

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM
SPONTAN DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
CEMPAKA RSUD dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Mada
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan Universitas
Bhakti Kencana Bandung**

O l e h :

**Nia Fitriani
NIM: AKX.17.063**



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
2020**

SURAT PERNYATAAN

Dengan saya,

Nama : Nia Fitriani
NIM : AKX. 17. 063
Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti
Kencana
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Partum Spontan
Dengan Nyeri Akut Di Ruang Cempaka RSUD
dr.Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah di tulis atau di fublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan di sebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, Juni, 2020

Ya: 
Ya: CBAHF701630651
6000
KEMENTERIAN RI
(Nia Fitriani)

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM
SPONTAN DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
CEMPAKA RSUD dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

OLEH

**NIA FITRIANI
AKX.17.063**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal
seperti tertera dibawah ini
Tanggal 20 juni 2020

Menyetujui,

Pembimbing Utama



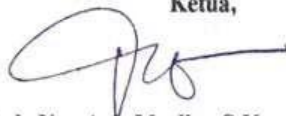
**Novitasari TF, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN: 02014020169**

Pembimbing Pendamping



**Yati Nurhayati S.Kep
NIK: 02007020132**

**Mengetahui,
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,**



**Dede Nur Azis Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN: 02001020009**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM
SPONTAN DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
CEMPAKA RSUD dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

OLEH

NIA FITRIANI

AKX. 17. 063

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal, 20 Juni 2020

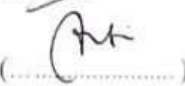
PANITIA PENGUJI

Ketua: Novitasari Tsamroatul F, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(PembimbingUtama)


Anggota:

1. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
(Penguji I)
2. Iceu Komalaningsih, SKM
(Penguji II)
3. Yati Nurhayati S.Kep
(Pembimbing Pendamping)


(.....)


(.....)


(.....)


(.....)

Mengetahui,

Universitas Bhakti Kencana Bandung
Dekan Fakultas Keperawatan,



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

NIDN: 020007020132

ABSTRAK

Latar belakang : Angka kematian ibu (AKI) menurut WHO pada tahun 2017 adalah 295.000 kasus. Di Indonesia angka kematian ibu yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup. Di Jawa Barat angka kematian ibu berjumlah 76,03 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2017. Masalah keperawatan yang sering terjadi pada ibu post partum adalah nyeri akut perineum, resiko infeksi, kurang pengetahuan, dan resiko ketidakefektifan menyusui. **Tujuan :** Melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan nyeri akut. **Metode :** Studi kasus yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dilakukan terhadap Klien 1 dan Klien 2 dengan masalah post partum spontan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan dengan senam kegel dan relaksasi nafas dalam pada Klien 1 menunjukkan respon yang baik, merasa nyaman, dan masih dengan skala nyeri 1. Pada Klien 2 dengan hasil yang sama yaitu menunjukkan respon yang baik, merasa nyaman, dan masih dengan skala nyeri 1. **Diskusi :** Setelah dilakukan intervensi dalam penurunan skala nyeri pada hari ke 3 menunjukkan hasil Klien 1 Skala nyeri 4 menjadi 1, Pada Klien 2 menunjukkan hasil skala 4 menjadi 1. Dalam studi kasus ini Klien 1 dan Klien 2 memberikan respon yang sama terhadap implementasi yang dilakukan. Hal ini bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu, psikologis yaitu support dan dukungan keluarga serta imunitas Klien. Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Post Partum Spontan

Daftar Pustaka : 18 buku (2010 – 2020), 2 jurnal, 29 tabel, dan 9 gambar

ABSTRACT

Background : According to material mortality rate (MMR) 2017 are 295.000 of case. In Indonesia MMR are 305 half 100.000 of live birth. In West Java MMR to reach 76.03 half 100.000 of live birth on 2017 years. The problem of nursing often happen from mother past partum are acute pain perineum, convection, lack of knowledge risk of ineffective breastfeeding. **Purpose :** To engage in nursing care on a spontaneous post-partum client with acute pain. **The Method:** Of study case to used this reasearch are done to the client 1 and client 2 with the post partum spontaneous acute pain. **The result :** After do nursing care with kegel exercises and relaxation of breath at 1 client are show good response, feel comfort, and still with pain scale 1. At 2 client with same result are show good response, feel comfort, and still with pain scale 1. **Discussion :** After doing intervention decrease of pain scale of the third day showing result of 1 client pain scale 4 to be at client 2 showing result of pain scale 4 to be 1. In this case client 1 and client 2 to gives same response to implementation hale done. It can be influenced from some of factor, psychologis are supports from client fams.

Keyword ; Acute Pain, Nursing Care, Post Partum Spontaneous

Refrences : 18 book (2010-2020), 2 Journal, 29 tabel and 9 pictures.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan pada Klien Post Partum Spontan dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo kota Tasikmalaya” dengan tidak ada halangan yang berarti.

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

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H.A Mulyana SH.MPd.,MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah S.Kp., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Aziz M, M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Novitasari Tsamroatul F, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Yati Nurhayati S.Kep selaku Pembimbing Pendamping dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Dr. H Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya.
8. Vita Erfinawati Am.Keb selaku Pembimbing Praktik Lapangan yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi kepada penulis dengan baik selama praktek lapangan.

9. Seluruh Dosen dan Staff Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana.
10. Untuk kedua orang tua tercinta, Bapak Muslim, S.Ag, M.Pd dan Ibu Sri Raya, S.Pd.I yang selalu menyayangi dan mendoakan. Serta untuk adik tersayang dan adik sepupu Muhammad Dzulfikri Mustaqim dan Dedek Azizah Wulandari yang selalu menemani dan membantu penulis selama penyusunan karya tulis ini.
11. Affan Ikhtiar Almadani, yang telah memberi motivasi dalam pembuatan KTI ini.
12. Untuk para sahabat Bandung Ajeng Mutiara, Marini Aprilia, Putri Anggraini, Nadila Dwi Oktarina dan Kakak pembimbing Palembang teruwuw Rosyidah Oktaria dan Munir yang selalu ada kapanpun dan dimanapun berada. Dan teman-teman Anestesi Angkatan XIII tahun 2020 yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.
13. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.
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 ilmiah yang lebih baik.

Bandung, 2020

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman judul.....	i
Lembar pernyataan.....	ii
Lembar persetujuan.....	iii
Lembar pengesahan.....	iv
Abstrak.....	v
Kata pengantar.....	vi
Daftar isi.....	viii
Daftar gambar.....	x.
Daftar tabel.....	xi
Daftar bagan.....	xiii
Daftar lampiran.....	xiv
Daftar lambang, singkatan dan istilah.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Batasan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat Penulisan.....	5
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2. Manfaat Praktis.....	5
BAB II TUJUAN TEORI	
2.1. Konsep Persalinan.....	6
2.1.1. Definisi Persalinan Normal.....	6
2.1.2. Anatomi Jalan Lahir.....	6
2.1.3. Etiologi Persalinan Normal.....	15
2.1.4. Pathway Persalinan Normal.....	17
2.1.5. Komplikasi Persalinan Normal.....	18
2.1.6. Pemeriksaan Diagnosis.....	18
2.1.7. Penatalaksanaan.....	19
2.2. Konsep Nyeri.....	20
2.2.1. Definisi Nyeri.....	20
2.2.2. Penyebab Nyeri.....	20
2.2.3. Intensitas Nyeri.....	21
2.2.4. Klasifikasi Nyeri.....	23
2.2.5. Fisiologi Nyeri.....	24
2.2.6. Dampak Nyeri.....	25
2.2.7. Penatalaksanaan Nyeri.....	26
2.2.8. Manfaat Senam Kegel.....	26
2.3. Masa Nifas.....	27
2.3.1. Definisi Masa Nifas.....	27
2.3.2. Tujuan Masa Nifas.....	27
2.3.3. Tahapan Masa Nifas.....	28
2.3.4. Adaptasi Fisiologis Masa Nifas.....	29
2.3.5. Adaptasi Psikologi Masa Nifas.....	37

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	39
2.4.1. Pengkajian.....	39
2.4.1.1. Pengumpulan Data	39
2.4.1.2. Riwayat Kesehatan.....	39
2.4.1.3. Riwayat Ginekologi dan Obstetri	40
2.4.1.4. Pola Aktivitas Sehari-hari	42
2.4.1.5. Pemeriksaan Fisik	43
2.4.1.6 Data Psikologis	46
2.4.1.7. Data Sosial	46
2.4.1.8. Kebutuhan Bounding Attachment	47
2.4.1.9. Pemenuhan Seksual.....	47
2.4.1.10. Data Spiritual	47
2.4.1.11. Pengetahuan Tentang Perawatan Diri.....	47
2.4.1.12. Data Penunjang	47
2.4.2. Analisa Data.....	48
2.4.3. Diagnosa Keperawatan.....	48
2.4.4. Intervensi Keperawatan	49
2.4.5. Implementasi Keperawatan	66
2.4.5. Evaluasi.....	66
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1. Desain Penelitian	67
3.2. Batasan Istilah	67
3.3. Partisipan / Responden / Subyek Penelitian.....	69
3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian	69
3.5. Pengumpulan Data.....	70
3.6. Ujian Keabsahan Data.....	71
3.7. Analisa Data.....	71
3.8. Etik Penulisan	73
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1. Hasil	76
4.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data	76
4.1.2. Karakteristik Partisipan	77
4.1.3. Data Asuhan Keperawatan	77
4.2. Pembahasan	103
4.2.1. Pengkajian	103
4.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	105
4.2.3. Intervensi	108
4.2.4. Implementasi	114
4.2.5. Evaluasi.....	119
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan.....	121
5.2. Saran.....	123

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pelvis.....	7
Gambar 2.2 Gambar False Pelvis Dan TruePelvis.....	9
Gambar 2.3 Sumbu Carus Dan Bidang Hodge	11
Gambar 2.4 Uterus Dan Servic Uteri.....	13
Gambar 2.5 Vagina	14
Gambar 2.6 Vulva	15
Gambar 2.7 Skala VAS.....	23
Gambar 2.8 Skala NRS.....	23
Gambar 2.9 Skala FPRS.....	24

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan Normal Ukuran Uterus	30
Tabel 2.2 Perubahan Lochea	32
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri akut	51
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI.....	54
Tabel 2.5 Intervensi Resiko Infeksi	56
Tabel 2.6 Intervensi Defisit Perawatan Diri	58
Tabel 2.7 Intervensi Resiko Pendarahan	60
Tabel 2.8 Intervensi Defisit Pengetahuan	61
Tabel 2.9 Intervensi Gangguan Eliminasi Urin	63
Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi	63
Tabel 4.1 Identitas Klien & Penanggung Jawab	77
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan	78
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi	79
Tabel 4.4 Riwayat Obstetri	80
Tabel 4.5 Pola Aktivitas Sehari-hari	81
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik	82
Tabel 4.7 Data Psikologi	86
Tabel 4.8 Data Sosial	87
Tabel 4.9 Kebutuhan Bounding Attachmen	87
Tabel 4.10 Kebutuhan Pemenuhan Seksual	87

Tabel 4.11 Data Spiritual	87
Tabel 4.12 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri	87
Tabel 4.13 Data Penunjang	88
Tabel 4.14 Program Dan Rencana Pengobatan	88
Tabel 4.15 Analisa Data	88
Tabel 4.16 Diagnosa Keperawatan	91
Tabel 4.17 Intervensi	93
Tabel 4.18 Implementasi	96
Tabel 4.19 Evaluasi	102

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Persalinan Normal	17
-----------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Bimbingan
Lampiran II	: Lembar Persetujuan Responden
Lampiran III	: Persetujuan Justifikasi
Lampiran IV	: Lembar Observasi
Lampiran V	: Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VI	: Leaflet
Lampiran VII	:Jurnal

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
CM	: Centimeter
CRT	: Capillary Refil Time
GCS	: Glasgow Coma Scale
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
KB	: Keluarga Berencana
KG	: Kilogram
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LK	: Lingkar Kepala
MMHG	: Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)
N	: Nadi
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association

NIC	: Nursing Interventions Classification
NOC	: Nursing Outcomes Classification
PB	: Panjang Badan
R	: Respirasi
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
SUPAS	: Survey Penduduk Antar Sensus
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TTV	: Tanda Tanda Vital
USG	: Ultrasonografi
VK	: Verlos Kamer
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Menurut data *World Health Organization* (WHO) angka kematian Ibu di dunia pada tahun 2017 adalah 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Angka kematian Ibu di Negara berkembang pada 2017 lebih tinggi yaitu 462 per 100.000 kelahiran hidup berbanding 11 per 100.000 kelahiran hidup di negara-negara maju (WHO 2017). Adapun Negara memiliki AKI cukup tinggi tahun 2017 menurut laporan *World Health Organization* (WHO) seperti Afrika Sub-Saharan 196.000 jiwa, Asia Selatan 58.000 jiwa.

Di ASEAN berdasarkan hasil Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2017 , Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tergolong tinggi jika dibandingkan dengan Negara lain, yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup, Laos 350 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 220 per 100.000 kelahiran hidup, Myanmar 180 per 100.000 kelahiran hidup, Kamboja 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 70 per 100.000 kelahiran hidup. Malaysia 20 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2017). Di Indonesia Provinsi Jawa Barat jumlah angka kematian Ibu tahun 2017 berjumlah 76,03 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara target Millennium Development Goals (MDG) menargetkan AKI tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran (DiskesJabar 2017). Meskipun

dibawah target AKI secara umum Jawa Barat masih tergolong tinggi dibandingkan provinsi-provinsi lain.

Tingginya Angka Kematian Ibu menurut WHO diantaranya disebabkan oleh; perdarahan parah (sebagian besar perdarahan pasca salin), infeksi (biasanya pasca salin), tekanan darah tinggi saat kehamilan (pre eklampsia/eklampsia), partus lama (macet), robekan jalan lahir, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2017). Adapun penyebab tingginya AKI secara tidak langsung diantaranya faktor pendidikan ibu yang rendah, status gizi ibu yang kurang, minimnya pelayanan pasca melahirkan (infeksi pasca melahirkan dan nyeri perineum), serta terlalu muda usia ibu pada saat hamil (Profil kesehatan jabar 2012).

Berdasarkan penjelasan dari data WHO di atas masalah post partum menjadi salah satu penyebab kematian ibu , masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien post partum spontan diantaranya menimbulkan rasa nyeri akut perineum, resiko infeksi, kurang pengetahuan, resiko tinggi ketidakefektifan menyusui. Nyeri yang dialami disebabkan adanya robekan yang terjadi pada perineum..Rasa nyeri yang dialami oleh Ibu pada masa post partum ini sangat berpengaruh terhadap mobilisasi yang dilakukan Ibu, pola istirahat, pola makan, pola tidur, kemampuan BAB dan BAK, serta aktivitas lain seperti pengurusan bayi, pekerjaan rumah tangga, sosialis asi dengan masyarakat (Judha, 2012).

Adapun dampak dari nyeri yaitu nyeri dapat memperpanjang masa penyembuhan karena akan mengganggu kembalinya aktifitas klien dan menjadi salah satu alasan klien untuk tidak ingin bergerak atau melakukan mobilisasi (

Afriwardi,2016). Nyeri yang hebat dapat menyebabkan komplikasi seperti tromboemboli atau pneumoni. Nyeri mempengaruhi kemampuan klien untuk bernafas dalam dan bergerak (Tetti & Cecep 2015).

Penatalaksanaan nyeri bisa dilakukan dengan 2 cara yaitu farmakologi dan non farmakologi. Farmakologi merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dokter yang sering diberikan berupa pemberian obat analgetik. Non farmakologi merupakan tindakan yang biasa dilakukan oleh perawat tanpa menggunakan obat-obatan. (Tetti & Cecep 2015). Salah satu tindakan non farmakologi salah satunya dengan senam kegel. Senam kegel adalah latihan fisik ringan untuk memperkuat otot dasar panggul. Senam kegel dapat mempercepat sirkulasi pada perineum sehingga dapat mengurangi persepsi nyeri perineum. (Wulandari dan Handayani 2011).

Hal tersebut yang menjadikan dasar bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan dalam mengatasi nyeri , kesadaran dari penyedia layanan kesehatan, khususnya perawat diharapkan mampu mengelola masalah yang timbul secara komprehensif, yang terdiri dari biologis, psikologis, sosial, dan spiritual melalui proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Berdasarkan uraian tersebut di atas , penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Bagaimana “ Asuhan Keperawatan pada klien Post Partum Spontan Dengan Nyeri Akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya ”

1.2 Batasan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Post Partum Spontan Dengan Nyeri Akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya ?

1.3 Tujuan Penelitian

Penulis dapat merumuskan tujuan penulisan karya tulis ini dengan mengemukakan tujuan secara umum dan tujuan khusus yaitu :

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Post Partum Spontan Dengan Nyeri Akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah melakukan keperawatan pada klien dengan menggunakan empat tahap proses keperawatan pada post partum spontan penulis :

1. Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif meliputi biologis, psikologis, sosial, spiritual pada klien Post Partum Spontan Dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien Post Partum Spontan Dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

3. Mampu melakukan rencana keperawatan pada klien Post Partum Spontan Dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada klien Post Partum Spontan Dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
5. Melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan pada klien Post Partum Spontan Dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
6. Pembahasan kesenjangan antara teori dan kasus asuhan keperawatan pada klien Post Partum Spontan.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi dunia keperawatan khususnya pada keperawatan maternitas sebagai informasi dalam melakukan tindakan terhadap nyeri akut untuk mengurangi rasa nyeri.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Rumah Sakit

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan terhadap nyeri akut dengan melakukan relaksasi nafas dalam dan senam kegel di Rumah Sakit khususnya di Ruang Cempaka.

2. Bagi Perawat

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi referensi dalam melakukan tindakan relaksasi nafas dalam dan senam kegel sehingga dapat diaplikasikan sebagai upaya mengurangi rasa nyeri.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan karya tulis ini dapat menjadi referensi upaya mengurangi rasa nyeri pada Ibu post partum spontan.

4. Bagi Klien

Dari karya tulis ilmiah ini penulis mengharapkan dapat digunakan sebagai sumber informasi bagi Ibu post partum spontan dalam melakukan upaya mengurangi rasa nyeri.

BAB II TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Persalinan

2.1.1 Definisi Persalinan Normal

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 - 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Hidayat & Sujiatini 2010)

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput dari tubuh ibu. Bila persalinan ini berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir disebut persalinan spontan atau persalinan normal (Wirakusumah 2016)

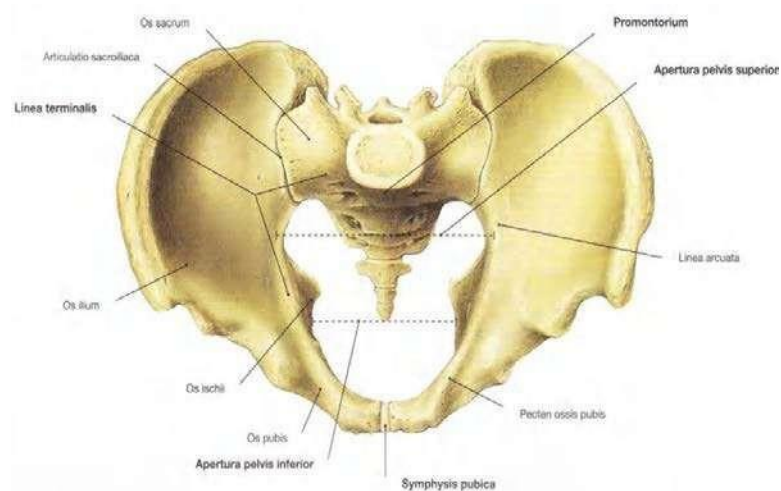
Persalinan normal adalah suatu proses pengeluaran bayi yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 - 42 minggu) melalui jalan lahir dan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2.1.2 Anatomi Jalan Lahir

Dalam buku ilmu kebidanan (prawirohardjo 2016) jalan lahir dibagi atas 2 bagian yaitu :

A. Bagian Keras : Pelvis dan Persendiaannya

Pelvis adalah bagian tubuh yang terletak dibawah abdomen. Pelvis terdiri dari 4 tulang yaitu : Os. Koxsa (tulang innominata) 2 buah kanan dan kiri (yang membentuk dinding samping panggul), Os Sakrum (yang membentuk bagian belakang panggul), dan Os Koksigis (yang membentuk dasar panggul dan tulang belakang). Pada masing – masing tulang innominata tersusun atas 3 tulang yaitu : *Os Illium, Os ishium, dan Os Pubis*. Tulang- tulang ini satu dengan lainnya berhubungan dalam satu persendian pelvis. Pada anterior terdapat hubungan antara kedua *os pubis* kanan dan kiri disebut *simfisis pubis*. Pada posterior terdapat *artikulasio sakroiliaka* yang menghubungkan Os Sakrum dengan Os Illium. Pada inferior terdapat *artikulasio sakrokoksigea* yang menghubungkan Os Sakrum dengan Os koksigis.



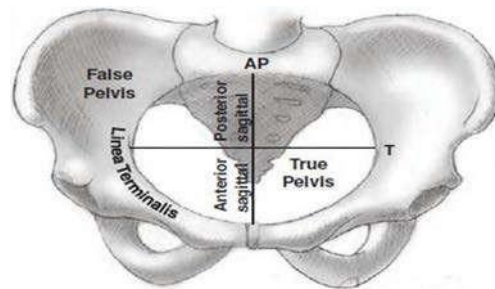
Gambar 2.1 Anatomi Pelvis (Prawirohardjo 2016)

Secara fungsional pelvis terdiri atas 2 bagian yang disebut pelvis mayor dan pelvis minor. Pelvis mayor atau *false pelvis* adalah bagian pelvis yang terletak diatas linea terminalis, dan

berfungsi melindungi isi abdomen setelah kehamilan bulan ketiga membantu menyokong uterus gravidarium. Pelvis minor atau *true pelvis* adalah bagian pelvis yang terletak dibawah linea terminalis. Bentuk pelvis minor ini menyerupai suatu saluran yang menyerupai sumbu melengkung (sumbu carus). Sumbu ini merupakan garis menghubungkan titik persekutuan antara diameter transversa dan konjungatavera pada pintu atas panggul dengan titik sejenis di Hodge II,III,IV. Pelvis minor atau *true pelvis* terdiri dari :

- 1) Apertura Pelvis Superior atau Pintu Atas Panggul, mempunyai bentuk bulat, dan dibentuk oleh promontorium korpus vertebra 1, linea innominata (terminalis) dan pinggiran atas simfisis. Terdapat 4 diameter yaitu diameter anteroposterior, diameter transversa, dan 2 diameter oblikua.
- 2) Midpelvic atau Pintu Tengah Panggul
Merupakan bidang sejajar spina ischiada, bidang dimensi pelvis terkecil yang menjadi bagian penting pada proses engagement kepala janin.
- 3) Apertura Pelvis Inferior
Tersusun atas 2 bidang datar berbentuk segi tiga, yaitu bidang dibentuk oleh segitiga belakang (garis antara kedua buah tuberositas ossis ischii dengan ujung os koksigis) dan segitiga

depan (bagian bawah simfisis), batas lateralnya adalah ligamentum sakroischiadika dan tuberositas ischium)

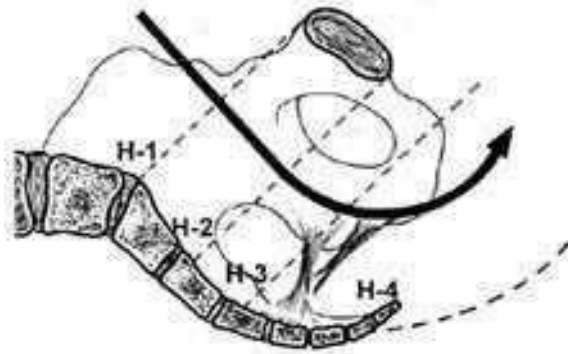


Gambar 2.2 Gambaran *false pelvis* dan *true pelvis*
(Prawirohardjo 2016)

Dan ada juga yang disebut bidang Hodge, yaitu bidang yang digunakan untuk menentukan seberapa jauh bagian depan janin turun ke dalam rongga pelvis. Bidang Hodge terdiri dari 4 bagian yaitu :

- 1) Hodge I, merupakan bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium. Bidang ini sama dengan pintu atas pelvis.
- 2) Hodge II, yaitu bidang yang sejajar dengan Hodge I dan terletak setinggi bagian bawah simfisis pubis
- 3) Hodge III, yaitu bidang yang sejajar dengan Hodge II dan terletak setinggi spina ischiadicae.

- 4) Hodge IV, yaitu bidang yang sejajar dengan Hodge III melalui ujung os koksigidis.



Gambar 2.3 sumbu carus dan bidang hodge (prawirohardjo 2016)

B. Bagian Lunak : Otot-otot, jaringan-jaringan dan ligament-ligamen.

Jalan lahir bagian lunak meliputi segmen bawah Rahim, serviks uteri, vagina, otot-otot, jaringan ikat dan ligament yang menyokong alat-alat urogenital. Otot-otot yang menahan dasar panggul yaitu :

1) Bagian luar

Muskulus sfingter ani eksternus, muskulus bulbokavernosus yang melingkari vagina, dan muskulus perinei transversus superfisialis.

2) Bagian tengah

Otot-otot yang melingkari uretra (muskulus sfingter uretrae), otot-otot yang melingkari vagina bagian tengah dan anus (muskulus iliokoksigeus, muskulus iskiokoksigeus, muskulus perinei trans-versus profundus, dan muskulus koksigeus)

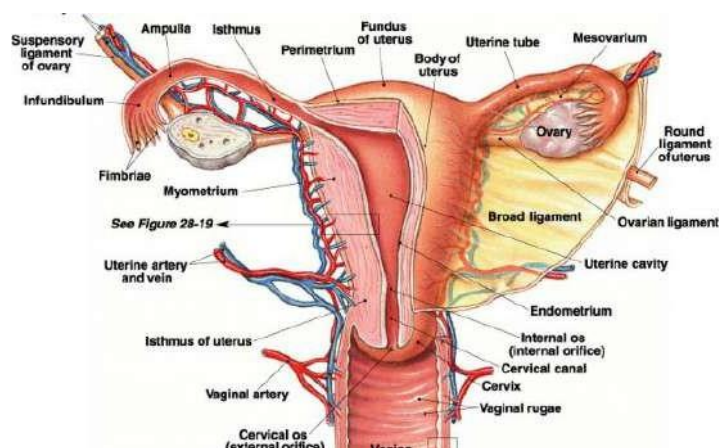
3) Bagian dalam

Muskulus levator ani yang berfungsi menahan dasar panggul, menutupi hampir seluruh bagian belakang pintu bawah panggul. Bagian depannya berbentuk segitiga yang disebut trigonum urogenitalis (hiastus genetalis) yang di dalamnya berada uretra, vagina, dan rectum.

Uterus (Rahim)

Uterus adalah organ tunggal muscular dan berongga. Uterus digambarkan berbentuk *piriformis* atau berbentuk buah pir. Berat uterus adalah 70 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. Uterus terdiri dari dua bagian utama, yaitu bagian *corpus uteri* (segitiga) dan *cervix uteri* (silindris). Dan dinding uterus terdiri dari 3 lapisan yaitu : peritoneum (lapisan terluar, merupakan lapisan serosa), miometrium (lapisan tengah, merupakan kumpulan sel-sel otot polos) dan endometrium (lapisan terdalam, memiliki 2 lapisan lagi). Ligament- ligament uterus antara lain : Ligamen latum, Ligament rotundum, Ligament infudibulo pelvicum, Ligamen cardinal, Ligamen sacro uterinum, dan Ligamen vesico uterinum (Prawirohardjo: 2016). Bentuk dan posisi uterus dapat juga berubah seiring pertumbuhannya. Sewaktu tidak hamil, panjang *isthmus* (bagian sempit yang terletak pada perbatasan uterus dan servix) hanya 7 Cm. Bagian ini memanjang sejak implantasi hingga mencapai 2,5 Cm sekitar minggu ke-10. Pada minggu ke 12, uterus berada

dalam posisi tegak, terangkat keluar pada panggul. Akan tetapi, posisi uterus ini biasanya agak miring ke kanan karena terdesak oleh kolon, merujuk pada keadaan yang terjadi ketika persalinan dimulai saat otot abdomen menjadi relaks saat itu. Sejak sekitar minggu ke 16 kehamilan, timbul kontraksi lemah yang hilang – timbul pada otot uterus guna mempertahankan tonus otot. Fenomena ini dikenal sebagai kontraksi *Braxton Hicks* (Wylie : 2011).



Gambar 2.4 Uterus dan Servik Uteri (Prawirohardjo 2016)

Servik uteri

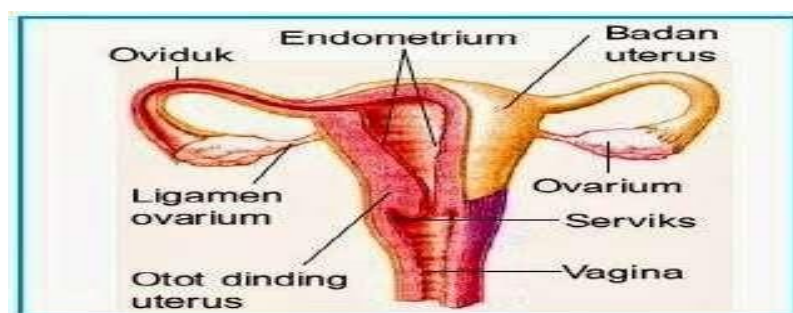
Servik uteri atau biasa disebut servik terdapat di setengah hingga sepertiga bawah uterus, berbentuk silindris atau fusiformis dan menghubungkan uterus dengan vagina melalui kanal endoservikal. Servik uteri terdiri dari portio vaginalis, yaitu bagian yang menonjol ke arah vagina dan bagian supravaginal.

Panjang servik uteri kira-kira 2,5 – 3 cm dan memiliki diameter 2-2,5 cm. pada bagian anterior serviks berbatasan dengan kantung kemih dan batas atasnya adalah ostium internum. Pada bagian posterior, servik ditutupi oleh peritoneum yang membentuk garis *cul-de-sac*.

Vagina

Vagina adalah tuba fibromuskular yang dapat berdistensi. Organ ini merupakan organ organ kopulasi wanita, dan merupakan jalan lahir

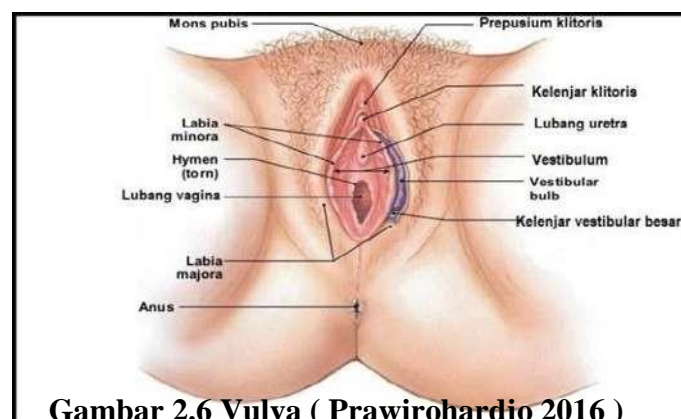
janin saat persalinan. Vagina memiliki panjang sekitar 8 – 10 cm, dan berbatasan dengan uretra pada bagian anterior dan dan rectum pada bagian posterior. Vagina dilembabkan oleh cairan secret dari kelenjar-kelenjar di servik. Suasana vagina adalah asam ($\text{PH} < 7$). Suasana asam ini berfungsi sebagai pertahanan untuk mencegah infeksi pada vagina dan merupakan barrier seleksi sperma yang paling awal.



Gambar 2.5 Vagina (Prawirohardjo 2016)

Vulva

Vulva adalah genitalia eksterna wanita. Beberapa alat yang terdapat pada vulva adalah Mons pubis setelah pubertas ditutup oleh rambut, bagian yang menonjol terdiri dari jaringan lemak, menutupi bagian depan simfisis pubis. Labia mayora homolog dengan scrotum, bagian luar seperti kulit biasa berbentuk bibir, lonjong dan ditumbuhi rambut. Labia minora merupakan lipatan garis tipis dibalik labia mayora, labia minora tidak memiliki rambut tetapi memiliki banyak kelenjar keringat sebacea. Klitoris merupakan sebuah jaringan erektil kecil yang serupa dengan penis, letaknya diantara labia mayora dan labia minora. Vestibulum area yang dikelilingi oleh labia minora, menutupi mulut uretra, mulut vagina, dan duktur kelenjar bartolini. Hymen disebut juga selaput dara yang merupakan lapisan tipis yang melipat secara tidak sempurna. Hymen normal terdapat lubang untuk aliran darah menstruasi.



2.1.3 Etiologi Persalinan Normal

Etiologi terjadinya persalinan belum diketahui secara pasti, tetapi ada beberapa faktor yang dianggap kemungkinan berperan dalam proses terjadinya persalinan. Beberapa teori dibawah ini akan menjelaskan bagaimana terjadinya persalinan tersebut, menurut Mochtar, R (1998) dalam Solehati & Kosasih (2015) :

1) Faktor Hormonal

Teori penurunan hormonal mengatakan bahwa 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai, terjadi penurunan kadar hormone esterogen dan progesterone yang bekerja sebagai penenang otot-otot polos Rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his (kontraksi pada Rahim) bila kadar progesterone turun.

2) Teori Plasenta Menjadi Tua

Dengan bertambahnya umur plasenta akan menyebabkan turunnya kadar progesterone dan estrogen sehingga menyebabkan kekejangan pembuluh darah. Hal ini akan menimbulkan kontraksi Rahim.

3) Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang akan menyebabkan iskemia otot-otot sehingga dengan terjadinya iskemia tersebut akan mengganggu sirkulasi utero placenta (sirkulasi darah dari uterus ke plasenta).

4) Teori iritasi mekanik

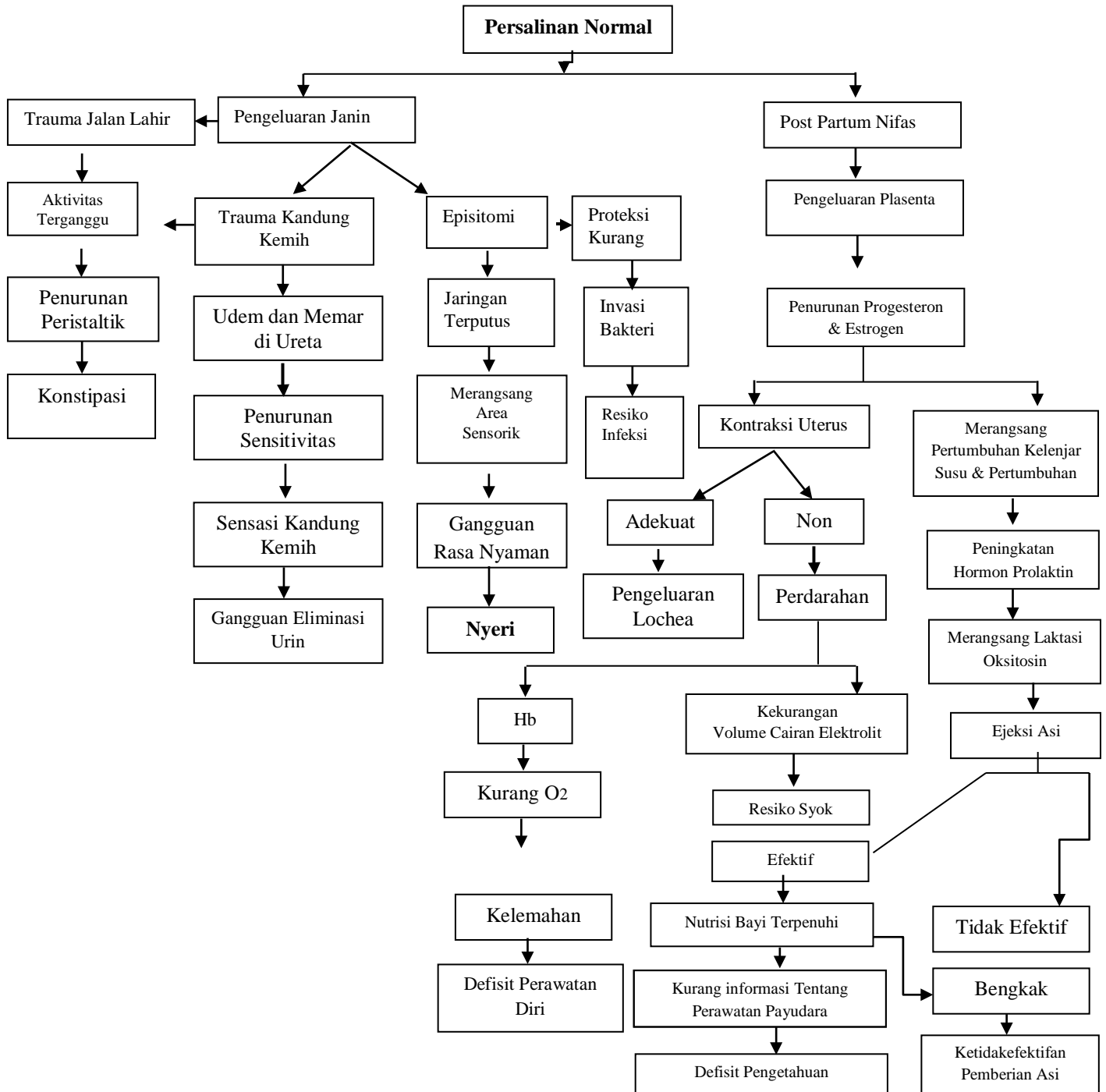
Adanya penekanan ganglion servikale yang terletak dibelakang servik. Bila ganglion ini digeser dan di tekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

5) Induksi partus (*Induction of Labour*)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan jalan melakukan rangsangan laminaria, oksitosin drips, dan amniotomi.

2.1.4 Pathway Persalinan Normal

Bagan 2.1
Persalinan Normal



(Sumber : North American Nursing Diagnosis Association 2015 & Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC, dan NOC 2017)

2.1.5 Komplikasi Persalinan Normal

Beberapa komplikasi persalinan normal (Aspiani, 2017) :

- 1) Distosia atau persalinan yang sulit akibat dari :
 - a) Kelainan tenaga atau his
His adalah kontraksi otot-otot Rahim pada persalinan. Kelainan his ada dua yaitu :
 1. Inersia uteri hipotonik : kontraksi uterus terkoordinasi, tapi tidak adekuat.
 2. Inersia uteri hipertoniik : kontraksi uterus tidak terkoordinasi, kuat tidak adekuat.
 - b) Kelainan janin (kelainan dalam letak atau bentuk janin)
 - c) Kelainan jalan lahir
- 2) Perdarahan saat dan setelah persalinan
 - a) Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir.
 - b) Perlukaan vulva, vagina dan serviks
 - c) Rupture uteri adalah robekan atau diskontinuitas dinding Rahim akibat dilampauinya daya regang myometrium,
 - d) Emboli air ketuban.

2.1.6 Pemeriksaan Diagnosis

Pemeriksaan diagnosis yang diperlukan selama sebelum proses persalinan antara lain :

a. Darah : Hb, Gula darah

Pemeriksaan Hb dilakukan 2 kali selama kehamilan, pada trimester pertama dan pada kehamilan 30 minggu, karena pada usia 30 minggu terjadi puncak hemodilusi. Ibu dikatakan anemia ringan Hb < 11 gr% dan anemia berat < 8 gr%.

Dilakukan juga pemeriksaan golongan darah, protein dan kadar glukosa pada urin.

b. USG (*Ultrasonografi*)

Teknik diagnostic untuk pengujian struktur badan bagian yang melibatkan formasi bayangan dua dimensi dengan gelombang ultrasonik.

(Aspiani, 2017)

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada persalinan normal biasa disebut dengan kala dan dibagi menjadi empat kala diantara lain (Hidayat & Sujatini 2010) :

1. Kala I atau kala pembukaan dimulai dari adanya kontraksi yang adekuat sampai pembukaan lengkap. Kala I dibagi dalam 2 fase : fase laten (Ø servik 1 – 3 cm – dibawah 4 cm) membutuhkan waktu 8 jam, fase aktif (Ø servik 4 – 10 cm / lengkap), membutuhkan waktu 6 jam.
2. Kala II atau kala pengeluaran dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.
3. Kala III atau kala uri dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

4. Kala IV atau kala pengawasan dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Menurut Engram (1998) dalam Solehati & Kosasih (2015) nyeri adalah keadaan yang subjektif, yaitu seseorang memperlihatkan ketidaknyamanan secara verbal ataupun nonverbal atau keduanya.

Menurut Aziz (2009) dalam Solehati & Kosasih (2015) nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

2.2.2 Penyebab Nyeri

Menurut Solehati & Kosasih (2015) nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

- a. Fisik (termal, mekanik, elektrik); dan
- b. Kimia.

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamine, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat-zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri.

2.2.3 Intensitas Nyeri

Klien merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dirasakannya. Oleh karena itu, klien harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatan dari nyeri. Menurut Rockville (1992); Elkin, Perry, dan Potter (2000) dalam Solehati & Kosasih (2015) ada beberapa cara yang digunakan untuk menggambarkan nyeri diantaranya menggunakan skala verbal atau *Visual Analog Scale* (VAS), skala intensitas nyeri numeric atau *numeric Rating Scale* (NRS), dan menggunakan skala *Faces Pain Rating Scale* (FPRS).

a. *Visual Analog Scale* (VAS)

Skala ini berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm. ujung kiri skala mengidentifikasi tidak ada nyeri dan ujung kanan menandakan nyeri yang berat. Pada skala ini, garis dibuat memanjang tanpa ada suatu tanda angka, kecuali 0 dan angka 10. Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut :

0 = tidak ada nyeri

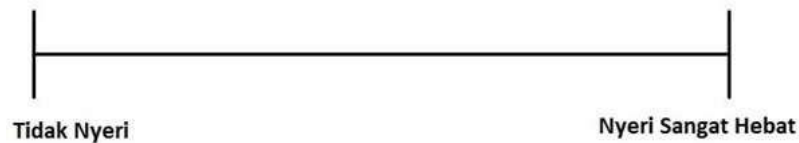
1-2 = nyeri ringan

3-4 = nyeri sedang

5-6 = nyeri berat

7-8 = nyeri sangat berat

9-10= nyeri buruk sampai tidak tertahankan.



Gambar 2.7 Skala VAS (Solehati & Kosasih 2015)

b. *Numeric Rating Scale*

Skala ini berbentuk garis horizontal yang menunjukkan angka – angka Dari 0 – 10, yaitu angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 10 menunjukkan nyeri yang paling hebat. Skala ini dapat dipakai pada klien dengan nyeri yang hebat atau klien baru mengalami operasi.

Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut :

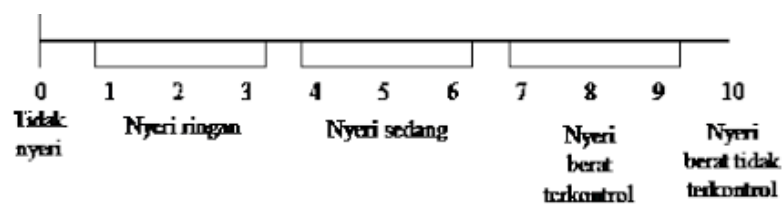
0 = tidak nyeri

1-3 = sedikit nyeri

4-6 = nyeri sedang

7-9 = nyeri berat

10 = nyeri yang paling hebat



Gambar 2.8 NRS (Solehati & Kosasih 2015)

c. *Faces Pain Rating Scale (FPRS)*

FPRS merupakan skala nyeri dengan model gambar kartun dengan enam tingkatan nyeri dan dilengkapi dengan angka dari 0 sampai

dengan 5. Skala ini biasanya digunakan untuk mengukur skala nyeri pada anak. Adapun pendeskripsian skala tersebut adalah sebagai berikut ;

0 = tidak menyakitkan

1= sedikit sakit

2= lebih menyakitkan

3= lebih menyakitkan lagi

4= jauh lebih menyakitkan lagi

5= benar-benar menyakitkan



Gambar 2.9 FPRS (Solehati & Kosasih 2015)

2.2.4 Klasifikasi Nyeri

Menurut Hinchliff, Montauge, & Watson (1996) dalam Solehati & Kosasih (2015) nyeri diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis.

Di bawah ini akan dijelaskan tentang nyeri akut dan kronis

a. Nyeri akut

Nyeri akut di definisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebab nya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan

tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya, adanya luka karena cedera atau operasi.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis di definisikan sebagai suatu nyeri yang tidak dapat dikenali dengan jelas penyebabnya. Nyeri ini kerap kali berpengaruh pada gaya hidup klien. Nyeri biasanya terjadi pada rentang waktu 3-6 bulan .

2.2.5 Fisiologi Nyeri

Menurut Hinchliff, Montauge, & Watson (1996) dalam Solehati & Kosasih (2015) reseptor nyeri terletak pada semua saraf bebas yang terletak pada kulit, tulang, persendian, dinding arteri, membrane yang mengelilingi otak, dan usus. Nyeri digambarkan bermacam-macam, seperti : terbakar, terpotong, tertusuk, dan tikaman.

Menurut Guyton dan Hall (1997) dalam Solehati dan Kosasih (2015), hampir semua jaringan tubuh terdapat ujung-ujung saraf nyeri. Ujung-ujung saraf ini merupakan ujung saraf yang bebas dan reseptornya adalah *nociceptor*. *Nociceptor* ini akan aktif bila dirangsang oleh rangsangan kimia, mekanik, dan suhu. Zat-zat kimia yang merangsang rasa nyeri antara lain : bradikinin, serotonin, histamine, ion kalium, dan asam asetat, sedangkan enzim *proteolitik* dan substansi P akan meningkatkan sensitivitas dari ujung saraf nyeri. Semua zat kimia ini berasal dari dalam sel. Bila sel-sel tersebut mengalami kerusakan maka zat-zat tersebut akan keluar merangsang reseptor nyeri, sedangkan pada mekanik umumnya karena spasme otot dan kontraksi

otot. Spasme otot akan menyebabkan penekanan pada pembuluh darah sehingga terjadi iskemia pada jaringan, sedangkan pada kontraksi otot terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan nutrisi dan suplai nutrisi sehingga jaringan kekurangan nutrisi dan oksitosin yang mengakibatkan terjadinya mekanisme anaerob dan menghasilkan zat besi sisa, yaitu asam laktat yang berlebihan. Kemudian, asam laktat tersebut akan merangsang serabut rasa nyeri. Impuls rasa nyeri dari organ yang terkena akan dihantarkan ke SSP melalui dua mekanisme, yaitu sebagai berikut :

- a. Pertama, serabut-serabut *A delta* bermielin halus dengan garis tengah 2-5 pm akan menghantarkan impuls dengan kecepatan 12-30 m/s. Serabut ini berakhir pada neuron-neuron pada lamina IV-V.
- b. Kedua, serabut-serabut tidak bermielin berdiameter 0,5- pm. Serabut ini berakhir pada neuron-neuron lamina I.

Impuls nyeri akan berjalan ke system saraf pusat (SSP) melalui *traktus spinotalamikus* lateral, kemudian diteruskan ke girus post sentral dari korteks serebri, lalu di cortek serebri inilah nyeri dipersepsikan.

2.2.6 Dampak Nyeri

Menurut Brunner & Suddarth (2002) dalam Solehati & Kosasih (2015) setiap nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman pada klien, selain itu tanpa melihat pola, sifat, atau penyebab nyeri. Apabila nyeri tidak segera diatasi secara adekuat akan memberikan efek yang membahayakan,

seperti memengaruhi system pulmoner, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan

Immunologic.

Menurut Pilliteri (2003); Lowdermik, Perry, & Piotrowski (3003) dalam Solehati & Kosasih (2015) nyeri yang hebat dapat menyebabkan komplikasi seperti tromboemboli atau pneumoni. Nyeri memengaruhi kemampuan klien untuk bernapas dalam dan bergerak.

2.2.7 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri terbagi menjadi 2 menurut Solehati & Kosasih (2015) yaitu;

a. Pendekatan farmakologi

Tatalaksana farmakologi yaitu pendekatan kolaborasi antara dokter dan perawat yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri.

b. Pendekatan non farmakologi

Tatalaksana non farmakologi dilakukan untuk mendukung terapi farmakologi. Hal-hal yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisis, atau pendekatan bedah. Adapun cara untuk mengurangi intensitas nyeri luka perineum adalah dengan senam kegel (Purwoastuti & Walyani, 2015).

2.2.8 Manfaat Senam Kegel

Menurut Wulandari & Handayani (2011) senam kegel merupakan latihan fisik ringan untuk memperkuat otot dasar panggul perlu dilakukan dengan latihan peregangan dan relaksasi otot dasar panggul. Senam kegel mempunyai beberapa manfaat antara lain membuat jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, mengurangi nyeri luka jahitan perineum, meredakan hemoroid, meningkatkan pengendalian atas urin. Dilakukan dengan cara berdiri dengan tungkai dirapatkan, kencangkan otot-otot dasar pantat dan pinggul tahan sampai hitungan 5. Kendurkan kemudian ulangi sebanyak 5 kali (Purwoastuti & Walyani 2015).

2.3 Masa Nifas

2.3.1. Definisi Masa Nifas

Menurut Reeder (2011) dalam Solehati & Kosasih (2015) Masa post partum adalah suatu masa antara kelahiran sampai dengan organ-organ reproduksi kembali ke keadaan sebelum hamil.

Masa nifas merupakan sebuah fase setelah ibu melahirkan dengan rentang waktu kira-kira selama 6 minggu. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta keluar sampai alat-alat kandungan kembali normal seperti sebelum hamil (Purwanti 2012).

Berdasarkan kedua pengertian diatas sehingga dapat disimpulkan bahwa masa nifas atau post partum adalah masa dari kelahiran plasenta

sehingga kembalinya reproduksi wanita pada kondisi normal yang berlangsung kira kira 6 minggu.

2.3.2 Tujuan Masa Nifas

Adapun tujuan dari masa nifas yaitu (Purwoastuti & Walyani 2015)

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik secara fisik maupun psikologis
- b. Mendeteksi masalah, mengobati, dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari
- d. Memberikan pelayanan KB

2.3.3 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap yaitu; (Purwoastuti & Walyani 2015)

1. Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan. Pada saat ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam di anggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

3. Remote puerperium

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

2.3.4 Adaptasi Fisiologis Masa Nifas

Menurut (Purwanti 2012), perubahan fisiologi tubuh ibu pada masa nifas dapat digolongkan sbb ;

A. Perubahan system reproduksi

1) Uterus

(a) Involusi (Pengerutan Rahim)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan *involusi* uterus ini, lapisan luar dari *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/ mati). Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi pada TFU (Tinggi Fundus Uterus).

Tabel 2.1 Perubahan Normal Ukuran Uterus

involusi uterus	Tfu	Berat uterus	Diameter uterus	Keadaan servik
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750	12,5	Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500	7,5	Beberapa hari setelah post-partum dapat dilalui 2 jari akhir minggu pertama
2 minggu	Tak teraba diatas simpisis	350	3 – 4	
6 minggu	Bertambah kecil	50 – 60	1 – 2	
8 minggu	Sebesar normal	30		dapat di masuki 1 jari

Involusi uterus terjadi melalui 3 proses yang bersamaan, antara lain :

1. Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uteri. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebarnya sebelum hami. Sitoplasma sel yang berlebihan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan *fibro elastic* dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.

2. Atrofi jaringan

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

3. Efek oksitosin (kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir. Hal tersebut di duga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume *intraurine* yang sangat besar. Hormone oksitosin yang dilepas dari kelenjar hypofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses *homeostatis*. kontraksi dan retraksi otot uteri akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta dan mengurangi perdarahan.

(b) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan Rahim selama masa nifas dan mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea dibedakan beberapa jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya.

Tabel 2.2 Perubahan Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-4 hari	Merah segar	Terdiri dari jaringan sisa-sisa plasenta, lemak bayi, dinding Rahim, lanugo (rambut bayi), dan meconium
Sanguinolenta	4 – 7 hari	Merah kecokelatan dan berlendir	Darah tua, dan jaringan debris/sisa
Serosa	7 – 14 hari	Kuning kecokelatan	Serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta
Alba	2 – 6 minggu	putih	Leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir servik, dan selaput jaringan yang mati.

(c) Perubahan servik

Perubahan yang terjadi pada servik uteri setelah persalinan adalah menjadi sangat lunak, kendur dan terbuka seperti corong. Korpus uteri berkontraksi, sedangkan servik uteri tidak berkontraksi sehingga seolah-olah terbentuk seperti cicin pada perbatasan antara korpus uteri dan servik uteri.

Muara servik yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke dalam rongga Rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat

dimasuki 2 – 3 jari. Pada minggu ke 6 post partum, servik sudah menutup kembali.

2) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. 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.

Pada masa nifas, biasanya terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara *perpriman* (sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi.

3) Perineum

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

B. Perubahan system pencernaan

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan, namun hal ini masih dalam kondisi normal dimana faal usus akan kembali normal 3-4 hari. 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.

Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan.

C. Perubahan system perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat *spasme sfinkter* dan *edema* leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut *diuresis*.

Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

D. Perubahan system muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan.

Ligament-ligamen, *diafragma pelvis*, serta *fasia* yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena *ligamentum rotundum* menjadi kendur. Adapun kandungan turun setelah melahirkan karena ligament, *fasia*, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

E. Perubahan system endokrin

1) Hormon plasenta

Hormone plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum.

2) Hormone pituitary

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

3) Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesterone.

4) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolactin yang juga sedang meningkat dapat memengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI.

F. Perubahan tanda vital

1) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37.5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan kehilangan cairan, dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa. Biasanya, pada hari ke-3 suhu badan akan naik lagi karena adanya pembentukan ASI. Payudara menjadi bengkak dan berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-100 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum dapat menandakan terjadinya *pre eklamsi* post partum.

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya.

G. Perubahan system kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya pengesteran membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan, vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan pada SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar hematocrit.

H. Perubahan sistem hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar *fibrinogen* dan plasma, serta faktor-faktor pembekuan darah makin meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar *fibrinogen* dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel

darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari post partum. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi sampai 25.000 – 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan yang lama.

Jumlah Hb, Hemaetokrit, dan eritrosit sangat bervariasi pada saat awal-awal masa post partum sebagai akibat dari volume darah , plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Selama kelahiran dan post partum, terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hemaetokrit dan hb pada hari ke-3 sampai hari ke-7 post partum, yang akan kembali normal dalam 4-5 minggu post partum.

I. Perubahan komponen darah

Pada masa nifas terjadi perubahan komponen darah, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah dan Hb akan berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca persalinan biasanya semua akan kembali pada semula. Curah jantung atau jumlah darah yang dipompa oleh jantung akan tetap tinggi pada awal masa nifas dan dalam 2 minggu akan kembali pada keadaan normal.

2.3.5 Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Setelah melahirkan, ibu mengalami perubahan fisik, dan psikologis yang juga mengakibatkan adanya perubahan dari psikisnya sehingga diperlukan dukungan positif dan adaptasi.

Reva Rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain :

1. Periode “ Taking In “

Periode *taking in* yaitu periode ketergantungan. Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru umunya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya sehingga belum berminat untuk merawat bayinya.

2. Periode “ Taking Hold “

Periode *taking hold* yaitu periode antara tingkah laku mandiri dan ketergantungan. Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum. Pada periode ini ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi, berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya. Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.

3. Periode “ Letting Go “

Periode *letting go* yaitu periode kemandirian dalam peran baru. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarganya. Pada periode ini ibu mengambil

tanggung jawab terhadap perawatan bayi serta ibu mulai dapat membagi peran sebagai ibu bagi anak-anaknya, sebagai seorang istri dan sebagai pekerja jika mereka bekerja di luar rumah (Purwanti 2012).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

2.4.1.1 Pengumpulan Data

- 1) Identitas klien meliputi nama, umur, pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, nomor medical record, diagnose medic, tanggal masuk, dan tanggal dikaji (Nugroho et al, 2014)
- 2) Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat serta hubungan dengan klien.

2.4.1.2 Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Untuk mengetahui penyakit yang di derita ibu, yang timbul pada masa nifas. Dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Keluhan utama saat masuk

Menguraikan mengenai keluhan yang ibu alami berhubungan dengan masa nifas seperti mulas pada janin,

adanya sakit pada jalan lahir, rasa lelah, dan keluhan lain yang terjadi. (Ambarwati & Wulandari, 2010)

b. Keluhan utama saat dikaji

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah klien melahirkan.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi data yang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti ; jantung, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ibu (Ambarwati & Wulandari 2010)

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan klien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang meyertainya (Ambarawati & Wulandari 2010).

2.4.1.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1. Riwayat Ginekologi

Riwayat ginekologi pada klien post partum spontan yaitu ;

a. Riwayat Menstruasi

Meliputi umur menarche pertama kali, lama haid, jumlah darah yang keluar, siklus haid, masalah selama

haid, HPHT, perkiraan tanggal partus (Nugroho et al, 2014).

b. Riwayat Perkawinan

Meliputi usia ayah dan ibu menikah, berapa kali menikah, lama pernikahan, status menikah syah atau tidak dan jumlah anak (Nugroho et al, 2014)

c. Riwayat Keluarga Berencana

Kaji pengetahuan klien dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, keluhan yang dirasakan ketika menggunakan kontrasepsi, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencana penambahan anggota keluarga dimasa mendatang (Ambarwati & Wulandari 2010).

2. Riwayat Obstetri

a. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas dahulu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu (Ambarwati & Wulandari 2010).

b. Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama hamil, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan berapa kali ibu

memeriksa kehamilannya (Ambarwati & Wulandari 2010)

c. Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi panjang badan, berat badan, dan penolong persalinan (Ambarwati & Wulandari 2010)

d. Riwayat nifas sekarang

Adanya jumlah lochea, kontraksi uterus, konsistensi uterus, dan tinggi fundus (Ambarwati & Wulandari 2010).

2.4.1.4 Pola Aktivitas Sehari-hari

Pengkajian pada pola aktivitas sehari-hari klien menurut (Ambarwati & Wulandari 2010);

1) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum yang meliputi nafsu makan, frekuensi, banyak, jenis makanan dan juga pantangan makanan.

2) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar dan kebiasaan buang air kecil, meliputi frekuensi , jumlah, konsistensi, warna dan bau, apakah terjadi diuresis setelah melahirkan, apakah terjadi retensi urine karena takut luka episiotomy, apakah perlu bantuan, dan kebiasaan penggunaan toilet.

3) Istirahat tidur

Menggambarkan pola istirahat dan tidur klien, berapa jam klien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang.

4) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea.

5) Aktivitas

Pada pola ini dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Apakah ibu melakukan ambulansi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri.

2.4.1.5 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien meliputi ;

1) Pemeriksaan Umum

Mengenai pemeriksaan keadaan umum, kesadaran dan kesehatan ibu, untuk mengetahui kondisi ibu nifas secara umum (Pitriani & Andriyani 2014).

2) Pemeriksaan Tanda Vital

Mengenai pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan, berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas. Untuk mengetahui adanya suatu keadaan yang abnormal pada ibu nifas (Pitriani & Andriyani 2014).

3) Pemeriksaan Head To Toe

Pemeriksaan fisik head to toe yang dilakukan pada ibu masa post partum yaitu ; (Aspiani, 2017)

a. Kepala

Mengkaji bentuk kepala simetris atau tidak, kulit kepala kotor atau berketombe, rambut apakah tampak lusuh atau kusut, apakah ada laserasi/ luka dan apakah ada nyeri tekan.

b. Wajah

Mengkaji bentuk wajah simetris atau tidak, warna kulit apakah pucat atau tidak, adanya edema atau tidak, apakah ada nyeri tekan.

c. Mata

Mengkaji bentuk mata simetris atau tidak, ada tidaknya gerak mata, konjungtiva anemis atau tidak, dan mengkaji bentuk bola mata.

d. Hidung

Mengkaji bentuk hidung simetris atau tidak, ada atau tidaknya septuminasi, adanya polip atau tidak dan bagaimana kebersihannya.

e. Telinga

Mengkaji bentuk telinga simetris atau tidak, apakah ada kelainan anatomi pada telinga, kebersihan dan apakah ada kelainan fungsi pendengaran.

f. Mulut

Mengkaji bentuk bibir simetris atau tidak, kelembaban, jumlah gigi lengkap atau tidak, ada tidaknya peradangan pada gusi atau caries gigi, kebersihan gigi, kebersihan lidah dan kebersihan mulut.

g. Leher

Mengkaji ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

h. Thorax

Mengkaji apakah bentuk nya simetris atau tidak, pergerakan otot dada saat bernafas, ada tidaknya suara ronchi, dan bunyi jantung.

i. Payudara

Mengkaji bentuk payudara simetris atau tidak, ada tidak nya pembesaran pada payudara, apakah puting susu menonjol atau tidak, hiperpigmentasi aerola, kebersihan puting susu, ada tidaknya colostrum, da nada tidaknya nyeri tekan pada payudara.

j. Abdomen

Mengkaji ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uterus, konsistensi serta kontraksi uterus, bagaimana dengan bising usus dan apakah ada nyeri tekan.

k. Genetalia & Anus

Mengkaji pengeluaran lochea (jumlah, warna, bau dan konsistensi), adakah edema pada vulva, ada tidaknya hemoroid, serta mengkaji perineum dengan tanda-tanda “ REEDA “ (Rednes/kemerahan, Echymosis/perdarahan bawa kulit, Edeme/bengkak, Discharge/perubahan lochea, Approximation/pertautan jaringan.

1. Ekstremitas

Mengkaji bentuk ekstremitas atas dan bawah simetris atau tidak, bagaimana pergerakannya, ada tidaknya edema, ada tidaknya sianosis, ada tidaknya varises dan reflek patella.

2.4.1.6 Data Psikologis

Pada hari pertama sampai hari ke dua klien berada pada fase *takking in*, dimana klien terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya . Pada hari ketiga sampai sepuluh setelah melahirkan ibu akan merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan tanggung jawab terhadap bayinya, fase ini disebut fase *taking hold*. Setelah masalah khawatir terlewati ibu akan mengalami fase *letting go* dimana ibu menerima tanggung jawab akan peran barunya, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan (Yanti & Sundawati 2011).

2.4.1.7 Data Sosial

Mengkaji hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, perawat dan lingkungan sekitarnya.

2.4.1.8 Kebutuhan Bounding Attachment

Mengkaji interaksi emosi sensorik fisik antara ibu dan bayi segera setelah lahir

2.4.1.9 Pemenuhan Seksual

Mengkaji kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa kehamilan sampai masa postpartum.

2.4.1.10 Data Spiritual

Mengkaji kebiasaan ibadah klien, dan mengetahui apakah adanya adat istiadat dari suatu daerah yang dianut oleh ibu nifas dan keluarga mengenai perawatan masa nifas yang berpengaruh negative/ buruk pada kesehatan ibu dan bayi (Pitriani & Andriyani 2014).

2.4.1.11 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

Mengkaji pengetahuan tentang perawatan diri ibu untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan (Pitriani & Andriyani 2014).

2.4.1.12 Data Penunjang

Menurut Bobak (2005) dalam Wahyuningsih (2019), berupa pemeriksaan Hemoglobin dan hematokrit serta pemeriksaan urinalis (culture urine, darah, vaginal, dan lochea).

2.4.2 Analisa Data

Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokkan data, menafsirkan adanya kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah yang ada. (Green, 2012).

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/masalah kesehatan. Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 2018- 2020 bahwa diagnose keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.
- b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- d. Deficit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum.

- e. Resiko pendarahan berhubungan dengan ketidakadekuatan kontraksi uterus
- f. Defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.
- g. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan trauma kandung kemih
- h. Konstipasi berhubungan dengan trauma jalan lahir

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association 2018- 2020*

rencana keperawatan pada diagnose yang muncul pada postpartum adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy)

Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau prediksi.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya • Diaphoresis • Dilatasi pupil • Ekspresi wajah nyeri (misalnya mata kurang bercahaya tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus, meringis) • Focus menyempit • Focus pada diri sendiri • Keluhan tentang intensitas 	<p>NOC</p> <p>(a) Pain level (b) Pain control (c) Comfort level</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). • Tanda-tanda vital dalam batas normal • Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri • Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) • Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>NIC</p> <p>Pain management</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamana c) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien d) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri e) Evaluasi pengalaman nyeri masalah f) Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau g) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan h) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan,pencahayaan dan kebisingan i) Kurangi faktor presipitasi nyeri 	<p>Pain management</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Nyeri episiotomy bermakna pada fase pasca pos partum. Diperberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. Membiarkan klien rentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi ketidakefektifan analgesia b) Bahasa tubuh dapat secara psikologis dan fisiologi dan dapat digunakan pada hubungan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas/beratnya masalah c) Memberikan keyakinan bahwa klien tidak sendiri atau ditolak : memberikan respek dan penerimaan individu, mengembangkan kepercayaan d) Budaya adalah suau cara hidup yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi

<p>menggunakan standar skala nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri • Laporkan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas • Mengekspresikan perilaku • Perilaku distraksi • Perubahan parameter fisiologis • Perubahan posisi untuk menghindari nyeri • Perubahan selera makan • Putus asa • Sikap melindungi area nyeri • Sikap tubuh melindungi <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agen cedera biologis • Agen cedera fisik • Agen cedera kimiawi 	<p>j) Pilih dan lakukan penangan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</p> <p>k) Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>l) Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>m) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>n) Evaluasi keefektifan control nyeri</p> <p>o) Tingkatkan istirahat</p> <p>p) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>q) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p>Analgetic administration</p> <p>r) Tentukan lokasi karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>s) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>t) Cek riwayat alergi</p> <p>u) Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>v) Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>w) Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>x) Monitor vital sign sebelum dan</p>	<p>e) Penurunan ansietas/takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>f) Penurunan ansietas/takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>g) Penggunaan persepsi sendiri/perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu klien mengatasinya lebih efektif</p> <p>h) Suhu ruangan normal dalam rentang 20-25°C dengan pencahayaan yang cukup mempengaruhi kemampuan klien untuk rileks dan tidur atau istirahat secara efektif</p> <p>i) Perubahan berat/lamanya dapat mengidentifikasi kemajuan proses penyakit/terjadinya komplikasi</p> <p>j) Ada dua cara penanganan nyeri yaitu menggunakan farmakologi dan nonfarmakologi</p> <p>k) Nyeri episiotomy bermakna pada fase post partum. Diperberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. Membiarkan klien rentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi</p>
--	---	--

-
- | | |
|--|---|
| <p>sesudah pemberian analgetik pertama kali</p> <p>y) Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p> <p>z) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala</p> | <p>ketidakefektifan analgesia.</p> <p>l) Manajemen nyeri non farmakologi lebih aman digunakan karena tidak menimbulkan feel samping</p> <p>m) Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik</p> <p>n) Penurunan ansietas/takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>o) Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik</p> <p>p) Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik</p> <p>q) Penurunan ansietas/takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>Analgetik administration</p> <p>r) Dosis adalah banyaknya suatu obat yang dapat dipergunakan atau diberikan kepada seorang penderita</p> <p>s) Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang diinginkan</p> <p>t) Alergi adalah suatu respon abnormal system kekebalan tubuh</p> <p>u) Kolaborasi penanganan nyeri</p> |
|--|---|
-

-
- untuk mencapai kriteria hasil yang di inginkan
- v) pertimbangan pemilihan guna mencapai kriteria hasil yang di inginkan
 - w) Rute pemberian obat terutama ditemukan oleh sifat dan tujuan dari penggunaan obat sehingga dapat memberikan efek terapi yang tepat
 - x) Respon autonomic meliputi perubahan pada tekanan darah, nadi, dan pernafasan, yang berhubungan dengan keluhan/penghilangan nyeri. Abnormalitas tanda vital terus menerus memerlukan evaluasi lanjut
 - y) Pemberian obat yang terlalu cepat atau terlalu lambat dapat berakibatnserius
 - z) Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik
-

b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui

Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnose	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Ketidakefektifan pemberian ASI</p> <p>Definisi : Kesulitan pemberian susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status nutrisi bayi/anak</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusu • Bayi menangis pada payudara • Bayi mendekat ke arah payudara • Bayi menolak <i>latching on</i> • Bayi tidak mampu <i>latch on</i> • Bayi tidak responsive terhadap tindakan kenyamanan lain • Ketidakuatan defekasi bayi • Ketidakcukupan kesempatan menghisap payudara • Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Kurang penambahan berat badan bayi • Luka puting yang menetap setelah satu minggu pertama menyusui • Tampak ketidakefektifan asupan susu • Tidak menghisap payudara terus menerus 	<p>NOC</p> <p>(a) Breastfeeding ineffective (b) Breathing patten ineffective (c) Breasfeeding interupted</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemantapan pemberian ASI : bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI • Kemantapan pemberian ASI : ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI • Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/ toddler. • Penyapihan pemberian ASI • Diskontinuitas progresif pemberian ASI • Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi 	<p>NIC</p> <p>a) Evaluasi pola menghisap/menelan bayi</p> <p>b) Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui</p> <p>c) Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga)</p> <p>d) Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara evektif</p> <p>e) Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting</p> <p>f) Pantau integritas kulit puting ibu</p> <p>g) Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar air susu dan mastitis</p> <p>h) Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar</p> <p>i) Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi</p> <p>Brest examination</p> <p>Laktation supression</p> <p>j) Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI</p>	<p>a) Kemampuan menelan bersifat dinamis sejalan dengan tumbuh kembang anak dalam bidang keterampilan oromotor</p> <p>b) Motivasi atau semangat dari suami selalu diharapkan oleh ibu menyusui</p> <p>c) Mudah tidaknya seseorang dalam menyusui tergantung pada pengalaman masalalunya jika ada</p> <p>d) Latch on adalah istilah yang digunakan ketika bayi mendapatkan posisi yang tepat saat menempelkan mulutnya pada puting ibu</p> <p>e) Jika bayi tidak menempelkan mulutnya dengan baik di payudara, konsumsi ASI akan terganggu</p> <p>f) Infeksi pada payudara yang sering disebabkan karena masuknya kuman yang terdapat pada mulut dan hidung bayi</p> <p>g) Mastitis adalah infeksi pada satu atau lebih pada saluran payudara</p> <p>h) Pembengkakkan payudara terjadi karena adanya gangguan air susu dan meningkatkan vaskularisasi dan kongesti</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambivalensi ibu • Anomaly payudara • Ansietas ibu • Defek orofaring • Diskontinuitas pemberian asi • Keletihan ibu • Keluarga tidak mendukung • Keterlambatan laktogen II • Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui • Masa cuti pendek • Nyeri ibu • Obesitas ibu • Pembedahan payudara sebelumnya • Penambahan makanan dengan puting infiltrasi • Penggunaan dot • Prematuritas • Reflek isap bayi buruk • Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI 	<p>melalui proses pemberian ASI, ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera, ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI</p>	<p>k) Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual, atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI</p> <p>l) Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menhangatkan, dan kemungkinan pemberian susu formula</p> <p>Laktation konseling</p> <p>m) Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI</p> <p>n) Diskusikan metode alternatif pemberian makanan bayi</p>	<p>i) peningkatan berat badan di usia dini sangat penting bagi kesehatan tubuh dalam jangka panjang</p> <p>j) keberhasilan pemberian ASI pada bayi sangat ditentukan oleh cara dan keberhasilan pemberian ASI sejak awal</p> <p>k) Dengan cara memompa ASI yang tepat produksi ASI diharapkan akan meningkatkan kembali sehingga mencukupi kebutuhan sehari-hari</p> <p>l) ASI yang akan digunakan secepatnya, lebih baik dimasukkan ke dalam bagian lemari pendingin yang tidak akan membuat beku</p> <p>m) ASI mengandung antibody dalam jumlah besar dari tubuh seorang ibu</p> <p>n) Makanan pendamping ASI atau disebut MPASI mulai diberikan pada usia 6 bulan karena proses pencernaan bayi yang sudah mulai sempurna</p>
---	--	---	---

c. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

Tabel 2.5 intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi Definisi : Rentan mengalami invasi dan multipasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan Faktor-faktor resiko : <ul style="list-style-type: none"> • Kurang pengetahuan untuk menghindari pemanjaan pathogen • Malnutrisi • Obesitas • Penyakit kronis • Prosedur invasieve • Pertahanan tubuh primer tidak adekuat • Gangguan integritas kulit • Gangguan peristaltic • Merokok • Pecah ketuban dini • Pevah ketuban lama • Penurunan kerja siliaris • Penurunan Ph sekresi • Statis cairan tubuh 	NOC <ul style="list-style-type: none"> • Immune status • Knowledge: infection control • Risk control Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi • Mendeskripsi proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan • Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi • Jumlah leukosit dalam batas normal • Menunjukan perilaku hidup sehat 	NIC Kontrol infeksi <ol style="list-style-type: none"> a) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien b) Pertahankan tehnik isolasi c) Batasi pengunjung bila perlu d) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung e) Gunakan antiseptik untuk cuci tangan f) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan g) Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung h) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat i) Berikan terapi antibiotik bila perlu j) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 	<ol style="list-style-type: none"> a) Infeksi nosocomial adalah infeksi yang menyebar di dalam rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya b) Isolasi merupakan sebuah tehnik khusus yang didesain terpisah dari pasien lain untuk mencegah penularan penyakit c) Infeksi dapat terjadi melalui penularan diri pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung d) Tujuan mencuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi e) Antiseptic adalah suatu bahan kimia yang bertujuan untuk membunuh kuman f) Tujuan mencuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi g) Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung h) Infeksi dapat terjadi melalui penularan diri pasien kepada

	<p>petugas, dari pasien ke pasien lain, dan dari pasien kepada pengunjung</p> <p>i) Antibiotik adalah zat yang memiliki kemampuan untuk menghambat kehidupan mikroorganisme</p> <p>j) Tanda-tanda infeksi adalah bengkak, kemerahan, panas, nyeri atau nyeri tekan dan hilangnya fungsi pada bagian yang terinflamasi</p>
--	---

d. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum.

Tabel 2.6 Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Defisit perawatan diri :</p> <p>Definisi : Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas secara mandiri</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan membasah tubuh • Ketidakmampuan mengakses kamar mandi • Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi • Ketidakmampuan mengeringkan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activity intolerance • Mobility: physical impaired • Self care deficit hygiene • Sensory perception, auditory disturbed <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi • Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan 	<p>NIC</p> <p>Self care assistance : Bathing/ hygiene</p> <ol style="list-style-type: none"> Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau kamar mandi 	<ol style="list-style-type: none"> Budaya adalah sesuatu cara hidup yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi Identifikasi ketidakmampuan memudahkan dalam melaksanakan intervensi Barang-barang yang mudah dijangkau akan memudahkan prosedur tindakan Lingkungan terapeutik adalah lingkungan yang dipusatkan untuk kesembuhan klien

<p>tubuh</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan menjangkau sumber air <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansietas • Gangguan fungsi kognitif • Gangguan musculoskeletal • Gangguan neuromuscular • Gangguan persepsi • Kelemahan • Kendala lingkungan • Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh • Ketidakmampuan merasakan hubungan special • Nyeri • Penurunan motivasi 	<p>aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu • Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu • Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu • Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan alat mandi • Memberikan dan mengeringkan tubuh • Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral 	<p>d) Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</p> <p>e) Memfasilitasi mandi pasien</p> <p>f) Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai</p> <p>g) Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</p> <p>h) Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan sepenuhnya</p>	<p>e. Saat menyikat gigi anda habiskanlah 12-13 detik per gigi hingga gigi anda bersih dengan baik</p> <p>f. Mandi membuat tubuh atau badan anda sendiri kembali segar</p> <p>g. Membersihkan kuku hakekatnya adalah untuk menjaga kesehatan tubuh</p> <p>h. Kepercayaan diri terhadap kemampuan sangat penting untuk kesembuhan.</p>
--	---	---	---

e. Resiko Perdarahan berhubungan dengan ketidakadekuat kontraksi uterus

Tabel 2.7 Intervensi Resiko Pendarahan

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Resiko perdarahan</p> <p>Definisi : Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Faktor resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma • Gangguan gastrointestinal (mis: penyakit ulkus lambung, polip, varises) • Koagulapati inhern • Koagulapati intravascular di seminata • Komplikasi kehamilan • Komplikasi pasca partum • Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan • Sirkumsisi • trauma 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blood lose severity • Blood koagulation <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada hematuria dan hematemesis • Kehilangan darah yang terlihat • Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole • Tidak ada perdarahan pervagina • Tidak ada distensi abdominal • Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal 	<p>NIC</p> <p>Bleding precaution</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor ketat tanda-tanda perdarahan b) Catat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah perdarahan c) Monitor TTV ortostaltik d) Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif e) Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau freshfrozen plasma) f) Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan g) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin k h) Monitor status cairan yang meliputi intake dan output i) Pertahankan potensial IV line <p>Bleeding reduction gastrointestinal</p> <ol style="list-style-type: none"> j) Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka k) Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen 	<ol style="list-style-type: none"> a) Perdarahan yang banyak dalam nifas hampir selalu disebabkan oleh sisa plasenta b) Penurunan Hb merupakan tanda tanda perdarahan yang serius c) Hipotensi ortostatik adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan tekanan darah saat seseorang berdiri dari posisi duduk d) Bed rest adalah sebuah prosedur dengan memastikan pasien berbaring dan beristirahat di tempat tidur dalam kurun waktu tertentu e) Tujuan dalam pemberian tindakan transfuse darah adalah meningkatkan kemampuan darah dalam mengangkut oksigen f) Antikoagulan adalah obat yang bekerja untuk mencegah penggumpallan darah g) Fungsi vitamin k ini untuk membantu proses pembekuan darah saat terjadi luka pada bagian tubuh h) Keseimbangan intake output penting dalam perdarahan i) Cara pemberian obat ada beberapa macam diantaranya

- adalah melewati jalur intravena
- j) **Sekresi** merupakan proses pengeluaran zat oleh kelenjar yang masih digunakan oleh tubuh
- k) **Ibuprofen** bekerja dengan menghalangi produksi substansi alami tubuh yang menyebabkan peradangan .

f. Defisiensi Pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

Tabel 2.8 Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Deficit pengetahuan</p> <p>Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakakuratan melakukan test • Ketidakakuratan mengikuti perintah • Kurang pengetahuan perilaku tidak tepat <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan fungsi kognitif • Gangguan memori • Kurang informasi • Kurang sumber pengetahuan • Salah pengertian terhadap orang lain 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knowledge : disease process • Knowledge : health behavior <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan • Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar. • Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya 	<p>NIC</p> <p>Treching : disease process</p> <ol style="list-style-type: none"> Gambarkan tanda gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegaah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 	<ol style="list-style-type: none"> Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien Pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan Pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan Gaya hidup adalah pola hidup seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya

- | | |
|---|---|
| f) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat | e) Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien |
|---|---|

g. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan trauma kandung kemih

Tabel 2.9 Intervensi Gangguan Eliminasi Urin

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : Disfungsi pada eliminasi urine Batasan Karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> • Dysuria • Sering berkemih • Anyang-anyangan • Inkontinensia • Nokturia • Retensi • Dorongan Faktor yang berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> • Obstruksi anatomi • Penyebab multiple • Gangguan sensori motoric • Infeksi saluran kemih 	NOC <ul style="list-style-type: none"> • Urinary Elimination • Urinary Continuence Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Kandung kemih kosong secara penuh • Tidak ada residu urine >100-200 cc • Intake cairan dalam rentang normal • Bebas dari ISK • Tidak ada spasme bladder • Balance cairan seimbang 	NIC Urinary Retention Care <ol style="list-style-type: none"> Lakukan penilaian kemih yang komphrensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten) Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau property alpha agonis Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik Menyediakan penghapusan privasi Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiramkan ke toilet Merangsang refleks kandung 	<ol style="list-style-type: none"> Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih, termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan. Perubahan karakteristik urine dapat mengidentifikasi ISK dan meningkatkan risiko sepsis. Driptik multistrip dapat memberikan penentuan nilai pH, nitrit, leukosit esterase secara cepat yang menunjukkan keberadaan infeksi atau penyakit perkemihan Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih, selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urin dan memantau kaluaran urin. Kateterisasi interminten mungkin

kemih dengan menerapkan dingin untuk perut , membelai tinggi batin , atau air	di implementasikan untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka panjang.
g) Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)	
h) Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal	
i) Menyediakan manuver crede, yang diperlukan	
j) Gunakan double-void teknik	
k) Masukkan kateter kemih, sesuai	
l) Anjurkan pasien/ keluarga untuk merekam output urin, sesuai	
m) Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja	
n) Memantau asupan dan keluaran	
o) Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi	
p) Membantu dengan toilet secara berkala, sesuai	
q) Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa, sesuai	
r) Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai	
s) Merujuk ke spesialis kontinensia kemih, sesuai	

h. Konstipasi berhubungan dengan trauma jalan lahir

Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Konstipasi</p> <p>Definisi : Penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/ atau feses yang keras, kering, dan banyak</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri abdomen • Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot • Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot • Anoreksia • Penampilan tidak khas pada lansia • Borborigmi • Darah merah pada feses • Peubahan pada pola defekasi • Penurunan frekuensi defekasi • Penurunan volume feses • Distensi abdomen • Keletihan • Feses keras dan berbentuk • Sakit kepala • Bising usus hiperaktif • Bising usus hipoaktif • Tidak dapat defekasi • Peningkatan tekanan intra abdomen • Tidak dapat makan • Feses cair 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bowel elimination • Hydration <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari • Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi • Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstipasi • Feses lunak dan berbentuk 	<p>NIC</p> <p>Constipation / impaction Management</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor tanda dan gejala konstipasi ▪ Monitor bising usus ▪ Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume ▪ Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus ▪ Monitor tanda dan gejala rupture usus/peritonitis ▪ Jelaskan etiologi dan rasionalisme tindakan terhadap pasien ▪ Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi ▪ Dukung intake cairan ▪ Kolaborasikan pemberian laktasif ▪ Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi ▪ Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi ▪ Pantau tanda-tanda dan gejala impaks ▪ Memantau gerakan usus , termasuk konsistensi frekuensi, bentuk, volume, dan warna ▪ Memantau bising usus ▪ Konsultasi dengan dokter tentang penurunan/ kenaikan frekuensi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distensi abdomen dan ketiadaan bising usu mengidentifikasi bahwa usus tidak berfungsi, kemungkinan penyebab dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatik system gastrointestinal secara mendadak ▪ Makanan padat tidak dimulai hingga bising usus kembali, flatus keluar dan bahaya pembentukan ileus telah berkurang ▪ Mungkn diperlukan untuk mengurangi distensi abdomen dan meningkatkan pengembalian usus normal

-
- Nyeri pada saat defekasi
 - Massa abdomen yang dapat diraba
 - Massa rektal yang dapat diraba
 - Perkusi abdomen pekak
 - Rasa penuh rektal
 - Rasa tekanan rektal
 - Sering flatus
 - Adanya feses lunak, seperti pasta di dalam rectum
 - Mengejan pada saat defekasi
 - Muntah

Faktor yang berhubungan :

- Kelemahan otot abdomen
- Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia
- Konfusi
- Penurunan motilitas traktus gastrointestinal
- Dehidrasi
- Depresi
- Perubahan kebiasaan makan
- Gangguan emosi
- Kebiasaan menekan dorongan
- Kebiasaan makan buruk
- Higieni oral tidak adekuat
- Kebiasaan toileting tidak adekuat
- Asupan serat kurang
- Asupan cairan kurang
- Kebiasaan defekasi tidak teratur
- Penyalahgunaan laksatif
- Obesitas

- bising usus
 - Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan/atau peritonitis
 - Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien
 - Menyusun jadwal ketoilet
 - Mendorong dan meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan
 - Evaluasi profil obat untuk efek samping gastrointestinal
 - Anjurkan pasien/ keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
 - Ajarkan pasien/keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan
 - Anjurkan pasien/keluarga untuk diet tinggi serat
 - Anjurkan pasien/keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar
 - Anjurkan pasien/keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga, dan cairan sembelit/impaksi
 - Mengajarkan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada
 - Menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual dari tinja, jika perlu
 - Lepaskan impaksi tinja secara manual, jika perlu
-

-
- Perubahan lingkungan baru

Kondisi terkait :

- Ketidakseimbangan elektrolit
- Hemoroid
- Penyakit hirschprung
- Ketidakadekuatan gigi geligi
- Garam besi
- Gangguan neurologis
- Obstruksi usus pasca bedah
- Kehamilan
- Pembesaran prostat
- Abses rektal
- Fisura anal rektal
- Striktur anal rektal
- Prolapse rektal
- Ulkus rektal
- Rektokel
- Tumor

- Timbang pasien secara teratur
 - Ajarkan pasien/keluarga tentang proses pencernaan yang normal
 - Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit
-

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Menurut Bobak (2005) dalam Wahyuningsih (2019) untuk melaksanakan implementasi seorang tenaga kesehatan harus mempunyai kemampuan kognitif dalam proses implementasi yaitu mencakup melakukan pengkajian ulang kondisi klien, memvalidasi rencana keperawatan yang telah disusun, menentukan kebutuhan yang tepat untuk memberikan bantuan, melaksanakan strategi keperawatan dan mengkomunikasikan kegiatan baik dalam bentuk lisan maupun tulisan dan dilakukan juga tindakan kerja sama antara tenaga kesehatan dengan klien, beserta keluarga klien sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat optimal dan komprehensif.

2.4.6 Evaluasi

Menurut dongoes (2005) dalam Wahyuningsih (2019) evaluasi yang merupakan tahap akhir dari proses keperawatan bertujuan untuk menilai hasil akhir dari seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada ibu post partum meliputi : dimulainya ikatan keluarga, berkurangnya nyeri, terpenuhi kebutuhan psikologi, mengekspresikan harapan diri yang positif, komplikasi tercegah/teratasi, bebas dari infeksi, pola eliminasi oprimal, mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fisiologi dan kebutuhan ibu post partum