa diagnosa yang muncul pada klien dengan post partum adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma mekanis, proses involusi, dan luka episiotomi.
2. Resiko tinggi Infeksi dengan trauma jaringan atau kerusakan kulit, dan prosedur invasive.
3. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan berlebihan (muntah, diaforesis, peningkatan haluaran urine dan hemoragi.
4. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan trauma mekanis dan edema jaringan.

5. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot dan adanya nyeri perineal/rectal.
6. Resiko terhadap perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan kurangnya dukungan dari orang terdekat, tidak tersedianya model peran.
7. Potensial terhadap perubahan koping keluarga berhubungan dengan kecukupan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan individu dan tugas-tugas adaptasi.
8. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri atau ketidaknyamanan, proses persalinan dan kelahiran melelahkan.
9. Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat dan kesalahan interpretasi.
10. Risiko Tinggi terhadap Cedera berhubungan dengan Biokimia, fungsi regulator (misalnya hipotensi ortostatik, terjadinya HKK atau

2.5.3 Rencana Keperawatan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan atau rencana keperawatan, yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan post

partum berdasarkan teori dari buku Mariilyn E. Dongoes,
 "Rencana Asuhan Keperawatan Maternal/bayi adalah
 sebagai berikut

1) Nyeri akut berhubungan dengan trauma mekanis, proses involusi
 dan luka episiotomi

Tabel 2.2
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Nyeri berhubungan dengan trauma mekanis, proses involusi dan luka episiotomi	Kriteria Hasil: 1. lien mengungkapkan rasa nyeri berkurang 2. edaan umum baik dan kluen rileks 3. lien mampu menerapkan intervensi khusus untuk mengatasi ketidaknyamanan	1. Kaji tingkat kenyamanan. Tentukan adanya lokasi dan sifat ketidaknyamanan	1. Nyeri dan ketidaknyamanan sangat individu l,diperlukan pengkajian agar intervensinya tepat.
		2. Inspeksi perbaikan perineum dan episiotomi. Perhatikan edema, ekimosis, nyeri tekan local	2. Dapat menunjukkan trauma berlebihan pada jaringan perineal atau terjadi komplikasi yang memerlukan evaluasi/intervensi lanjut
		3. Kaji kontraksi uterus, konsistensi dan frekuensi after paint.	3. Kontraksi uterus kuat, teratur, berlangsung 2-3 hari makin lama makin menurun. Faktor-faktor yang memperberat after paint meliputi
		4. Inspeksi payudara dan jaringan putting, kaji adanya pembesaran dan/atau putting pecah-pecah	4. Pembesaran payudara, nyeri tekan puting, atau adanya pecah-pecah pada putting dapat terjadi hari ke 2 sampai ke 3 post partum
		5. Anjurkan klien menggunakan teknik relaksasi atau nafas dalam bila nyeri timbul	5. Dapat me ingkatkan relaksasi dan membantu mengontrol nyeri
			6. Meningkatkan

6.	Berikan kompres panas lembab (misalnya, rendam duduk/bak mandi) diantara 100° dan 105°F (38,0° sampai 43,2°C) selama 20 menit, 3 sampai 4 kali sehari, setelah 24 jam pertama	sirkulasi pada perineum, meningkatkan oksigenasi dan nutrisi pada jaringan, menurunkan edema dan meningkatkan penyembuhan
7.	Berikan lingkungan yang tenang.	7. Ketenangan dan istirahat dapat mencegah kelelahan yang tidak perlu
8.	Berikan analgesik sesuai kebutuhan	8. Analgetik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untuk persepsi nyeri

2) Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dan/atau kerusakan kulit, penurunan Hb, prosedur invasif dan/atau peningkatan pewajanan lingkungan, ruptur ketuban lama, malnutrisi

Tabel 2.3
Intervensi Resiko infeksi

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dan/atau kerusakan kulit, penurunan Hb, prosedur invasif dan/atau peningkatan pewajanan lingkungan, ruptur ketuban lama, malnutrisi	Kriteria hasil : a. Klien bebas dari infeksi b. Luka bebas dari drainase purulen.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji catatan prenatal dan intrapartal, perhatikan frekuensi pemeriksaan vagina dan komplikasi seperti persalinan lama, hemoragi, dan tertahannya plasenta. 2. Pantau suhu, nadi dengan rutin, catat tanda-tanda menggigil, anoreksia dan malaise 3. Kaji lokasi fundus dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu mengidentifikasi faktor-faktor resiko yang dapat menyebabkan infeksi. 2. Peningkatan suhu sampai 38,0°C dalam 24 jam pertama menandakan infeksi 3. Fundus yang pada awalnya 2 cm dibawah umbilicus, meningkat 1-2

kontraktilitas uterus, perhatikan perubahan involusinya atau adanya nyeri tekan ekstrim

cm/hari. Kegagalan miometrium untuk involusi pada kecepatan ini dan adanya nyeri tekan yang ekstrim menandakan kemungkinan tertahannya jaringan plasenta atau infeksi

4. Catat jumlah dan bau lochea atau perubahan pada kemajuan normal dari rubra menjadi serosa.

4. Lochea normal berbau amis namun pada endometritis mungkin purulen dan bau busuk

5. Monitor lochea terkait dengan warna, bau, dan adanya gumpalan

5. Diagnosi dini dari infeksi lokal dapat mencegah penyebaran pada jaringan uterus (catatan: adanya laserasi derajat ketiga sampai keempat meningkatkan risiko terkena infeksi)

6. Terjadinya puting pecah-pecah menimbulkan potensi mastitis

7. Dapat membantu mencegah terjadinya infeksi

6. Evaluasi kondisi puting, perhatikan adanya pecah-pecah, kemerahan dan nyeri tekan

8. Membantu mencegah atau menghalangi penyebaran infeksi

<p>7. Inspeksi sisi perbaikan episiotomi setiap 8 jam. Perhatikan nyeri tekan berlebihan, kemerahan, eksudat purulen, edema, sekatan pada garis sutura (kehilangan perlekatan), atau adanya laserasi</p> <p>8. Anjurkan klien mencuci dengan bersih daerah perineumnya setiap sehabis BAK dan kompres bethadine pada perineum setiap habis mandi dan rajin mengganti pembalut</p>

3) Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan

kehilangan cairan berlebih (muntah, peningkatan haluaran Urine

dan hemoragi).

Tabel 2.4
Intervensi resiko kekurangan volume cairan

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan berlebih (muntah, peningkatan haluaran Urine dan hemoragi).	<p>Tujuan : Volume cairan adekuat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Masukan cairan dan haluran seimbang</p> <p>2. Tanda-Tanda vital dalam batas normal</p>	<p>1. Kaji intrapartal, penggunaan induksi dan partus lama</p> <p>2. Perhatikan adanya rasa haus, berikan cairan sesuai toleransi.</p> <p>3. Dengan perlahan massage fundus bila uterus menonjol.</p> <p>4. Kaji tekanan darah dan suhu sesuai indikasi.</p>	<p>1. Induksi partus dan oxytocyn akan berdampak peningkatan kontraksi uterus pada periode post partum. Partus lama akan menyebabkan atonia uteri yang berdampak resiko perdarahan.</p> <p>2. Rasa haus merupakan cara homeostatis dari penggantian cairan melalui peningkatan rasa haus.</p> <p>3. Merangsang kontraksi uterus dan mengontrol perdarahan</p> <p>4. Penurunan TD mungkin merupakan tanda lanjut dari kehilangan cairan berlebih dan peningkatan suhu</p>

		tubuh dapat memperbesar dehidrasi.
		5. Kandung kemih penuh mengganggu kontraktilitas uterus dan menyebabkan perubahan posisi dan relaksasi uterus
5. Evaluasi status kandung kemih, tingkatkan pengosongan kandung penuh.	6. Klien dehidrasi tidak mampu menghasilkan ASI adekuat	
6. Pantau pengisian payudara dan suplai ASI bila menyusui.		

4) Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan trauma mekanis dan edema jaringan

Tabel 2.5
Intervensi perubahan eliminasi urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan efek-efek hormonal (perpindahan cairan/peningkatan aliran plasma ginjal), trauma mekanis, edema jaringan, efek-efek anestesia	Kriteria Hasil : Berkemih tidak dibantu dalam 6-8 jam setelah kelahiran Mengosongkan kandung kemih setiap berkemih	1. Kaji masukan cairan dan haluaran urin terakhir. Catat masukan cairan intrapartal dan haluaran urin dan lamanya persalinan	1. Pada periode pascapartal awal, kira-kira 4 kg cairan hilang melalui haluaran urin dan kehilangan tidak kasat mata, termasuk diaforesis. Persalinan yang lama dan penggantian cairan yang tidak efektif dapat mengakibatkan dehidrasi dan menurunkan haluaran urin 2. aliran plasma ginjal, yang meningkatkan 25%-50% selama periode pranatal, tetap tinggi pada minggu pertama pascapartum, mengakibatkan peningkatan pengisian

-
2. palpasi kandung kemih. Pantau tinggi fundus dan lokasi, serta jumlah aliran lochia
3. Trauma kandung kemih atau uretra, atau edema, dapat mengganggu sensasi penuh pada kandung kemih
4. Proses katalitik dihubungkan dengan involusi uterus dapat mengakibatkan proteinuria (+1) pada 2 hari pertama pascapartum. Aseton dapat menandakan dehidrasi yang dihubungkan dengan persalinan lama dan/atau kelahiran
5. Variasi intervensi keperawatan mungkin perlu untuk merangsang atau memudahkan berkemih. Kandung kemih penuh mengganggu motilitas dan involusi uterus, dan meningkatkan aliran lochia. Distensi berlebihan kandung kemih dalam waktu lama dapat merusak dinding kandung kemih dan mengakibatkan atoni
6. Lakukan latihan Kegel 100 kali per hari meningkatkan sirkulasi pada perineum, membantu menyembuhkan dan memulihkan tonus otot pubokoksigeal, dan mencegah atau menurunkan inkontinensia stres
3. Perhatikan adanya edema atau laserasi/episiotomi, dan jenis anestesi yang digunakan
4. tes urin terhadap albumin dan aseton. Bedakan antara proteinuria karena HKK dan yang karena proses normal
5. Anjurkan berkemih dalam 6-8 jam
-

-
- pascapartum, dan7. Membantu mencegah setiap 4 jam stasis dan dehidrasi setelahnya. Bil dan mengganti cairan kondisi yang hilang waktu memungkinkan, melahirkan biarkan klien berjalan8.Stasis, higiene buruk ke kamar mandi. dan masuknya bakteri Alirkan air hangat dapat memberi diatas perineum, kecenderungan klien alirkan air kran, dan terkena ISK. tambahkan cairan yang mengandung peperin ke dalam9. Mungkin perlu untuk bedpan, atau biarkan mengurangi distensi klien duduk pada kandung kemih, waktu rendam duduk untuk memungkinkan atau gunakan shower involusi uterus, dan air hangat, sesuai mencegah atoni indikasi kandung kemih
6. Instruksikan klien karena distensi untuk melakukan berlebihan latihan Kegel setiap0. Adanya bakteri atau hari setelah efek-efek kultur dan sensitivitas anestesia berkurang positif adalah diagnosis untuk ISK
1. Pada klien yang telah mengalami HKK, gangguan ginjal atau vaskular dapat menetap, atau mungkin muncul untuk pertama kalinya selama periode pascapartum. Saat kadar steroid menurun mengikuti kelahiran, fungsi ginjal yang ditunjukkan oleh BUN dan klirens kreatinin, mulai kembali normal dalam 1 minggu; perubahan anatomi (misalnya dilatasi ureter dan pelvis ginjal) mungkin memerlukan waktu sampai 1 bulan untuk kembali normal.
7. Anjurkan minum 6 sampai 8 gelas cairan perhari
8. Kaji tanda-tanda infeksi ISK (misalnya rasa terbakar pada saat berkemih, peningkatan frekuensi, urin keruh)
- Kolaborasi :
- 9.Kateterisasi, dengan menggunakan kateter lurus atau indwelling, sesuai indikasi

urin, dengan menggunakan teknik penampungan yang bersih atau kateterisasi, bila klien mempunyai gejala-gejala ISK

1. Pantau hasil tes laboratorium, seperti nitrogen urea darah (BUN) dan urin 24 jam terhadap protein total, klirens, dan asam urat sesuai indikasi.

5) Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot dan nyeri pada perianal/rektal

Tabel 2.6
Intervensi Konstipasi

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot dan nyeri pada perianal/rektal.	Tujuan : Gangguan eliminasi konstipasi teratasi. Kriteria hasil : Klien dapat melakukan kembali defekasi seperti pola yang biasanya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji bising usus, perhatikan kebiasaan pengosongan normal atau diastatis rekti 2. Kaji adanya hemoroid. 3. Anjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung serat dan meningkatkan jumlah cairan 4. Anjurkan peningkatan aktivitas dan ambulasi sesuai toleransi 5. Kaji episiotomi, perhatikan adanya laserasi dan derajat keterlibatan jaringan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi fungsi usus 2. Hemoroid dapat mengganggu proses eliminasi. 3. Makanan yang berserat dan peningkatan cairan menghasilkan bulk dan merangsang eliminasi 4. Membantu meningkatkan peristaltic gastrointestinal 5. Edema berlebihan atau trauma perineal dengan laserasi dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan mencegah klien dari merelaksasi perineum selama pengosongan karena takut untuk terjadi cedera

- 6) Resiko perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan kurang dukungan diantara orang terdekat tidak tersedianya model peran

Tabel 2.7
Intervensi resiko perubahan menjadi orang tua

Diagnosa keperawatan	Intervensi		
	Tujuan	Tindakan	Rasional
Resiko perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan kurang dukungan diantara orang terdekat tidak tersedianya model peran	<p>Tujuan : mendapat memahami adanya perubahan proses dalam keluarga.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pengungkapan masalah dan pertanyaan tentang menjadi orang tua 2. Secara aktif mulai melakukan tugas perawatan bayi baru lahir dengan tepat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kelemahan, usia, status perkawinan, ketersediaan sumber dan latar belakang klien/pasangan terhadap kelahiran dan peran menjadi orang tua. 2. Perhatikan respon klien/pasangan terhadap kelahiran dan peran menjadi orang tua. 3. Kaji sifat dari orangtua secara emosi dan fisik yang pernah dialami klien/pasangan selama masa kanak-kanak 4. Kaji keterampilan komunikasi interpersonal pasangan dan hubungan mereka satu sama lain. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor-faktor resiko potensial dan sumber-sumber pendukung, yang mempengaruhi kemampuan klien/pasangan untuk menerima tantangan peran menjadi orang tua 2. Kemampuan klien untuk beradaptasi positif untuk menjadi orang tua mungkin dipengaruhi oleh reaksi ayah dengan kuat 3. Peran menjadi orang tua dipelajari dan individu memakai peran orang tua mereka sendiri menjadi model peran 4. Hubungan yang kuat dicirikan dengan komunikasi yang jujur dan keterampilan mendengar dan interpersonal yang baik membantu mengembangkan pertumbuhan. Berikan rawat bersama dan privasi untuk kontak diantara ibu, ayah, dan bayi

7) Resiko perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan kurang dukungan diantara orang terdekat tidak tersedianya model peran

Tabel 2.8
Intervensi potensial terhadap perubahan koping.

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Resiko perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan kurang dukungan diantara orang terdekat tidak tersedianya model peran	<p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan keinginan untuk melaksanakan tugas-tugas yang mengarahkan pada kerja sama dari anggota keluarga baru. 2. Mengekspresikan perasaan percaya diri dan kepuasan dengan terbentuknya kemajuan dan adaptasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji hubungan1. anggota keluarga satu sama lain, tugaskan perawatan primer 2. Berikan kesempatan kunjungan dengan tidak dibatasi untuk ayah dan sibling. Pastikan apakah sibling berminat pada program orientasi 3. Berikan kelompok dukungan orang tua dan individu atau instruksi kelompok dalam menyusui, keperawatan bayi baru lahir, perubahan fisik dan emosional 4. Anjurkan partisipasi seimbang dari orang tua pada perawat bayi. 	<p>Perawat dapat membantu pengalaman positif di rumah sakit dan menyiapkan keluarga terhadap pertumbuhan melalui tahap-tahap perkembangan dengan penyertaan anggota keluarga baru</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memudahkan perkembangan keluarga dan proses terus-menerus dari pengenalan dan kedekatan, membantu anggota keluarga merasa nyaman merawat bayi baru lahir. 3. Pengungkapan dan diskusi dalam suatu kelompok membantu mengembangkan ide-ide, kesempatan untuk pemecahan masalah, dan kelompok dukungan 4. Fleksibilitas dan sensitasi terhadap kebutuhan keluarga membantu mengembangkan harga diri dalam keperawatan bayi baru lahir 5. Membantu menyiapkan pasangan untuk

5. Berikan bimbingan antisipasi mengenai perubahan emosi normal berkenaan dengan periode pascapartum

kemungkinan perubahan yang mereka alami; menurunkan stres berkenaan dengan ketidaktahuan atau dengan kejadian yang tidak diperkirakan, dan dapat meningkatkan coping positif

- 8) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri atau ketidaknyamanan, proses persalinan dan kelahiran melelahkan

Tabel 2.9
Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri atau ketidaknyamanan, proses persalinan dan kelahiran melelahkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien melaporkan peningkatan rasa segar dan peningkatan sejahtera istirahat. 2. Mengidentifikasi penyesuaian untuk menerima perubahan-perubahan yang diperlukan oleh tuntutan anggota keluarga baru. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kelelahan dan kebutuhan untuk istirahat, catat lamanya persalinan dan jenis kelahiran. 2. Kaji faktor-faktor bila ada yang mempengaruhi istirahat, berikan lingkungan yang tenang. 3. Berikan informasi tentang kebutuhan untuk tidur atau istirahat setelah kembali kerumah. 4. Kaji lingkungan rumah, bantuan di rumah dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persalinan atau kelahiran yang lama atau sulit dapat meningkatkan kelelahan. 2. Membantu meningkatkan istirahat, tidur dan relaksasi dan menurunkan rangsang. Bila ibu tidak terpenuhi kebutuhan tidurnya dapat terjadi proses perpanjangan perbaikan dari periode pasca partum. 3. Rencana yang kreatif memperbolehkan untuk tidur siang dengan bayi lebih awal tidur siang membantu untuk memenuhi kebutuhan tubuh serta mengatasi kelelahan yang berlebihan. 4. Multipara dengan

adanya sibling dan anggota keluarga lain.

anak di rumah memerlukan tidur lebih banyak di rumah sakit untuk mengatasi kekurangan tidur dan memenuhi kebutuhannya dan kebutuhan keluarganya.

- 9) Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat dan kesalahan interpretasi

Tabel 2.10
Intervensi kurang pengetahuan mengenai perawatan diri

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat dan kesalahan interpretasi	<p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Mengungkapkan pemahaman perubahan fisiologis, kebutuhan individu, hasil yang diharapkan.</p> <p>2. Melakukan aktivitas atau prosedur yang perlu dan menjelaskan alasan-alasan untuk tindakan</p>	<p>1. Kaji kesiapan dan motivasi untuk belajar. Bantu klien/pasangan dalam mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan</p>	<p>1. Periode pasca natal dapat merupakan pengalaman positif bila penyaluhan yang tepat diberikan untuk mengembangkan pertumbuhan ibu, maturasi dan kompetensi. Namun klien memerlukan waktu untuk bergerak dari fase taking in ke taking hold, dimana penerimaan dan kesiapannya di tingkatkan dan ia secara emosional dan secara fisik siap</p>

-
- | | | |
|--|---|------------------------------|
| | | untuk belajar informasi baru |
| 2. Mulai rencana penyuluhan tertulis dengan menggunakan format terstandarisasi | 2. Membantu menjamin kelengkapan informasi yang diterima orang tua dari anggota staf, dan menurunkan kebingungan klien yang di sebabkan oleh diseminasi dari masukan atau informasi yang bertentangan | |
| 3. Bantu klien atau pasangan dalam mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan | 3. Klien memerlukan waktu untuk bergerak dari fase taking in ke taking hold dimana penerimaan dan kesiapannya ditingkatkan secara emosional dan secara fisik | |
| 4. Berikan informasi yang berhubungan dengan perubahan fisiologis dan psikologis yang normal berkenaan dengan periode pascapartum | 4. Membantu klien mengenali perubahan normal dari respons-respons yang mungkin memerlukan tindakan. | |
| 5. Diskusikan kebutuhan seksualitas dan rencana untuk kontrasepsi. Berikan rencana tentang ketersediaan metoda, termasuk keuntungan dan kerugian | 5. Pasangan mungkin memerlukan kejelasan mengenai ketersediaan metoda kontrasepsi | |
| 6. Tinjau ulang kebutuhan perawatan (perawatan diri, termasuk perawatan perineal dan hygiene. Biarkan klien mendemonstrasikan materi yang di pelajari, bila di perlukan | 6. Membantu mencegah infeksi, mempercepat pemulihan dan penyembuhan, dan berperan pada adaptasi yang postif dan perubahan fisik dan emosional | |
| 7. Demonstrasikan teknik-teknik perawatan bayi | 7. Membantu orang tua dalam penguasaan tugas-tugas baru | Membantu |
-

menstandarisasi informasi yang diterima orang tua dari anggota staf, dan menurunkan kebingungan klien yang di sebabkan oleh diseminasi dari masukan atau informasi yang bertentangan

8. Mulai rencana penyuluhan tertulis dengan menggunakan format terstandarisasi
- Membantu menstandarisasi informasi yang diterima orang tua dari anggota staf, dan menurunkan kebingungan klien yang di sebabkan oleh diseminasi dari masukan atau informasi yang bertentangan

10) Risiko Tinggi terhadap Cedera berhubungan dengan Biokimia, fungsi regulator (misalnya hipotensi ortostatik, terjadinya HKK

Tabel 2.11
Intervensi Risiko tinggi terhadap cedera

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Risiko Tinggi terhadap Cedera berhubungan dengan Biokimia, fungsi regulator (misalnya hipotensi ortostatik, terjadinya HKK atau eklampsia); efek-efek anestesia; tromboembolisme; profil darah abnormal (anemia, sensitivitas rubella, inkompabilitas Rh).	Kriteria Hasil: Mendemonstrasikan perilaku untuk menurunkan faktor-faktor risiko/melindungi diri Bebas dari komplikasi	Mandiri: 1. Tinjau ulang kadar hemoglobin (Hb) darah dan kehilangan darah pada waktu melahirkan. Catat tanda-tanda anemia (misalnya kelahan, pusing, pucat) 2. Anjurkan ambulasi dan latihan dini kecuali pada klien yang mendapatkan anestesia subaraknoid, yang mungkin tetap berbaring selama 6-8 jam, tanpa	1. Anemia atau kehilangan darah mempredisposisikan pada sinkope klien karena ketidakadekuatan pengiriman oksigen ke otak 2. Meningkatkan sirkulasi dan aliran balik vena ke ekstremitas bawah, menurunkan risiko pembentukan trombus yang dihubungkan dengan stasis.

-
- penggunaan bantal atau meninggikan kepala, sesuai indikasi protokol dari kembalinya sensasi/kontrol otot
- Meskipun posisi rekumben setelah anestesia subaraknoid kontroversial, ini dapat membantu mencegah CSS dan sakit kepala lanjut
3. Bantu klien dengan ambulasi awal. Berikan supervisi yang adekuat pada mandi *shower* atau rendam duduk. Berikan bel pemanggil dalam jangkauan klien
3. Hipotensi ortostatik mungkin terjadi pada waktu beryubah posisi dari telentang ke berdiri diawal ambulasi, atau mungkin karena vasodilatasi yang disebabkan oleh panas pada waktu mandi *shower* atau rendam duduk
4. Biarkan klien duduk dilantai atau kursi dengan kepala diantara kaki, atau berbaring pada posisi datar, bila ia merasa pusing.
4. Membantu mempertahankan atau meningkatkan sirkulasi dan pengiriman oksigen ke otak
5. Kaji klien terhadap hiperrefleksia, nyeri kuadran kanan atas (KKaA), sakit kepala, atau gangguan penglihatan. Pertahankan kewaspadaan dan kejang, dan berikan lingkungan tenang sesuai indikasi
5. Bahaya eklampsia karena HKK ada diatas 72 jam pascapartum, meskipun literatur menunjukkan kondisi konvulsi mental terjadi selambat-lambatnya hari ke-5 pascapartum
6. Catat efek-efek magnesium sulfat (MgSO₄), bila diberikan. Kaji respon patela, dan pantau status pernafasan
6. Tidak adanya refleks patela dan frekuensi pernafasan dibawah 12x/menit menandakan toksisitas dan perlunya penurunan atau penghentian terapi obat
7. Inspeksi ekstremitas bawah terhadap tanda-tanda tromboflebitis (misanya kemerahan, kehangatan, nyeri/nyeri tekan). Perhatikan ada atau
-

tidaknya Howman	tanda	7. Peningkatan produk split fibrin (kemungkinan pelepasan dari sisi plasenta), penurunan mobilitas, trauma, sepsis, dan aktivasi berlebihan dari pembekuan darah setelah kelahiran memberi kecenderungan terjadinya tromboembolisme pada klien. Tanda Howman mungkin menyertai trombus vena dalam, tetapi mungkin tidak ada pada plebitis supervisial
8. Berikan kompres panas lokal; tingkatkan tirah baring dengan meninggikan tungkai yang sakit		Merangsang sirkulasi dan menurunkan penumpukan pada vena di ekstremitas bawah, menurunkan edema dan meningkatkan penyembuhan
9. Evaluasi status rubella pada grafik prenatal (titer kurang dari 1:10 ⁸ , menandakan kerentanan). Kaji klien terhadap alergi pada telur atau bulu; bila ada tunda vaksin. Berikan informasi tertulis dan verbal dan dapatkan <i>informed consent</i> untuk vaksinasi setelah meninjau ulang efek samping, risiko-risiko, dan perlunya untuk mencegah konsepsi selama 2-3 bulan setelah vaksinasi		Membantu mencegah efek teratogenik pada kehamilan selanjutnya. Pemberian vaksin pada periode segera pasca partum dapat menyebabkan efek samping sementara dari atraldia, ruam, dan gejala-gejala pilek selama periode inkubasi 14-21 hari. Anafilaktik alergi atau respon hipersensitivitas dapat terjadi, memerlukan pemberian epinefrin
Kolaborasi:		
0. Berikan $MgSO_4$ melalui pompa infus, sesuai indikasi		
1. Berikan kaus kaki penyokong atau balutan elastik untuk kaki bila risiko-risiko atau gejala-gejala flebitis terjadi		10. Membantu menurunkan kepekaan serebral pada adanya HKK atau eclampsia
2. Berikan antikoagulan; evaluasi faktor-faktor koagulasi, dan perhatikan tanda-		11. Menurunkan stasis vena,

tanda kegagalan meningkatkan aliran balik
pembekuan vena vena

3. Berikan Rh

(D) imun globulin (RhIgG) I.M. dalam 72 jam pascapartum, sesuai indikasi, untuk ibu Rh negatif yang sebelumnya tidak sensitif dan yang melahirkan bayi Rh-positif yang tes Coombs langsung pada darah tali pusatnya negatif. Dapatkan Betke-Kleihauer smear bila transfusi janin-ibu bermakna dicurigai pada kelahiran

12. Meskipun biasanya tidak diperlukan, antikoagulan dapat membantu mencegah terjadinya trombus lebih lanjut

3. Dosis 300µg biasanya cukup untuk meningkatkan lisis sel-sel darah merah (SDM) dari janin Rh-positif yang dapat memasuki sirkulasi ibu selama kelahiran, yang mungkin potensial menyebabkan sensitisasi dan masalah-masalah inkompabilitas Rh pada kehamilan selanjutnya. Adanya 20ml atau lebih Rh-positif dari darah janin pada sirkulasi ibu memerlukan dosis RhIgG lebih besar

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Perawat mengimplementasikan dari rencana keperawatan yang telah disusun bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Implementasi keperawatan terdiri dari 7 proses yaitu:

- a. Bekerja sama dengan pasien dalam pelaksanaan tindakan Keperawatan.
- b. Kolaborasi profesi kesehatan, meningkatkan status kesehatan.

- c. Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan klien.
- d. Melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksanaan, tenaga keperawatan dibawah tanggung jawabnya.
- e. Menjadi coordinator pelayanan dan advokasi terhadap klien tentang status kesehatan dan fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.
- f. Memberikan pendidikan kepada klien tentang status keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan.
- g. Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi klien terhadap asuhan yang diberikan dan pencapaian hasil yang diharapkan (yang dikembangkan dalam fase perencanaan didokumentasikan dalam rencana perawatan) adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Fase evaluasi perlu untuk menentukan seberapa baik rencana asuhan tersebut berjalan, dan bagaimana selama proses yang terus menerus. Revisi rencana perawatan adalah komponen penting dari fase evaluasi. Pengkajian ulang adalah proses evaluasi yang terus-menerus yang terjadi tidak hanya bila hasil yang di harapkan terjadi pada klien ditinjau ulang atau

bila kepu tusan dibutuhkan apakah klien siap atau tidak untuk pulang. Sebaliknya hal ini adalah pemantauan konstan terhadap status klien. (Dongoes, 2001 hal 15).