

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM
SPONTAN DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
CEMPAKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR SOEKARDJO TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh

Nadila Dwi Oktarina

NIM: AKX.17.061



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

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN
SURAT PERNYATAAN

Dengan saya,

Nama : Nadila Dwi Oktarina
NIM : AKX.17.061
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 publikasikan 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

Yang Membuat Pernyataan


Nadila Dwi Oktarina

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM
SPONTAN DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
CEMPAKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**OLEH
NADILA DWI OKTARINA
AKX. 17.061**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti
tertera dibawah ini

Tanggal 03 Juli 2020

Menyetujui

Pembimbing Utama



Sri Sulami, S.Kep., MM

NIK: 9904201161

Pembimbing Pendamping

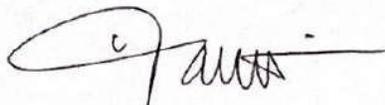


Iccu Komalaningsih, SKM

NIK: 102.18.003

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR SOEKARDJO TASIKMALAYA

OLEH

NADILA DWI OKTARINA

AKX. 17.061

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, 03 Juli 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua: Sri Sulami, S.Kep., MM
(Pembimbing Utama)

Anggota:

1. Irisanna T,M.KM

(Penguji I)

2. Anggi Jamiyanti.S.Kep.Ners

(Penguji II)

3. Iceu Komalaningsih,SKM

(Pembimbing Pendamping)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

Mengetahui,

Fakultas Keperawatan

Ketua


Rd. Siti Lundiãh, S.Kp.,M.Kep
NIDN: 020007020132

ABSTRAK

Latar belakang : Post partum merupakan masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat alat dalam kandung kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira kira 6 minggu. Masalah keperawatan yang akan muncul pada ibu post partum yaitu Nyeri akut. Jika nyeri tidak teratasi dapat mengganggu aktivitas, mobilitas diri, tidak nyaman. Tujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum dengan nyeri pada luka episiotomi agar dapat mengurangi nyeri yang di alami. **Metode :** studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien post partum dengan nyeri akut di ruang cempaka RSUD Tasikmalaya yang di beri penanganan nyeri berupa teknik menarik nafas dalam dengan menghirup aroma terapi lemon. **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberika intervensi keperawatan dan memberikan terapi menghirup aroma terapi lemon, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 masalah keperawatan nyeri akut dapat teratasi pada hari ke 2 dan pada klien ke 2 masalah keperawatan teratasi sebagian di hari ke 2 karna klien ke 2 merupakan pertama kali mengalami persalinan dan masa nifas hal ini dapat mempengaruhi respon nyeri. **Diskusi :** pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada pasien post partum hal ini dapat dipengaruhi oleh kondisi kesehatan pasien. Sehingga perawat harus melakukan asuhan komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien

Kata Kunci : *Asuhan keperawatan, Nyeri akut, Post partum*

ABSTRAK

Background: *Post Partum is a time after the placenta is born and ends when the tool in the bladder returns to the condition before pregnancy, the Post period of the partum lasts about 6 weeks. A nursing problem that will appear on the post-partum mother is acute pain. If pain is not resolved it can interfere with activity, self-mobility, uncomfortable. Aim for nursing care in post partum client with pain in episiotomy wound in order to reduce natural pain. Methods:* *Case studies are for exporting problems or phenomena with detailed constraints, having deep data retrieval and including various sources of information. The case study was conducted on two clients post partum with acute pain in the room of the hospital, Tasikmalaya in the pain handler in the form of breathless breathing techniques in the aroma of lemon therapy. Result:* *After nursing care by providing nursing intervention and giving therapy inhale lemon therapy, acute pain treatment problem in Client 1 acute pain treatment problem can be solved on day 2 and on the client to 2 treatment problems solved partly in Day 2 to 2 clients is first time experiencing childbirth and Nifas period it can affect the pain response. Discussion:* *Patients with acute pain treatment problems do not necessarily have the same response in post-partum patients can be affected by the patient's health condition. So that nurses should do comprehensive care to handle nursing problems on every client*

Keywords: *nursing care, Acute Pain, post partum*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN DENGAN NYERI AKUT DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR SOEKARDJO TASIKMALAYA” dengan sebaik – baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.HKes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,MKep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Sri Sulami, S.Kep., MM selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Iceu Komalanengsih ,SKM selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing 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, staf perpustakaan serta staf program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat.
10. Kedua orang tua tercinta ayah Gusnadi S.H dan ibu Leni Marlina Amd. Keb yang membesarkan dan membimbing serta memberikan dorongan motivasi dan mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini, kepada kakak Nadia Kurniati Lestari S.Kep,Ners dan adik Nadita Ambiya Tritanti berserta oma dan opa yang telah memberi semangat dan motivasi untuk penulis.
11. Untuk para sahabat Ajeng Mutiara, Marini Aprilia,Putri Anggraini, Nia Fitriani yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, 2020

Nadila Dwi Oktarina

	2.4	Nyeri	21
2.4.1		Pengertian Nyeri	21
2.4.2		Penyebab Nyeri.....	21
2.4.3		Manajemen Penatalaksanaan nyeri	22
2.5		Konsep Asuhan Keperawatan	23
2.5.1		Pengkajian.....	23
2.5.2		Riwayat Kesehatan	23
2.5.3		Riwayat Ginekologi dan Obstetrik	24
2.5.4		Pola Aktifitas Sehari-hari	26
2.5.5		Pemeriksaan Fisik	27
2.5.6		Data Psikologis	29
2.5.7		Data Social.....	29
2.5.8		Kebutuhan Bounding Attachment	29
2.5.9		Kebutuhan Pemenuhan Seksual.....	30
2.5.10		Data Spiritual	30
2.5.11		Pengetahuan Tentang Perawatan Diri.....	30
2.5.12		Data Spiritual	30
2.5.13		Pengetahuan Tentang Perawatan Diri.....	30
2.5.14		Data Penunjang.....	31
2.5.15		Analisa Data.....	31
2.5.16		Diagnosa Keperawatan	31
2.5.17		Intervensi keperawatan	33
2.5.18		Implementasi.....	49
	2.5.19	Evaluasi	49
BAB III		METODE PENULISAN.....	50
3.1.		Desain Penelitian	50
3.2.		Batasan Istilah	50
3.3.		Partisipan	51
3.4.		Lokasi Dan Waktu.....	51
3.5.		Pengumpulan Data.....	52
3.6		Uji Keabsahan Data.....	53
3.7		Analisa Data	53

3.8 Etik Penulisan KTI	55
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	58
	4.1 HASIL 58
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	58
4.1.2 Asuhan keperawatan	59
4.2 Pembahasan	80
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	86
5.1 KESIMPULAN	86
5.2 SARAN	89

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jalan Lahir.....	6
-------------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Table 2.1 perubahan uterus	15
Table 2.2 Intervensi dan Rasional.....	30
Table 4.1 Identitas Klien	56
Table 4.2 Riwayat Kesehatan.....	57
Table 4.3 Riwayat Ginekologi	58
Table 4.4 Riwayat obstetrik	59
Table 4.5 Pola Aktivitas Sehari hari	60
Table 4.6 Pemeriksaan Fisik Ibu.....	61
Table 4.7 Pemeriksaan Fisik Bayi	64
Table 4.8 Pemeriksaan Psikologi	66
Table 4.9 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	69
Table 4.10 Program Dan Rencana Pengobatan.....	69
Table 4.11 Analisa Data.....	70
Table 4.12 Diagnosa Keperawatan	72
Table 4.13 Intervensi.....	73
Table 4.14 Implementasi.....	74
Table 4.15 Evaluasi	77

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 pathway persalinan normal	11
---	----

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
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

Persalinan merupakan proses alamiah yang dialami dalam siklus reproduksi wanita. Proses tersebut berupa pengalaman yang menyenangkan ada kalanya tidak menyenangkan seperti nyeri. Proses persalinan identik dengan nyeri mulai dari keluarnya produksi konsepsi janin, plasenta, ketuban, dan cairan ketuban dari uterus melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Anggraeni, 2012)

World Health Organization (WHO) 2018 menyebutkan mencatat sekitar 830 wanita diseluruh dunia meninggal setiap harinya akibat komplikasi yang terkait dengan kehamilan maupun persalinan dan sebanyak 99% diantaranya terdapat pada negara berkembang. Di negara berkembang, pada tahun 2015 Angka Kematian Ibu mencapai 239 per 100.000 kelahiran hidup, dibandingkan dengan negara maju yang hanya mencapai 12 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan dari hasil laporan *medical record* RSUD dr Soekardjo Kota Tasikmalaya pada tahun 2019 terdapat 2.153 ibu melahirkan secara normal dan dengan indikasi pre eklamsi ringan sebanyak 320 orang.

Post partum merupakan masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat alat dalam kandung kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira kira 6 minggu (Siti Saleha, 2013 dalam Sri wahyuningsih, 2019). Masalah keperawatan yang akan muncul pada ibu post

partum yaitu Nyeri akut , resiko infeksi , resiko syok (hipovolemi), gangguan eliminasi urin, ketidakefektifan pemberian ASI, ketidak seimbangan nutrisi, defisit perawatan diri, gangguan pola tidur, defisiensi pengetahuan.

Nyeri diakibatkan oleh robekan yang terjadi pada perineum, vagina, serviks, atau uterus dapat terjadi secara spontan atau akibat tindakan manipulatif pada pertolongan persalinan. Nyeri perineum sebagai manifestasi dari luka bekas penjahitan yang dirasakan pasien akibat rupter perineum (Prawirohardjo, 2015).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan bagaimana atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Uliyah et al, 2011).

Metode penanganan nyeri perineum ada secara farmakologi dan non farmakologi. Penggunaan metode farmakologi adalah penghilang rasa nyeri dengan menggunakan obat-obatan kimiawi, antara lain dengan pemberian analgetik dan anestesi, tetapi penggunaan metode farmakologi dapat menimbulkan efek samping bagi tubuh seperti mengantuk, mual dan penggunaan dalam jangka waktu yang lama dapat merusak fungsi ginjal, hati, dan dapat menyebabkan penyakit jantung. Secara non farmakologi adalah metode penghilang rasa nyeri secara alami tanpa menggunakan obat-obatan kimia seperti aromaterapi (Judha,2012). Aromaterapi merupakan salah satu jenis pengobatan alternatif yang menggunakan bahan cairan tidak menimbulkan efek samping bagi tubuh.

Aromaterapi dikenal sebagai minyak esensial, dan senyawa aromatik lainnya dari tumbuhan yang bertujuan untuk mempengaruhi suasana hati atau kesehatan

seseorang, mengurangi stres, menenangkan pikiran, membangkitkan semangat dan meningkatkan konsentrasi. Aromaterapi yang dapat digunakan adalah aromaterapi lavender, lemon, jasmin, orange, peppermint, rosemary, dan lain-lain (Widyarto, 2015).

Dampak yang dapat timbul apabila nyeri tidak segera diatasi akan menyebabkan ibu post partum sangat tidak nyaman (51%), mengalami ketakutan untuk melakukan mobilisasi dini (40%) sehingga dapat menimbulkan banyak masalah seperti sub involusi uterus (10), pengeluaran lochea yang tidak lancar (13%), pendarahan pasca partum (6%) dan infeksi (5%). Dapat membuat ibu sulit untuk duduk dengan nyaman hal ini dapat mempunyai efek buruk terhadap keinginan ibu untuk menyusui bayinya (9%). Nyeri perineum jelas akan menimbulkan dan mempengaruhi kesejahteraan perempuan secara fisik, psikologis dan sosial (Mulati, 2016).

Oleh karena itu peran perawat sangat dibutuhkan untuk mengelolah masalah nyeri yang sering timbul pada pasien setelah melahirkan. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional mempunyai kesempatan yang paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan/ asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu klien memenuhi kebutuhan dasar yang holistik. Perawat memandang klien sebagai makhluk yang bio-psiko-sosiokultural dan spiritual yang berespon secara holistik dan unik terhadap perubahan kesehatan atau pada keadaan krisis.

Berdasarkan fenomena data diatas, penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dalam sebuah karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan post

partum spontan atas indikasi pre eklamsi ringan dengan nyeri akut di RSUD dr Soekardjo Kota Tasikmalaya”

1.2. Rumusan masalah

bagaimana asuhan keperawatan pada klien post partum spontan atas indikasi preeklamsi ringan dengan nyeri akut di ruang cempaka RSUD dr. soekardjo kota tasikmalaya?

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1. Tujuan umum

melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan atas indikasi preeklamsi ringan dengan nyeri akut di ruang cempaka RSUD dr. soekardjo kota tasikmalaya.

1.3.2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien post partum dengan nyeri pada luka episiotomi di ruang Cempaka RSUD dr soekardjo kota Tasikmalaya
- b. Menetapkan diagnose keperawatan pada klien post partum dengan nyeri pada luka episiotomi di ruang Cempaka RSUD dr soekardjo Kota Tasikmalaya
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien post partum dengan nyeri pada luka episiotomi di ruang Cempaka RSUD dr soekardjo Kota Tasikmalaya

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post partum dengan nyeri pada luka episiotomi di ruang Cempaka RSUD dr soekardjo Kota Tasikmalaya
- e. Melakukan evaluasi pada klien post partum dengan nyeri pada luka episiotomi di ruang Cempaka RSUD dr soekardjo Kota Tasikmalaya

1.4. Manfaat

1.4.1. Teoritis

Untuk menambah sumber bacaan, wawasan, pengetahuan, informasi bagi tenaga kesehatan tentang post partum dengan nyeri pada luka episiotomi.

1.4.2. Praktis

a. Perawat

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat meningkatkan pengetahuan perawat dalam menurunkan intensitas nyeri pada klien post partum dengan nyeri pada luka episiotomi

b. Bagi rumah sakit

Penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai referensi sesuai dengan keadaan klien post partum dengan nyeri pada luka episiotomi

c. Institusi pendidikan

Dapat menambah referensi dan sumber pustaka bagi institusi pendidikan dalam melaksanakan pembelajaran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, di susul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Endang & Elisabeth, 2015)

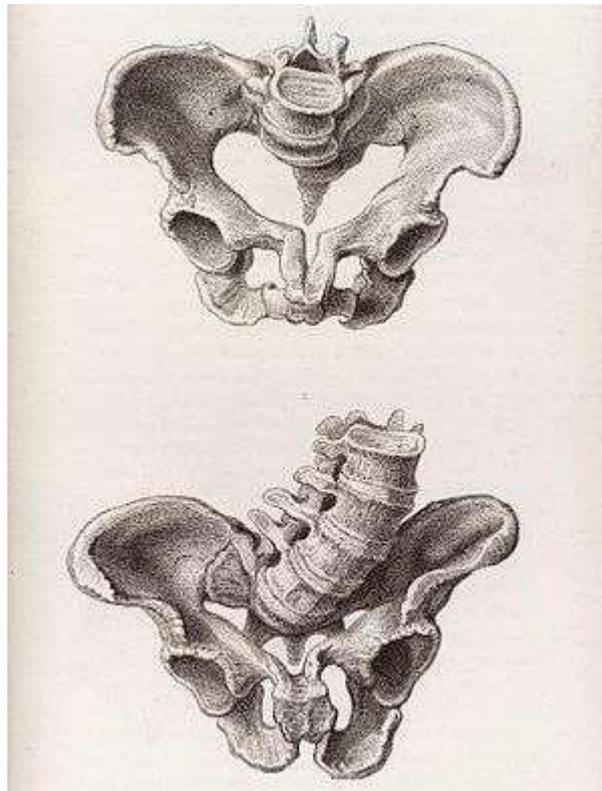
Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu dan janin (Endang & Elisabeth, 2015)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Sulistyawati & Nugraheny 2010)

2.1.2 Anatomi

Gambar 2.1

Anatomi Jalan Lahir



(sumber : Annisa ui et al. 2017)

Jalan lahir merupakan jalan yang terbentuk secara alamiah untuk bayi atau janin pada saat keluar dari Rahim ibu. Jalan lahir terdiri atas :

a. Jalan lahir keras (pelvic atau panggul)

Jalan lahir keras di bentuk oleh empat buah tulang, yaitu:

- a) 2 tulang pangkal paha (os coxae) terdiri dari os ilium, os ischium, dan os pubis
- b) 1 tulang kelangkang (os sacrum)
- c) 1 tulang tungging (os cocygis)

b. Jalan lahir lunak

Bagian ini tersusun atas segmen bawah Rahim, serviks vagina, introitus vagina dan vulva, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul atau diafragma pelvis terdiri dari bagian otot disebut muskulus levatorani, sedangkan bagian membrane disebut diafragma urogenital. (Annisa ui et al. 2017)

2.1.3 Etiologi

Menurut mochtar (1998) dalam Reny Yuli Aspiani (2017):

1. Teori menurut hormon

1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone esterogen dan progesterone. Progesterone berkerja sebagai penenang otot otot polos Rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.

2. Teori plasenta menjadi tua

Akan mengaibatkan turunnya hormone estrogen dan progesterone yang menyebabkan kejangan pembuluh darah. Hal ini akan menimbulkan kontraksi Rahim.

3. Teori distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot Rahim, sehingga mengganggu sirkulasi user 0- plasenter.

4. Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks terdapat ganglion servikale (*fleksus franskenhouser*). Bila ganglion ini digeser dan tekanan, misal oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus

5. Induksi partus (*induction of labour*)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan jalan.

2.1.4 Tahapan Persalihan

Menurut Reny Yuli Aspiani (2017) proses persalinan ada 4 kala yaitu :

1. Kala 1

Disebut juga kala pembukaan dimulai dengan pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan 10 cm. proses pembukaannya serviks disebabkan oleh HIS persalinan/kontraksi.

Tanda dan gejala kala I:

1. HIS sudah teratur, frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit
2. Penipisan dan pembukaan serviks
3. Keluar cairan dari vagina dalam bentuk lender bercampur darah

2. Kala 2

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran.

Tanda dan gejala kala II:

1. Ibu merasakan keinginan meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

2. Ibu merasakan semakin meningkatnya tekanan pada rectum dan vagina
3. Perineum terlihat menonjol
4. Vulva vagina dan singter ani terlihat membuka
5. Peningkatan pengeluaran lender dan darah

3. Kala III

Kala tiga persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta.

Tanda-tanda lepasnya plasenta :

1. Perubahan ukuran dan bentuk uterus
2. Tali pusat memanjang
3. Semburan darah tiba-tiba

4. Kala IV

Setelah plasenta lahir, kontraksi Rahim tetap kuat, kekuatan kontraksi ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk thrombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan thrombus terjadi penghentian pengeluaran darah post partum.

Tanda dan gejala kala IV:

1. Bayi dan plasenta telah lahir
2. Tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat

2.1.5 Patofisiologi

2.1.5.1 Patofisiologi

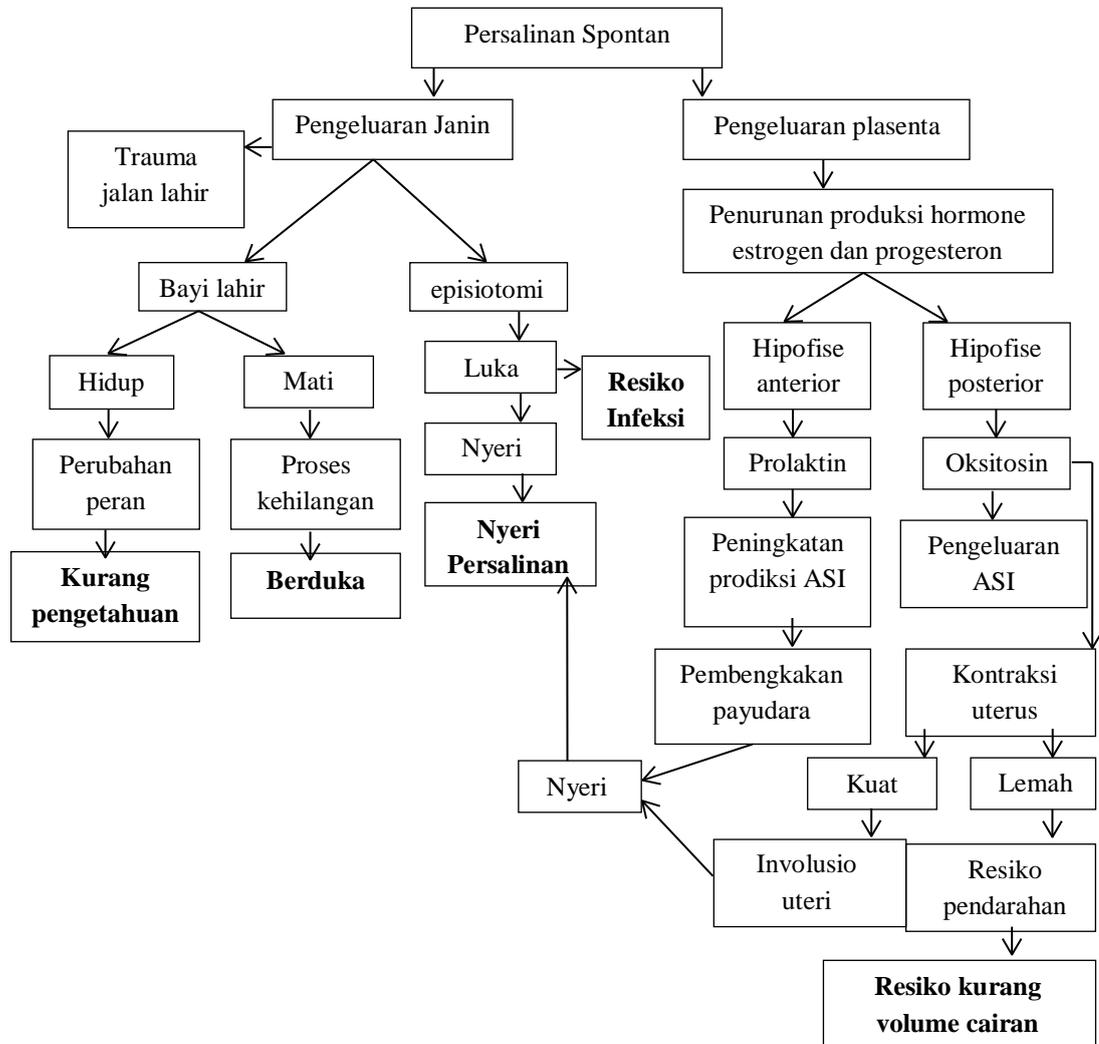
Penatalaksanaan fisiologis kala dua persalinan pada prinsip bahwa kala dua merupakan peristiwa normal yang akan diakhiri dengan kelahiran normal tanpa adanya intervensi. Penolong persalinan berpatokan pada tanda-tanda bahwa ibu sudah kala dua dalam persalinan. Untuk itu, penolong persalinan akan membimbing, memberikan dukungan terus menerus.

Dalam hal ini, penolong persalinan tidak memberikan intruksi khusus tentang cara meneran. Saat pembukaan sudah lengkap, anjurkan ibu untuk meneran sebagai membantu dan istirahat saat diantara kontraksi. Jika didinginkan ibu dapat mengubah posisi. Posisi berdiri atau jongkok, dapat mempersingkat kala dua persalinan.

Sebagian besar penolong sebagai memimpin persalinan dan mengintruksikan untuk menarik nafas panjang dan meneran, segera setelah pembukaan lengkap. Biasanya, ibu dibimbing untuk meneran tanpa berhenti selama 10 detik atau lebih, tiga sampai empat kali perkontraksi.

Bagan 2.1

pathway persalinan normal



(Sumber : Reny Yuli Aspiani, 2017)

2.1.6 Klasifikasi

Menurut Reni Yuli Aspiani (2017) yaitu:

1. Persalinan Spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir

2. Persalinan bantuan

Persalinan dengan rangsangan yang dibantu dengan tenaga dari luar, ekstraksi dengan forcep atau dengan dilakukan sesario.

3. Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, baru berlangsung setelah pemecahan ketuban

2.1.7 Komplikasi

1. Distosia atau persalinan yang sulit yaitu:

- a. Kelainan tenaga atau his
- 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 miomentrium.
- d. Emboli air ketuban (Winkjosastro,2002 dalam Reny, 2017)

2.1.8 Penatalaksanaan

tindakan yang baik menurut (winkjosastro 2002 dalam sri wahyuni 2019)

1. observasi pendarahan
2. kebersihan
3. istirahat
4. latihan senam nifas
5. nutrisi
6. perawatan payudara
7. keluarga berencana

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sri Wahyuningsih 2019 :

1. darah lengkap : hemoglobin, hematocrit, golongan darah, masa pembekuan, masa penderahan.
2. Urine lengkap
3. USG (*ultrasonografi*)

2.2 Pre Eklamsi Ringan

2.2.1 Definisi Pre Eklamsi Ringan

Preeklamsia ringan adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah umur kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan (Pudiastuti, 2012).

2.2.2 Gejala Klinis

Menurut Ratna Dewi Pudiastuti (2012) yaitu

1. kenaikan tekanan sistol 30 mmHg atau lebih, diastole 15 mmHg atau lebih dari tekanan darah sebelum hamil pada kehamilan 20 minggu atau lebih systole 140 mmHg sampai kurang 160 mmHg, diastole 90 mmHg sampai kurang 110 mmHg
2. proteinuria secara kuantitatif lebih 0,3 gr/liter dalam 24jam atau secara kualitatif positif 2 (+2)
3. edema pada pretibial, dinding abdomen, lumboskral, wajah atau tangan
4. kenaikan berat badan ibu 1kg atau lebih per minggu selama 2 kali berturut turut.
5. Timbul salah satu atau lebih gejala atau tanda tanda pre eklamsia berat

2.3 Masa Nifas

2.3.1 Definisi Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) (Dewi & Sunarsih, 2011)

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa masa nifas menurut Dewi & Sunarsih (2011):

1. puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, seta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.
2. puerperium intermediate yaitu suatu pemulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. puerperium remote, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi

2.3.3 Fisiologi Masa Nifas.

Menurut Sri Wahyuningsih 2019 :

1. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil.

TABEL 2.1 PERUBAHAN UTERUS

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Bayi Lahir	2 jari bawah pusat	750 gr
1 minggu	½ pusat symps	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

2. Lochea

Cairan/secret berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa post partum. Beberapa jenis lochea:

- a. Lochea Rubra berwarna merah karna berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo, meconium berlangsung 2 hari post partum
- b. Lochea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan berlangsung 3-7 hari post partum
- c. Lochea Serosa berwarna kuning karna mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari post partum
- d. Lochea alba berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari – 2 minggu berikutnya

3. Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karna kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.

4. Serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal.

5. Vagina dan perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nullipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi karunkula mitiformis.

Minggu ke 3 rugae vagina kembali. Perineum yang terdapat leserasi atau jahitan serta udem akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Oleh karena itu vulva hygiene perlu dilakukan.

6. Mamae / Payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Ada dua mekanisme: produksi susu, sekresi susu atau *let down*. Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyikapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ke tiga setelah melahirkan efek prolactin pada payudara mulai dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang ensit *let down* (mengalirkan) sehingga menyebabkan enjeksi ASI.

7. System Pencernaan

Setelah persalinan 2 jam ibu merasa lapar kecuali ada komplikasi persalinan, tidak ada alasan menunda pemberian makanan. Konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karna luka jahit perineum

8. System Perkemihan

Pelvis ginjal teregang dan laktsi selama kehamilan, kembali normal akhir minggu ke 4 setelah melahirkan. Kurang dari 40% wanita post partum mengalami proteinuria non patologis, kecuali pada kasus preeklamsi

9. System Muskuloskeletal

Ligament, fasia, diafragma pelvis meregang saat kehamilan berangsur-angsur mengecil seperti semula.

10. System Endokrin

- a. Oksitosin berperan dalam kontraksi uterus mencegah pendarahan, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.
- b. Prolactin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolactin untuk produksi ASI, jika ibu post partum tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi.
- c. Estrogen dan progesterone, setelah melahirkan estrogen menurun, progesterone meningkat

11. Perubahan tanda-tanda vital

- a. Suhu tubuh saat post partum dapat naik 0.5°C , setelah 2 jam post partum normal
- b. Nadi dan pernafasan, nadi dapat bradikardi atau takikardi waspada mungkin ada perdarahan, pernafasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.
- c. Tekanan darah kadang naik lalu kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai. BB turun rata-rata 4,5kg

12. Setelah partus/melahirkan, adanya striase pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans)

13. Evaluasi tonus otot abdomen untuk menentukan diastasis (derajat pemisahan otot rektus abdomen). Setiap wanita mempunyai 3 set otot abdominalis yaitu rectus abdominalis, oblique, transverse. Rectus abdominalis merupakan otot paling luar yang bergerak dari atas kebawah. Otot ini terbagi 2 yang dinamakan recti yang lebarnya $\pm 0,5$ cm dan di hubungkan oleh jaringan fibrous (linea alba)

2.4 Nyeri

2.4.1 Pengertian Nyeri

Nyeri adalah suatu gejala penyakit yang dapat menimbulkan ketidaknyamanan perasaan penderita baik secara fisik maupun mental sehingga menimbulkan ketegangan /stress berkepanjangan. Nyeri dapat terjadi bersama selama perjalanan penyakit.

Manajemen nyeri bertujuan untuk membantu pasien dalam mengontrol nyeri ataupun mengatur nyeri secara optimal. Tak hanya itu, manajemen nyeri juga berguna untuk mengurangi resiko lanjut dari efek samping nyeri tersebut, yang pada akhirnya pasien mampu mengontrol ataupun nyeri yang dirasa tersebut hilang. (Kemenkes RI, 2018)

2.4.2 Penyebab Nyeri

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

1. Fisik (termal, mekanik, elektrik)
2. 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.

2.4.3 Manajemen Penatalaksanaan nyeri

1. Manajemen Farmakologi

penghilang rasa nyeri dengan menggunakan obat-obatan kimiawi, antara lain dengan pemberian analgetik dan anestesi, tetapi penggunaan metode farmakologi dapat menimbulkan efek samping bagi tubuh seperti mengantuk, mual dan penggunaan dalam jangka waktu yang lama dapat merusak fungsi ginjal, hati, dan dapat menyebabkan penyakit jantung. (Judha, 2012)

2. Manajemen Non Farmakologi

manajemen nyeri non farmakologi tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan/kebidanan, manajemen non farmakologi merupakan tindakan dalam mengatasi respon nyeri klien (Sulistyo, 2013). Penangan nyeri perineum pada ibu post partum dapat dilakukan dengan cara pemberian aromaterapi lemon. Aromaterapi Lemon merupakan komponen utama dalam senyawa kimia jeruk dapat menghambat kerja prostaglandin sehingga dapat mengurangi nyeri. Linail asetat yang terdapat dalam aromaterapi lemon merupakan senyawa esster yang

terbentuk melalui pengabungan asam organik dan alkohol. Ester sangat berguna untuk menormalkan keadaan emosi serta keadaan tubuh yang tidak seimbang, dan juga memiliki kasiat sebagai penenang serta tonikum, khususnya pada sistem syaraf (Cholofah,& dkk, 2016).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

1. identitas klien

identitas klien meliputi: nama, usia, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan suku bahasa tanggal masuk rumah sakit dan jam tanggal pengkajian alamat rumah

2. Identitas penanggung jawab: nama, usia, pekerjaan pendidikan agama alamat.

2.5.2 Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) meliputi :

a) Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit

Menguraikan mengenai keluhan yang pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan saat di rumah sakit.

b) Keluhan Utama Saat Dikaji

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

Umumnya klien akan mengeluh nyeri pada luka perineum.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

3. Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi penyakit keluarga yang bersifat penyakit keturunan (asma, diabetes mellitus, haemophili, keturunan kembar) dan penyakit kronis (Manurung et al., 2011)

2.5.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetrik

1. Ginekologi

a. Riwayat menstruasi

menarche, lama haid, siklus, jumlah darah haid, dismenorrhoe, keluhan haid (Manurung et al., 2011), hari pertama haid terakhir (HPHT) guna menentukan taksiran persalinan (TP) (Ratnawati, 2017).

b. Riwayat persalinan

Data yang harus dikaji adalah tanggal melahirkan, lamanya persalinan, posisi fetus, tipe melahirkan, analgetik, masalah selama melahirkan jahitan pada perineum dan perdarahan. (Wahyuningsih et al, 2019)

c. Riwayat keluarga berencana

penggunaan KB yang lalu, beberapa kontrasepsi dapat berakibat buruk pada janin, ibu atau keduanya. Penggunaan kontrasepsi oral sebelum kelahiran dan berlanjut saat kehamilan yang tidak diketahui dapat berakibat buruk pada pembentukan organ janin (Ratnawati, 2017)

2. Obstetrik

a. Riwayat Kehamilan

Informasi yang dibutuhkan adalah para dan gravida kehamilan yang direncanakan, masalah saat hamil atau antenatal care dan imunisasi yang diberikan pada ibu selama hamil. (Wahyuningsih et al, 2019)

b. Riwayat persalinan

informasi esensial tentang persalinan yaitu mengenai usia gestasi, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstrasi vakum, atau bedah sesar), penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontrasepsi pertama), erat lahir, jenis kelainan dan komplikasi yang lain (Marmi, 2011)

c. Riwayat nifas

Masa nifas yang terdahulu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan masa nifas saat ini juga tanpa penyakit. Terdapat pengeluaran lochea yang normal. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea statis, infeksi uterus, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. (Manuaba, 2010).

2.5.4 Pola Aktifitas Sehari-hari

Pengkajian pada pola aktivitas sehari-hari klien menurut Reni Yuli

Aspiani (2017) meliputi:

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 tidur siang dan kebiasaan tidur malam.

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.

2.5.5 Pemeriksaan Fisik

1. keadaan umum

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

2. Tanda 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. Antropometri

Mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.

4. Pemeriksaan fisik head to toe

Pemeriksaan Fisik yang dilakukan pada klien post partum menurut teori Reni Yuli Aspiani (2017) meliputi :

1. Kepala : mengkaji simetris atau tidak, apakah bersih, adakah lesi, adakah nyeri tekan.
2. Wajah : mengkaji wajah simetris atau tidak, tampak pucat atau tidak, ada edema atau tidak

3. Mata : mengkaji konjungtiva tampak pucat atau tidak, sclera icterus
4. Hidung : mengkaji hidung simetris atau tidak, ada tidaknya polip
5. Telinga : mengkaji ada tidaknya peradangan atau lesi
6. Mulut : mengkaji bibir pucat atau kering, kelengkapan gigi, ada tidaknya kerieris gigi
7. Leher : mengkaji ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan limfe
8. Payudara : mengkaji pembesaran ukuran, bentuk mammae konsistensi, warna payudara dan mengkaji kondisi puting, kebersihan puting,
9. Thorax
 - 1) Inspeksi : mengkaji pergerakan dinding dada, frekuensi, irama, kedalaman dan penggunaan otot bantu pernafasan, ada tidaknya retraksi dinding dada
 - 2) Palpasi : mengkaji ada tidaknya nyeri tekan dan krepitasi vocal premitus
 - 3) Perkusi : mengkaji kenormalan organ indera thorax
 - 4) Auskultasi : mengkaji ada tidaknya suara nafas tambahan
10. Abdomen : Mengkaji ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uterus, konsistensi serta kontraksi uterus, bagaimana dengan bising usus dan apakah ada nyeri tekan.

11. Genetalian : mengkaji pengeluaran dan perubahan lochea adakah edema pada vulva, ada tidaknya hemoroid,
12. Ekstremitas : ekstremitas atas dan bawah dapat bergerak bebas keadaan ditemukan edema varises pada tungkai kaki ada atau tidaknya tromboflebitis karena penurunan aktivitas dan refleksi patella baik.

2.5.6 Data Psikologis

Periode taking in adalah periode ketergantungan. Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Fase taking hold berlangsung mulai hari ke-3 sampai hari ke-10 pasca melahirkan. Pada fase ini ibu akan merasa ketidakmampuannya dan tanggungjawabnya dalam merawat bayinya dan perasaan ibu sangat sensitif. Fase ini adalah fase dimana seorang wanita sudah mau dan mampu menerima tanggungjawab dan peran barunya sebagai seorang ibu. (Hesty, 2012)

2.5.7 Data Social

Bagaimana keadaan rumah tangganya harmonis / tidak, hubungan ibu suami dan keluarga serta orang lain baik / tidak, Ada / tidak ada mitos-mitos selama masa nifas yang dipercaya, ada / tidak budaya pantang makan makanan tertentu.

2.5.8 Kebutuhan Bounding Attachment

Mengkaji interaksi emosi sensorik fisik antara ibu dan bayi segera setelah lahir (Andina, 2019)

2.5.9 Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri (Ai Yeyeh dkk, 2012).

2.5.10 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).

2.5.11 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah di vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali dalam sehari.

2.5.12 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).

2.5.13 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.

Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah di vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali dalam sehari.

2.5.14 Data Penunjang

menurut Reni Yuli Aspiani (2017):

1. Jumlah darah lengkap hemoglobin atau hematokrit mengkaji perubahan dari kadar postpartum dan mengevaluasi efek dari kehilangan darah pada pembedahan
2. Urinalisis. 2 kultur urine gula darah, vaginal, dan lochea, pemeriksaan tambahan didasarkan pada kebutuhan Individual

2.5.15 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).

2.5.16 Diagnosa Keperawatan

Menurut ester monica & wuri praptiani 2018. Rencana Keperawatan pada diagnose yang mungkin muncul dengan post partum normal adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy).
2. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
4. Deficit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum.
5. Resiko pendarahan berhubungan dengan ketidakadekuatan kontraksi uterus
6. Defisiensi pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.
7. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan trauma kandung kemih
8. Konstipasi berhubungan dengan trauma jalan lahir
9. Gangguan pola tidur b.d kelemahan

2.5.17 Intervensi keperawatan

Menurut Ester Monica & Wuri Praptiani 2018, rencana keperawatan pada diagnose yang muncul pada postpartum adalah :

No	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy).	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pain level 2. Pain control 3. Comfort level <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Tanda-tanda vital dalam batas normal 3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan teknik manajemen nyeri 4. Mampu mengenali nyeri (skala intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 5. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>NIC</p> <p>Pain management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamana 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutaetik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masalah 6. Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau 7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 8. Control lingkungan yang dapat 	<p>Pain management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri episiotomy bermakan 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 2. Bahasa tubuh dapat secara psikologis dan fisiologi dan dapat digunakan pada hubungan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas/beratnya masalah 3. Memberikan keyakinan bahwa klien tidak sendiri atau ditolak : memberikan respek dan penerimaan individu, mengembangkan kepercayaan 4. Budaya adalah suau cara hidup

	mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi
9.	Kurangi faktor presipitasi nyeri	
10.	Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)	5. Penurunan ansietas/takut meningkatkan relaksasi kenyamanan
11.	Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi	6. Penurunan ansietas/takut meningkatkan relaksasi kenyamanan
12.	Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi	7. Penggunaan persepsi sendiri/perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu klien mengatasinya lebih efektif
13.	Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	
14.	Evaluasi keefektifan control nyeri	
15.	Tingkatkan istirahat	
16.	Kolaborasi dengan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	8. Suhu ruangan normal dalam rentang 20-25°C dengan pencahayaan yang cukup mempengaruhi kemampuan klien untuk rileks dan tidur atau istirahat secara efektif
17.	Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri	
	Analgetic administration	
18.	Tentukan lokasi karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	9. Perubahan berat/lamanya dapat mengidentifikasi kemajuan proses penyakit/terjadinya komplikasi
19.	Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi	
20.	Cek riwayat alergi	10. Ada dua cara penanganan nyeri yaitu menggunakan farmakologi dan nonfarmakologi
21.	Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik	11. Nyeri episiotomy bermakna pada

	<p>ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>22. Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>23. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>24. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali</p> <p>25. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p> <p>26. Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala</p>	<p>fase post partum. Diperberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. Membiarkan klien rentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi ketidakefektifan analgesia.</p> <p>12. Manajemen nyeri non farmakologi lebih aman digunakan karena tidak menimbulkan feel samping</p> <p>13. Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan kerja sama dengan aturan terapeutik</p> <p>14. Penurunan ansietas/takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>15. Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan terapeutik</p> <p>16. Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan terapeutik</p> <p>17. Penurunan ansietas/takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p>
--	---	--

Analgetik administration

18. Dosis adalah banyaknya suatu obat yang dapat dipergunakan atau diberikan kepada seorang penderita
 19. Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang diinginkan
 20. Alergi adalah suatu respon abnormal system kekebalan tubuh
 21. Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang di inginkan
 22. pertimbangan pemilihan guna mencapai kriteria hasil yang di inginkan
 23. Rute pemberian obat terutama ditemukan oleh sifat dan tujuan dari penggunaan obat sehingga dapat memberikan efek terapi yang tepat
 24. Respon autonomic meliputi perubahan pada tekanan darah, nadi, dan pernafasan, yang berhubungan dengan keluhan/penghilangan nyeri. Abnormalitas tanda vital terus menerus memerlukan evaluasi
-

				lanjut
				25. Pemberian obat yang terlalu cepat atau terlalu lambat dapat berakibat serius
				26. Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan terapeutik
2	Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> Breastfeding ineffective Breathing patten ineffective Breasfeeding interupted <p>Kriteria hasil :</p> <ol 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. 	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi pola menghisap/menelan bayi Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga) Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara evektif Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke putting Pantau integritas kulit putting ibu Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar air susu dan mastitis Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi 	<ol style="list-style-type: none"> Kemampuan menelan bersifat dinamis sejalan dengan tumbuh kembang anak dalam bidang keterampilan oromotor Motivasi atau semangat dari suami selalu diharapkan oleh ibu menyusui Mudah tidaknya seseorang dalam menyusui tergantung pada pengalaman masalalunya jika ada Latch on adalah istilah yang digunakan ketika bayi mendapatkan posisi yang tepat saat menempelkan mulutnya pada putting ibu Jika bayi tidak menempelkan mulutnya dengan baik di payudara, konsumsi ASI akan terganggu Infeksi pada payudara yang sering disebabkan karena

<p>4. Penyapihan pemberian ASI</p> <p>5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI</p> <p>6. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi 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>Brest examination</p> <p>Laktation 38aneuver38c38</p> <p>10. Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI</p> <p>11. Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual,atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI</p> <p>12. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menhangatkan, dan kemungkinan pemberian susu formula</p> <p>Laktation konseling</p> <p>13. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI</p> <p>14. Diskusikan metode 38aneuver38c38 pemberian makanan bayi</p>	<p>masuknya kuman yang terdapat pada mulut dan hidung bayi</p> <p>7. Mastitis adalah infeksi pada satu atau lebih pada saluran payudara</p> <p>8. Pembengkakkan payudara terjadi karena adanya gangguan air susu dan meningkatkan vaskularisasi dan kongesti</p> <p>9. peningkatan berat badan di usia dini sangat penting bagi kesehatan tubuh dalam jangka panjang</p> <p>10. keberhasilan pemberian ASI pada bayi sangat ditentukan oleh cara dan keberhasilan pemberian ASI sejak awal</p> <p>11. Dengan cara memompa ASI yang tepat produksi ASI diharapkan akan meningkatkan kembali sehingga mencukupi kebutuhan sehari-hari</p> <p>12. ASI yang akan digunakan secepatnya, lebih baik dimasukkan ke dalam bagian lemari pendingin yang tidak akan membuat beku</p> <p>13. ASI mengandung antibody dalam jumlah besar dari tubuh seorang ibu</p>
--	---	---

				14. Makanan pendamping ASI atau disebut MPASI mulai diberikan pada usia 6 bulan karena proses pencernaan bayi yang sudah mulai sempurna
3	Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan	<p>NOC</p> <p>1. Immune status</p> <p>2. Knowledge: infection control</p> <p>3. Risk control</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Mendeskripsi proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan</p> <p>3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>4. Jumlah leukosit dalam batas normal</p> <p>5. Menunjukkan perilaku hidup sehat</p>	<p>NIC</p> <p>Kontrol infeksi</p> <p>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien</p> <p>2. Pertahankan tehnik isolasi</p> <p>3. Batasi pengunjung bila perlu</p> <p>4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung</p> <p>5. Gunakan 39aneuver39c untuk cuci tangan</p> <p>6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>7. Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung</p> <p>8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</p> <p>9. Berikan terapi 39aneuver39c bila perlu</p> <p>10. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan 39aneu</p>	<p>1. Infeksi nosocomial adalah infeksi yang menyebar di dalam rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya</p> <p>2. Isolasi merupakan sebuah tehnik khusus yang didesain terpisah dari pasien lain untuk mencegah penularan penyakit</p> <p>3. Infeksi dapat terjadi melalui penularan diri pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung</p> <p>4. Tujuan mencuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi</p> <p>5. Antiseptic adalah suatu bahan kimia yang bertujuan untuk membunuh kuman</p> <p>6. Tujuan mencuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi</p>

				<p>7. Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung</p> <p>8. Infeksi dapat terjadi melalui penularan diri pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain, dan dari pasien kepada pengunjung</p> <p>9. Antibiotik adalah zat yang memiliki kemampuan untuk menghambat kehidupan mikroorganisme</p> <p>10. Tanda-tanda infeksi adalah bengkak, kemerahan, panas, nyeri atau nyeri tekan dan hilangnya fungsi pada bagian yang terinflamasi</p>
4	Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum.	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Activity intolerance 2. Mobility: physical impaired 3. Self care deficit hygiene 4. Sensory perception, auditory disturbed <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi 	<p>NIC</p> <p>Self care assistance : Bathing/hygiene</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Tempat handuk, sabun, deodorant, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Budaya adalah sesuatu cara hidup yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi 2. Identifikasi ketidakmampuan memudahkan dalam melaksanakan intervensi 3. Barang-barang yang mudah dijangkau akan memudahkan

		<p>2. Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</p> <p>3. Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>4. Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>5. Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</p> <p>6. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan alat mandi</p> <p>7. Memberikan dan mengeringkan tubuh</p> <p>8. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</p>	<p>alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau kamar mandi</p> <p>4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</p> <p>5. Memfasilitasi mandi pasien</p> <p>6. Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai</p> <p>7. Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</p> <p>8. Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan sepenuhnya</p>	<p>prosedur tindakan</p> <p>4. Lingkungan terapeutik adalah lingkungan yang dipusatkan untuk kesembuhan klien</p> <p>5. Saat menyikat gigi anda habiskanlah 12-13 detik per gigi hingga gigi anda bersih dengan baik</p> <p>6. Mandi membuat tubuh atau badan anda sendiri kembali segar</p> <p>7. Membersihkan kuku hakekatnya adalah untuk menjaga kesehatan tubuh</p> <p>8. Kepercayaan diri terhadap kemampuan sangat penting untuk kesembuhan.</p>
5	Resiko Perdarahan berhubungan dengan	<p>NOC</p> <p>1. Blood lose severity</p>	<p>NIC</p>	<p>1. Perdarahan yang banyak dalam nifas 41aneuv selalu disebabkan</p>

ketidakadekuat kontraksi uterus	<p>2. Blood koagulation</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole 4. Tidak ada perdarahan pervagina 5. Tidak ada distensi abdominal 6. Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal 	<p>Bleding precaution</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah perdarahan 3. Monitor TTV ortostaltik 4. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif 5. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau freshfrozen plasma) 6. Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan 7. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin k 8. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output 9. Pertahankan potensial IV line <p>Bleeding reduction gastrointestinal</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka 11. Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen 	<p>oleh sisa plasenta</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Penurunan Hb merupakan tanda tanda perdarahan yang serius 3. Hipotensi ortostatik adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan tekanan darah saat seseorang berdiri dari posisi duduk 4. Bed rest adalah sebuah prosedur dengan memastikan pasien berbaring dan beristirahat di tempat tidur dalam kurun waktu tertentu 5. Tujuan dalam pemberian tindakan transfuse darah adalah meningkatkan kemampuan darah dalam mengangkut oksigen 6. Antikoagulan adalah obat yang bekerja untuk mencegah penggumpallan darah 7. Fungsi vitamin k ini untuk membantu proses pembekuan darah saat terjadi luka pada bagian tubuh 8. Keseimbangan intake output penting dalam perdarahan 9. Cara pemberian obat ada beberapa macam diantaranya adalah melewati jalur intravena
---------------------------------	--	---	---

			10. Sekresi merupakan proses pengeluaran zat oleh kelenjar yang masih digunakan oleh tubuh
			11. Ibuprofen bekerja dengan menghalangi produksi substansi alami tubuh yang menyebabkan peradangan .
6	Defisiensi Pengetahuan : NOC perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.	NIC Treching : disease process 1. Gambarkan tanda gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 2. Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat 3. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat 4. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit 5. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 6. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat	1. Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien 2. Pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan 3. Pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan 4. Gaya hidup adalah pola hidup seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya 5. Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman
	1. Knowledge : disease process 2. Knowledge : health behavior Kriteria Hasil : 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar. 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya		

			subjektif yang digambarkan oleh pasien	
7	Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan trauma kandung kemih	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Urinary Elimination 2. Urinary Continence <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kandung kemih kosong secara penuh 2. Tidak ada residu urine >100-200 cc 3. Intake cairan dalam rentang normal 4. Bebas dari ISK 5. Tidak ada spasme bladder 6. Balance cairan seimbang 	<p>NIC</p> <p>Urinary Retention Care</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten) 2. Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau property alpha agonis 3. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik 4. Menyediakan penghapusan privasi 5. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiramkan ke toilet 6. Merangsang 44aneuv kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut , membelai tinggi batin , atau air 7. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih, termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan. 2. Perubahan karakteristik urine dapat mengidentifikasi ISK dan meningkatkan risiko sepsis. Diptik multistrip dapat memberikan penentuan nilai pH, nitrit, leukosit esterase secara cepat yang menunjukkan keberadaan infeksi atau penyakit perkemihan 3. Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih, selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urin dan memantau kaluaran urin. Kateterisasi intermitten mungkin di implementasikan untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka

			<ol style="list-style-type: none"> 8. Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal 9. Menyediakan 45aneuver crede, yang diperlukan 10. Gunakan double-void teknik 11. Masukkan kateter kemih, sesuai 12. Anjurkan pasien/ keluarga untuk merekam output urin, sesuai 13. Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja 14. Memantau asupan dan keluaran 15. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi 16. Membantu dengan toilet secara berkala, sesuai 17. Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa, sesuai 18. Menerapkan kateterisasi intermiten, sesuai 19. Merujuk ke spesialis kontinensia kemih, sesuai 	panjang.
8	Konstipasi berhubungan dengan trauma jalan lahir	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bowel elimination 2. Hydration <p>Kriteria hasil :</p>	<p>NIC</p> <p>Constipation / impaction Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi abdomen dan ketiadaan bising usus mengidentifikasi bahwa usus tidak berfungsi, kemungkinan penyebab dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatik system

<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari 2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi 3. Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstipasi 4. Feses lunak dan berbentuk 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor bising usus 3. Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume 4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus 5. Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis 6. Jelaskan etiologi dan rasionalisme tindakan terhadap pasien 7. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi 8. Dukung intake cairan 9. Kolaborasi pemberian laktasif 10. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi 11. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi 12. Pantau tanda-tanda dan gejala impaks 13. Memantau gerakan usus , termasuk konsistensi frekuensi, bentuk, volume, dan warna 14. Memantau bising usus 15. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan/ kenaikan frekuensi bising usus 16. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan/atau peritonitis 	<p>gastrointestinal secara mendadak</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Makanan padat tidak dimulai hingga bising usus kembali, flatus keluar dan bahaya pembentukan ileus telah berkurang 3. Mungkn diperlukan untuk mengurangi distensi abdomen dan meningkatkan pengembalian usus normal
---	---	---

-
17. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien
 18. Menyusun jadwal ketoilet
 19. Mendorong dan meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan
 20. Evaluasi profil obat untuk efek samping gastrointestinal
 21. Anjurkan pasien/ keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
 22. Ajarkan pasien/keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan
 23. Anjurkan pasien/keluarga untuk diet tinggi serat
 24. Anjurkan pasien/keluarga pada penggunaan yang tepat dari obat pencahar
 25. Anjurkan pasien/keluarga pada hubungan asupan diet, olahraga, dan cairan sembelit/impaksi
 26. Mengajarkan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada
 27. Menginformasikan pasien prosedur penghapusan manual dari tinja, jika perlu
-

			<p>28. Lepaskan impaksi tinja secara manual, jika perlu</p> <p>29. Timbang pasien secara teratur</p> <p>30. Ajarkan pasien/keluarga tentang proses pencernaan yang normal</p> <p>31. Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit</p>	
9	Gangguan pola tidur b.d kelemahan	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. anxiety reduction 2. comfort level 3. pain level 4. rest : extent and pattern 5. sleep : extent an pattern <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari 2. pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 4. mampu mengidentifikasi hal hal yang meningkatkan tidur 	<p>NIC</p> <p>Sleep Enhancement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. determinasi efe-efek medikasi terhadap pola tidur 2. jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 3. fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 4. ciptakan lingkungan yang nyaman 5. kolaborasikan obat tidur 6. diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien 7. instruksikan untuk memonitorkan tidur pasien 8. monitor waktu makan dan minun dengan waktu tidur 9. monitor atau catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat 2. meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis atau psikologis 3. bila rutinitas baru seperti membaca buku mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stres dan ansietas berhubungan dapat berkurang 4. mungkin di berikan untuk membantu klien istirahat selama periode trasisi dari rumah kelingkungan baru 5. menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang dapat menunda klien untuk terlelap atau menyebabkan terbangun

2.5.18 Implementasi

Dalam melaksanakan implementasi seorang tenaga kesehatan harus mempunyai kemampuan kognitif dalam proses implementasi yaitu mencakup melakukan pengkajian ulang kondisi pasien, validasi rencana keperawatan yang telah disusun, menentukan kebutuhan yang tepat untuk memberikan bantuan, melaksanakan strategi keperawatan dan mengomunikasikan kegiatan baik dalam bentuk lisan maupun tulisan. Diharapkan juga tenaga kesehatan mampu bekerjasama dengan klien keluarga serta anggota tim kesehatan yang terkait, sehingga Asuhan Keperawatan yang diberikan dapat optimal dan komprehensif (wahyuningsih et al, 2019)

2.5.19 Evaluasi

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 titik 2 dimulainya Ikatan Keluarga, berkurangnya nyeri terpenuhi kebutuhan psikologi, mengekspresikan harapan diri yang positif, komplikasi tercegah teratasi, bebas dari infeksi, pola eliminasi optimal, mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fisiologis kebutuhan ibu post partum (Doenges,2005 dikutip dalam Wahyuningsih et al, 2019)