

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN PERUBAHAN PERFUSI JARINGAN DI 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 :

**IMAS RIMA ELIYANTI**

**AKX.15.114**



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

**2018**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Imas Rima Eliyanti  
NPM : AKX.15.114  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Partum Spontan Dengan Masalah Keperawatan Perubahan Perfusi Jaringan di 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, 04 Juni 2018

Ya  
METERAI  
TAMPEL  
000  
IMAS RIMA E  
Imas Rima E

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PERUBAHAN PERFUSI  
JARINGAN**

**DI RUANG KALIMAYA BAWAH  
RSUD Dr.SLAMET GARUT**

**IMAS RIMA ELIYANTI  
AKX.15.114**

**KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 24 Agustus 2018**

Oleh  
Pembimbing Ketua



**Lia Nurlianawati., M. Kep**  
**NIP : 04060785**

Pembimbing Pendamping



**Ade Tika Herawati., M. Kep**  
**NIP : 10107069**

Mengetahui  
Prodi DIII Keperawatan  
Ketua,



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep**  
**NIP : 101160**

ii

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Persalinan spontan/normal adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Banyaknya ibu yang mengalami persalinan normal di RSUD Dr.Slamet Garut periode Januari sampai September 2017 yaitu 1.862 (64,8%) dari 2.872 persalinan. Pada persalinan pervaginam bisa mengalami

pendarahan dan anemia. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan perubahan perfusi jaringan **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Studi kasus ini dilakukan pada 2 klien post partum spontan dengan masalah keperawatan perubahan perfusi jaringan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, masalah keperawatan pada kasus 1 teratasi sebagian dan kasus 2 teratasi pada hari ketiga. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah perubahan perfusi jaringan dikarenakan klien mengalami pendarahan. Adapun perbedaan hasil intervensi mengkaji status nutrisi, pada kedua klien yaitu klien 2 sudah tidak mengeluh lemas, sedangkan klien 1 belum teratasi. **Saran :** Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar sarana dan prasarana yang menunjang dalam perawatan pasien hendaknya lebih dilengkapi seperti poster atau brosur agar pasien lebih paham ketika dilakukan pendidikan kesehatan dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru mengenai post partum spontan dan perfusi jaringan sehingga dapat menambah wawasan mahasiswa.

Kata kunci : Post partum spontan, perubahan perfusi jaringan, Asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 6 Buku (2001-2015), 2 Jurnal (2010)

### ABSTRACT

**Background:** Normal / spontaneous childbirth is a delivery process of a baby, placenta, and membranes emerge from the mother's uterus. The number of mothers who experienced normal childbirth in Dr.Slamet Garut Hospital from January to September 2017 was 1,862 (64.8%) of 2,872 deliveries. In vaginal delivery can experience bleeding and anemia. **Objective:** To gain experience in nursing care for spontaneous postpartum clients with nursing problems with tissue perfusion changes. **Method:** A case study is to explore a problem with detailed boundaries, have in-depth data collection and include various sources of information. **Results:** This case study was carried out on 2 spontaneous postpartum clients with nursing tissue perfusion changes. After nursing care was carried out by giving intervention, nursing problems in case 1 were partially resolved and case 2 resolved on the third day. **Discussion:** Both clients found tissue perfusion changes due to bleeding. As for the difference in the results of the intervention to assess nutritional status, the two clients, namely client 2, did not complain limply, while client 1 was not resolved. **Suggest :** The author advises the hospital that the facilities and infrastructure that support patient care should be more equipped such as posters or brochures so that patients understand better when health education is carried out and education institutions are expected to be able to meet the availability of new published literature on spontaneous postpartum and tissue perfusion. can increase student insight.

*Keyword: Post spontaneous partum, changes in tissue perfusion, nursing care*

*Bibliography: 6 Books (2001-2015), 2 Journals (2010)*

### DAFTAR ISI

	Halaman
SURAT PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	ix
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Peneliti .....	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 Organ Reproduksi Wanita.....	6
2.2 Konsep Persalinan.....	9
2.2.1 Pengertian Persalinan.....	9
2.2.2 Tahapan persalinan.....	10
2.3 Konsep Dasar Post Partum.....	12
2.3.1 Pengertian Post Partum .....	12
2.3.2 Etiologi.....	12
2.3.3 Patofisiologi .....	13
2.4 Adaptasi Psikologis Ibu Post Partum .....	20
2.5 Konsep Anemia.....	21
2.5.1 Definisi .....	21
2.5.2 Etiologi Anemia.....	22
2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas .....	25
2.6.1 Pengkajian.....	25
2.6.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Postpartum.....	35
2.6.3 Rencana Keperawatan.....	35
<b>BAB III    METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Desain Penelitian.....	76
3.2 Batasan Istilah .....	77
3.3 Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian.....	77
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	78
3.5 Pengumpulan Data .....	78
3.6 Uji Keabsahan Data.....	79
3.7 Analisis Data .....	79
3.8 Etik Penulisan KTI.....	81
<b>BAB IV    HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil	
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	83
4.1.2 Pengkajian.....	84
4.1.3 Analisis Data.....	95
4.1.4 Diagnosa Keperawatan .....	97

4.1.5 Perencanaan .....	100
4.1.6 Implementasi.....	102
4.1.7 Evaluasi Sumatif.....	104
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan .....	116
5.2 Saran.....	118
Daftar Pustaka	
LAMPIRAN	

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Intervensi menyusui .....	36
Tabel 2.2 Intervensi Resiko Tinggi Terhadap Cedera.....	39
Tabel 2.3 Intervensi Resiko Tinggi Infeksi .....	42
Tabel 2.4 Intervensi Perubahan Eliminasi Urin .....	48
Tabel 2.5 Intervensi Kekurangan Volume Cairan.....	52
Tabel 2.6 Intervensi Kelebihan Volume Cairan.....	55
Tabel 2.7 Intervensi Konstipasi.....	58
Tabel 2.8 Intervensi Risiko Terhadap Perubahan Menjadi Orang tua .....	60
Tabel 2.9 Intervensi Koping Individual Tidak Efektif.....	65
Tabel 2.10 Intervensi Gangguan Pola Tidur .....	68
Tabel 2.11 Intervensi Kurang Pengetahuan Mengenai Perawatan Diri .....	69
Tabel 2.12 Intervensi Otensial Terhadap Pertumbuhan Koping Keluarga.....	72
Tabel 2.13 Intervensi Perubahan Perfusi Jaringan .....	74

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Catatan Revisi Ujian KTI
- Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV Surat persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran VI Jurnal

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1,1 latar belakang**

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. (JNPK-KR Depkes RI, 2014).

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-kandung kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 5-6 minggu periode ini kadang-kadang disebut puerperium atau trimester 4 kehamilan (Sulistyawati, 2009). Data *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa jumlah *partus* normal di dunia mengalami penurunan yaitu sebesar 34% dari 546.000 di tahun 1990 – 2008 menjadi 358.000 (Mu'minatunnisa M, 2011).

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. Selama ini perdarahan pasca persalinan merupakan penyebab kematian ibu, namun dengan meningkatnya persediaan darah dan sistem rujukan, maka infeksi menjadi lebih menonjol sebagai penyebab kematian dan mordibitas ibu (Saleha, 2009). Menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 Angka Kematian Ibu (AKI) akibat persalinan di Indonesia masih tinggi yaitu 208/100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 26/1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2013).

Dari hasil survei yang dilakukan SDKI tahun 2012, angka kematian ibu masih tinggi sebesar 359/100.000 kelahiran angka ini sedikit menurun jika di bandingkan dengan SDKI tahun 1991, yaitu sebesar 390/100.000 kelahiran hidup angka ini sedikit menurun meskipun tidak terlalu signifikan. dari beberapa provinsi yang ada di Indonesia, Jawa Barat masih menjadi salah satu daerah dengan angka kematian ibu

dan bayi yang paling tinggi. Untuk Tahun 2012, di Jawa Barat angka kematian ibu sebesar 804 dan kematian bayi sebanyak 4.803.

Angka Kematian Ibu merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesejahteraan perempuan dan target yang telah ditentukan dalam tujuan pembangunan *Millennium Development Goals* (MDGs). Tujuan ke 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu dimana target yang akan dicapai sampai tahun 2015 adalah 102/100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data dari rekam medis dRSU Dr. Slamet Garut periode Januari 2017 sampai September 2017 di ruang nifas didapatkan hasil ada 68,8 % persalinan dari 2,872 persalin., jumlahnya yaitu ada sekitar 1.862 persalinan normal.

Masalah yang sering muncul pada ibu post partum spontan adalah timbulnya berbagai manifestasi dan komplikasi pada pasien post partum spontan dapat mempengaruhi aspek bio-psiko-sosial-spiritual, pasien dengan post partum spontan dapat mengalami masalah perubahan perfusi jaringan akibat pendarahan, intoleransi aktivitas akibat ketidak seimbangan antara suplai oksigen, defisit perawatan diri akibat hambatan aktivitas dan kelemahan.

Perubahan perfus jaringan perifer adalah penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan. Salah satu masalah yang di alami ibu post partum adalah perubahan perfusi jaringan, perubahan perfusi jaringan di sebabkan oleh pendarahan dan mengakibatkan Hb turun, berdasarkan reskides 2013, terdapat 37,1 % ibu nifas dengan anemia terjadi karena di sebabkan oleh pendarahan karena atonia uteri dan infeksi yang dapat mempengaruhi ibu nifas dalam melakukan aktivitas sehari-hari di karenakan pasien lemas, pusing dan cepat lelah. ( fani Afriani 2015 )

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

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah perubahan perfusi jaringan di RSUD dr. Slamet Garut?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post partum spontan 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 di RSUD Dr Slamet Garut
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien post partum spontan di RSUD dr. Slamet Garut .
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien post partum spontan di RSUD dr. Slamet Garut
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post partum spontan di RSUD dr. Slamet Garut .
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien post partum spontan di RSU dr. Slamet Garut.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien post partum spontan di RSU 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 di RSUD dr. Slamet Garut.

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 di RSUD dr. Slamet Garut.

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 perubahan perfusi jaringan 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 (*genetal eksterna*)

Structure ekserna atau vulva secara berurutan terdiri dari (dari arah anterior ke posterior) : mons pubis (Mons veneris), labia mayora dan minora, klitoris, repusium kiloris, vestibulum, *fourchette*, perineum (bobak 2004)

a. Mons pubis

Adalah jaringan lemak subkutan berbentuk bulat yang lunak dan padat serta merupakan jaringan ikat jarang di atas simfisis pubis. Mons pubis mengandung banyak kelenjar sebacea (minyak) dan di tumbuhi rambut berwarna hitam. ( bobak 2004)

b. Labia mayora

Ialah dua lipatan kulit panjang melengkung yang menutupi lemak dan jaringan ikat yang menyatu dengan mons pubis. Keduanya memanjang dari mons pubis ke arah bawah mengelilingi labia minora, berakhir di perinemum pada garis tengah. ( bobak 2004).

c. Labia minora

Terletak di antara dua labia mayora, merupakan lipatan kulit yang panjang, sempit, dan tidak berambut yang memanjang ke arah bawah dari bawah klitoris dan menyatu dengan *fourchette*. Sementara bagian lateral dan anterior labia biasanya mengandung pigmen, permukaan medial labia minora sama dengan mukosa vagina merah muda dan basah. (Bobak 2004)

d. Klitoris

Adalah organ pendek berbentuk silinder erektil yang terletak tepat di bawah arkus pubis. Dalam keadaan tidak terangsang, bagian yang terlihat adalah sekitar 6 x 6 mm atau kurang. (Bobak 2004)

e. Vestibulum

ialah suatu daerah yang berbentuk seperti perahu atau lonjong, terletak di antara labia minora, klitoris, *fourchette*. Vestibulum terdiri dari muara uretra, kelenjar parauretra (vestibulum minus atau Skene), vagina, dan kelenjar paravagina (vestibulum mayus, vulvovagina, atau Bartholin).

f. *Fourchett*

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

g. Perineum

ialah daerah muskular yang di tutupi kulit antara introitus vagina dan anus. Terletak di antara vulva dan anus (Eniyati & Sholihah, 2013).

2. Alat kandung dalam (genitalia internal)

Organ interna meliputi ovarium, tuba uteri (fallopian), uterus dan vagina

a. Ovarium

Sebuah ovarium terletak di setiap sisi uterus, di bawah dan di belakang tuba fallopian. Dua ligamen mengikat ovarium pada tempatnya, yakni pada bagian mesovarium ligamen lebar uterus, yang memisahkan ovarium dari sisi

dinding pelvis lateral kira-kira setinggi krista iliaka anterosuperior, dan ligamentum ovarii proprium, yang mengikat ovarum ke uterus.

b. Tuba falopii (tuba uterin)

Sepasang tuba falopi melekat pada fundus uteris. Tuba ini memanjang ke arah lateral mencapai ujung bebas ligamen lebar dan berlekuk-lekuk mengelilingi setiap ovarium.

c. Uterus

Antara kelahiran masa pubertas, uterus secara bertahap turun dari bagian bawah abdomen ke pelvis sejati. Setelah pubertas, uterus biasanya terletak di garis tengah pada pelvis sejati, posterior terhadap simpisis pubis dan kandung kemih serta anterior terhadap rektum.

d. Vagina

Suatu struktur tubular yang terletak di depan rektum dan di belakang kandung kemih dan uretra, memanjang dari introitus (muara eksetra di vestibulum diantara labia minora vulva) sampai serviks.

## 2.2 Konsep persalinan

### 2.2.1 pengertian persalinan

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu). Lahir Spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2010).

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

### 2.2.2 Tahapan persalinan

Tahapan kala dalam persalinan

a. Kala I

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

c. Kala III

tiga persalinan disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga dan empat persalinan merupakan kelanjutan dari kala satu (kala pembukaan) dan kala dua (kala pengeluaran bayi) persalinan. (JNPK-KR Depkes RI, 2014)

Kala III persalinan disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Setelah kala dua persalinan, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda dibawah ini: (Indrayani Djami MEU, 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 post partum, 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, Djami MEU, 2013)..

### 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. (asuhan persalinan normal 2008:37).

## 2.3 Konsep Post Partum

### 2.3.1 Pengertian Post Partum

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Abdul Bari. 2002 : N-23).

Periode postpartum adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Periode ini kadang disebut puerperium atau trimester ke empat kehamilan (Bobak, et al., 2004).

### 2.3.2 Etiologi

Perubahan-perubahan yang terjadi pada masa kehamilan dan persalinan menyebabkan terjadinya proses adaptasi organ-organ tubuh untuk kembali ke keadaan sebelum hamil. (frisca tresnawati, M.Kes, 2012)

### 2.3.3 Patofisiologi

#### 1. Sistem reproduksi

##### a. Uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot atau beratnya hanya 60gram. (Dian indriyani, S.Kep., M.Kep.,Sp.Mat , 2013)

##### b. Lochia

Lochia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochia mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari

dalam uterus, berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita, lochia yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochia dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1) Lochia rubra/merah

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

2) Lochia sanguinolenta

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

3) Lochia serosa

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

4) Lochia alba/putih

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

c. Serviks

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

d. 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.

e. 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.

f. 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.

g. 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.

#### h. 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. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

7. Perubahan Sistem Hematologi

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

- 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.

- Nadi

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

- 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

- 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.

## 2.4 Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase berikut: (Dian indriyani, S.Kep., M.Kep.,Sp.Mat 2013)

### 1) Fase *taking in*

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

## 2) Fase *taking hold*

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

## 3) Fase *letting go*

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

## 2.5 Anemia

### 2.5.1 Definisi

Anemia adalah penurunan kadar hemoglobin (Hb), hematokrit atau hitung eritrosit (red cell count) berakibat pada penurunan kapasitas pengangkutan oksigen oleh darah. Tetapi harus di ingat pada keadaan tertentu dimana ketiga parameter tersebut tidak sejalan dengan masa eritrosit, seperti pada dehidrasi, perdarahan akut, dan kehamilan.

## 2.5.2 Etiologi

Anemia bukanlah suatu kesatuan penyakit tersendiri (disease entity), tetapi merupakan gejala berbagai macam penyakit dasar (underlying disease). Pada dasarnya anemia di sebabkan oleh karena: 1) gangguan pembentukan eritrosit oleh sumsum tulang : 2) kehilangan darah keluar tubuh (perdarahan) : 3) proses penghancuran eritrosit oleh tubuh sebelum waktunya (hemolisis). Gambaran lebih rinci tentang etiologi Anemia sebagai berikut :

Klasifikasi anemia menurut etiopatogenesis

a. Anemia karena gangguan pembentukan eritrosit dalam susmsum tulang

1 kekurangan bahan esensial pembentukan eritrosit

- Anemia defisiensi besi
- Anemia defisiensi folat
- Anemia defisiensi vitamin B12

2 gangguan penggunaan (utulisasi) besi

- Anemia akibat penyakit kronik
- Anemia sideroblastik

3 kerusakan sumsum tulang

- Anemia aplastik
- Anemia mieloptisik
- Anema pada keganasan hematologi
- Anemia diseritropoietik
- Anema pada sindrom mielodisplastik

anemia akibat kekuramngan eritropoietin : anema pada gagal ginjal kronik.

b. Anemia akibat hemoragik

- Anemia pasca perdarahan akut
- Anemia akibat perdarahan kronik
- Anemia hemolitik

#### 1 Anemia hemolitik intrakorpuskular

- Gangguan membran eritrosit (membran opati)
- Gangguan enzim eritrosit (enzimipati) : anemia akibat defisiensi G6PD
- Gangguan hemoglobin (hemoglobinopati)
  - Thalasemia
  - Hemoglobinopati struktural : HbS, HbE, dll.

#### 2 Anemia hemolitik ekstrakorpuskular

- Anemia hemolitik autoimun
- Anemia hemolitik mikroangiopatik
- Lain-lain

c. Anemia dengan penyebab tidak di ketahui atau dengan patogenesis yang kompleks.

Klasifikasi anemia berdasarkan morfologi dan etiologi

1. Anemia hipokromik mikrositer, bila  $MCV < 80$  fl dan

$MCH < 27$  pg

- Anemia defisiensi besi
- Thalasemia major
- anemia akibat penyakit kronik
- Anemia sideroblastik

2. Anemia normokromik normositer, bila  $MCV 80-95$  fl dan

$MCH 27-34$  pg

- Anemia pasca perdarahan akut

- Anemia aplastik
- Anemia hemolitik
  
- Anemia akibat penyakit kronik
- Anemia pada gagal ginjal kronik
- Anemia pada sindrom mielodisplastik
- Anemia pada keganasan hematologik

### 3. Anemia makrositer, bila MCV > 95fl

- Bentuk megaloblastik
  - Anemia defisiensi asam folat
  - Anemia defisiensi B 12
- Bentuk non –megaloblastik
  - Anemia pada penyakit hati kronik
  - Anemia pada hipotiroidisme
  - Anemia pada sindrom mielodisplastik

## 2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum

### 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, 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 0-10.

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.

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 (Sulistiyawati, 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 seberapa 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 seberapa 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, komplikasi yang dialami yaitu placenta sudah lepas tetapi belum lahir. Keadaan ini dapat terjadi karena atonia uteri dan dapat menyebabkan perdarahan yang banyak dan adanya kontraksi pada bagian bawah rahim. Hal ini dapat terjadi karena penanganan kala III yang keliru dan terjadinya kontraksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi placenta (placenta inkasera).

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 (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. Pada ibu post sektio sesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan.

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. 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

Mencakup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa pusing.

4) Personal hygiene

Mencakup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan post partum spontan dan

perdarahan itu dalam keadaan lemas 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 (Sulistiyawati, 2009 dan Mansyur & Dahlan, 2014)

a) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post partum dengan SC 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 di atas 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 muskuloskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar. Serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

2.4.2 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.

f. Pemeriksaan penunjang (Nurarif, 2015)

- 1) Pemantauan EKG
- 2) JDL dengan diferensial (Jumlah Darah Lengkap)
- 3) Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
- 4) Tekanan darah
- 5) Urinalisis
- 6) Ultrasonografi

g. 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

## 2.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Diagnosa keperawatan dalam buku Doenges “Rencana Perawatan Maternal/Bayi.2001” menyebutkan bahwa diagnosa yang muncul pada klien dengan post partum adalah sebagai berikut :

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

**Tabel 2.1**

### Intervensi menyusui

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Menyusui berhubungan dengan tingkat pengetahuan, pengalaman sebelumnya, usia gestasi bayi, tingkat dukungan, struktur/karakteristik fisik payudara ibu	Kriteria Hasil: - Mengungkapkan pemahaman tentang proses/situasi menyusui - Mendemostrasikan teknik efektif dari menyusui - Menunjukkan kepuasan regimen menyusui satu sama lain, dengan	Mandiri : 1. Kaji pengetahuan dan pengalaman klien tentang menyusui sebelumnya 2. Tentukan sistem pendukung yang tersedia pada klien, dan sikap pasangan/keluarga 3. Berikan informasi, verbal dan tertulis, mengenai fisiologi dan keuntungan menyusui, perawatan puting	1. Membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan mengembangkan rencana perawatan 2. Mempunyai dukungan yang cukup meningkatkan kesempatan untuk pengalaman menyusui dengan berhasil. Sikap dan komentar negatif mempengaruhi upaya-upaya dan

<p>bayi dipuaskan setelah menyusui</p>	<p>dan payudara, kebutuhan diet khusus, dan faktor-faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui</p> <p>4. Demonstrasikan dan tinjau ulang teknik-teknik menyusui. Perhatikan posisi bayi selama menyusu dan lama menyusu</p> <p>5. Kaji puting klien; anjurkan klien melihat puting setiap habis menyusui</p> <p>6. Anjurkan klien untuk mengerigkan puting dengan udara selama 20-30 mnit setelah menyusui dan memberikan preparat lanolin setelah menyusui, atau menggunakan lampu pemanas dengan lampu 40-watt ditempatkan 18 inci dari payudara selama 20 menit. Instruksikan klien menghindari penggunaan sabun atau penggunaan bantalan bra berlapis plastik, dan mengganti pembalut bila basah atau lembab.</p> <p>7. Instruksikan klien untuk menghindari penggunaan pelindung puting kecuali secara khusus diindikasikan</p> <p>8. Berikan pelindung puting payudara khusu (misalnya pelindung Eschmann) untuk klien menyusui dengan puting masuk atau datar. Anjurkan penggunaan kompres es sebelum menyusui dan latihan puting dengan memutar</p>	<p>dapat menyebabkan klien menolak mencoba untuk menyusui</p> <p>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</p> <p>4. Posisi yang tepat biasanya mencegah luka puting, tanpa memperhatikan lamanya menyusu</p> <p>5. Identifikasi dan intervensi dini dapat mencegah/membatasi terjadinya luka atau pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui</p> <p>6. Pemajanan pada udara atau panas membantu mengencangkan puting, sedangkan sabun dapat menyebabkan kering. Mempertahankan puting dalam media lembab meningkatkan pertumbuhan bakteri dan kerusakan kulit</p> <p>7. Ini telah diketahui menambah kegagalan laktasi. Pelindung mencegah mulut bayi mengarah untuk kontak dengan puting ibu, yang mana perlu untuk melanjutkan pelepasan prolaktin (meningkatkan produksi susu) dan dapat mengganggu atau mencegah tersedianya suplai susu yang adekuat</p> <p>8. Mangkuk laktasi/pelindung payudara, latihan, dan kompres es</p>
--	--	--

diantara ibu jari dan jari tengah dan menggunakan teknik Hoffman.	membantu membuat puting lebih ereksi; teknik Hoffman melepaskan pelengketan, menyebabkan inversi puting
Kolaborasi :	
9. Rujuk klien pada kelompok pendukung, misalnya Posyandu	9. Memberikan batuan terus-menerus untuk meningkatkan kesuksesan hasil
10. Identifikasi sumber-sumber yang tersedia di masyarakat sesuai indikasi; misalnya program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).	10. Pelayanan ini mendukung pemberian ASI melalui pendidikan klien dan nutrisi

2. 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).

**Tabel 2.2**

**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 penggunaan bantal atau meninggikan kepala, sesuai indikasi protokol dari kembalinya sensasi/kontrol otot	1. Anemia atau kehilangan darah mempredisikasikan 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. Meskipun posisi rekumben setelah anestesia subaraknoid

- 
- |   |  |
|---|--|
| <p>3. Bantu klien dengan ambulasi awal. Berikan supervisi yang adekuat pada mandi <i>shower</i> atau rendam duduk. Berikan bel pemanggil dalam jangkauan klien</p> <p>4. Biarkan klien duduk dilantai atau kursi dengan kepala diantara kaki, atau berbaring pada posisi datar, bila ia merasa pusing.</p> <p>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</p> <p>6. Catat efek-efek magnesium sulfat (<math>MgSO_4</math>), bila diberikan. Kaji respon patela, dan pantau status pernafasan</p> <p>7. Inspeksi ekstremitas bawah terhadap tanda-tanda tromboflebitis (misanya kemerahan, kehangatan, nyeri/nyeri tekan). Perhatikan ada atau tidaknya tanda Howman</p> <p>8. Berikan kompres panas lokal; tingkatkan tirah baring dengan meninggikan tungkai yang sakit</p> <p>9. Evaluasi status rubella pada grafik prenatal (titer kurang dari 1:10 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</p> | <p>kontroversial, ini dapat membantu mencegah CSS dan sakit kepala lanjut</p> <p>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 <i>shower</i> atau rendam duduk</p> <p>4. Membantu mempertahankan atau meningkatkan sirkulasi dan pengiriman oksigen ke otak</p> <p>5. Bahaya eklampsia karena HKK ada diatas 72 jam pascapartum, meskipun literatur menunjukkan kondisi konvulsi mental terjadi selambat-lambatnya hari ke-5 pascapartum</p> <p>6. Tidak adanya refleks patela dan frekuensi pernafasan dibawah 12x/menit menandakan toksisitas dan perlunya penurunan atau penghentian terapi obat</p> <p>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. Tand Howman mungkin menyertai trombus vena dalam, tetapi mungkin tidak ada pada plebitis supervisial</p> |
|---|--|
- Kolaborasi:
10. Berikan  $MgSO_4$  melalui pompa infus, sesuai indikasi
-

- 
11. Berikan kaus kaki penyokong atau balutan elastik untuk kaki bila risiko-risiko atau gejala-gejala flebitis terjadi
  12. Berikan antikoagulan; evaluasi faktor-faktor koagulasi, dan perhatikan tanda-tanda kegagalan pembekuan
  13. Berikan Rh<sub>0</sub> (D) imunoglobulin (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
  8. Merangsang sirkulasi dan menurunkan penumpukan pada vena di ekstremitas bawah, menurunkan edema dan meningkatkan penyembuhan
  9. Membantu mencegah efek-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
  10. Membantu menurunkan kepekaan serebral pada adanya HKK atau eklampsia
  11. Menurunkan stasis vena, meningkatkan aliran balik vena
  12. Meskipun biasanya tidak diperlukan, antikoagulan dapat membantu mencegah terjadinya trombus lebih lanjut
  13. 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

3. 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 risiko tinggi infeksi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	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	<p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendemostrasikan teknik-teknik untuk menurunkan risiko/ meningkatkan penyembuhan</li> <li>- Menunjukkan luka yang bebas dari drainase purulen</li> <li>- Bebas dari infeksi, tidak febris dan mempunyai aliran lokhial dan karakter normal</li> </ul>	<p>Mandiri:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji catatan pranatal dan intrapartal, perhatikan frekuensi pemeriksaan vagina dan komplikasi seperti ketuban pecah dini (KPD), persalinan lama, laserasi, hemoragi, dan tertahannya plasenta</li> <li>2. Pantau suhu dan nadi dengan rutin dan sesuai indikasi; catat tanda-tanda menggigil, anoreksia, atau malaise</li> <li>3. Kaji lokasi dan kontraktilitas; perhatikan perubahan involusional atau adanya nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu mengidentifikasi faktor-faktor risiko yang dapat mengganggu penyembuhan dan/atau kemunduran pertumbuhan epitel jaringan endometrium dan memberi kecenderungan klien terkena infeksi</li> <li>2. Peningkatan suhu sampai 101°F (38,3°C) dalam 24 jam pertama sangat menandakan infeksi; peningkatan sampai 100,4°F (38,0°C) pada 2 dari 10 hari pertama pascapartum adalah bermakna</li> </ol>

---

tekan uterus ekstrem	3. Fundus, yang pada awalnya 2 cm dibawah umbilikus, meningkat 1-2 cm/hari(1 buku jari/hari). Kegagalan miometrium untuk involusi pada kecepatan ini, atau terjadinya nyeri tekan ekstrem, menandakan kemungkinan tertahannya jaringan plasenta atau infeksi. (catatan: ukuran uterus dipengaruhi oleh ukuran bayi yang baru dilahirkan)
4. Catat jumlah dan bau rabas lokhial atau perubahan pada kemajuan normal dari rubra menjadi ser	
5. Evaluasi kondisi putting, perhatikan adanya pecah-pecah, kemerahan, atau nyeri tekan. Anjurkan pemeriksaan rutin payudara. Tinjau perawatan yang tepat dan teknik pemberian makan bayi	
6. Inspeksi sisi perbaikan episiotomi setiap 8 jam. Perhatikan nyeri tekan berlebihan, kemerahan, eksudat purulen, edema, sekatan pada garis sutura (kehilangan perlekatan), atau adanya laserasi	4. Lokhiel secara normal mempunyai bau amis/daging; namun, pada endometritis, rabas mungkin purulen dan bau busuk, mungkin gagal untuk menunjukkan kemajuan normal dari rubra menjadi serosa sampai alba
7. Perhatikan frekuensi/jumlah berkemih	
8. Kaji terhadap tanda-tanda infeksi saluran kemih (ISK) atau sistitis (misalnya peningkatan frekuensi, dorongan, atau disuria). Catat warna dan tampilan urin, hematuria yang terlihat, dan adanya nyeri suprapubis	5. Terjadinya fisura/pecah-pecah pada puting menimbulkan potensial risiko mastitis
9. Anjurkan perawatan perineal dengan menggunakan botol atau rendam duduk 3 sampai 4 kali sehari atau setelah berkemih/	6. Diagnosis dini dari infeksi lokal dapat mencegah penyebaran pada jaringan uterus (catatan: adanya laserasi derajat ketiga sampai keempat meningkatkan risiko terkena infeksi) 7. Stasis urinarius meningkatkan risiko terhadap infeksi

---

defekasi. Anjurkan klien mandi setiap hari dan ganti pembalut perineal sedikitnya setiap 4 jam, dari depan kebelakang	8. Gejala ISK dapat tampak pada hari ke-2 sampai ke-3 pasca[partum karena naiknya infeksi traktus dari naiknya uretra ke kandung kemih dan kemungkinan ke ginjal
10. Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan cermat dan pembuangan pembalut yang kotor, pembalut perineal dan linen terkontaminasi dengan tepat. Diskusikan dengan klien pentingnya kontinuitas tindakan ini setelah pulang	9. Pembersihan sering dari depan kebelakang (simpisis pubis ke area anal) membantu mencegah kontaminasi rektal memasuki vagina atau uretra. Mandi rendam duduk ataupun rendam merangsang sirkulasi perineal dan meningkatkan pemulihan
11. Kaji status nutrisi klien. Perhatikan tampilan rambut, kuku kulit, dan sebagainya. Catat berat badan kehamilan dan peambahan berat badan pranatal	10. Membantu mencegah atau menghalangi penyebaran infeksi
12. Berikan informasi tentang makanan pilihan tinggi protein, vitamin C, dan zat besi. Anjurkan klien untuk meningkatkan masukan cairan sampai 2000ml/hari	11. Klien yang berat badannya 20% dibawah berat badan normal, atau yang anemik atau malnutrisi, lebih rentan pada infeksi pascapartum dan mungkin mempunyai kebutuhan diet khusus terhadap protein, zat besi, dan kalori
13. Tingkatkan tidur dan istirahat	
14. Catat Hb dan Ht. berikan preperat zat besi dan vitamin, bila perlu	12. Protein membantu meningkatkan penyembuhan dan regenerasi jaringan baru dan mengatasi kehilangan bayi pada waktu melahirkan. Zat besi perlu untuk sintesis hemoglobin. Vitamin C memfasilitasi
15. Berikan metil ergonovin maleat (methergine) atau ergonovin maleat (ergotrate) setiap 3 sampai 4 jam, sesuai kebutuhan	
16. Bantu dengan atau dapatkan	

---

	kultur dari vagina, serum dan sisi perbaikan episiotomi sesuai indikasi	absorpsi besi dan perlu untuk sintesis dinding sel. Peningkatan cairan membantu mencegah stasis urin dan masalah-masalah ginjal
17.	Anjurkan klien untuk menggunakan krim antibiotik pada perineum, sesuai indikasi	13. Menurunkan laju metabolisme dan memungkinkan nutrisi dan oksigen digunakan untuk proses pemulihan daripada untuk kebutuhan energi
18.	Dapatkan spesimen urin bersih (midstream) untuk analisis rutin	14. Peningkatan jumlah SDP pada 10 sampai 12 hari pertama pascapartum adalah normal sebagai mekanisme perlindungan dan dihubungkan dengan peningkatan netrofil dan pergeseran kekiri, yang mana mungkin pada awalnya mengganggu pengidentifikasian infeksi
19.	Berikan antipiretik setelah kultur didapatkan	
20.	Berikan antipiretik spektrum luas sampai laporan kultur/sensitivitas dikembalikan, kemudian ubah terapi sesuai indikasi. (catatan: rute parenteral melalui <i>heparin lock</i> lebih disukai untuk tindakan endometritis dan sepsis)	
21.	Hubungi agensi-agensi komunitas yang tepat, seperti pelayanan perawat yang berkunjung, untuk evaluasi diet, program antibiotik, kemungkinan komplikasi, dan kembali untuk pemeriksaan medis	15. Menentukan apakah ada status anemia. Membantu memperbaiki defisiensi
	Kolaborasi:	16. Membantu mengembangkan kontraksi miometrium dan involusi uterus, menurunkan risiko infeksi
22.	Kaji jumlah sel darah putih (SDP)	17. Untuk mengidentifikasi organisme penyebab, bila ada, dan menentukan antibiotik yang tepat
		18. Memberantas organisme infeksius lokal

---

- 
19. Retensi urin, bakteri yang masuk melalui kateterisasi, dan/atau trauma kandung kemih selama kelahiran bergabung untuk membuat lingkungan yang baik untuk pertumbuhan bakteri. Konsentrasi bakteri dari mikroorganisme 100.000/100 ml dari urin baru biasanya menandakan infeksi
20. Bila diberikan sebelum identifikasi proses infeksi, antipiretik dapat menutupi tanda-tanda dan gejala-gejala yang perlu untuk membedakan diagnosa
21. Mencegah infeksi dari penyebaran ke jaringan sekitar atau aliran. Pilihan antibiotik tergantung pada sensitivitas organisme penginfeksi
22. Adanya infeksi pascapartum membuat klien lemah sehingga membutuhkan banyak istirahat, pemantauan yang ketat, dan bantuan pemeliharaan rumah dan perawatan diri
- 

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

**Tabel 2.4**

**Intervensi perubahan eliminasi urin**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan efek-efek hormonal (perpindahan cairan/peningkatan aliran plasma ginjal), trauma mekanis, edema jaringan, efek-efek anestesia	<p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berkemih tidak dibantu dalam 6-8 jam setelah kelahiran</li> <li>- Mengosongkan kandung kemih setiap berkemih</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji masukan cairan dan haluaran urin terakhir. Catat masukan cairan intrapartal dan haluaran urin dan lamanya persalinan</li> <li>2. palpasi kandung kemih. Pantau tinggi fundus dan lokasi, serta jumlah aliran lokia</li> <li>3. Perhatikan adanya edema atau laserasi/episiotomi, dan jenis anestesi yang digunakan</li> <li>4. tes urin terhadap albumin dan aseton. Bedakan antara proteinuria karena HUK dan yang karena proses normal</li> <li>5. Anjurkan berkemih dalam 6-8 jam pascapartum, 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 peperin ke dalam bedpan, atau biarkan klien duduk pada waktu rendam duduk atau gunakan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. aliran plasma ginjal, yang meningkatkan 25%-50% selama periode pranatal, tetap tinggi pada minggu pertama pascapartum, mengakibatkan peningkatan pengisian kandung kemih. Distensi kandung kemih, yang dapat dikaji dengan derajat perubahan posisi uterus menyebabkan peningkatan relaksasi uterus dan aliran lokia</li> <li>3. Trauma kandung kemih atau uretra, atau edema, dapat mengganggu sensasi penuh pada kandung kemih</li> <li>4. Proses katalitik dihubungkan dengan involusi uterus dapat mengakibatkan proteinuria (+1) pada 2 hari pertama</li> </ol>

	shower air hangat, sesuai indikasi	pascapartum. Aseton dapat menandakan
6.	Instruksikan klien untuk melakukan latihan Kegel setiap hari setelah efek-efek anestesia berkurang	dehidrasi yang dihubungkan dengan persalinan lama dan/atau kelahiran
7.	Anjurkan minum 6 sampai 8 gelas cairan perhari	5. Variasi intervensi keperawatan mungkin perlu untuk merangsang atau memudahkan berkemih.
8.	Kaji tanda-tanda infeksi ISK (misalnya rasa terbakar pada saat berkemih, peningkatan frekuensi, urin keruh)	Kandung kemih penuh mengganggu motilitas dan involusi uterus, dan meningkatkan aliran lokia. Distensi berlebihan
Kolaborasi :		kandung kemih dalam waktu lama dapat merusak dinding kandung kemih dan mengakibatkan atoni
9.	Kateterisasi, dengan menggunakan kateter lurus atau indwelling, sesuai indikasi	
10.	Dapatkan spesimen urin, dengan menggunakan teknik penampungan yang bersih atau kateterisasi, bila klien mempunyai gejala-gejala ISK	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
11.	Pantau hasil tes laboratorium, seperti nitrogen urea darah (BUN) dan urin 24 jam terhadap protein total, klirens, dan asam urat sesuai indikasi.	7. Membantu mencegah stasis dan dehidrasi dan mengganti cairan yang hilang waktu melahirkan
		8. Stasis, higiene buruk dan masuknya bakteri dapat memberi kecenderungan klien terkena ISK.
		9. Mungkin perlu untuk mengurangi distensi kandung

---

kemih, untuk memungkinkan involusi uterus, dan mencegah atoni kandung kemih karena distensi berlebihan

10. Adanya bakteri atau kultur dan sensitivitas positif adalah diagnosis untuk ISK

11. Pada klien yang telah mengalami HKK, gangguan ginjal atau vaskular dapat menetap, atau mungkin muncul untuk pertama kalinya selama periode pascapartum. Saat kadar steroid menurun mengikuti kelahiran, fungsi ginjal yang ditunjukkan oleh BUN dan klirens kreatinin, mulai kembali normal dalam 1 minggu; perubahan anatomi (misalnya dilatasi ureter dan pelvis ginjal) mungkin memerlukan waktu sampai 1 bulan untuk kembali normal.

---

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

**Tabel 2.5**

**Intervensi kekurangan volume cairan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional

---

<p>Kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan masukan/penggantian cairan berlebihan (muntah, diaforesis, peningkatan haluaran urin dan kehilangan tidak kasat mata meningkat, hemoragi)</p>	<p>Kriteria Hasil : - Tetap normosentif dengan masukan cairan dan haluaran urin seimbang, dan Hb/Ht dalam kadar normal</p>	<p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat kehilangan cairan pada waktu kelahiran; tinjau ulang riwayat intrapartal.</li> <li>2. Evaluasi lokasi dan kontraktilitas fundus uterus, jumlah lochia vagina, dan kondisi perineum setelah 2 jam pada 8 jam pertama, bila tepat, kemudian setiap 8 jam selama sisa waktu di rumahsakit. Catat pemberian obat-obatan, seperti MgSO<sub>4</sub>, yang akan menyebabkan relaksasi uterus</li> <li>3. Dengan perlahan masase fundus bila uterus menonjol</li> <li>4. Perhatikan adanya rasa haus; berikan cairan sesuai toleransi</li> <li>5. Evaluasi status kandung kemih; tingkatkan pengosongan bila kandung kemih penuh.</li> <li>6. Pantau suhu</li> <li>7. Pantau nadi</li> <li>8. Kaji tekanan darah (TD) sesuai indikasi</li> <li>9. Evaluasi masukan cairan dan haluaran urin selama diberikan infus I.V, atau sampai pola berkemih normal terjadi</li> <li>10. Evaluasi kadar Hb/Ht pada catatan pranatal; bandingkan dengan kadar pascanatal</li> <li>11. Pantau pengisian payudara dan suplai ASI bila menyusui</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Gantikan cairan yang hilang dengan infus I.V. yang mengandung elektrolit</li> <li>13. Berikan produk ergot seperti ergonovine maleate</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potensial hemoragi atau kehilangan darah berlebihan pada waktu kelahiran yang berkelanjutan pada periode pascapartum dapat diakibatkan dari persalinan yang lama, stimulasi oksitosin, tertahannya jaringan, uterus overdistensi, atau anestesia umum</li> <li>2. Diagnosa yang berbeda mungkin diperlukan untuk menentukan penyebab kekurangan cairan dan protokol asuhan. Uterus yang relaks atau menonjol dengan peningkatan aliran lochia dapat diakibatkan dari kelelahan miometrium atau tertahannya jaringan plasenta. Segera setelah melahirkan, fundus harus keras dan terlokalisasi dan umbilikus, dan kemudian involusi kira-kira satu buku jari per hari</li> <li>3. Merangsang kontraksi uterus dapat mengontrol perdarahan</li> <li>4. Rasa haus mungkin merupakan cara homeostatis dari penggantian cairan melalui peningkatan rasa haus</li> <li>5. Kandung kemih penuh mengganggu kontraktilitas uterus dan menyebabkan perubahan potensi dan relaksasi fundus</li> <li>6. Peningkatan suhu dapat memperberat dehidrasi; bila suhu 100,4 °F (38°C) pada 24 jam pertama setelah kelahiran dan terulang selama 2 hari, ini mungkin menandakan infeksi.</li> <li>7. Takikardi dapat terjadi, memaksimalkan sirkulasi cairan, pada kejadian dehidrasi atau hemoragi</li> <li>8. Peningkatan TD mungkin karena efek-efek obat vasopresor oksitosin, atau terjadinya HKK yang</li> </ol>
--	--	--	---

---

<p>(Ergotrate) atau metilergonovin maleat (Methergine) secara parenteral atau oral, atau berikan preparat oksitosin sintesis I.M/I.V (Syntocinon, Pitocin). Kaji sebelum pemberian preparat ergot; tunda obat-obatan dan beri tahu dokter bila meningkat</p> <p>14. Lakukan atau tingkatkan kecepatan cairan I.V seperti larutan Ringer laktat dengan oksitosin 10 sampai 20 unit</p>	<p>baru atau sebelumnya. Penurunan TD mungkin tanda lanjut dari kehilangan cairan berlebihan, khususnya bila disertai dengan tanda-tanda lain atau gejala-gejala syok</p> <p>9. Membantu dalam analisa kesiimbangan cairan dan derajat kekurangan</p> <p>10. Hb/Ht biasanya kembali ke normal dalam 3 hari. Hb tidak boleh turun lebih dari 2 g/100 ml kecuali kehilangan darah berlebihan. Peningkatan kadar Ht kembali normal pada hari ketiga sampai ketujuh pascapartum, karena kehilangan plasma pada penurunan sel darah berlebihan yang terjadi selama 72 jam pertama. Namun peningkatan ini mungkin juga menandakan kelebihan perpindahan cairan intravaskular ke ruang ekstraselular.</p> <p>11. Klien dehidrasi tidak mampu menghasilkan ASI adekuat</p> <p>12. Membantu menciptakan volume darah sirkulasi dan menggantikan kehilangan karena kelahiran dan diaforesis</p> <p>13. Produk ini bekerja secara langsung pada miometrium untuk meningkatkan kontraksi. Ergot adalah vasokonstriktor, dapat menyebabkan hipertensi dan harus ditunda bila TD 140/90 mmHg atau lebih tinggi</p> <p>14. Oksitosin (Pitocin) mungkin diperlukan untuk menstimulasi miometrium bila perdarahan berlebihan menetap dan uterus gagal untuk berkontraksi. Perdarahan menetap pada adanya fundus</p>
---	--

---

kuat dapat menandakan laserasi dan kebutuhan terhadap penyelidikan lanjut.

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

**Tabel 2.6**

**Intervensi kelebihan volume cairan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Kelebihan volume cairan berhubungan dengan perpindahan cairan setelah kelahiran plasenta, ketidaktepatan penggantian cairan, efek-efek infus oksitosin, adanya HKK	Kriteria Hasil : - Menunjukkan TD dan nadi dalam batas normal, bebas dari edema dan gangguan penglihatan, dengan bunyi nafas berlebih	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tinjau ulang riwayat HKK paranatal dan intrapartal, perhatikan peningkatan TD, proteinuria, dan edema</li> <li>2. Pantau TD dan nadi. Auskultasi bunyi nafas, perhatikan batuk berdahak, bising (<i>rales</i>), atau ronkhi. Perhatikan adanya dipsnea atau stridor</li> <li>3. Pantau masukan cairan dan haluaran urin;ukur berat jenis</li> <li>4. Kaji adanya, lokasi, dan luasnya edema. Pantau tanda-tanda kemajuan edema (misalnya gangguan penglihatan, hiperrefleksia, klonus, nyeri KkaA, dan sakit kepala). ( Catatan: Kaji</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu menentukan kemungkinan komplikasi serupa yang menetap/terjadi pada periode pascapartum</li> <li>2. Klebihan beban sirkulasi dimanifestasikan dengan peningkatan TD dan nadi, da akumulasi cairan pada paru-paru. Peningkatan TD dapat juga dihuungkan dengan HKK dan retensi cairan berkenaan dengan infus oksitosin</li> <li>3. Menandakan kebutuhan cairan/keadekuatan terap</li> <li>4. Bahaya eklampsia atau kejang ada selama 72 jam, tetapi dapat terjadi secara aktual selambat-lambatnya 5 hari setelah kelahiran. Obat-obatan dapat menutupi tanda-tanda sakit kepala yang disebabkan oleh edema serebra</li> <li>5. Proteinuria pascapartum 1+ adalah normal, karena proses</li> </ol>

sakit kepala sebelum memberikan analgesik)	katalitik involusi uterus. Kadar 2+ atau lebih besar mungkin dihubungkan dengan spasme glomerulus karen HKK
5. Tes terhadap adanya proteinuria dengan dipstik setiap 4 jam	6. Intoksikasi serebral adalah indikator awal dari kelebihan retensi cairan
6. Evaluasi keadaan neurologis klien. Perhatikan hiperrefleksia, peka rangsang, atau perubahan kepribadian	7. Klien harus kehilangan sampai 5 kg pada waktu melahirkan dapat dianggap karena bayi, produk konsepsi, urin, dan kehilangan tidak kasat mata, dan 2 kg lebih pada periode pascapartum melalui perpindahan cairan dan elektrolit
7. Biarkan klien memantau berat badan setiap hari, khususnya bila toksemia pascapartum terjadi	8. Hasil abnormal, seperti peningkatan asam urat (lebih besar dari 7 mg/100 ml) dan peningkatan kadar kreatinin, menandakan deteriorasi fungsi ginjal
Kolaborasi :	9. Mungkin diperlukan untuk memantau haluaran urin setiap jam bila dibutuhkan oleh kondisi klien (misalnya HKK berat atau oliguria)
8. Catat hasil tes asam urat, protein 24 jam dan klierens kreatinin, dan kadar kreatinin serum	10. Sindrom HELLP adalah akibat pascapartum potensial dari HKK dengan keterlibatan hepar atau hemoragi pembuluh darah hepatik
9. Pasang ateter indwelling sesuai indikasi	11. MgSO <sub>4</sub> bekerja pada persimpangan mioneural dan mungkin mempunyai efek-efek sementara dari penurunan TD dan peningkatan haluaran urin
10. Evaluasi terhadap sindrom HELLP (hemolisis SDM, peningkatan kadar enzim hepar, dan penurunan jumlah trombosit)	12. Hidralazin merilekskan arteriole perifer dan meningkatkan vasodilatasi; metildopa bekerja pada ujung saraf pasca ganglion dan mengganggu neurotransmis kimia,
11. Berikan MgSO <sub>4</sub> per pompa infus bila diindikasikan	
12. Berikan antihipertensif seperti hidralazin (Apresoline) atau metildopa (Aldomet) per	

	protokol (misalnya bila pembacaan diastolik 110 mmHg atau lebih tinggi)	menurunkan tahanan vaskular perifer
13.	Berikan furosemid (Lasix) sesuai indikasi	13. Furosemid bekerja pada ansa Henle untuk meningkatkan haluaran urin dan menghilangkan edema pulmonal
14.	Berikan manitol pada adanya HKK dengan penurunan haluaran urin	14. Untuk klien dengan HKK, ancaman gagal ginjal, atau oliguria, manitol bekerja sebagai diretik osmotik untuk mengalirkan cairan ke dalam area vaskular dan meningkatkan aliran plasma ginjal dan haluaran urin

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

**Tabel 2.7**

**Intervensi konstipasi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (diastatis rekti), efek-efek progesteron, dehidrasi, kelebihan analgesia atau anestesia, diare prapersalinan, kurang masukan, nyeri perineal/rektal	Kriteria Hasil : - Melakukan kembali kebiasaan defekasi yang biasanya/optimal dalam 4 hari setelah kelahiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auskultasi adanya bising usus; perhatikan kebiasaan pengosongan normal atau diastatis</li> <li>2. Kaji terhadap adanya hemoroid. Berikan informasi tentang memasukkan kembali heoroid ke dalam kanal anorektal dengan jari dilumasi atau dengan srung tangan, dan berikan kompres es <i>witch hazel</i> atau krim anestetik lokal</li> <li>3. Berikan informasi diet yang tepat tentang pentingnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi fungsi usus. Adanya diastatis rekti berat (pemisahan dari dua otot rektus sepanjang garis median dari dinding abdomen)</li> <li>2. Menurunkan ukuran hemoroid, menghilangkan gatal dan ketidaknyamanan, dan meningkatkan vasokontrksi lokal</li> <li>3. Makanan kasar (misalnya buah-buahan dan sayuran, khususnya dengan biji dan kulit) dan peningkatan cairan cairan menghasilkan bulk</li> </ol>

makanan kasar, peningkatan cairan, dan upaya untuk membuat pola pengosongan normal	dan merangsang eliminasi
4. Anjurkan peningkatan tingkat aktivitas dan ambulasi, sesuai toleransi	4. membantu meningkatkan peristaltik gastrointestinal
5. Kaji episiotomi; perhatikan adanya laserasi dan derajat keterlibatan jaringan	5. edema berlebihan atau trauma perineal dengan laserasi derajat ketiga dan keempat dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan mencegah klien dari merelaksasi perineum selama pengosongan karena takut untuk terjadi cedera selanjutnya
Kolaborasi :	
6. Berikan laksatif, pelunak feses, supositoria, atau enema	6. Mungkin perlu untuk meningkatkan untuk kembali ke kebiasaan defekasi normal dan mencegah mengejan atau stres perineal selama pengosongan. (Catatan : pemberian supositoria atau enema pada adanya laserasi derajat ketiga atau keempat dapat di kontraindikasikan karena trauma lanjut dapat terjadi).

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

**Tabel 2.8**

## Intervensi risiko terhadap perubahan menjadi orangtua

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Resiko tinggi terhadap perubahan menjadi orang tua berhubungan dengan kurang dukungan diantara/orang terdekat, kurang pengetahuan, ketidakefektifan dan/atau tidak tersedianya model peran, harapan tidak realistis untuk diri sendiri/bayi/pasangan, tidak terpenuhinya kebutuhan maturasi sosial/hemosional dari klien/pasangan, adanya stresor(misalnya finansial, rumah tangga, pekerjaan).	Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengungkapkan masalah dan pertanyaan tentang menjadi orang tua</li> <li>- Mendiskusikan peran menjadi orang tua secara realistis</li> <li>- Secara aktif mulai melakukan tugas perawatan bayi baru lahir dengan tepat</li> <li>- Mengidentifikasi ketersediaan sumber-sumber</li> </ul>	Mandiri: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kekuatan, kelemahan, usia, status perkawinan, ketersediaan sumber pendukung, dan latar belakang budaya</li> <li>2. Perhatikan respon klien/pasangan terhadap kelahiran dan peran menjadi orang tua</li> <li>3. Mulai asuhan keperawatan primer untuk ibu dan bayi saat di unit</li> <li>4. Evaluasi sifat dari menjadi orang tua secara emosi dan fisik yang pernah dialami klien/pasangan selama masa kanak-kanak</li> <li>5. Kaji keterampilan komunikasi interpersonal pasangan dan hubungan mereka satu sama lain</li> <li>6. Tinjau ulang catatan intrapartum terhadap lamanya persalinan, adanya komplikasi, dan peran pasangan pada persalinan</li> <li>7. Evaluasi status fisik masa lalu dan saat ini dan kejadian komplikasi pranatal, intranatal, atau pascapartal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor-faktor risiko potensial dan sumber-sumber pendukung, yang mempengaruhi kemampuan klien/pasangan untuk menerima tantangan peran menjadi orang tua</li> <li>2. Kemampuan klien untuk beradaptasi secara positif untuk menjadi orang tua mungkin dipengaruhi oleh reaksi ayah dengan kuat</li> <li>3. Meningkatkan perawatan berpusat pada keluarga, kontinuitas dan asuhan yang diberikan secara individu, serta mungkin memudahkan terjadinya ikatan keluarga positif</li> <li>4. Peranan menjadi orang tua dipelajari, dan individu memakai peran orang tua mereka sendiri menjadi model peran. Yang mengalami pengaruh negatif atau menjadi orang tua yang buruk berisiko besar terhadap kegagalan memenuhi tantangan daripada yang merasakan menjadi orang tua positif</li> </ol>

- 
- |  |  |
|--|--|
| <p>8. Evaluasi kondisi bayi; komunikasikan dengan staf keperawatan sesuai indikasi. Perhatikan adanya masalah atau perhatian khusus</p>  | <p>5. Hubungan yang kuat dicirikan dengan komunikasi yang jujur dan keterampilan mendengar dan interpersonal yang baik membantu mengembangkan pertumbuhan</p>  |
| <p>9. Berikan <i>neonatal perception inventori (NPI)</i>, bagian I dalam 2 hari pertama pascapartum. Atur untuk <i>inventori</i> tindak lanjut, bagian II untuk diberikan pada 1 bulan pascapartum</p>   | <p>6. persalinan lama dan sulit dapat secara sementara menurunkan energi fisik dan emosional yang perlu untuk mempelajari peran menjadi ibu dan dapat secara negatif mempengaruhi menyusui</p>   |
| <p>10. Pantau dan dokumentasikan interaksi klien/pasangan dengan bayi. Catat adanya perilaku ikatan (pengenalan): membuat kontak mata, menggunakan suara nada tinggi dan posisi berhadapan, memanggil bayi dengan namanya, dan menggendong bayi dengan dekat. Tentukan latar belakang budaya keluarga.</p> | <p>7. kejadian seperti persalinan praterm, hemoragi, infeksi, atau adanya komplikasi ibu dapat mempengaruhi kondisi psikologis klien, menurunkan kemampuan untuk belajar keterampilan menjadi orang tua baru dan mengurangi kedekatannya pada bayi baru lahir</p>  |
| <p>11. Berikan “rawat bersama”/ruang fisik dan privasi untuk kontak diantara ibu, ayah, dan bayi.</p>  | <p>8. ibu sering mengalami kesedihan karena mendapati bayinya tidak seperti bayi yang diharapkan. Masalah-masalah emosional dan ketidakmampuan untuk menilai peran menjadi orang tua dengan positif mungkin akibat dari kecacatan dari kelahiran sementara pada bayi, kelahiran bayi risiko tinggi, atau ketidakmampuan ibu untuk menemukan perbedaan antara</p> |
| <p>12. Anjurkan pasangan/sibling untuk mengunjungi dan menggendong bayi dan berpartisipasi pada aktivitas perawatan bayi sesuai izin. Bila bayi tetap di rumah sakit untuk</p>   | <p>perbedaan antara</p>  |
-

observasi atau prosedur-prosedur, berikan nomor telepon ruangan perawatan bayi khusus; ambil foto bayi untuk pasangan	fantasi pranatal dan realitas pascanatal
13. Kaji kesiapan dan motivasi klien untuk belajar	9. NPI mengkaji potensi adaptif dari pasangan ibu-bayi dengan mengevaluasi persepsi ibu terhadap bayi kebanyakan versus bayinya sendiri
14. Berikan kesempatan pendidikan formal dan informal diikuti dengan demonstrasi staf, bantuan staf, dan vidiotape pendidikan untuk perawatan bayi, pemberian makanan bayi, dan menjadi orang tua	10. Beberapa ibu atau ayah mengalami kasih sayang bermakna pada pertama kali; selanjutnya, mereka dikenalkan pada bayi secara bertahap
15. Biarkan klien mendemonstrasikan perilaku yang dipelajari berkenaan dengan pemberian makan bayi dan perawatan. Berikan informasi tertulis dan nomor telepon orang yang dapat dihubungi untuk dibawa klien pulang	11. Memudahkan kedekatan; membantu mengembangkan proses pengenalan
16. Lakukan hubungan telepon tindak lanjut atau kunjungan rumah oleh perawat primer, bila mungkin, pada angka 1 minggu, dan pada minggu ke-4 sampai ke-6 pascapartum	12. Membantu meningkatkan ikatan dan mencegah perasaan putus asa. Menekankan realitas keadaan bayi
Kolaborasi :	13. Banyak faktor mempengaruhi belajar individu (misalnya pemahaman kebutuhan terhadap informasi, ansietas, euforia pascakelahiran)
17. Rujuk pada kelompok penduduk komunitas, seperti pelayanan perawat yang berkunjung, pelayanan sosial kelompok	14. Membantu orang tua belajar dasar-dasar perawatan bayi, meningkatkan diskusi dan pemecahan

---

<p>menjadi orang tua, atau remaja</p>	<p>orang tua, atau klinik remaja</p>	<p>masalah bersama dan memberikan dukungan kelompok</p>
<p>18. Rujuk keluarga berisiko tinggi terhadap masalah orang tua atau ikatan positif diantara klien/pasangan dan bayi tidak terjadi</p>	<p>15. Membantu menguatkan program penyuluhan dan mencegah ansietas terhadap pertanyaan yang tidak terjawab, khususnya bila keluarga adalah bagian dari program pemulangan awal atau bila kelahiran dilakukan pada tempat kelahiran alternatif</p>	<p>16. Beberapa pusat maternitas sekarang meliputi tindak lanjut tersebut, khususnya untuk remaja atau keluarga yang berisiko tinggi untuk masalah menjai orang tua</p>
	<p>17. Membantu meningkatkan peran orang tua yang positif melalui kelompok pendukung dan pengalaman pemecahan masalah bersama</p>	
	<p>18. Perilaku menjadi orang tua yang negatif dan tidak efektifan koping memerlukan perbaikan melalui konseling, pemeliharaan, atau bahkan psikoterapi yang lama, dan perilaku baru serta model peran yang digabungkan, untuk menghindari pemulangan</p>	

---

kesalahan  
menjadi orang tua  
dan penyiksaan  
anak

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

**Tabel 2.9**

**Intervensi koping individual tidak efektif**

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

- 
- rencana untuk bantuan domestik pada saat pulang
5. Berikan dukungan emosional dan bimbingan antisipasi untuk membantu klien mempelajari peran baru dan strategi untuk coping terhadap bayi baru lahir. Diskusikan respons emosional yang normal yang terjadi setelah pulang
  6. Evaluasi dan dokumentasikan interaksi klien-bayi. Perhatikan adanya atau tidak adanya perilaku ikatan (kedekatan)
  7. Anjurkan pengungkapan perasaan rasa bersalah, kegagalan pribadi, atau keraguan tentang kemampuan menjadi orang tua, khususnya bila keluarga berisiko tinggi terhadap masalah-masalah menjadi orang tua
  8. Berikan kesempatan pada klien untuk meninjau ulang keputusan untuk melepaskan anak
- Kolaborasi :
9. Rujuk klien/pasangan pada kelompok penukung menjadi orang tua, pelayanan sosial, kelompok komunitas, atau pelayanan perawat berkunjung
  10. Rujuk klien/pasangan pada penasihat psikiatrik, bila tepat
  11. Berikan diazepam (valium), prometasin hidroklorida (phenergan), atau litium karbonat, sesuai indikasi
5. Keterampilan menjadi ibu/orang tua bukan secara insting tetapi harus dipelajari
  6. Ibu dan bayi sama-sama berpartisipasi dalam proses kedekatan dan keduanya harus meendapatkan respons penghargaan selama interaksi
  7. Membantu pasangan mengevaluasi kekuatan dan area masalah secara realistis dan mengenali kebutuhan terhadap bantuan profesional yang tepat
  8. Setelah kelahiran, respons emosi normal disertai dengan keputusan-keputusan sebelumnya untuk memberikan anak di adopsi
  9. Kira-kira 40% wanita dengan depresi pascapartum ringan mempunyai gejala-gejala yang menetap sampai 1 tahun dan dapat memerlukan evaluasi lanjut
  10. Dari 1%-2% klien yang menderita depresi pascapartum berat perawatan di rumah sakit untuk psikosis seperti penyimpangan apektif (misalnya depresi atau depres dengan episode manik) dan skizoprenia
  11. Kesulitan berat/lama dapat memerlukan intervensi tambahan. Pemilihan terapi obat tergantung pada apakah kontrol jangka pendek atau jangka panjang diperlukan
-

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

**Tabel 2.10**

**Intervensi gangguan pada tidur**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
gangguan pada tidur berhubungan dengan respons hormonal dan psikologis (sangat gembira, ansietas, kegirangan), nyeri/ketidaknyamanan proses persalinan dan kelahiran melelahkan	<p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi penilaian untuk mengakomodasi perubahan yang diperlukan dengan kebutuhan terhadap anggota keluarga baru</li> <li>-Terus melaporkan peningkatan rasa sejahtera dan istirahat</li> </ul>	<p>Mandiri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tingkat keletihan 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 serta periode tidur yang ekstra. Anjurkan untuk mengungkapkan pengalaman melahirkan. Berikan lingkungan yang tenang</li> <li>3. Berikan informasi tentang kebutuhan untuk tidur/istirahat setelah kembali kerumah</li> <li>4. Berikan informasi tentang efek-efek kelelahan dan</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 tidurnya, "lapar tidur" 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 memenuhi kebutuhan tubuh serta mengatasi kelelahan yang berlebihan</li> </ol>

ansietas pada suplai ASI	4. Kelelahan dapat mempengaruhi penilaian psikologis, suplai ASI, dan penurunan refleks secara psikologis
5. Kaji lingkungan rumah, bantuan dirumah, dan adanya sibling dan anggota keluarga lain	5. Multipara dengan anak dirumah memerlukan tidur lebih banyak di rumah sakit untuk mengatasi kekurangan tidur dan memenuhi kebutuhannya dan kebutuhan keluarganya
Kolaborasi :	
6. Berikan obat-obatan (misalnya analgesik)	6. Mungkin diperlukan untuk meningkatkan relaksasi dan tidur sesuai kebutuhan

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

**Tabel 2.11**

**Intervensi kurang pengetahuan mengenai perawatan diri**

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan perawatan bayi berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat, kesalahan interpretasi tidak mengenal sumber-sumber	Kriteria Hasil : - Mengungkapkan masalah/kesalahan konsep, keraguan dalam atau ketidakadekuatan melakukan aktivitas, ketidaktepatan perilaku (misalnya apatis)	Mandiri : 1. Pastikan persepsi klien tentang persalinan dan kelahiran, lama persalinan, dan tingkat kelelahan klien 2. Kaji kesiapan klien dan motivasi untuk belajar. Bantu klien/pasangan dalam mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan 3. Mulai rencana penyuluhan tertulis dengan menggunakan format yang di	1. Terdapat hubungan antara lama persalinan dan kemampuan untuk melakukan tanggung jawab tugas dan aktivitas-aktivitas perawatan diri/perawatan bayi 2. Periode pascanatal dapat merupakan pengalaman positif bila penyuluhan yang tepat diberikan untuk membantu mengembangkan pertumbuhan ibu, maturasi, dan kompetensi

standarisasi atau ceklis. Dokumentasikan informasi yang diberikan dan respons klien selanjutnya berikan informasi tentang program-program latihan pascapartum progresif	3. Membantu menstandarisasi informasi yang diterima orang tua dari anggota staf, dan menurunkan kebingungan klien yang disebabkan oleh diseminasi dari masukan atau informasi yang bertentangan
4. Berikan informasi tentang peran program latihan pascapartum progresif	4. Latihan membantu tonus otot, meningkatkan sirkulasi, menghasilkan tubuh yang seimbang, dan meningkatkan perasaan sejahtera secara umum
5. Berikan informasi tentang perawatan diri, termasuk perawatan perineal dan higiene; perubahan fisiologis, termasuk kemajuan normal dari rabas lokhia; kebutuhan untuk tidur dan istirahat	5. Membantu mencegah infeksi, mempercepat pemulihan dan penyembuhan, dan berperan pada adaptasi yang positif dari perubahan fisik dan emosional
6. Diskusikan kebutuhan seksualitas dan rencana untuk kontrasepsi. Berikan rencana tentang ketersediaan metoda, termasuk keuntungan dan kerugian	6. Pasangan mungkin memerlukan kejelasan mengenai ketersediaan metoda kontrasepsi dan kenyataan bahwa kehamilan dapat terjadi bahkan sebelum kunjungan minggu ke-6
7. Beri penguatan pentingnya pemeriksaan pascapartum minggu ke-6 dengan pemberi perawatan kesehatan	7. Kunjungan tindak lanjut perlu untuk mengevaluasi pemulihan organ reproduktif, penyembuhan insisi/perbaikan episiotomi, kesejahteraan umum, dan adaptasi terhadap perubahan hidup
8. Identifikasi masalah-masalah potensial yang memerlukan evaluasi dokter sebelum jadwal kunjungan minggu ke-6 (misalnya terjadi perdarahan vagina yang kembali berwarna merah terang, lokhia bau busuk, peningkatan suhu, malaise, perasaan	8. Intervensi lanjut atau tindakan mungkin diperlukan sebelum kunjungan minggu

ansietas/depresilam a.)	ke-6 untuk mencegah atau meminimalkan potensial komplikasi
9. Diskusikan perubahan fisik dan psikologis yang normal dan kebutuhan-kebutuhan yang berkenaan dengan periode pascapartum	9. Status emosional klien mungkin kadang-kadang labil pada saat ini dan sering dipengaruhi oleh kesejahteraan fisik
10. Identifikasi sumber-sumber yang tersedia; misalnya pelayanan perawat berkunjung, pelayanan kesehatan masyarakat, dan lain-lain	10. Meningkatkan kemandirian dan memberikan dukungan untuk adaptasi pada perubahan multipel

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

**Tabel 2.12**

**Intervensi otensial terhadap pertumbuhan koping keluarga**

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

muncul ke permukaan	emosional selama periode pascapartum	kedekatan. Membantu anggota keluarga merasa nyaman merawat bayi baru lahir
	4. Anjurkan partisipasi seimbang dari orangtua pada perawatan bayi	3. pengungkapan dan diskusi dalam suatu kelompok membantu mengembangkan pengungkapan ide-ide, kesempatan untuk pemecahan masalah, dan kelompok dukungan.
	5. Berikan bimbingan antisipasi mengenai perubahan emosi normal berkenaan dengan periode pascapartum	4. Fleksibilitas dan sensitisasi terhadap kebutuhan keluarga membantu mengembangkan harga diri dan rasa kompeten dalam perawatan bayi baru lahir setelah pulang
	6. Berikan informasi tertulis mengenai buku-buku yang dianjurkan untuk anak-anak (sibling) tentang bayi baru. Anjurkan sibling untuk mengungkapkan perasaan tentang penggantian atau penolakan. Anjurkan orangtua untuk menyediakan waktu lebih banyak dengan anak yang lebih tua	5. Membantu menyiapkan pasangan untuk kemungkinan perubahan yang mereka alami; menurunkan stres berkenaan dengan ketidaktahuan atau dengan kejadian yang tidak diperkirakan, dan dapat meningkatkan coping positif
	7. Anjurkan teman-teman termasuk anak yang lebih tua melakukan aktivitas di luar rumah	6. Membantu anak mengidentifikasi dan mengatasi perasaan akan kemungkinan penggantian atau penolakan
	Kolaborasi :	7. Anak-anak usia sekolah kemungkinan lebih mudah menyesuaikan diri terhadap bayi baru lahir, saat pandangan mereka telah meluas sampai meliputi aktivitas kedekatan di luar rumah
	8. Rujuk klien/pasangan pada kelompok orangtua pascapartum di komunitas.	8. Meningkatkan pengetahuan orangtua tentang membesarkan anak dan perkembangan anak, dan memberikan atmosfer yang mendukung saat orangtua memerankan peran baru

13. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan hypovolemia.

**Tabel 2.13**

**Intervensi perubahan perfusi jaringan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan hipovolemia	<p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan TD, nadi, gas darah arteri,, dan Hb/Ht DBN</li> <li>- Mendemonstrasikan fungsi hormonal dengan suplai ASI adekuat untuk laktasi dan mengalami kembali menstruasi normal</li> </ul>	<p>Mandiri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan Hb/Ht sebelum dan setelah kehilangan darah. Kaji status nutrisi, tinggi dan berat badan</li> <li>2. Pantau tanda vital; catat derajat dan durasi episode hipovolemik</li> <li>3. Perhatikan tingkat kesadaran dan adanya perubahan perilaku</li> <li>4. Kaji warna dasar kuku, mukosa mulut, gusi dan lidah; perhatikan suhu kulit</li> <li>5. Kaji payudara setiap hari, perhatikan ada atau tidaknya laktasi dan perubahan pada ukuran payudara</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Pantau GDA dan kadar Ph</li> <li>7. Berikan terapi oksigen sesuai kebutuhan</li> <li>8. Pasang jalan nafas;penghisap sesuai indikasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nilai bandingan membantu menentukan beratnya kehilangan darah. Statusnya yang ada sebelumnya dari kesehatan yang buruk meningkatkan luasnya cedera dari kekurangan oksigen</li> <li>2.Luasnya keterlibatan hipofisis dapat dihubungkan dengan derajat dan durasi hipotensi</li> <li>3. Perubahan sensorium adalah indikator dini dari hipoksia</li> <li>4. Pada kompensasi vasokonstriksi dan pirau organ vital, sirkulasi pada pembuluh darah perifer diturunkan, yang mengakibatkan sianosis dan suhu kulit dingin</li> <li>5.Kerusakan atau keterlibatan hipofisis anterior (sindrom Sheehan) menurunkan kadar prolaktin, mengakibatkan tidak adanya produksi ASI dan akhirnya menurunkan jaringan payudara</li> <li>6.Membantu dalam mendiagnosa derajat hipoksia jaringan atau asidosis yang diakibatkan dari terbentuknya asam laktat dari metabolisme anaerobik</li> <li>7.Memaksimalkan ketersediaan oksigen</li> </ol>