

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

Oleh :

**Sri Fujianti**

**AKX.15.130**



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

**2018**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Sri Fujianti  
NPM : AKX.15.130  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Partum Spontan Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di RUD 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, Agustus 2018

Yang Membuat Pernyataan



**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**SRI FUJANTI**

**AKX.15.130**

**KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI**

**TANGGAL**

Oleh  
Pembimbing Ketua



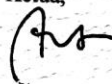
Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep  
NIP : 1011603

Pembimbing Pendamping



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

Mengetahui  
Prodi DIII Keperawatan  
Ketua,



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

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN DENGAN**

**MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG**

**ZADE RSUD dr. SLAMET GARUT**

Oleh :

Nama : SRI FUJANTI

NIM : AKX.15.130

Telah Diuji

Pada tanggal, 21 Agustus 2018

Penitia Penguji

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

(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Sri Lestari, M.Keb

(Penguji I)

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

(Penguji II)

3. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners

(Pembimbing Pendamping)



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

iii

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Persalinan spontan/normal adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Banyaknya ibu yang mengalami persalinan normal di RSUD Dr.Slamet Garut periode Januari sampai September 2017 yaitu 1.862 (64,8 %) dari 2.872 persalinan. Pada hampir semua persalinan pervaginam terjadi robekan perineum baik itu robekan yang di sengaja dengan episiotomi maupun robekan secara spontan akibat dari persalinan. Robekan perineum biasanya memerlukan tindakan penjahitan, dari jahitan perineum tersebut pasti menimbulkan rasa nyeri. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian pada ke 2 klien. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut dikarenakan luka episiotomi. Adapun perbedaan hasil dari intervensi penggunaan teknik relaksasi nafas dalam pada kedua klien yaitu pada klien 1 berkurang pada hari ke satu sedangkan pada klien 2 berkurang pada hari ke dua dimana pada ke 2 klien masih mengeluh nyeri. Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit diharapkan lingkungan rumah sakit khususnya di ruang nifas pengunjung dapat dibatasi untuk mencegah kebisingan yang menyebabkan perawat kurang maksimal untuk melakukan intervensi terhadap klien, dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru terutama mengenai post partum spontan dan nyeri akut sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa.

Kata Kunci : Postpartum spontan, Nyeri akut, Asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 12 Buku (2005-2015), 2 Jurnal (2010 - 2014)

## ABSTRACT

*Background: Spontaneous / normal labor is the process by which the baby, the placenta, and the amniotic membrane get out of the mother's uterus. Number of thousands who experienced a normal birth in RSUD Dr.Slamet Garut period January to September 2017 ie 1.862 (64.8%) of 2,872 deliveries. In almost all vaginal deliveries occur perineum rupture either a deliberate rupture with episiotomy or spontaneous tear resulting from the delivery . A perineal rupture usually requires suturing, from the stitches of the perineum must be painful. Objectives: To gain experience in nursing care on spontaneous post partum clients with acute pain nursing problems. Method: The case study is to explore a problem with detailed constraints, have a deep data retrieval and include various sources of information. Results: This case study was performed on two spontaneous postpartum partners with acute pain nursing problems. After nursing care with intervention, acute pain nursing problems are partially resolved on the 2 clients. Discussion: Both clients found acute pain problems due to an episiotomy injury. The difference of result from the intervention of the use of deep breath relaxation technique on client 1 is reduced on day one while in client 2 decreased on the second day where in second client still complained of pain. The writer suggested to hospital for facility and infrastructure that support the patient care should be more equipped like a poster or brochure for penkes so that patients better understand when done health education and the writer also expect that the educational institutions are able to provide the update published literatures, especially about the spontaneous post partum and acute pain so it can improve the students knowledge.*

*Keyword: Postpartum spontaneous, acute pain, nursing care*

*Bibliography: 12 Books (2005-2015), 2 Journals (2010 - 2014)*

## **KATA PENGANTAR**

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

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

Penyusunan karya tulis ini tidak pernah berdiri sendiri, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah turut serta membantu proses

hingga terwujudnya harapan dan tujuan penulis dengan baik, ucapan terima kasih ini penulis sampaikan yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung Dan Selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini .
4. Anggi Jamiyanti S.Kep.,Ners selaku Pembimbing Pedamping yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Untuk kedua orangtua tercinta serta seluruh anggota keluarga yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
6. Untuk para sahabat Ine Anggelina, Imas Rima Eliyanti, Kartika, Nadia, Rizka, Nurul, Roffi yang telah memberikan dorongan semangat, dukungan dengan tulus serta selalu ada untuk penulis.
7. Untuk teman - teman seperjuangan angkatan 2015 D III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, Agustus 2018

SRI FUJIAN TI

## DAFTAR ISI

	Halaman
SURAT PERNYATAAN .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Anatomi Fisiologis.....	7



2.2 Konsep Post Partum.....	13
2.2.1 Definisi Post Partum .....	13
2.2.2 Tahapan Post Partum.....	14
2.3 Fato fisiologi.....	15
2.3.1 Adaptasi Fisiologi Post Partum.....	16
2.3.4 Aadaftasi Psikologis Dalam Post Partum.....	23
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Post partum .....	24
2.4.1 Pengkajian .....	24
2.4.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Postpartum .....	33
2.4.3 Rencana Keperawatan .....	35
2.4.4 Implementasi Keperawatan .....	61
2.4.5 Evaluasi Keperawatan .....	62
<b>BAB III    METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Desain Penelitian .....	63
3.2 Batasan Istilah .....	63
3.3 Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian .....	64
3.4 Lokasi Penelitian .....	65
3.5 Waktu Penelitian.....	65
3.6 Pengumpulan Data.....	65
3.7 Uji Keabsahan Data .....	66
3.8 Analisis Data .....	67
3.9 Etik Penulisan KTI .....	68
<b>BAB IV    HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil	
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	70
4.1.2 Pengkajian .....	71
4.1.3 Analisis Data .....	83
4.1.4 Diagnosa Keperawatan .....	84
4.1.5 Perencanaan.....	86
4.1.6 Implementasi .....	89
4.1.7 Evaluasi.....	92

## BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	105
5.2 Saran.....	107
Daftar Pustaka .....	108

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 AlatKandunganLuar .....	9
Gambar 2.2AlatKandunganDalam .....	12
Gambar 2.3 Skala Nyeri.....	26

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Involusi Uteri .....	17
Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut.....	35
Tabel 2.3 Intervensi Resiko Tinggi Terhadap Cedera.....	37

Tabel 2.4 Intervensi Resiko Tinggi Infeksi.....	41
Tabel 2.5 Intervensi Perubahan Eliminasi Urin .....	42
Tabel 2.6 Intervensi Kekurangan Cairan .....	46
Tabel 2.7 Intervensi Kelebihan Cairan .....	50
Tabel 2.8 Intervensi Konstipasi.....	53
Tabel 2.9 Intervensi Resiko Terhadap Perubahan Menjadi Orangtua.....	55
Tabel 2.10 Intervensi Resiko Ketidacukupan ASI. ....	60
Tabel 4.1 Identitas Klien .....	71
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit .....	71
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi .....	72
Tabel 4.4 Riwayat Obstetri .....	73
Tabel 4.5 Perubahan Aktifitas Sehari hari .....	74
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik .....	75
Tabel 4.7 Data Psikologi.....	80
Tabel 4.8 Data Sosial.....	81
Tabel 4.9 Kebutuhan Bounding Attachmen.....	81
Tabel 4.10 Kebutuhan Pemenuhan Seksual.....	81
Tabel 4.11 Data Spiritual. ....	81
Tabel 4.12 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri. ....	82
Tabel 4.13 Hasil Pemeriksaan Diagnostik. ....	82
Tabel 4.14 Program Dan Rencana Pengobatan.....	82
Tabel 4.15 Analisa Data.....	83
Tabel 4.16 Diagnosa Keperawatan.....	84
Tabel 4.17 Perencanaan. ....	86
Tabel 4.18 Implementasi.....	89
Tabel 4.19 Evaluasi. ....	92

## **DAFTAR LAMPIRAN**

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

Lampiran VII Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran VIII Leaflet

Lampiran IX Jurnal

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Post partum merupakan suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya “periode” ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu. Walaupun merupakan masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai oleh banyaknya perubahan fisiologi. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu ibu baru, walaupun komplikasi serius juga sering terjadi (Cunningham, F, et al, 2013).post

partum dapat disimpulkan bahwa masa nifas (post partum) adalah masa setelah lahirnya bayi dan plasenta sampai waktu 5-6 minggu.

Setelah masa persalinan 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. (Saleha, 2009).

Berdasarkan data Menurut WHO (*World Health Organization*), sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio kehamilan tahundi negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di sembilan negara maju dan 51 negara persemakmuran. Menurut WHO 81% AKI (Angka Kematian Ibu) akibat komplikasi selama hamil dan bersalin, dan 25% selama masa postpartum (WHO, 2012 : 93).

Sedangkan data 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) dan berdasarkan data dari rekam medis di RSUD Dr. Slamet Garut periode Januari 2017 sampai September 2017 didapatkan hasil pada ruangan Nifas proporsi ibu yang mengalami persalinan normal 64,8 % yaitu dari 2.872 persalinan

Sehingga asuhan post partum diperlukan baik untuk ibu maupun bayinya. (Wulandaridkk. 2011,2). Biasanya, masalah yang sering muncul pada ibu nifas adalah

nyeri setelah melahirkan, pembesaran payudara, konstipasi, hemoroid dan nyeri perineum akibat laserasi luka episiotomi (Varney H, Greger Lc, 2008)

Dampak yang di alami ibu post partum adalah nyeri yang disebabkan akibat luka episiotomi, Pernyataan ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan Kunchayana (2013) bahwa sebanyak 70,9% ibu mengalami nyeri di sekitar jahitan episiotomi. Tindakan episiotomi ini sering dilakukan untuk mengendalikan robekan perineum sehingga memudahkan penyembuhan luka karena mudah di jahit dan menyatu kembali. (Manuba, 2011). Selain itu Oliveira. (2012) juga mengatakan sebanyak 73% nyeri post episiotomi sangat mengganggu kenyamanan ibu yang mengakibatkan kesulitan pada saat buang air besar (konstipasi), hemoroid yang disebabkan oleh luka episiotomi, dan buang air kecil. Kondisi ini akan berlangsung selama beberapa minggu sampai satu bulan postpartum, oleh karena itu diperlukan intervensi dan penanganan asuhan keperawatan yang komprehensif secara bio-psiko-sosial dan spiritual (pikiran, emosi, perilaku, dan agama) yang berkelanjutan agar tidak menambah masalah keperawatan pada ibu post partum. (Rohani, dkk. 2011)

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 Episiotomi Di Rsu Dr Slamet Garut”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, bagaimana asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut 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 dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spiritual, dalam bentuk pendokumentasian.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

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

### **1.1 Manfaat**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

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

## **1.4.2 Manfaat Praktis**

### **a. Bagi Perawat**

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

### **b. Bagi Rumah Sakit**

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

### **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 keperawatan nyeri akut.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Anatomi System Reproduksi**

Alat kandung di bagi atas 2 bagian:

1. Alat kandungan luar (*genetalia eksternal*)

a. Mons Veneris

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

b. Bibir besar kemaluan (*labia mayora*)

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

c. Bibir kecil kemaluan (*labia minora*)

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

d. Klentit (*klitoris*)

Glans klitoris berisi jaringan yang dapat berereksi, sifatnya amat sensitif karena banyak memiliki serabut saraf (Eniyati & Sholihah, 2013).

e. Vulva

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

f. Vestibulum

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

g. Introitus vagina

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

h. Selaput darah (*hymen*)

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

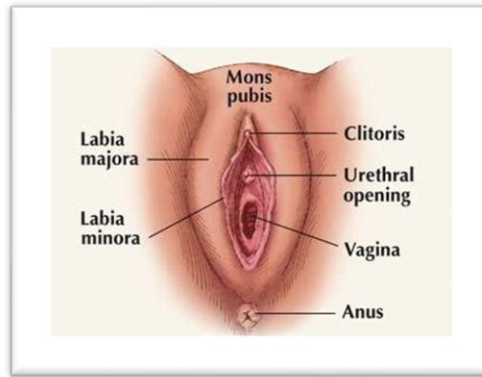
i. Lubang kemih (*orifisium uretra eksterna*)

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

j. Perineum

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

**Gambar 2.1**  
**Alat Kandungan Luar**



*Sumber: Eniyati, 2013*

## 2. Alat kandung dalam (genetalia internal)

### a. Liang senggama (*vagina*)

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

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

### b. Rahim(*uterus*)

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

- 1) Badan rahim (*korpis uteri*) berbentuk segitiga
- 2) Leher rahim (*serviks uteri*) berbentuk silinder
- 3) Rongga rahim (*kavum uteri*)

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

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

Fungsi utama rahim:

- 1) Setiap bulan berfungsi dalam siklus haid
- 2) Tempat janin tubuh dan berkembang
- 3) Berkontraksi terutama sewaktu bersalin dan sesudah bersalin.

c. Saluran telur (*tuba falopi*)

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

d. Indung telur (*ovarium*)

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

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

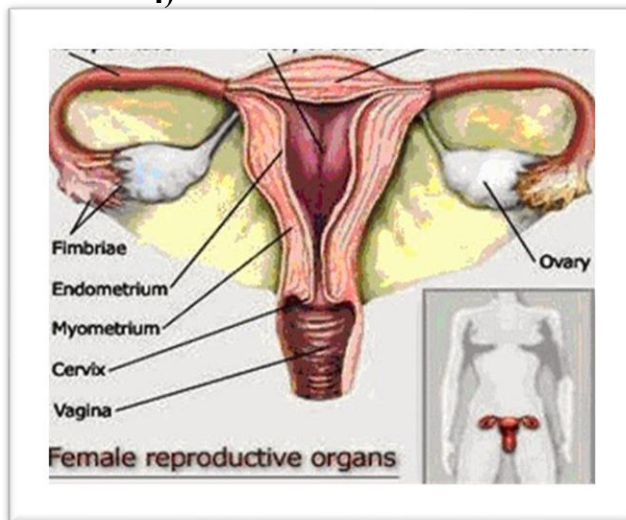
Fungsi indung telur: (Eniyati & Sholihah, 2013).

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

**Gambar 2.2**

**Alat Kandungan Dalam**

4)



2.2.1

*Sumber:*

*Eniyati, 2013*

**Konsep post partum spontan**

Proses persalinan tidak selalu berlangsung alamiah atau

normal. Banyak faktor yang menyebabkan persalinan tidak berlangsung normal, karena syarat persalinan normal itu ada jalan lahir, turunnya kepala bayi pada panggul,

kekuatan, posisi ibu selama persalinan, dan kondisi psikologis jiwa (Johnson, 2014). Jika salah satu tidak memenuhi maka akan sulit dilakukan persalinan secara normal.

### **2.2.2 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).

### **2.2.3 Konsep Nifas**

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

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

Tahapan kala dalam persalinan atau masa nifas

#### **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)

Pada kala II persalinan his/kontraksi yang semakin kuat dan teratur. Umumnya ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran. Kedua kekuatan, his dan keinginan untuk meneran akan mendorong bayi keluar. Kala dua berlangsung hingga 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. (Indrayani Djami MEU, 2013)

Pada kala dua, penurunan bagian terendah janin hingga masuk ke ruang panggul sehingga menekan otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran karena adanya penekanan pada rektum sehingga ibu merasa seperti mau buang air besar yang ditandai dengan anus membuka. Saat adanya his bagian terendah janin akan semakin terdorong keluar sehingga kepala mulai terlihat, vulva membuka dan perineum menonjol. (Indrayani Djami MEU, 2013)

Pada keadaan ini, ketika ada his kuat, pimpin ibu untuk meneran hingga lahir seluruh badan bayi.

c. Kala III

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 postpartum, yaitu pada dua jam pertama. Pemantauan yang dilakukan bertujuan untuk memantau kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam, dengan memantau setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua pascapersalinan. (Indrayani, Djami MEU, 2013)

#### **2.2.4 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, 2012)

#### **2.2.5 Patofisiologi**

Pada kasus post partus spontan akan terjadi perubahan fisiologis dan psikologis, pada perubahan fisiologis terjadi proses involusi menyebabkan terjadi peningkatan kadar ocytosis, peningkatan kontraksi uterus sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut, dan perubahan pada vagina dan perinium terjadi ruptur jaringan terjadi trauma mekanis, personal hygiene yang kurang baik, pembuluh darah rusak menyebabkan genitalia menjadi kotor dan terjadi juga perdarahan sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi. perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara. Laktasi dipengaruhi oleh hormon estrogen dan peningkatan prolaktin, sehingga terjadi pembentukan asi, tetapi terkadang terjadi juga aliran darah dipayudara berurai dari uterus (involusi) dan retensi darah di pembuluh payudara maka akan terjadi bengkak dan penyempitan pada duktus intiverus. Sehingga asi tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif. Pada perubahan psikologis akan muncul taking in (ketergantungan), taking hold (ketergantungan kemandirian), leting

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

## 2.2.6 Adaptasi Fisiologis Post Partum

### 1. Sistem reproduksi

#### a. Uterus

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

**Tabel 2.1**

#### **Involusi uterus**

<b>Involusi</b>	<b>Tinggi Fundus Uteri</b>	<b>Berta Uterus (gr)</b>	<b>Diameter Bekas Melekat Plasenta (cm)</b>	<b>Keadaan Serviks</b>
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri Lahir	2 jari di bawah pusat	750	12,5	Lembek
Satu Minggu	Pertengahan pusat-	500	7,5	Beberapa hari

	simfisis			setelah postpartum dapat dilalui 2 jari.	<b>Involusi Uterus</b> <i>Sumber :Dewi &amp; Sunarsih,</i>
Dua Minggu	Tak teraba di atas simfisis	350	3-4	Akhir minggu	
Enam Minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	pertama dapat dimasuki 1 jari.	
Delapan Minggu	Sebesar normal	30			

2011

Involusi uterus terjadi melalui 3 proses yang bersamaan, sebagai berikut:

(1) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uteri dengan enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur.

(2) Atrofi jaringan

Jaringan yang berproliferasi dengan adanya ekstrojen dalam jumlah yang besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi ekstrojen yang menyertai pelepasan plasenta.

(3) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uteri sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

b. Lochea

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) Lochea 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) Lochea sanguinolenta

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

3) Lochea serosa

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

4) Lochea 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 kendor. Stabilisasi/secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

### 5. Perubahan Sistem Endokrin

#### a. Hormon Plasenta

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

#### b. Hormon Pituitary

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

#### c. Hipotalamik Pituitary Ovarium

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

#### 6. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

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

#### 7. Perubahan Sistem Hematologi

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

##### a. Suhu badan

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



kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genetalis atau sistem lain.

b. Nadi

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

c. Tekanan darah

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

3) 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.

### **2.2.7 Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas**

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

1) Fase *taking in*

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

2) Fase *taking hold*

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

3) Fase *letting go*

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

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas**

### **2.3.1 Pengkajian**

a. Identitas dan penanggung jawab

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

b. Riwayat kesehatan (Reeder, 2009)

1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

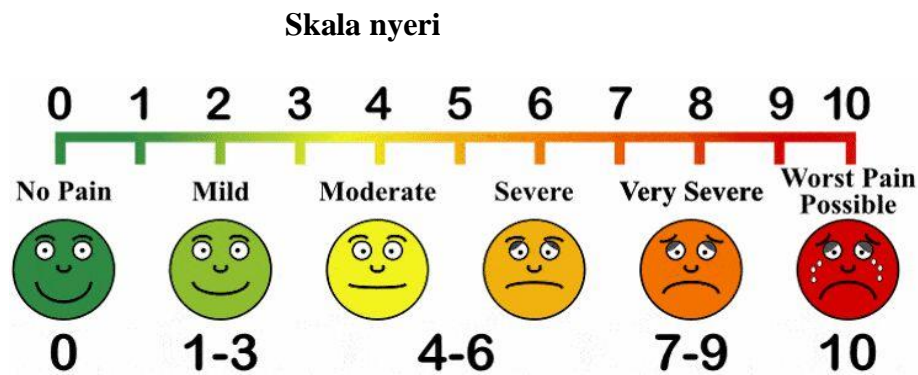
Keluhan yang menyebabkan klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan.

2) Keluhan utama saat dikaji

Merupakan pengembangan dari keluhan utama yaitu nyeri pada perineum, keluhan ini uraikan dengan metode PQRST, 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. dan 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,dan menunjukan lokasi nyeri dan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut, 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. Dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguanya yang diukur dengan skala nyeri 0-10.(Potter & Perry,2006)

**Gambar 2.3**



3) Riwayat kesehatan dahulu

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

4) Riwayat kesehatan keluarga

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

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetri (Sulistyawati, 2009)

1. Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

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

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

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

c) Riwayat keluarga berencana

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

2. Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

b) Riwayat kehamilan sekarang

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

c) Riwayat persalinan dahulu

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

d) Riwayat persalinan sekarang

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

e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat nifas sekarang

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

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

1) Pola nutrisi

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

2) Pola eliminasi

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

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

3. Pola istirahat dan tidur

Mencangkup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama dan keluhan.

4. Personal hygiene

Mencangkup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut.

5. Aktifitas dan latihan

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

e. Pemeriksaan Fisik

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

a. Keadaan umum

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

2) 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.

3) Antropometri

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

#### 4) 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.

##### 6. Mata

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

##### 7. Telinga

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

##### 8. Hidung

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

##### 9. Mulut

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

10. Leher

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

11. 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.

12. Abdomen

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

13. Punggung dan bokong

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

14. 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.

15. Anus

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

16. Ekstremitas

Adaptasi sistem musculoskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan



perubahan pusat gravid ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar. Serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

5) 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 janin terhadap kesehatan janin

2) Pemantauan EKG

3) JDL dengan diferensial

4) Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit

5) Golongan darah

6) Urinalisis

7) 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

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

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya, selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut Diagnosa keperawatan dalam buku “Rencana Perawatan Maternal/Bayi” (doenges,dkk,2001)“Rencana Asuhan Keperawatan” (doenges,dkk,2005) NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*)(Heartman,2015) menyebutkan bahwa diagnosa yang muncul pada klien dengan post partum adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka episiotomi.
2. Risiko Tinggi terhadap Cedera berhubungan dengan Biokimia, fungsi regulator (misalnya hipotensi ortostatik)
3. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya luka episiotomi.
4. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan efek-efek hormonal (perpindahan cairan/peningkatan aliran plasma ginjal), trauma mekanis, edema jaringan, efek-efek anesthesia.
5. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan masukan/penggantian cairan berlebihan (muntah, diaforesis, prningkatan haluaran urin dan kehilangan tidak kasat mata meningkat, hemoragi)
6. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan perpindahan cairan setelah kelahiran plasenta, ketidaktepatan penggantian cairan, efek-efek infus oksitosin, adanya HKK

7. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (diastatis rekti), efek-efek progesteron, dehidrasi, kelebihan analgesia atau anestesia, diare prapersalinan, kurang masukan, nyeri perineal/rektal.
  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).
  9. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pemberian ASI.
1. Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka episiotomi.

**Tabel 2.2**  
**Intervensi nyeri akut**

No	Diagnosa keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka episiotomy.	Dengan kriteria hasil: Mengungkapkan ketidaknyamanan berkurang. Klien tidak mengeluh nyeri Skala nyeri berukurang 0 (0-10)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau tanda-tanda vital.</li> <li>2. Lakukan pengkajian nyeri, secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor nyeri</li> <li>3. Ajarkan pasien penanganan nyeri non farmakologis.</li> <li>4. Ajarkan teknik relaksasi. (Imamah,2010)</li> <li>5. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui keadaan umum klien.</li> <li>2. Mengetahui dan mengidentifikasi asi derajat tingkat nyeri klien.</li> <li>3. Meningkatkan relaksasi dan mengurangi nyeri klien.</li> <li>4. Untuk mengurangi rasa nyeri klien. (Imamah,2010)</li> <li>5. Untuk mengetahui respon nyeri</li> </ol>

- 
- |   |   |
|---|---|
| 6. Tentukan adanya lokasi dan sifat ketidaknyamanannya.   | 6. Mengidentifikasi kebutuhan – kebutuhan khusus dan intervensi yang tepat.   |
| 7. Kaji nyeri tekan uterus tentukan adanya nyeri dan frekuensi perhatikan faktor faktor pemberat.   | 7. Selama 12 jam pertama pasca post partum, kontraksi uterus kuat dan regular dan ini berlanjut selama 2-3 hari selanjutnya, meskipun frekuensi dan insentitasnya berkurang. Faktor-faktor yang memperberat antefain meliputi multipara, operdistensi uterus. |
| 8. Inspeksi perbaikan perineum dan episiotomi, erhatiakan edema, ekimosis, nyeri tekan lokali, eksudat purulen, atau kehilangan perlekatan jahitan. | 8. Dapat menunjukkan trauma berlebih pada jaringan parineal dan atau terjadinya komlikasi yang memerlukan ivaluasi dan intervensi lanjut.   |
| 9. Berikan kompres es pada perineum khususnya selama 24 jam pertama setelah kelahiran.  | 9. Memberi anastesia lokal meningkatakan vasokontruksi dan mengurangi edema.  |
| 10. Anjurkan klien berbaring tengkurap  | 10. Meningkatkan kenyamanan, meningkatkan rasa kontrol  |
-

	denagan bantal dibawah abdomen, dan ia melakukan teknik visualisasi atau aktivitas penglihatan	dan kembali memfokuskan perhatian,
--	--	------------------------------------

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 2.3**  
**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)	Kriteria Hasil: - Mendemonstrasikan perilaku untuk menurunkan 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)	1. Anemia atau kehilangan darah mempredisiposikan pada sinkope klien karena ketidakadekuatan pengiriman oksigen ke otak
		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	2. Meningkatkan sirkulasi dan aliran balik vena ke ekstremitas bawah, menurunkan risiko pembentukan trombus yang dihubungkan dengan stasis. Meskipun posisi rekumben setelah anestesia subaraknoid kontroversial, ini dapat membantu mencegah CSS dan sakit kepala lanjut
		3. Bantu klien dengan ambulasi awal. Berikan supervisi	3. Hipotensi ortostatik mungkin terjadi

yang adekuat pada mandi <i>shower</i> atau rendam duduk. Berikan bel pemanggil dalam jangkauan klien.	pada waktu beryubah posisi dari telentang ke berdiri diawal ambulasi, atau mungkin karena vasodilatasi yang disebabkan oleh panas pada waktu mandi shower atau rendam duduk
4. Biarkan klien duduk dilantai atau kursi dengan kepala diantara kaki, atau berbaring pada posisi datar, bila ia merasa pusing.	4. Membantu mempertahankan atau meningkatkan sirkulasi dan pengiriman oksigen ke otak.
5. Kaji klien terhadap hiperrefleksia, nyeri kuadran kanan atas (KKaA), sakit kepala, atau gangguan penglihatan. Pertahankan kewaspadaan dan kejang, dan berikan lingkungan tenang sesuai indikasi.	5. Bahaya eklampsia karena HKK ada diatas 72 jam pascapartum, meskipun literatur menunjukan kondisi konvulsi mental terjadi selambat-lambatnya hari ke-5 pascapartum.
6. Catat efek-efek magnesium sulfat ( $MgSO_4$ ), bila diberikan. Kaji respon patela, dan pantau status pernafasan	6. Tidak adanya refleks patela dan frekuensi pernafasan dibawah 12x/menit menandakan toksisitas dan perlunya penurunan atau penghentian terapi obat.
7. Inspeksi ekstremitas bawah terhadap tanda-tanda tromboflebitis (misanya kemerahan, kehangatan, nyeri/nyeri tekan).	7. Peningkatan produk split fibrin (kemungkinan pelepasan dari sisi plasenta), penurunan mobilitas, trauma,

Perhatikan ada atau tidaknya tanda Howman	sepsis, dan aktivasi berlebihan dari pembekuan darah setelah kelahiran memberi kecenderungan terjadinya tromboembolisme pada klien. Tanda Howman mungkin menyertai trombus vena dalam, tetapi mungkin tidak ada pada plebitis supervisial.
8. Berikan kompres panas lokal; tingkatkan tirah baring dengan meninggikan tungkai yang sakit	8. Merangsang sirkulasi dan menurunkan penumpukan pada vena di ekstremitas bawah, menurunkan edema dan meningkatkan penyembuhan
9. Evaluasi status rubella pada grafik prenatal (titer kurang dari 1:10 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.	9. Membantu mencegah efek-efek teratogenik pada kehamilan selanjutnya. Pemberian vaksin pada periode segera pasca partum dapat menyebabkan efek samping sementara dari artralgia, ruam, dan gejala-gejala pilek selama periode inkubasi 14-21 hari. Anafilaktik alergi atau respon hipersensitivitas dapat terjadi, memerlukan pemberian epinefrin.
Kolaborasi:	
10. Berikan MgSO <sub>4</sub>	10. Membantu

---

	melalui pompa infus, sesuai indikasi	menurunkan kepekaan serebral pada adanya HKK atau eklampsia
11.	Berikan kaus kaki penyokong atau balutan elastik untuk kaki bila risiko-risiko atau gejala-gejala flebitis terjadi	11. Menurunkan stasis vena, meningkatkan aliran balik vena.
12.	Berikan antikoagulan; evaluasi faktor-faktor koagulasi, dan perhatikan tanda-tanda kegagalan pembekuan	12. Meskipun biasanya tidak diperlukan, antikoagulan dapat membantu mencegah terjadinya trombus lebih lanjut.
13.	Berikan Rh <sub>0</sub> (D) imun globulin (RhIgG) I.M. dalam 72 jam pascapartum, sesuai indikasi, untuk ibu Rh negatif yang sebelumnya tidak sensitif dan yang melahirkan bayi Rh-positif yang tes Coombs langsung pada darah tali pusatnya negatif. Dapatkan Betke-Kleihauer smear bila transfusi janin-ibu bermakna dicurigai pada kelahiran	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 adanya luka episiotomi



**Tabel 2.4**  
**Intervensi risiko tinggi infeksi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya luka jahitan episiotomi	Kriteria Hasil : -Tidak terdapat tanda tanda infeksi	<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. Catat jumlah dan bau rabas lochea atau perubahan pada kemajuan normal dari rubra menjadi serosa</li> <li>3. Evaluasi kondisi puting, perhatikan adanya pecah-pecah, kemerahan, atau nyeri tekan. Anjurkan pemeriksaan rutin payudara. Tinjau perawatan yang tepat dan teknik pemberian makan bayi.</li> <li>4. Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan cermat dan pembuangan pembalut yang kotor, pembalut perineal dan linen terkontaminasi dengan tepat. Diskusikan dengan</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. Lochea 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</li> <li>3. Terjadinya fisura/pecah-pecah pada puting menimbulkan potensial risiko mastitis</li> <li>4. Membantu mencegah atau menghalangi penyebaran infeksi</li> </ol>

---

	klien pentingnya kontinuitas tindakan ini setelah pulang.	
5.	Berikan informasi tentang makanan pilihan tinggi protein, vitamin C, dan zat besi. Anjurkan klien untuk meningkatkan masukan cairan sampai 2000ml/hari	5. Protein membantu meningkatkan penyembuhan dan regenerasi jaringan baru dan mengatasi kehilangan bayi pada waktu melahirkan. Zat besi perlu untuk sintesis hemoglobin. Vitamin C memfasilitasi absorpsi besi dan perlu untuk sintesis dinding sel. Peningkatan cairan membantu mencegah stasis urin dan masalah-masalah ginjal
6.	Tingkatkan tidur dan istirahat	6. Menurunkan laju metabolisme dan memungkinkan nutrisi dan oksigen digunakan untuk proses pemulihan daripada untuk kebutuhan energi
7.	Dapatkan spesimen urin bersih (midstream) untuk analisis rutin	7. Memberantas organisme infeksius lokal
8.	Monitor lochea terkait dengan warna, bau, dan adanya gumpalan.	8. Mengetahui tanda-tanda infeksi.
9.	Pantau lokasi Fundus.	9. Mengetahui kontraksi uterus.
10.	Pantau erineum atau luka episiotomi.	10. Mengetahui keadaan luka pada erineum.

---

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

**Tabel 2.5**  
**Intervensi perubahan eliminasi urin**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan efek-efek hormonal (perpindahan cairan/peningkatan aliran plasma ginjal), trauma mekanis, edema jaringan, efek-efek anestesia	Kriteria Hasil : - Berkemih tidak dibantu dalam 6-8 jam setelah kelahiran - Mengosongkan kandung kemih setiap berkemih	<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 lacerasi/episiotomi, dan jenis anestesi yang digunakan</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> </ol>

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

	minum 6 sampai 8 gelas cairan perhari.	mencegah stasis dan dehidrasi dan mengganti cairan yang hilang waktu melahirkan
8.	Kaji tanda-tanda infeksi ISK (misalnya rasa terbakar pada saat berkemih, peningkatan frekuensi, urin keruh)	8. Stasis, higiene buruk dan masuknya bakteri dapat memberi kecenderungan klien terkena ISK.
Kolaborasi :		
9.	Kateterisasi, dengan menggunakan kateter lurus atau indwelling, sesuai indikasi	9. Mungkin perlu untuk mengurangi distensi kandung kemih, untuk memungkinkan involusi uterus, dan mencegah atoni kandung kemih karena distensi berlebihan
10.	Dapatkan spesimen urin, dengan menggunakan teknik penampungan yang bersih atau kateterisasi, bila klien mempunyai gejala-gejala ISK	10. Adanya bakteri atau kultur dan sensitivitas positif adalah diagnosis untuk ISK
11.	Pantau hasil tes laboratorium, seperti nitrogen urea darah (BUN) dan urin 24 jam terhadap protein total, klirens, dan asam urat sesuai indikasi.	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, prningkatan haluaran urin dan kehilangan tidak kasat mata meningkat, hemoragi)

**Tabel 2.6**  
**Intervensi kekurangan volume cairan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan masukan/penggantian cairan berlebihan (muntah, diaforesis, prningkatan haluaran urin dan kehilangan tidak kasat mata meningkat, hemoragi)	Kriteria Hasil : - Tetap normosentif dengan masukan cairan dan haluaran urin seimbang, dan Hb/Ht dalam kadar normal	Mandiri	1. 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
		1. Catat kehilangan cairan pada waktu kelahiran; tinjau ulang riwayat intrapartal.	
		2. Evaluasi lokasi dan kontraktilitas fundus uterus, jumlah lokhia 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.	2. Diagnosa yang berbeda mungkin diperlukan untuk menentukan penyebab kekurangan cairan dan protokol asuhan. Uterus yang relaks atau menonjol dengan peningkatan aliran lokhia 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.
3. Dengan perlahan masase fundus bila uterus menonjol.	3. Merangsang kontraksi uterus dapat mengontrol perdarahan.
4. Perhatikan adanya rasa haus; berikan cairan sesuai toleransi.	4. Rasa haus mungkin merupakan cara homeostatis dari penggantian cairan melalui peningkatan rasa haus.
5. Evaluasi status kandung kemih; tingkatkan pengosongan bila kandung kemih penuh.	5. Kandung kemih penuh mengganggu kontraktilitas uterus dan menyebabkan perubahan potensi dan relaksasi fundus
6. Pantau suhu.	6. Peningkatan suhu dapat memperberat dehidrasi; bila suhu 100,4°F (38°C) pada 24 jam pertama setelah kelahiran dan terulang selama 2 hari, ini mungkin menandakan infeksi.
7. Pantau nadi.	7. Takikardi dapat terjadi, memaksimalkan sirkulasi cairan, pada kejadian dehidrasi atau hemoragi
8. Kaji tekanan darah (TD) sesuai indikasi.	8. Peningkatan TD mungkin karena efek-efek obat vasopresor oksitosin, atau terjadinya HKK yang baru atau sebelumnya. Penurunan TD mungkin tanda lanjut dari kehilangan cairan berlebihan, khususnya bila

---

---

9. Evaluasi masukan cairan dan haluaran urin selama diberikan infus I.V, atau sampai pola berkemih normal terjadi	<p>disertai dengan tanda-tanda lain atau gejala-gejala syok</p> <p>9. Membantu dalam analisa keseimbangan cairan dan derajat kekurangan</p>
10. Evaluasi kadar Hb/Ht pada catatan pranatal; bandingkan dengan kadar pascanatal	<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>
11. Pantau pengisian payudara dan suplai ASI bila menyusui	11. Klien dehidrasi tidak mampu menghasilkan ASI adekuat
Kolaborasi :	
12. Gantikan cairan yang hilang dengan infus I.V. yang mengandung elektrolit.	12. Membantu menciptakan volume darah sirkulasi dan menggantikan kehilangan karena kelahiran dan diaforesis

---



13. Berikan produk ergot seperti ergonovine maleate (Ergotrate) atau metilergonovin maleat (Methergine) secara parenteral atau oral, atau berikan preparat oksitosin sintesis I.M/I.V (Syntocinon, Pitocin). Kaji TD sebelum pemberian preparat ergot,;tunda obat-obatan dan beri tahu dokter bila TD meningkat	13. Produk ini bekerja secara langsung pada miometrium untuk meningkatkan kontraksi. Ergot adalah vasokonstriktor, dapat menyebabkan hipertensi dan harus ditunda bil TD 140/90 mmHg atau lebih tinggi.
14. Lakukan atau tingkatkan kecepatan cairan I.V seperti larutan Ringer laktat dengan oksitosin 10 sampai 20 unit	14. Oksitosin (Pitocin) mungkin diperlukan untuk menstimulasi miometrium bila perdarahan berlebihan menetap dan uterus gagal untuk kontraksi. Perdarahan menetap pada adanya fundus kuat dpat 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 2.7**  
**Intervensi kelebihan volume cairan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Kelebihan volume cairan berhubungan dengan perpindahan cairan setelah	Kriteria Hasil : - Menunjukk an TD dan nadi dalam batas	1. Tinjau ulang riwayat HKK paranatal dan intrapartal, perhatikan peningkatan TD, proteinuria, dan	1. Membantu menentukan kemungkinan komplikasi serupa yang menetap/terjadi

kelahiran plasenta, ketidaktepatan penggantian cairan, efek-efek infus oksitosin, adanya HKK	normal, bebas dari edema dan gangguan penglihatan, dengan bunyi nafas berlebih	<p>edema.</p> <p>2. Pantau TD dan nadi. Auskultasi bunyi nafas, perhatikan batuk berdahak, bising (<i>rales</i>), atau ronkhi. Perhatikan adanya dipsnea atau stridor.</p> <p>3. Pantau masukan cairan dan haluaran urin;ukur berat jenis.</p> <p>4. Kaji adanya, lokasi, dan luasnya edema. Pantau tanda-tanda kemajuan edema (misalnya gangguan penglihatan, hiperrefleksia, klonus, nyeri KkaA, dan sakit kepala). ( Catatan: Kaji sakit kepala sebelum memberikan analgesic).</p> <p>5. Tes terhadap adanya proteinuria dengan dipstik setiap 4 jam.</p> <p>6. Evaluasi keadaan neurologis klien. Perhatikan hiperrefleksia, peka rangsang, atau perubahan kepribadian.</p> <p>7. Biarkan klien memantau berat</p>	<p>pada periode pascapartum</p> <p>2. Kelebihan 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</p> <p>3. Menandakan kebutuhan cairan/keadekuatan terapi.</p> <p>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 serebral.</p> <p>5. Proteinuria pascapartum 1+ adalah normal, karena proses katalitik involusi uterus. Kadar 2+ atau lebih besar mungkin dihubungkan dengan spasme glomerulus karen HKK</p> <p>6. Intoksikasi serebral adalah indikator awal dari kelebihan retensi cairan.</p> <p>7. Klien harus kehilangan sampai</p>
--	--	--	---

badan setiap hari, khususnya bila toksemia pascapartum terjadi.	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
Kolaborasi :	
8. Catat hasil tes asam urat, protein 24 jam dan klierens kreatinin, dan kadar kreatinin serum.	8. Hasil abnormal, seperti peningkatan asam urat (lebih besar dari 7 mg/100 ml) dan peningkatan kadar kreatinin, menandakan deteriorasi fungsi ginjal
9. Pasang ateter indwelling sesuai indikasi	9. Mungkin diperlukan untuk memantau haluaran urin setiap jam bila dibutuhkan oleh kondisi klien (misalnya HKK berat atau oliguria)
10. Evaluasi terhadap sindrom HELLP (hemolisis SDM, peningkatan kadar enzim hepar, dan penurunan jumlah trombosit).	10. Sindrom HELLP adalah akibat pascapartum potensial dari HKK dengan keterlibatan hepar atau hemoragi pembuluh darah hepatic.
11. Berikan MgSO <sub>4</sub> per pompa infus bila diindikasikan.	11. MgSO <sub>4</sub> bekerja pada persimpangan mioneural dan mungkin mempunyai efek-efek sementara dari penurunan TD dan peningkatan haluaran urin
12. Berikan antihipertensif seperti hidralazin (Apresoline) atau metildopa (Aldomet) per protokol (misalnya bila pembacaan diastolik 110 mmHg atau lebih	12. Hidralazin merilekskan arteriole perifer dan meningkatkan vasodilatasi; metildopa bekerja pada ujung saraf pasca ganglion dan mengganggu neurotransmis

	tinggi).	kimia, menurunkan tahanan vaskular perifer
	13. Berikan furosemid (Lasix) sesuai indikasi.	13. Furosemid bekerja pada ansa Henle untuk meningkatkan haluaran urim dam 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/rektal.

**Tabel 2.8**  
**Intervensi konstipasi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot (diastatis rekti), efek-efek progesteron, dehidrasi, kelebihan analgesia atau anestesia, diare prapersalinan, kurang masukan, nyeri perineal/rektal	Kriteria Hasil : - Melakukan kembali kebiasaan defekasi yang biasanya/optimal dalam 4 hari setelah kelahiran	1. Auskultasi adanya bising usus; perhatikan kebiasaan pengosongan normal atau diastatis.  2. Kaji terhadap adanya hemoroid. Berikan informasi tentang memasukkan kembali hemoroid ke dalam kanal anorektal dengan jari dilumasi atau dengan sruung tangan, dan berikan	1. Mengevaluasi fungsi usus. Adanya diastatis rekti berat (pemisahan dari dua otot rektus sepanjang garis median dari dinding abdomen)  2. Menurunkan ukuran hemoroid, menghilangkan gatal dan ketidaknyamanan, dan meningkatkan vasokonstriksi lokal

---

	<p>kompres es <i>witch hazel</i> atau krim anestetik lokal</p> <p>3. Berikan informasi diet yang tepat tentang pentingnya makanan kasar, peningkatan cairan, dan upaya untuk membuat pola pengosongan normal.</p> <p>4. Anjurkan peningkatan tingkat aktivitas dan ambulasi, sesuai toleransi</p> <p>5. Kaji episiotomi; perhatikan adanya laserasi dan derajat keterlibatan jaringan.</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Berikan laksatif, pelunak feses, supositoria, atau enema</p>	<p>3. Makanan kasar (misalnya buah-buahan dan sayuran, khususnya dengan biji dan kulit) dan peningkatan cairan menghasilkan bulk dan merangsang eliminasi</p> <p>4. membantu meningkatkan peristaltik gastrointestinal</p> <p>5. edema berlebihan atau trauma perineal dengan laserasi derajat ketiga dan keempat dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan mencegah klien dari merelaksasi perineum selama pengosongan karena takut untuk terjadi cedera selanjutnya</p> <p>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).</p>
--	---	---

---

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 2.9**  
**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).	<p>Kriteria Hasil:</p> <p>- Mengungkapkan masalah dan pertanyaan tentang menjadi orang tua</p> <p>- Mendiskusikan peran menjadi orang tua secara realistis</p> <p>- Secara aktif mulai melakukan tugas perawatan bayi bayu lahir dengan tepat</p> <p>- Mengidentifikasi ketersediaan sumber-sumber</p>	<p>Mandiri:</p> <p>1. Kaji kekuatan, kelemahan, usia, status perkawinan, ketersediaan sumber pendukung, dan latar belakang budaya.</p> <p>2. Perhatikan respon klien/pasangan terhadap kelahiran dan peran menjadi orang tua.</p> <p>3. Mulai asuhan keperawatan primer untuk ibu dan bayi saat di unit.</p> <p>4. Evaluasi sifat dari menjadi orang tua secara emosi dan fisik yang pernah dialami klien/pasangan selama masa kanak-kanak.</p>	<p>1. Mengidentifikasi faktor-faktor risiko potensial dan sumber-sumber pendukung, yang mempengaruhi kemampuan klien/pasangan untuk menerima tantangan peran menjadi orang tua.</p> <p>2. Kemampuan klien untuk beradaptasi secara positif untuk menjadi orang tua mungkin dipengaruhi oleh reaksi ayah dengan kuat.</p> <p>3. Meningkatkan perawatan berpusat pada keluarga, kontinuitas dan asuhan yang diberikan secara individu, serta mungkin memudahkan terjadinya ikatan keluarga positif</p> <p>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</p>

---

	menjadi orang tua positif
5. Kaji keterampilan komunikasi interpersonal pasangan dan hubungan mereka satu sama lain.	5. Hubungan yang kuat dicirikan dengan komunikasi yang jujur dan keterampilan mendengar dan interpersonal yang baik membantu mengembangkan pertumbuhan
6. Tinjau ulang catatan intrapartum terhadap lamanya persalinan, adanya komplikasi, dan peran pasangan pada persalinan.	6. persalinan lama dan sulit dapat secara sementara menurunkan energi fisik dan emosional yang perlu untuk mempelajari peran menjadi ibu dan dapat secara negatif mempengaruhi menyusui.
7. Evaluasi status fisik masa lalu dan saat ini dan kejadian komplikasi pranatal, intranatal, atau pascapartal.	7. kejadian seperti persalinan praterm, hemoragi, infeksi, atau adanya komplikasi ibu dapat mempengaruhi kondisi psikologis klien, menurunkan kemampuan untuk belajar keterampilan menjadi orang tua baru dan mengurangi kedekatannya pada bayi baru lahir
8. Evaluasi kondisi bayi; komunikasikan dengan staf keperawatan sesuai indikasi. Perhatikan adanya masalah atau perhatian khusus.	8. ibu sering mengalami kesedihan karena mendapati bayinya tidak seperti bayi yang 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 fantasi pranatal dan realitas pascanatal
9. Berikan <i>neonatal perception inventori (NPI)</i> ,	9. NPI mengkaji potensi adaptif dari pasangan ibu-bayi dengan

---

---

<p>bagian I dalam 2 hari pertama pascapartum. Atur untuk <i>inventoritindak</i> lanjut, bagian II unntuk diberikan pada 1 bulan pascapartum</p>	<p>mengevaluasi persepsi ibu terhadap bayi kebanyakan versus bayinya sendiri.</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 beakang budaya keluarga.</p>	<p>10. Beberapa ibu atau ayah mengalami kasih sayang bermakna pada pertama kali; selanjutnya, mereka dikenalkan pada bayi secara bertahap.</p>
<p>11. Berikan “rawat bersama”/ruang fisik dan privasi untuk kontak diantara ibu, ayah, dan bayi.</p>	<p>11. Memudahkan kedekatan; membantu mengembangkan proses pengenalan.</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 observasi atau prosedur-prosedur, berikan nomor telepon ruangan perawatan bayi khusus; ambil foto bayi untuk</p>	<p>12. Membantu meningkatkan ikatan dan mencegah perasaan putus asa. Menekankan realitas keadaan bayi.</p>

---



- 
- pasangan
13. Kaji kesiapan dan motivasi klien untuk belajar
13. Banyak faktor mempengaruhi belajar individu (misalnya pemahaman kebutuhan terhadap informasi, ansietas, euforia pascakelahiran).
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
14. Membantu orang tua belajar dasar-dasar perawatan bayi, meningkatkan diskusi dan pemecahan masalah bersama dan memberikan dukungan kelompok.
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.
- 8.3.1.1. 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.
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 pascapartus
16. Beberapa pusat maternitas sekarang meliputi tindak lanjut tersebut, khususnya untuk remaja atau keluarga yang berisiko tinggi untuk masalah menajai orang tua.
- Kolaborasi :
17. Rujuk pada kelompok pendukung komunitas, seperti pelayanan perawat yang berkunjung, pelayanan sosial
17. Membantu meningkatkan peran menjadi orang tua yang positif melalui kelompok pendukung dan pengalaman pemecahan
-

	kelompok menjadi orang tua, atau klinik remaja	masalah bersama.
18.	Rujuk untuk konseling bila keluarga berisiko tinggi terhadap masalah menjadi orang tua atau bila ikatan positif di antara klien/pasangan dan bayi tidak terjadi	18. Perilaku menjadi orang tua yang negatif dan tidak efektifan koping memerlukan perbaikan melalui konseling, pemeliharaan, atau bahkan psikoterapi yang lama, dan perilaku baru serta model peran yang digabungkan, untuk menghindari pemulangan kesalahan menjadi orang tua dan penyiksaan anak

9. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pemberian ASI

**Tabel 2.10**

**Intervensi Resiko Ketidakcukupan ASI**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	
		Tindakan	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pemberian ASI.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 24 jam ketidakefektifan Pemberian ASI dapat teratasi, dengan kriteria hasil: - ASI dapat keluar, kolostrum dapat keluar - Putting susu ibu tidak kedalam - Produksi ASI lancar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui</li> <li>2. Berikan informasi mengenai keuntungan menyusui perawatan putting, dan payudara dan faktor faktor yang memudahkan atau mengganggu keberhasilan menyusui.</li> <li>3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflek rooting, menghisap dan terjaga)</li> <li>4. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke putting</li> </ol>	

- 
5. Pantau integritas kulit puting ibu
  6. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI
  7. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual dengan pompa elektronik) cara mengumpulkan dan menyimpan ASI
  8. Anjurkan penggunaan kompres sebelum menyusui dan latihan puting dengan memutar ibu jari dan jari tengah (breastcare)
- 

### **2.2.3 Implementasi**

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

- a. Bekerja sama dengan pasien dalam pelaksanaan tindakan Keperawatan.
- b. Kolaborasi profesi kesehatan, meningkatkan status kesehatan.
- c. Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan klien.
- d. Melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksanaan, tenaga keperawatan dibawah tanggung jawabnya.
- e. Menjadi coordinator pelayanan dan advokasi terhadap klien tentang status kesehatan dan fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.
- f. Memberikan pendidikan kepada klien tentang status keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan.

- g. Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

#### **2.2.4 Evaluasi**

Evaluasi klien terhadap asuhan yang diberikan dan pencapaian hasil yang diharapkan (yang dikembangkan dalam fase perencanaan didokumentasikan dalam rencana perawatan) adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Fase evaluasi perlu untuk menentukan seberapa baik rencana asuhan tersebut berjalan, dan bagaimana selama proses yang terus menerus. Revisi rencana perawatan adalah komponen penting dari fase evaluasi. Pengkajian ulang adalah proses evaluasi yang terus-menerus yang terjadi tidak hanya bila hasil yang di harapkan terjadi pada klien ditinjau ulang atau bila keputusan dibutuhkan apakah klien siap atau tidak untuk pulang. Sebaliknya hal ini adalah pemantauan konstan terhadap status klien. (Dongoes, 2001 hal 15)

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **3.1 Desain Penelitian**

Desain yang digunakan penulis adalah studi kasus. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien Post partum spontan dengan episiotomi di RSUD Dr. SLAMET GARUT, memiliki pengambilan data yang