

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POSTPARTUM SPONTAN
DENGAN NYERI AKUT ATAS INDIKASI EPISIOTOMI DI RUANG
CEMPAKA RSUD 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 :

KARTIKA RAHMADENTI

NIM: AKX.17.037



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG

2020

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kartika Rahmadenti

NPM : AKX.17.037

Institusi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Postpartum Spontan dengan Nyeri Akut di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat atau jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bengkulu, 26 Mei 2020

Yang Membuat Pernyataan



Kartika Rahmadenti

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERIAKUT DI RUANG
CEMPAKA RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

OLEH

KARTIKA RAHMADENTI

AKX.17.037

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

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Hj. Djubaedah, S.Pd., MM

NIK : 9904005169

Pembimbing Pendamping



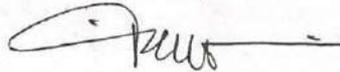
Yati Nurhayati, S.Kep

NIK : 9070495

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



Dede Nur Aziz M, M. Kep

NIK : 02001020009

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST PARTUM SPONTAN
DENGAN NYERI AKUT ATAS INDIKASI EPISIOTOMI DI RUANG
CEMPAKA RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**OLEH
KARTIKA RAHMADENTI
AKX.17.037**

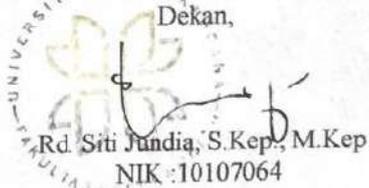
Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal,

PANITIA PENGUJI

- Ketua : Hj. Djubaedah, S.Pd., MM
(Pembimbing Utama)
- Anggota :
1. Irisanna Tambunan MM.
(Penguji 1)
 2. Anggi Jamiyanti S.Kep.,NERS
(Penguji 2)
 3. Yati Nurhayati S.Kep
(Pembimbing Pendamping)



Menyetujui
Universitas Bhakti Kencana Bandung
Dekan,



Rd. Siti Jundia, S.Kep., M.Kep
NIK : 10107064

Lampiran I: Pernyataan Bebas Plagiarisme

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Kartika Rahmadenti
NPM : AKX.17.037
Fakultas : Keperawatan
Prodi : DIII Keperawatan

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Klien Postpartum Spontan Dengan Nyeri Akut Atas Indikasi Episiotomi Di Ruang Cempaka Rsud Dr. Soekardjo Tasikmalaya

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya oranglain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya **bersedia menerima sanksi** sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung,2020 Yang

METERAI
TEMPEL
0000
ENAMRIBURYAN
Kartika Rahmadenti

Pembimbing I

Hj. Djubaedah, s.pd., MM

Pembimbing II

Fahri Nurhayati S.kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat 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 POSTPARTUM SPONTAN DENGAN NYERI AKUT ATAS INDIKASI EPISIOTOMI DI RUANG CEMPAKA RSUD 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 Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, oleh karena itu ucapan terimakasih ini penulis haturkan kepada :

1. H. Mulyana SH. MPd., MH. Kes., selaku Ketua Yayasan Adhiguna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno MH. Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah S. Kep., 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. Hj. Djuabedah, S. Pd., MM., selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan motivasi yang sangat membantu selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Yati Nuhayati S. Kep., selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan dan motivasi yang sangat membantu selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. H. Wasisto Hidayat dr. M. Kes., selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Vita Erfinawati Amd. Keb., selaku CI ruangan Cempaka yang telah memberikan bimbingan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik Universitas Bhakti Kencana.
10. Untuk kedua orang tua saya yaitu Ayahanda Juniarto Syarif S. Sos., Ibunda Sunarti A.Md., Kakakku Amelia Kusuma Pratiwi dan adikku Anjas Sanjaya., serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan semangat, pengorbanan, pengertian, kesabaran, dan kasih sayang yang tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

11. Seluruh teman seperjuangan angkatan 13 dan kakak alumni, senior anesthesi yang telah memberikan semangat, motivasi sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat 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.

Bengkulu, 14 Mei 2020

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang: Di seluruh dunia pada tahun 2009 terjadi 2,7 juta kasus laserasi perineum pada ibu bersalin. Di Indonesia pada tahun 2013, total 1951 kasus kelahiran spontan pervaginam. Data dari *medical record* RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya periode Januari sampai Desember 2019 adalah 1.881 kasus di ruang cempaka. Masalah yang sering muncul pada post partum antara lain, nyeri perineum, resiko tinggi ketidakefektifan menyusui, gangguan mobilisasi, resiko infeksi, perubahan nutrisi, gangguan pola tidur, defisit perawatan diri. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum spontan dengan nyeri akut. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Studi kasus ini dilakukan pada dua klien *Post Partum Spontan* dengan nyeri akut. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dan 2 dapat teratasi pada hari kedua. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut. Adapun perbedaan hasil dari dilakukannya intervensi kompres hangat dingin, pemberian obat analgetik yaitu pada hari kedua klien 1 nyeri masih berskala 2(0-10) sedangkan klien 2 nyeri sudah berskala 0(0-10). klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak memiliki respon yang selalu sama pada setiap klien *Post Partum Spontan*, hal ini dipengaruhi oleh ukuran luka perineum, Perspektif setiap individu, Kurang kooperatifnya pasien dan kondisi psikologi klien. **Saran:** Untuk itu, perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada klien. Penulis menyarankan penyediaan leaflet dan penyuluhan bagi rumah sakit dan ketersediaan literatur 10 tahun terakhir bagi institusi pendidikan.

Kata kunci : Post Partum Spontan, Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan
Daftar pustaka : 11 Buku, 2 Jurnal, 33 Tabel, 8 Gambar

ABSTRACT

Background: Worldwide in 2009 there were 2.7 million cases of perineal laceration in maternal women. In Indonesia in 2013, a total of 1951 cases of vaginal spontaneous birth. From the *Medical Record Data of general hospital of Dr. Soekardjo Tasikmalaya for the period of January to December 2019* was 1,881 cases in Cempaka Room. The often-occurring problems during post-partum among others include perineum pain, high risk of ineffective breastfeeding, , mobilization disorder, infection risk, change in nutrition, sleep disorder, self-care deficit. Consequently, we were interested in taking the case of pain acute. **Objective:** To gain experience in taking actions on nursing care for post-partum spontan clients with acute pain. **Method:** Casestudy that was used to research an incident or phenomenon which contained problems or questions that was needed further review to look for new solutions, retrieving extensive data, and providing various sources of information. **Result:** This case study was conducted on two post partum spontan clients with acute pain. After giving nursing care with intervention, the acute pain problems in client 1 and 2 could be resolved on the second day. **Discussion:** In both clients the problem of acute pain was found due to the discontinuation of tissue continuity. As for the differences in the results of the intervention performed a warm and cold compress technique on perineal wounds, administering analgesic drugs, client 1 has scale 2 (0-10) and client 2 has scale 0 (0-10). Clients with acute pain nursing problem don't always have the same response on each of the clients of spontaneous post-partum, this is affected by the clients' size of the perineal wound, perspective on each clients, lack of patient cooperation, psychological conditions. **Suggestion:** for this reason, nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems to clients. The writr suggest Providing leaflets and counseling for hospitals and the availability of literature past 10 years for the educational institution.

Keyword : Post Partum Spontan, Acute Pain, Nursing Care
Bibliography : 11 Books, 2 Journals, 33 Tables, 8 Pictures

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	viii
Abstrak.....	v
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xv
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Singkatan.....	xvii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penulisan	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Persalinan Normal.....	8
2.1.1 Definisi Persalinan Normal	8
2.1.2 Anatomi Jalan Lahir	9
1. Anatomi Sistem Reproduksi	9

2. Anatomi Jalan Lahir Keras dan Lunak	18
2.1.3 Etiologi Persalinan Normal	28
2.1.4 Pathway Persalinan Normal	31
2.1.5 Pathofisiologi Persalinan Normal	32
2.1.6 Komplikasi Persalinan Normal	33
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	36
2.1.8 Penatalaksanaan	36
2.2 Konsep Nyeri	37
2.3 Nifas	41
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	50
2.4.1 Pengkajian.....	50
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	61
2.4.3 Perencanaan	62
2.4.4 Implementasi Keperawatan.....	80
2.4.5 Evaluasi.....	80
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	82
3.2 Batasan Istilah	82
3.3 Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian.....	83
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	84
3.5 Pengumpulan Data	84
3.6 Uji Keabsahan Data.....	85
3.7 Analisa Data	86
3.8 Etik Penelitian	87
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	91
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	91
4.1.2 Pengkajian.....	92
4.1.3 Analisa Data.....	104
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	106
4.1.5 Perencanaan	108

4.1.6 Implementasi.....	110
4.1.7 Evaluasi.....	114
4.2 Pembahasan.....	115
4.2.1 Pengkajian.....	116
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	118
4.2.3 Perencanaan	123
4.2.4 Implementasi.....	124
4.2.5 Evaluasi.....	127
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	129
5.1.1 Tahap Pengkajian.....	129
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	130
5.1.3 Tahap Perencanaan	130
5.1.4 Tahap Pelaksanaan.....	130
5.1.5 Evaluasi.....	131
5.2 Saran.....	131
5.2.1 Rumah Sakit.....	131
5.2.2 Institusi pendidikan	131

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alat Kandung Luar.....	9
Gambar 2.2 Alat Kandung Dalam.....	12
Gambar 2.3 Jalan Lahir Keras.....	19
Gambar 2.4 Pelvis Minor	22
Gambar 2.5 Bidang Hodge.....	23
Gambar 2.6 Jalan Lahir Lunak.....	25
Gambar 2.7 Skala Nyeri Numerik.....	38
Gambar 2.8 Skala Nyeri Wong Baker.....	38

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skala Penilaian Nyeri	52
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Jalan Nafas	63
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut.....	64
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi	66
Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Pemberian ASI	67
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Eliminasi Urin.....	68
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Pola Tidur	70
Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi	70
Tabel 2.9 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	72
Tabel 2.10 Intervensi Konstipasi.....	73
Tabel 2.11 Intervensi Resiko Syok.	75
Tabel 2.12 Intervensi Resiko Perdarahan.....	77
Tabel 2.13 Intervensi Defisit Pengatahuan	79
Tabel 4.1 Identitas Klien	92
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	92
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetric	94
Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari-hari	96
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik Ibu.	97
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik Bayi.....	100
Tabel 4.7 Pemeriksaan Psikologi	102
Tabel 4.8 Hasil Pemeriksaan Diagnostik.	103

Tabel 4.9 Analisa Data	104
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan	104
Tabel 4.11 Perencanaan.....	108
Tabel 4.12 Implementasi	110
Tabel 4.13 Evaluasi	114

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Post Partum Spontan	31
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembaran Konsultasi KTI
- Lampiran II Catatan Revisi Ujian KTI
- Lampiran III Lembaran Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV Lembar Observasi
- Lampiran V Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran VI Format Review Artikel
- Lampiran VII Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VIII Leaflet
- Lampiran IX Jurnal
- Lampiran X Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

A	: Assasment
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrom
APGAR	: American Pediatric Gross Assasment
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
°C	: Derajat Celsius
Cm	: Senti Meter
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Melitus
DS	: Data Subyektif
DO	: Data Obyektif
Dr	: Dokter
G	: Gram
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IV	: Intravena
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IUD	: Intrauterine Device

Jl.	: Jalan
KB	: Keluarga Berencana
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
Kg	: Kilogram
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
mg	: Miligram
N	: Nadi
No	: Nomor
Ny	: Nyonya
P2A0	: Partus 2 kali, Abortus 0 kali
P1A0	: Partus 1 kali, Abortus 0 kali
RL	: Ringer Laktat
RR	: Respirasi Rate
ROM	: Range Of Motion
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RT	: Rukun Tetangga
S	: Suhu
SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Mnenengah Pertama
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TBC	: Tuberchulosis

TTL	: Tempat Tanggal Lahir
TTD	: Tertanda
TTV	: Tanda-Tanda Vital
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: Tetanus Toxoid
Tpm	: Tetes Per Menit
USG	: Ultrasonografi
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Post partum atau masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Tahapan masa nifas ada 3 tahapan yaitu : puerperium dini, puerperium intermedial dan remote puerperium. Adapun kebijakan program nasional masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas. (Walyani et al, 2015).

Masalah yang sering dialami oleh ibu post partum dan menyebabkan rasa nyeri pada masa nifas salah satunya adalah luka pada daerah perineum yang terjadi pada waktu proses persalinan. Di seluruh dunia pada tahun 2009 terjadi 2,7 juta kasus laserasi perineum pada ibu bersalin, dan sekitar 50% dari kejadian laserasi perineum tersebut terjadi di Asia. Di Indonesia sekitar 75% ibu melahirkan secara pervaginam mengalami laserasi perineum. Pada tahun 2013, dari total 1951 kelahiran spontan pervaginam, 57% ibu mendapat jahitan perineum 28% karena episiotomi dan 29% karena robekan spontan. Data dari *medical record* RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya periode 2019 adalah 1.881 kasus di ruang cempaka (Susilawati & Ilda, 2019).

Post partum spontan dapat menimbulkan masalah keperawatan.

Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada kasus post partum antara lain : ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi); nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi); ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum; ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui; gangguan eliminasi urine; gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan; resiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan; defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum; konstipasi; resiko syok (hipovolemik); resiko perdarahan; definisi pengetahuan : perawat post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum. (Nurarif & Kusuma, 2015).

Luka perineum adalah luka karena adanya robekan jalan lahir baik karena ruptur maupun karena *episiotomy* pada waktu melahirkan janin. Masalah yang dapat timbul karena luka perineum adalah nyeri akut. Nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (Andarmoyo, 2013).

Menurut Susilawati & Ilda (2019), berbagai metode untuk

mengatasi nyeri akut dapat dilakukan baik secara farmakologi atau non farmakologi. Metode dalam mengatasi nyeri secara farmakologi lebih efektif dibandingkan dengan metode non farmakologi. Namun, metode farmakologi berpotensi memberikan efek samping bagi ibu seperti memberikan analgetik asam mefenamat yang dapat menyebabkan nyeri pada lambung ibu. Penanganan nyeri secara farmakologi beresiko juga bagi bayi karena masuk kedalam peredaran darah yang terkumpul pada air susu ibu seperti reaksi alergi dan diare pada bayi.

Sedangkan secara non farmakologi lebih aman diterapkan karena mempunyai risiko yang lebih kecil, tidak menimbulkan efek samping serta menggunakan proses fisiologis. Terapi non farmakologi yang dapat diberikan untuk mengurangi nyeri antara lain distraksi, biofeedback, hipnosis diri, mengurangi persepsi nyeri, stimulasi kutaneus, pemberian kompres hangat dan kompres dingin, serta masase (Susilawati & Ilda, 2019).

Pada dasarnya, hampir semua ibu postpartum merasakan rasa nyeri pada luka perineum akibat terjadinya peristiwa persalinan, sehingga sensasi nyeri tersebut dapat timbul berbeda-beda pada setiap ibu postpartum, dan penanganan perawat dalam mengatasi nyeri tersebut bermacam-macam. Bila rasa nyeri pada ibu postpartum tidak ditangani dengan baik, hal tersebut dapat berdampak pada terganggunya kebutuhan dasar pada ibu postpartum, seperti aktivitas berpindah tempat, mandi dan lain lain. Di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya tepatnya di ruang nifas

cempaka, penanganan nyeri dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi.

Respon ibu postpartum setelah dilakukan tindakan penanganan nyeri juga berbeda-beda, di ruang cempaka dalam menangani masalah nyeri pada kasus postpartum spontan ini belum pernah melakukan tindakan non farmakologi berupa kompres hangat dingin. Kompres hangat dingin adalah terapi yang menggunakan dua media air hangat dan air dingin, terapi dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit. Sedangkan terapi hangatnya menimbulkan rasa rileks dan nyaman, dan keduanya bertujuan untuk menurunkan intensitas nyeri. Hal tersebut diperkuat oleh Susilawati & Ilda (2019) yang memaparkan bahwa kompres hangat dingin terbukti efektif dalam penurunan intensitas skala nyeri pada ibu post partum spontan. Hasil penelitian sebagian besar responden setelah dilakukan kompres hangat dingin intensitas nyeri nya berkurang.

Olehkarenaituperawatdiharapkanmampu mengelolasetiapmasalahyang timbul secara komprehensif terdiri dari biologis, psikologis, sosial, spiritual terutama dalam penanganan postpartum spontan dengan masalah Nyeri Akut. Perawat juga diharapkan dapat serta mampu melakukan asuhan keperawatan pada kasus PostPartum spontan tersebut sesuai dengan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan dan mengevaluasinya.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien postpartum spontan melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien PostPartum Spontan Dengan Nyeri Akut Atas Indikasi Episiotomi di Ruang Cempaka RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya”.

12 2 Rumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Post Partum Spontan dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di ruang cempaka RSU dr. Soekardjo Tasikmalaya?

13 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu mengaplikasikan serta mampu melaksanakan ilmu tentang Asuhan Keperawatan secara komprehensif dengan proses pendekatan yang meliputi aspek bio, psiko, spiritual, dalam bentuk pendokumentasian pada Ny. U dan Ny. V dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di ruang Cempaka RSU dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu :

1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Post Partum

Spontan dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Post Partum Spontan dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien Post Partum Spontan dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Partum Spontan dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
5. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien Post Partum Spontan dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada klien Postpartum spontan dengan Nyeri Akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya” ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan serta dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi tentang asuhan keperawatan pada klien Post Partum Spontan dengan masalah

keperawatan Nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Profesi Perawat

Manfaat praktisnya diharapkan dari penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu dapat meningkatkan asuhan keperawatan khususnya pada klien dengan kasus Postpartum spontan dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan Rumah Sakit tentang penanganan nyeri akut khususnya pada klien Post Partum Spontan.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan referensi dalam mengembangkan kurikulum. Maupun sumber pustaka terkait dengan penanganan nyeri akut pada klien Post Partum Spontan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Persalinan Normal

2.1.1 Definisi Persalinan Normal

Persalinan ialah 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. Sebaliknya, jika persalinan dibantu dengan alat dan/atau tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forseps, atau dilakukan operasi seksio sesarea, disebut persalinan buatan. Pada umumnya persalinan terjadi jika bayi sudah cukup besar untuk hidup di luar. Kadang-kadang persalinan tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitosin atau prostaglandin. Keadaan ini disebut persalinan anjuran (Wirakusumah et al, 2015)

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu bersalin, persalinan yang normal terjadi pada usia kehamilan cukup bulan/setelah usia kehamilan 37 minggu atau lebih tanpa penyulit. Persalinan dimulai/inpartu sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan – perubahan pada serviks yang membuka dan menipis dan berakhir

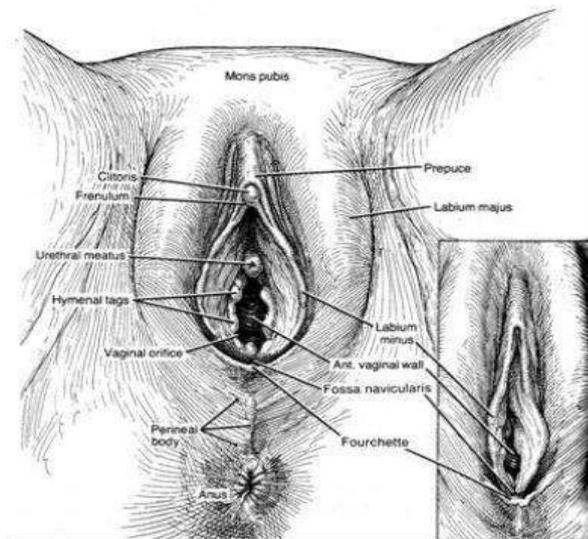
dengan lahirnya bayi beserta plasenta secara lengkap (Fauziah S, 2015).

2.1.2 Anatomi Jalan Lahir

1. Anatomi Sistem Reproduksi

a. Genetalia Eksterna

Gambar 2.1
Alat Kandungan Luar



Sumber : (Wirakusumah et al, 2015)

a. Mons Veneris

Adalah bagian yang menonjol dan terdiri dari jaringan lemak yang menutupi bagian depan symphysis pubica dan apabila seorang wanita setelah pubertas, kulit mons veneris tertutup oleh rambut. (Wirakusumah et al 2015).

b. Bibir besar kemaluan (labia mayora)

Berbentuk lonjong dan menonjol, berasal dari mons veneris

dan berjalan kebawah dan belakang, labium majus dekstra dan labium majus sinistra bersatu disebelah belakang pada commisura labiorum posterior dan merupakan batas depan dari perineum yang disebut frenulum labiorum pudendi. Labia mayora homolog dengan skrotum laki laki, terdiri dari dua permukaan : bagian luar, menyerupai kulit biasa dan ditumbuhi rambut, bagian dalam, menyerupai selaput lendir dan mengandung banyak kelenjar sebacea (Wirakusumah et al 2015).

c. Bibir kecil kemaluan (labia minora)

Didapatkan sebagai lipatan di sebelah medial dari labia mayora, kedua lipatan tersebut (kiri & kanan) bertemu diatas klitoris (*preputium clitoridis*) dan dibawah klitoris (*frenulum clitoridis*). Dibagian belakang kedua lipatan bersatu juga setelah mengelilingi orificium vaginae dan disebut *fourchette* (hanya tampak pada perempuan yang belum pernah melahirkan anak (Wirakusumah et al 2015).

d. Klentit (klitoris)

Merupakan suatu tunggul yang erektil, klitoris mengandung banyak urat-urat saraf sensoris dan pembuluh-pembuluh darah, analog dengan penis laki-laki (Wirakusumah et al 2015).

e. Vulva

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

f. Vestibulum Vaginae

Merupakan rongga yang dibatasi oleh kedua labia minora disebelah lateral, klitoris disebelah anterior, dan *fourchette* disebelah dorsal. Pada vestibulum terdapat muara vagina, urethra dan empat lubang kecil yaitu:

- Dua muara kelenjar Bartholin yang terdapat di samping dan agak kebelakang dari introitus (ostium) vaginae. Glandula vestibularis major (Bartholin) merupakan kelenjar terpenting di daerah vulva dan vagina. Kelenjar ini mengeluarkan sekret mukus terutama pada waktu sanggama.
- Dua muara kelenjar Skene di samping dan agak dorsal dari urethra (Wirakusumah et al 2015).

g. Introitus Vagina

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

h. Selaput Darah (Hymen)

Berupa lapisan tipis yang menutupi sebagian besar introitus vaginae, biasanya hymen berlubang sebesar ujung jari hingga getah dari genitalia interna dan darah haid dapat mengalir keluar, bila hymen tertutup sama sekali disebut

hymen oclusivum. Setelah partus, hanya tinggal sisa-sisa kecil pada pinggir introitus dan disebut **carunculae hymenales (myrtiformes)** (Wirakusumah et al 2015).

i. Lubang kemih (orifisium uretra eksterna)

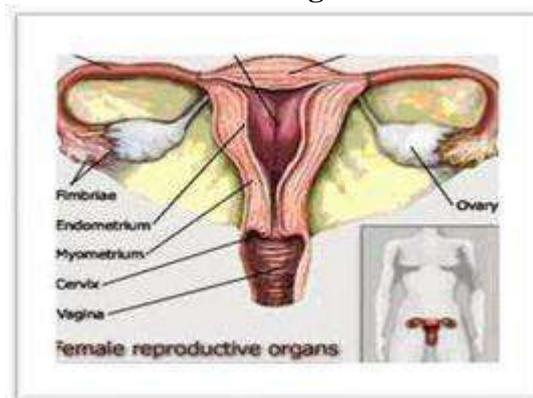
Adalah tempat keluarnya air kemih yang terletak dibawah klitoris (Eniyati & Sholihah, 2013).

j. Perineum

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

b. Genetalia Interna

Gambar 2.2
Alat Kandung Dalam



Sumber : (Eniyati & Sholihah, 2013)

a. Vagina

Merupakan suatu saluran muskulo-membranosa yang menghubungkan uterus dengan vulva, terletak antara vesica urinaria dan rektum, dinding depan vagina (± 9 cm) lebih pendek dari dinding belakang (± 11 cm). Pada dinding

vagina terdapat lipatan-lipatan yang berjalan sirkuler dan disebut **rugae vaginales**, terutama pada bagian bawah vagina. Setelah melahirkan, sebagian rugae akan menghilang. Walaupun disebut selaput lendir vagina, selaput ini tidak memiliki kelenjar sama sekali sehingga tidak dapat menghasilkan lendir ; mungkin lebih baik disebut kulit. Ujung serviks menonjol ke dalam puncak vagina, bagian serviks yang menonjol ke dalam vagina disebut **portio**, oleh portio ini, puncak vagina dibagi menjadi 4 bagian, yaitu fornix anterior, fornix posterior dan fornix lateralis kanan dan kiri. Vagina mempunyai faal penting sebagai :

- Saluran keluar dari uterus yang dapat mengalirkan darah sewaktu haid dan sekret dari uterus.
- Alat persetubuhan.
- Jalan lahir pada saat persalinan.

Sel-sel dari lapisan atas epitel vagina mengandung glikogen. Glikogen ini menghasilkan asam susu karena adanya basil-basil Doderlein sehingga vagina mempunyai reaksi asam dengan pH 4.5. hal ini memberi proteksi terhadap invasi kuman-kuman (Wirakusumah et al 2015).

b. Uterus

Dalam keadaan tidak hamil uterus terdapat dalam

ruangan perlvvis minordi antara vesica urinaria dan rectum. Permukaan belakang uterus sebagian besar tertutup oleh peritoneum sedangkan permukaan hanya di bagian atasnya saja. Bagian bawah dari permukaan depan uterus melekat pada dinding belakang vesica urinaria. Uterus merupakan alat berongga dan berbentuk seperti bola lampu yang gepeng. Uterus terdiri dari 2 bagian :

- Corpus uteri yang berbentuk segitiga
- Cervix uteri yang berbentuk silindris

Bagian corpus uteri antara kedua pangkal tuba disebut fundus uteri (dasar rahim). Pinggir kanan/kiri uterus tidak tertutup oleh peritoneum karena berbatasan dengan parametrium kanan/kiri, bentuk dan ukuran uterus sangat berbeda-beda tergantung dari usia, pernah atau tidak melahirkan anak. Panjang uterus pada anak-anak : 2-3 cm, Nullipara : 6-7 cm, Multipara : 8-9 cm. Panjangnya corpus uteri terhadap serviks uteri juga berbeda-beda. Pada anak-anak panjang corpus uteri $\frac{1}{2}$ dari panjang serviks uteri. Pada remaja, corpus uteri sama panjang dengan serviks uteri. Pada multipara, panjang corpus uteri 2x panjang serviks uteri.

Cavum uteri (rongga rahim) berbentuk segitiga, lebar di daerah fundus dan sempit ke arah serviks, sebelah atas

rongga rahim berhubungan dengan saluran telur (tuba Fallopii) dan sebelah bawah dengan saluran leher rahim (canalis cervicis uteri). Hubungan antara cavum uteri dan canalis cervicis uteri **ostium uteri internum**, sedangkan muara canalis cervicis uteri kedalam vagina disebut **ostium uteri externum**. Sebetulnya ada 2 buah ostium uteri internum, yaitu sebagai berikut :

- Ostium anatomicum uteri internum yang betul-betul merupakan batas antara canalis serviks uteri dan cavum uteri.
- Ostium histologicum uteri internum yang merupakan tempat selaput lendir cavum uteri berubah menjadi selaput lendir serviks pada canalis serviks. Tempat ini letaknya sedikit dibawah ostium anatomicum uteri internum.

Bagian serviks antara ostium anatomicum uteri internum dan ostium uteri histologicum internum disebut isthmus uteri. Bagian tersebut dapat melebar selama kehamilan dan disebut segmen bawah uterus (Wirakusumah et al 2015).

c. Tuba Uterina Falopii

Alat ini terdapat pada tepi atas ligamentum latum, berjalan kearah lateral, mulai dari cornu uteri dekstra et sinistra.

Panjangnya ± 12 cm, dengan diameter 3-8 mm. Tuba ini dibedakan menjadi 4 bagian.

- Pars interstitialis (intramuralis); bagian tuba yang berjalan dalam dinding uterus mulai dari ostium tuba internum.
- Isthmus tubae uterinae; bagian tuba setelah keluar dari dinding uterus, merupakan bagian tuba yang lurus dan sempit.
- Ampulla tubae uterinae; bagian tuba antara isthmus dan infundibulum, merupakan bagian tuba yang paling lebar dan berbentuk S.
- Infundibulum; ujung tuba dengan umbai-umbai yang disebut fimbriae, lubangnya disebut ostium abdominale tubae.

Fungsi utama tuba ialah untuk membawa ovum yang dilepaskan ovarium menuju ke uterus (Wirakusumah et al 2015).

d. Ovarium

Ovarium berjumlah dua buah. Letaknya pada dinding lateral panggul dalam sebuah lekuk yang disebut fossa ovarica waldeyeri, di sebelah kiri dan kanan uterus. Ovarium dihubungkan dengan uterus oleh ligamentum ovarii proprium dan dihungkan dengan dinding panggul oleh ligamentum infundibulopelvicum. Di sini, terdapat pembuluh darah

ovarium, yaitu arteri dan vena ovarica. Ada beberapa hal yang dibedakan pada ovarium.

- Permukaan medial yang menghadap ke arah cavum Douglasi dibedakan dengan permukaan lateral.
- Ujung atas yang lebih dekat dengan tuba dibedakan dengan ujung bawah yang lebih dekat dengan uterus (ekstremitas tubaria dan ekstremitas uterina)
- Pinggir yang menghadap ke depan (margo mesovarica) dan melekat pada lembar belakang ligamentum latum dengan perantara mesovarium dibedakan dengan pinggir yang menghadap ke belakang (margo liber).

Ovarium terdiri dari bagian luar (korteks) dan bagian dalam (medula). Pada korteks terdapat folikel-folikel primordial. Pada medula terdapat pembuluh darah, saraf, dan pembuluh limfe (Wirakusumah et al 2015).

e. Parametrium

Jaringan ikat yang terdapat antara kedua lembar ligamentum latum disebut parametrium. Bagian atas ligamentum latum yang mengandung tuba disebut mesosalpinx dan bagian kaudalnya yang berhubungan dengan uterus disebut mesometrium. Pada sisi depan ligamentum latum berjalan ligamentum teres uteri, pada sisi belakang berjalan ligamentum ovarii proprium.

Mesovarium merupakan lipatan peritoneum untuk ovarium dan terdapat antara mesosalpinx dan mesometrium. Ligamentum suspensorium ovarii berjalan dari ekstremitas tubaria ovarii ke dinding panggul.

Pada parametrium berjalan ureter, arteri dan vena uterina. Parametrium sebelah bawah yang menyelubungi arteri dan vena uterina lebih padat dari jaringan sekitarnya, disebut ligamentum cardinale (Wirakusumah et al 2015).

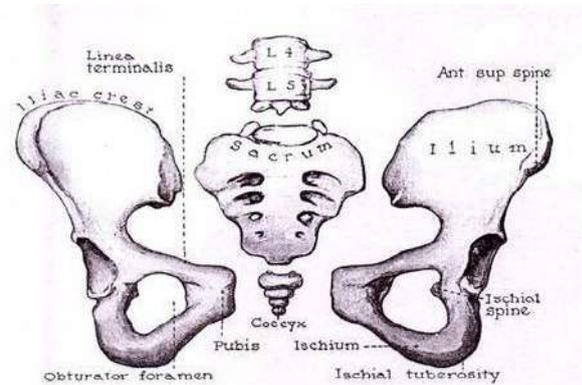
2 Anatomi Jalan Lahir Keras dan Lunak

Jalan lahir merupakan jalan yang terbentuk secara alamiah untuk bayi atau janin pada saat keluar dari rahim ibu. Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasarpanggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Mutmainnah et al, 2017).

Jalan lahir terdiri atas :

- a. **Jalan lahir keras** (pelvic atau panggul),

Gambar 2.3
Jalan lahir keras



Sumber : (Mutmainnah et al, 2017).

Jalan lahir atau panggul keras merupakan bagian keras yang dibentuk oleh, yaitu :

- a. 2 tulang pangkal paha (os coxae) terdiri dari :
 1. Os illium atau tulang usus, adalah ukuran terbesarnya dibanding tulang lainnya. Sebagai batas dinding atas dan belakang panggul atau pelviks.
 2. Os ischium atau tulang duduk, posisi os ischium terletak di bawah os illium, pada bagian belakang terdapat cuat duri dinamakan spina ishiadika.
 3. Os pubis atau tulang kemaluan, membentuk suatu lubang dengan os ischium, yaitu foramen obsturotur. Fungsi di dalam persalinan belum

diketahui secara pasti. Diatas foramen abturotur dibatasi oleh sebuah tangkai dari os pubis yang menggabungkan dengan os ischium disebut ramus superior ossis pubis, sedangkan dinding bawah foramen dibatasi oleh ramus inferior ossis pubis. Pada ramus inferior ossis pubis kiri dan kanan membentuk sudut yang disebut arkus pubis. Pada panggul wanita normal sudut ini tidak kurang dari 90° . Pada bagian atas os pubis terdapat tonjolan yang dinamakan teberkulum pubic (Mutmainnah et al, 2017).

- b. 1 tulang kelangkang (os sacrum), Os sacrum atau tulang kelangkang berbentuk segitiga, dengan dasar segitiga di atas dan puncak segitiga pada ujung di bawah. Terdiri dari lima ruas yang bersatu, terletak di antara os coxae dan merupakan dinding belakang panggung. Permukaan belakang pada bagian tengah terdapat cuat duri dinamakan crista sakralia. Memperlebar luas panggul kecil atau pelvis minor. Dengan lumbal ke-5 terdapat artikulasio dan lumbosacralis. Bagian depan paling atas dari tulang sacrum dinamakan promotorium, di mana pada bagian ini bila pada waktu periksa dalam dapat

teraba, berarti ada kesempitan panggul (Mutmainnah et al, 2017).

- c. 1 tulang tungging (os cocygis), os cocygis atau tulang ekor dibentuk oleh 3-5 ruas tulang yang saling berhubungan dan berpadu dengan bentuk segitiga. Pada kehamilan tahap akhir, koksigeum dapat bergerak, kecuali jika struktur tersebut patah (Mutmainnah et al, 2017).
- d. Perhubungan tulang – tulang panggul, didepan tulang panggul terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri. Di belakang panggul terdapat artikulasio sakro – ilaka yang menghubungkan os sacrum dan os ilium. Di bagian bawah panggul terdapat artikulasio sakro-koksigis yang menghubungkan os sacrum dengan koksigis (Mutmainnah et al, 2017).
- e. Tulang panggul dipisahkan oleh pintu atas panggul menjadi 2 bagian :
 1. Panggul palsu atau *false pelvis* (pelvis mayor).

Panggul palsu adalah bagian di atas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.
 2. Panggul sejati atau *true pelvis* (pelvis minor).

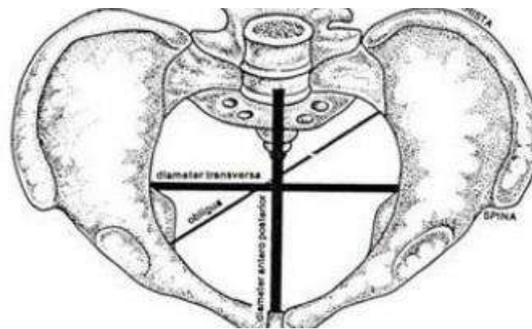
Bentuk pelvis minor ini menyerupai suatu

saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke depan (Mutmainnah et al, 2017)

Dalam obstetric, yang dimaksud pelvis minor terdiri atas :

Gambar 2.4

Pelvis minor



Sumber : (Mutmainnah et al, 2017).

Pintu atas panggul (PAP) yang disebut juga pelvic inlet, terdiri atas :

1. Bagian anterior PAP, yaitu batas sejati dibentuk oleh tepi atas tulang pubis.
2. Bagian lateralnya dibentuk oleh linea lipektena, yaitu sepanjang tulang inominata.
3. Bagian posteriornya dibentuk oleh bagian anterior tepi atas sacrum dan promotorium sacrum (Mutmainnah et al, 2017).

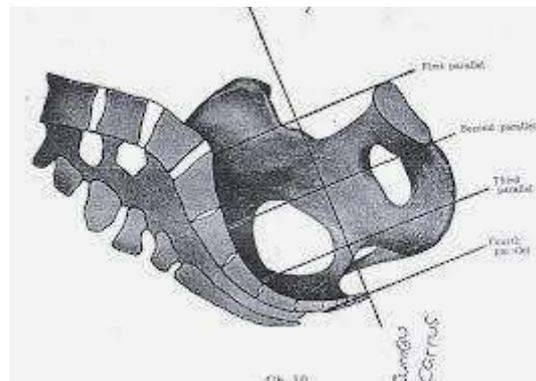
Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa

jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau *vaginal toucher* (VT). Bidang hodge antara lain :

1. Hodge I, dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promotorium.
2. Hodge II, sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.
3. Hodge III, sejajar hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
4. Hodge IV, sejajar I, II, III setinggi os coccygis (Mutmainnah et al, 2017).

Gambar 2.5

Bidang Hodge



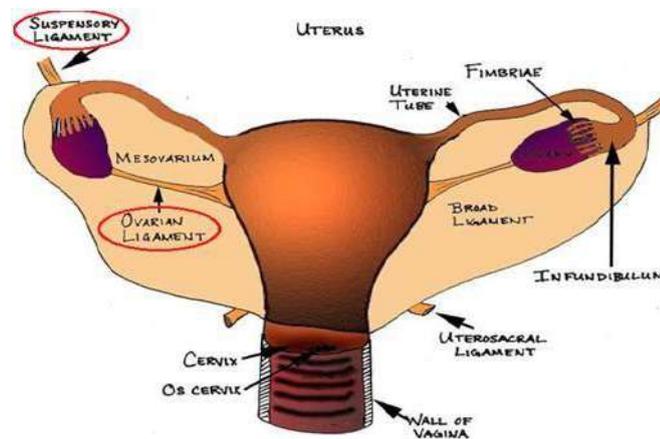
Sumber : (Mutmainnah et al, 2017).

Cadwell – Moloy mengemukakan 4 jenis panggul, antara lain :

1. Ginekoid, panggul ini merupakan panggul ideal perempuan, bentuknya bulat. Diameter anterior posterior sama dengan diameter tranversal.
 2. Android, panggul pria, PAP segitiga, diameter tranversal dekat dengan sacrum.
 3. Anthropoid, PAP lonjong seperti telur, diameter anteroposterior lebih besar daripada diameter tranversal.
 4. Platipoid, picak menyerupai arah muka belakang, diameter tranversal lebih besar daripada diameter anteroposterior (Mutmainnah et al, 2017).
- b. **Jalan lahir lunak**, segmen bawah rahim (SBR), 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 membran disebut diafragma urogenetal. Bagian ini tersusun atas segmen bawah uterus, serviks uteri, vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul (Mutmainnah et al, 2017).

Gambar 2.6

Jalan lahir lunak



Sumber : (Mutmainnah et al, 2017).

1. Ligamentum

Ligamentum pada panggul yang lunak terdiri dari otot – otot dan ligamen yang meliputi dinding panggul sebelah dalam dan yang menutupi panggul sebelah bawah. Ligamen – ligamen yang penting adalah ligamen sacro illiaca, ligamen sacrospinosum dan ligamen sacro tuberosum. Selain persendia, tulang panggul dihubungkan oleh jaringan ikat berupa ligamentum sehingga seluruhnya membentuk jalan lahir yang kuat. Fascia pelvis adalah suatu gabungan jaringan ikat, pembuluh darah dan serabut otot

volunter dan involunter. Fascia pelvis melapisi dinding dan dasar kavitas pelvis dan mengisi daerah di antara organ – organ sehingga memberikan tambahan topangan (kekuatan), tetapi masih memungkinkan organ – organ tersebut dapat bergerak dalam batas –batas fungsi yang normal. Pada daerah dimana organ – organ memerlukan topangan tambahan maka fascia tersebut menebal untuk membentuk ligamen pelvis, antara lain :

- a) Ligamentum pubovesicale, terentang dari serviks vesicae urinariae ke permukaan dalam masing – masing korpus pubis. Ligamentum ini ikut membentuk ligamentum pubocervicale. Ligamen ini berfungsi untuk memperkuat vesica urinaria.
- b) Ligamentum puboservicale, melekat pada permukaan dalam masing – masing korpus pubis, keduanya berjalan ke posterior dan melekat pada serviks vesicae urinariae, formiks vaginae dan serviks supra vaginalis. Fungsi ligamen ini adalah memperkuat vesica urinaria dan uterus.
- c) Ligamentum servicale transversum, ligamen ini disebut juga ligamen cardinale atau mackenrodt yang melekat pada formiks vaginae dan serviks

supra vaginalis. Ligamen ini berjalan transversal melintasi dasar pelvis dan menyebar sampai mencapai linea alba vasciae. Ligamen ini merupakan ligamen yang paling kuat diantara ligamen pelvis.

- d) Ligamentum uterosacrale, ligamen ini melekat pada formiks vaginae dan serviks supra vaginalis. Ligamen ini berjalan ke posterior dan melekat pada tepi lateral korpus sacralis pertama.
- e) Ligamentum teres uteri, ligamen ini berasal dari anterior tepat di bawah cornu uteri dan tuba falopii. ligamen ini kemudian berjalan membentuk huruf V lewat dinding abdomen dan canalis inguinalis sebelum berinsersi pada kedua labium majus.
- f) Ligamentum sacro-iliaca posterior, menghubungkan permukaan belakang tulang kelangkang ke tulang usus.
- g) Ligamentum sacro-iliaca anterior, ligamentum iliolumbalis, ligamentum sacroiliaca interossea, menghubungkan permukaan depan tulang kelangkang ke tulang usus.
- h) Ligamentum sacrospinousum, menghubungkan tulang kelangkang ke spina ischiadica, ligamen ini

terbentang dari bagian lateral sakrum dan koksigis menuju spina iskiadika.

- i) Ligamentum sacrotuberosum, menghubungkan tulang kelangkang ke tuber ossis ischiadia, ligamen ini terbentang dari bagian lateral sakrum dan koksigis menuju tuberositas iskia (Mutmainnah et al, 2017).

2. Perineum

Merupakan daerah yang menutupi pintu bawah panggul, terdiri atas :

- a) Regio analis, sebelah belakang. Spinter ani eksterna yaitu muskulus yang mengelilingi anus.
- b) Regio urogenitalis terdiri dari atas muskulus bolbo cavernosus, ischiocavernosus dan transversus perinei superficialis (Mutmainnah et al, 2017).

2.1.3 Etiologi Persalinan Normal

Berikut etiologi persalinan normal :

- a. Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

- b. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan iritability miometrium, estrogen

memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium).

c. Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hicks

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri.

d. Teori Ketegangan

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot – otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter.

e. Teori Fetal Membran

Meningkatnya hormon estrogen menyebabkan terjadinya *esterified* yang menghasilkan arachnoid acid, arachnoid acid bekerja untuk pembentukan prostaglandin yang mengakibatkan kontraksi miometrium.

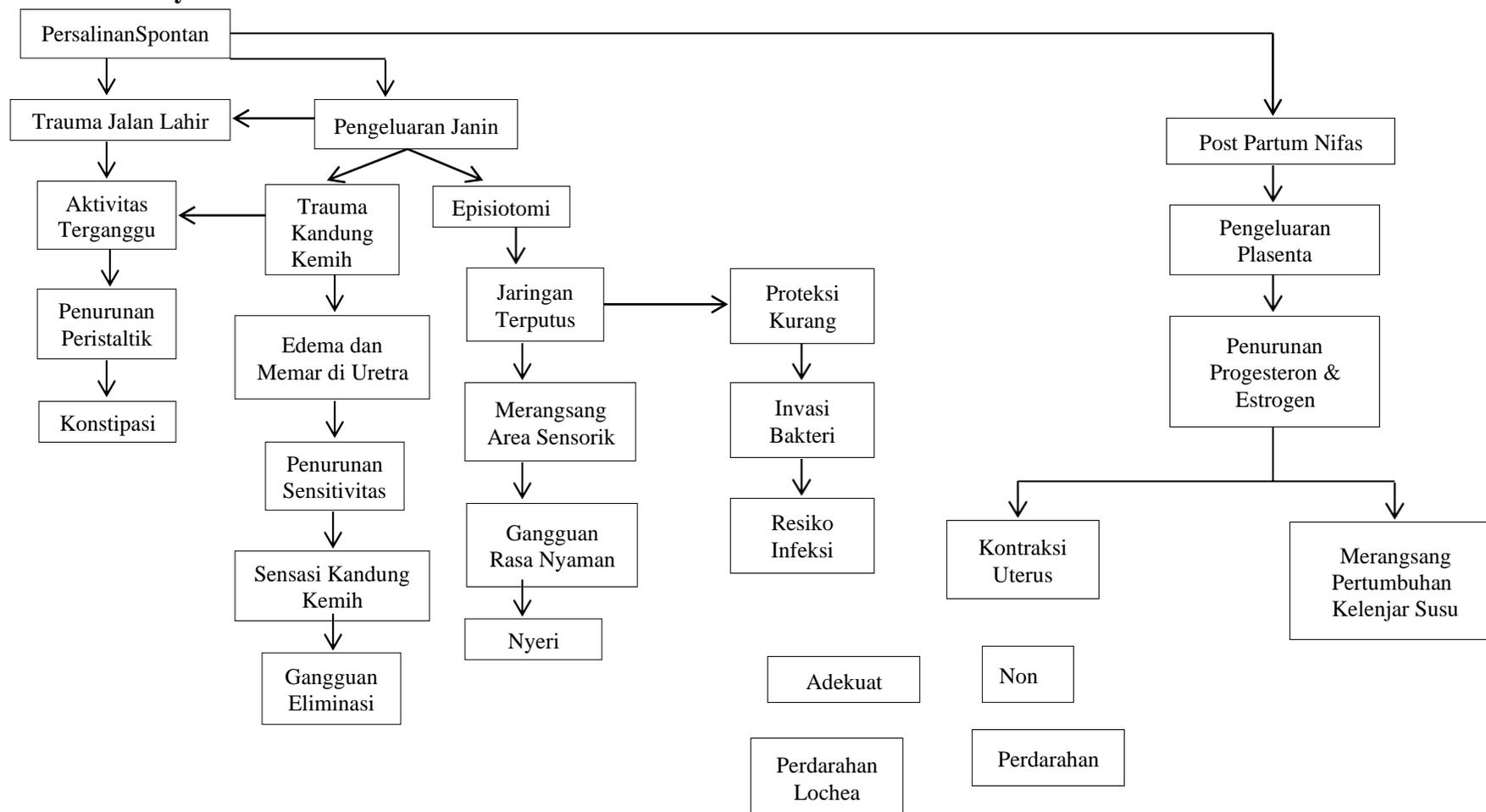
f. Teori Plasenta Sudah Tua

Pada umur kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada plasenta menurun segera terjadi degenerasi trofoblast maka akan terjadi penurunan produksi hormone.

g. Teori Tekanan Serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segemen Atas Rahim) dan SBR (Segemen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi (Oktarina M, 2016).

2.1.4 Pathway Persalinan Normal



Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

2.1.5 Pathofisiologi

Pada kasus post partus spontan akan terjadi trauma pada jalan lahir, sehingga dapat menyebabkan terganggunya aktivitas, aktivitas yang terganggu dapat menurunkan gerakan peristaltik pada usus yang berakibat konstipasi. Pengeluaran janin dengan cara episiotomi menyebabkan terputusnya jaringan pada perineum sehingga merangsang area sensorik untuk mengeluarkan hormon bradikinin, histamin dan serotonin yang kemudian diteruskan oleh medulla spinalis ke batang otak, diteruskan ke thalamus sehingga merangsang nyeri di korteks serebri, kemudian timbul gangguan rasa nyaman yang mengakibatkan nyeri akut.

Pembuluh darah yang rusak menyebabkan genitalia menjadi kotor dan terjadi juga perdarahan dan proteksi pada luka kurang, dapat terjadi invasi bakteri sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi. Pengeluaran janin dapat memicu terjadinya trauma kandung kemih sehingga terjadilah edema dan memar di uretra, mengakibatkan penurunan sensitivitas berdampak pada sensasi kandung kemih sehingga muncul masalah keperawatan gangguan eliminasi urin.

Laktasi dipengaruhi oleh hormon estrogen dan peningkatan prolaktin, sehingga terjadi pembentukan asi, tetapi terkadang terjadi juga aliran darah dipayudara berurai dari uterus (invulsi) dan retensi darah di pembuluh payudara maka akan terjadi bengkak

dan penyempitan pada duktus intiverus. Sehingga asi tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif (Nurarif & Kusumua, 2015).

2.1.6 Komplikasi Persalinan Normal

Semua wanita hamil beresiko komplikasi obstetric. Komplikasi yang mengancam jiwa kebanyakan terjadi selama persalinan, dan ini tidak dapat di prediksi. *Prenatal screening* tidak mengidentifikasi semua wanita yang akan mengembangkan komplikasi. Perempuan tidak diidentifikasi sebagai “beresiko tinggi” dapat mengembangkan komplikasi obstetric. Kebanyakan komplikasi obstetrik terjadi pada wanita tanpa faktor resiko (Walyani et al, 2015).

Berikut komplikasi yang mungkin terjadi pada persalinan normal :

a. Perdarahan post partum

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1.000 mL setelah persalinan abdominal. Perdarahan post partum dibagi menjadi :

- 1) Perdarahan Post Partum Dini (*early postpartum hemorrhage*), perdarahan post partum dini adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah kala III.

2) Perdarahan pada Masa Nifas (*late postpartum haemorrhage*), perdarahan pada masa nifas adalah perdarahan yang terjadi pada masa nifas (puerperium) tidak termasuk 24 jam pertama setelah kala III (Oktarina M, 2016).

b. Atonia uteri

Atonia uteri adalah kegagalan serabut – serabut otot miometrium uterus untuk berkontraksi dan memendek. Hal ini merupakan penyebab perdarahan post partum yang paling penting dan bisa terjadi segera setelah bayi lahir hingga 4 jam setelah persalinan. atonia uteri dapat menyebabkan perdarahan hebat dan dapat mengarah pada terjadinya syok hipovolemik (Oktarina M, 2016).

c. Retensio plasenta

Retensio Plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus.

Retensio plasenta terdiri dari beberapa jenis yaitu :

1) Plasenta adhesiva, adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.

- 2) Plasenta akreta, adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai sebagian lapisan miometrium.
- 3) Plasenta inkreta, adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai/melewati lapisan miometrium.
- 4) Plasenta pekreta, adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan miometrium hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- 5) Plasenta inkarserata, adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh kontriksi ostium uteri (Oktarina M, 2016).

d. Laserasi jalan lahir

Ruptura perineum dan robekan dinding vagina tingkat perlukaan perineum dapat dibagi dalam :

- 1) Derajat pertama : laserasi mengenai mukosa dan kulit perineum, tidak perlu dijahit.
- 2) Derajat kedua : laserasi mengenai mukosa vagina, kulit dan jaringan perineum (perlu dijahit).
- 3) Derajat ketiga : laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan spinkter ani.

- 4) Derajat empat : laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan spinkter ani yang meluas hingga ke rektum . rujuk segera (Oktarina M, 2016).

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik dilakukan untuk pemantauan janin terhadap kesehatan janin seperti pemantauan EKG, JDL dengan diferensial, elektrolit, hemoglobin/ hematokrit, golongan darah, urinalisis, amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi, pemeriksaan sinar X sesuai indikasi, dan ltrasound sesuai pesananan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Observasi ketat 2 jam post partum (adanya komplikasi perdarahan)
2. 6-8 jam pasca persalinan : istirahat dan tidur tenang, usahakan miring kanan kiri
3. Hari ke- 1-2 : memberikan KIE kebersihan diri, cara menyusui yang benar dan perawatan payudara, perubahan-perubahan yang terjadi pada masa nifas, pemberian informasi tentang senam nifas.
4. Hari ke- 2 : mulai latihan duduk
5. Hari ke- 3 : diperkenankan latihan berdiri dan berjalan

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri. Menurut Sternbach dan Andarmoyon (2013) sensasi terhadap nyeri yang dirasakan individu bersifat pribadi (subjektif), artinya antara individu satu dengan yang lainnya mengalami sensasi yang berbeda (Andarmoyo, 2013).

2.2.2 Intensitas Nyeri

Tamsuri dalam Andarmayo (2013) Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individualis serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang akan dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Skala pengukuran nyeri diantaranya, yaitu :

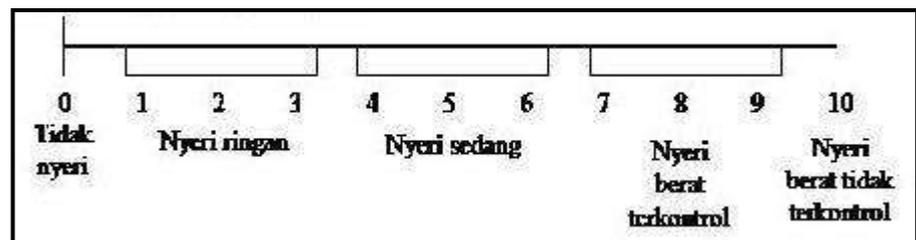
1. Skala Numerik

Skala numerik (*Numerical Rating Scale/NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Andarmoyo, 2013).

2. *Wong Baker Pain Rating Scale*

Skala ini menggunakan ekspresi wajah untuk mengkaji nyeri.

Skala tersebut terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum (tidak merasa nyeri) yang berubah menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan /nyeri yang sangat (Andarmoyo, 2013).



Gambar 2.7 Skala Nyeri Numerik (Andarmoyo, 2013)



Gambar 2.8 Skala Nyeri Wong Baker (Andarmoyo, 2013)

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri, dibedakan menjadi :

1. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan-berat) serta berlangsung selama beberapa detik hingga enam bulan, memiliki onset yang tiba-tiba, dan terokalisasi. Nyeri ini biasanya disebabkan trauma

bedah atau inflamasi.

2 Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama yaitu selama >6 bulan, intensitas yang bervariasi. Nyeri kronik dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

2.2.4 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri atau yang biasa disebut dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri yang dibagi menjadi manajemen nyeri farmakologis dan manajemen nyeri non farmakologis (Andarmoyo, 2013).

1. Manajemen nyeri farmakologi

Manajemen nyeri farmakologi merupakan metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya. Cara dan metode ini memerlukan instruksi dan medis. Ada beberapa strategi menggunakan pendekatan farmakologis dengan manajemen nyeri persalinan dengan menggunakan analgesia maupun anestesi (Sulistyo, 2013).

2. Manajemen nyeri nonfarmakologi

Manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan

menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Manajemen nyeri nonfarmakologi sangat beragam, yaitu bimbingan antisipasi, terapi es dan panas atau kompres panas dan dingin, stimulasi saraf elektrik transkutan, distraksi, distraksi intelektual, relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnosis, akupunktur, umpan balik biologis, serta massase (Andarmoyo, 2013).

2.2.5 Pengaruh Kompres Hangat Dingin Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri

Penggunaan kompres hangat dan kompres dingin merupakan salah satu bentuk pemberian stimulasi kutaneus dengan pemanfaatan suhu. Kompres hangat dan kompres dingin ini bekerja dengan memblok transmisi stimulus nyeri sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit. Kompres hangat dapat memberikan rasa hangat yang bertujuan untuk memberikan rasa nyaman, mengatasi nyeri, mengurangi atau mencegah spasme otot dan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu.

Kompres hangat memiliki dampak fisiologis bagi tubuh, yaitu pelunakan jaringan fibrosa, mempengaruhi oksigenisasi jaringan sehingga dapat mencegah kekakuan otot, memvaso dilatasikan dan memperlancar aliran darah, sehingga dapat menurunkan atau menghilangkan rasa nyeri. Selain itu kelebihan kompres hangat dapat membantu pemulihan luka, mengurangi infeksi dan inflamasi, memperlancar pasokan aliran darah serta

memberikan ketenangan dan kenyamanan pada klien. Selain kompres hangat, manajemen nyeri dengan tindakan kompres dingin merupakan metode yang dapat diterapkan untuk membantu kenyamanan pada ibunifas untuk mengurangi rasa nyeri. Manfaat kompres dingin diantaranya adalah mengurangi aliran darah ke daerah luka sehingga dapat mengurangi resiko perdarahan dan oedema, kompres dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak akan lebih sedikit (Susilawati & Ilda, 2019).

2.3 Konsep Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa puerperium atau masa nifas dimulai setelah partus selesai dan berakhir kira – kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti sebelum kehamilan dalam waktu 3 bulan (Wiknjosastro, 1999). Mochtar, R (2000) dan Saifudin, AB. Dkk (2001) juga mengatakan bahwa masa nifas adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan sampai alat – alat kandungan kembali seperti pra-hamil, yaitu kira – kira 6-8 minggu.

Puerperium dibagi dalam 3 periode, yaitu puerperium dini, puerperium intermedial, dan remote puerperium. Puerperium dini, yaitu kepulihan yang mana ibu telah diperbolehkan diri dan berjalan – jalan, yaitu kurang lebih 40 hari. Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genetalia yang lamanya 6 – 8 minggu. Sementara remote

puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan (Indriyani D, 2013).

b. Perubahan Fisiologis Pasca Persalinan

1. Involusi Alat – alat Kandungan

Dalam masa nifas alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan semula sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat-alat genital ini dalam keseluruhannya disebut involusi (Indriyani D, 2013).

1. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Tinggi fundus uteri (TFU) dan berat uterus menurut masa involusi adalah saat bayi baru lahir TFU setinggi pusat dengan berat 1000 gram, saat plasenta lahir TFU 2 jari dibawah pusat dengan berat 750 gram, 1 minggu setelah melahirkan TFU pertengahan pusat symphysis dengan berat 500 gram, 2 minggu setelah bersalinan TFU tidak teraba di atas symphysis dengan berat 350 gram, 6 minggu setelah melahirkan TFU berubah kecil dengan berat 50 gram dan setelah 8 minggu TFU sebesar normal dengan berat 30 gram (Indriyani D, 2013).

2. Bekas implantasi plasenta

Plasental bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum

uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm pada minggu keenam 2,4 cm dan akhirnya pulih (Indriyani D, 2013).

3. Luka-luka pada jalan lahir bila tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari (Indriyani D, 2013).

4. Rasa sakit

Rasa sakit yang disebut *after pain* disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2 – 4 hari pascapersalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal ini dan bila terlalu mengganggu dapat diberikan obat-obat antisakit dan antimulas (Indriyani D, 2013).

5. Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Macam-macam lochea antara lain lochea rubra (*cruenta*) berisi darah segar sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum selama 2 hari pascapersalinan. Lochea sanguinolenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pascapersalinan. Lochea serosa berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi pada hari 7-14 pascapersalinan. Lochea alba, ayitu cairan putih setelah 2 minggu pasca persalinan. Lochea purulenta bila terjadi infeksi dan lochiostatis bila lochea tidak lancar keluaranya (Indriyani D, 2013).

6. Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari (Indriyani D, 2013).

7. Ligamen–ligamen

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur (Indriyani D, 2013).

2. Perubahan fisiologi pada sistem pencernaan

Menurunnya kadar progesteron akan memulihkan sistem pencernaan yang semula mengalami beberapa perubahan ketika masa kehamilan.

3. Perubahan fisiologi pada sistem perkemihan

Pelvis, ginjal dan ureter yang meregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu ke-4 setelah melahirkan. Pada hari pertama setelah melahirkan jumlah urin yang keluar dapat melebihi 3000 ml per harinya disertai keluarnya banyak keringat.

4. Perubahan fisiologi pada sistem muskuloskeletal

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan akan mengecil dan pulih kembali secara perlahan dalam

jangka waktu 6 minggu setelah bayi lahir.

5. Perubahan fisiologi pada sistem endokrin

Selama masa nifas terjadi penurunan hormon *Human Placental Lactagen* (HPL), estrogen dan progesteron serta *plasental enzym insulinase* yang menyebabkan kadar gula darah menurun, terjadi peningkatan hormon prolaktin, *Follicle Stimulating Hormone* (FSH), *Luteinizing Hormone* (LH) tetap rendah hingga ovulasi terjadi serta hormon oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior) yang bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Hormon oksitosin bertindak atas otot yang menahan kontraksi dan mencegah perdarahan.

6. Perubahan tanda-tanda vital

a. Suhu

Dalam 24 jam postpartum suhu akan naik yaitu dikisaran 37,5 – 38 yang merupakan pengaruh dari proses persalinan dimana ibu kehilangan banyak cairan dan kelelahan namun apabila terjadi selama >10 hari merupakan indikasi terjadinya infeksi.

b. Nadi

Setelah persalinan denyut nadi menjadi cepat. Denyut nadi yang cepat (<100x/menit) biasanya disebabkan karena adanya infeksi atau perdarahan post partum yang tertunda.

c. Pernafasan

Umumnya pernafasan ibu pada masa nifas cenderung lambat

atau normal karena ibu dalam kondisi pemulihan. Apabila frekuensi pernafasan $>30x$ /menit mungkin diikuti oleh tanda-tanda syok.

d. Tekanan Darah

Tekanan darah relatif rendah karena ada proses kehilangan darah karena persalinan. Tekanan darah yang tinggi mengindikasikan adanya pre eklamsi post partum. Sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah yang akan kembali normal dalam beberapa hari. Tekanan darah yang rendah menunjukkan adanya perdarahan post partum.

7. Perubahan fisiologi pada sistem kardiovaskular

Segera setelah bayi lahir, kerja jantung mengalami peningkatan 80% lebih tinggi dibandingkan sebelum persalinan karena auto transfusi dari uteroplasenter dan akan kembali normal setelah 3 minggu.

8. Perubahan fisiologi pada sistem hematologi

Jumlah kehilangan darah yang normal pada persalinan, yaitu :

- a. Persalinan pervaginal, yaitu sebanyak 300-400 ml.
- b. Persalinan seksio sesarea, yaitu sebanyak 1000 ml
- c. Histerektomi sesarea, yaitu sebanyak 1500 ml

Total volume darah kembali normal dalam waktu 3 minggu post partum. Jumlah sel darah putih akan meningkat terutama pada kondisi persalinan lama berkisar 25.000-30.000. Hal tersebut dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari ibu. (Indriyani D, 2013).

c. Perubahan Psikologi Pasca Persalinan

Dalam menjalani adaptasi tersebut ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut :

1. Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering diceritakan kembali. Kelelahan membuat ibu cukup perlu istirahat untuk mencegah kurang tidur. Oleh karena itu, kondisi ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik (Indriyani D, 2013).

2. Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu, perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang tepat. Oleh karena itu, fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri (Indriyani D, 2013).

3. Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

Keinginan merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini (Indriyani D, 2013).

d. Perawatan Pascapersalinan

1. Mobilisasi

Disebabkan lelah sehabis bersalin ibu harus beristirahat, tidur terentang selama 8 jam pascapersalinan. Kemudian, boleh miring kiri kanan untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari kedua boleh duduk, hari ketiga boleh jalan-jalan. Mobilisasi di atas mempunyai variasi tergantung komplikasi persalinan, nifas, dan sembuhnya luka-luka. Kegiatan lain mobilisasi yang dapat dilakukan untuk membantu mempercepat proses involusi adalah melakukan senam nifas (Indriyani D, 2013).

2. Diet

Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung cukup protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan. (Indriyani D, 2013).

3. Miksi

Hendaknya miksi dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang ibu mengalami sulit buang air kecil karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi musculus sfingter ani selama persalinan. selain itu juga karena adema kandung kemih selama persalinan. bila kandung kemih penuh dan ibu tidak bisa buang air kecil sebaiknya dikaterisasi (Indriyani D, 2013).

4. Defekasi

Buang air besar harus dilakukan maksimal 3-4 hari pascapersalinan. Bila sulit buang air besar dan konstipasi kontrol diet, bila perlu menggunakan pengobatan sampai klisma (Indriyani D, 2013).

5. Perawatan payudara

Perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Dianjurkan ibu untuk menyusukan bayinya dengan baik dan benar karena air susu ibu (ASI) sangat baik untuk kesehatan bayinya (Indriyani D, 2013).

6. Laktasi

Untuk menghadapi masa laktasi (menyusui) sejak dari kehamilan telah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mammae, yaitu proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar, alveoli dan jaringan lemak bertambah. Keluarnya cairan susu, hipervaskularisasi dan setelah persalinan pengaruh supresi esterogen dan progesteron hilang. Maka, timbul pengaruh hormon laktogenik (LH) atau prolaktin akan merangsang keluarnya air susu ibu. Di samping itu, pengaruh oksitosin menyebabkan mio-epitel kelenjar susu berkontraksi sehingga ASI keluar (Indriyani D, 2013).

7. Cuti hamil dan bersalin

8. Pemeriksaan pasca persalinan

Bagi wanita dengan persalinan normal sebaiknya dilakukan

pemeriksaan kembali setelah 6 minggu persalinan. namun, wanita dengan persalinan yang bermasalah harus kontrol 1 minggu setelah bersalin. Pemeriksaan postnatal meliputi antara lain pemeriksaan tekanan darah, nadi keluhan, dan sebagainya. Selain itu keadaan umum suhu badan, selera makan, payudara, dinding perut, perineum, kandung kemih, rektum, sekret yang keluar dan keadaan alat-alat kandungan (Indriyani D, 2013).

9. Nasihat untuk ibu postnatal

Nasihat yang dapat disampaikan pada ibu postnatal antara lain bahwa fisioterapi seperti senam nifas sangat baik dilakukan sesuai keadaan ibu, sebaiknya bayi disusui, mengikuti program keluarga berencana dan membawa bayi untuk imunisasi (Indriyani D, 2013).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah tindakan yang berurutan dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah klien membuat perencanaan untuk mengatasinya, pelaksanaan rencana itu atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan dan mengevaluasi keberhasilan secara efektif terhadap masalah yang diatasinya (Doengoes, 2011).

Proses keperawatan terdiri dari 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan dan evaluasi.

2.4.1 Pengkajian

a. Identitas dan penanggung jawab

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

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang menyebabkan klien dibawa ke rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan. Keluhan utama yang biasa dirasakan klien post partum adalah nyeri seperti di tusuk-tusuk/ di iris – iris, panas, perih, mules dan sakit pada jahitan perineum.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Apa yang menyebabkan klien mengalami gangguan nyeri.

Hal tersebut dapat diuraikan dengan metode PQRST:

P = Paliatif/propokatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada postpartum spontan biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila klien banyak bergerak dan diraskan berkurang apabila klien istirahat atau berbaring.

Q = Quality/quantity

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada postpartum spontan dengan episiotomi biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang

sangat perih seperti diiris iris pisau.

R = Region/radiasi

Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada postpartum spontan dengan episiotomy biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah perineum biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S = severity, scale

Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan besar gangguannya yang di ukur dengan skala nyeri 0-5.

Tabel 2.1

Skala Penilaian Nyeri

No	Skala	kriteria
1	0	Tidak nyeri
2	1	Nyeri tanpa gangguan istirahat
3	2	Nyeri dengan tidak nyaman
4	3	Nyeri dirasakan saat perubahan posisi
5	4	Nyeri sekali dan bertambah bila bergerak
6	5	Nyeri tidak tertahankan

T = Timing

Yaitu menunjukan waktu terjadinya dan frekuensinya kejadian keluhan tersebut.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi tentang penyakit sebelumnya seperti Gastritis, Hipertensi, Diabetes Mellitus ataupun Jantung.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Mengidentidikasi apakah di keluarga ada riwayat penyakit

menular atau turunan atau keduanya.

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetric

a. Riwayat ginekologi

(1) Riwayat menstruasi, meliputi tentang menarche, berapa lama haid, siklus menstruasi, masalah haid yang biasanya dialami selama siklus menstruasi dan HPHT.

(2) Riwayat perkawinan, meliputi tentang usia ibu dan ayah sewaktu menikah, lama perkawinan, perkawinan keberapa dan jumlah anak yang sudah dimiliki.

(3) Riwayat kontrasepsi, meliputi apakah melaksanakan keluarga berencana, jenis kontrasepsi yang dipakai, lama penggunaannya, masalah yang terjadi, rencana kontrasepsi yang akan digunakan serta alasan mengapa memilih kontrasepsi.

b. Riwayat obstetric

(1) Riwayat kehamilan, mencakup riwayat kehamilan yang dahulu dan riwayat kehamilan sekarang yang menguraikan tentang pemeriksaan kehamilan, riwayat imunisasi, riwayat pemakaian obat selama kehamilan serta keluhan selama kehamilan.

(2) Riwayat persalinan, meliputi tentang riwayat persalinan dahulu yang berisi tanggal lahir anak, usia,

jenis kelamin, BB lahir, umur kehamilan, jenis persalinan tempat terjadinya persalinan dan komplikasi yang terjadi selama persalinan. riwayat persalinan sekarang meliputi tanggal persalinan, tipe persalinan, lama persalinan, jumlah perdarahan, jenis kelamin serta APGAR *score*.

(3) Riwayat nifas, menjelaskan tentang riwayat nifas dahulu, riwayat nifas sekarang.

d. Aktivitas sehari-hari

Dalam aktifitas sehari-hari dikaji pola aktivitas, selama dirumah dan selama dirumah sakit, antara lain yaitu:

a. Pola nutrisi

1. Makan : meliputi frekuensi dan jenis makanan, porsi makan yang dihabiskan, cara dan keluhan saat makan. Pada klien postpartum terdapat peningkatan nafsu makan dan sering merasa lapar karena banyak mengeluarkan energi pada proses persalinan.
2. Minum : meliputi jenis dan jumlah minuman yang dihabiskan, cara dan keluhan saat minum. Pada klien postpartum terdapat peningkatan pemasukan cairan.

b. Pola eliminasi

1. Buang Air Besar (BAB) : Frekuensi BAB, waktu, konsistensi feses, warna feses, cara dan keluhan saat

BAB. Pada klien postpartum BAB terjadi 2-3 hari kemudian.

1. Buang Air Kecil (BAK) : Frekuensi BAK, warna kuning jernih, jumlah, cara dan keluhan saat BAK. Pada klien postpartum hari pertama BAK sering sakit atau sering terjadi kesulitan kencing.

c. Pola istirahat dan tidur

Kaji kuantitas, kualitas dan keluhan mengenai tidur siang dan malam. Pada klien postpartum terkadang pola istirahat terganggu karena rasa nyeri pada perineum.

d. Personal Hygiene

Kaji frekuensi mandi, gosok gigi, keramas dan mengunting kuku, ganti pakaian dan cara melakukannya. Pada klien postpartum personal hygiene tidak terawat dikarenakan rasa kelelahan sehabis proses melahirkan

e. Pola aktivitas

Kaji kegiatan mobilisasi. Pada klien postpartum jarang terjadi gangguan aktivitas dan jika terjadi gangguan aktivitas lebih biasanya terjadi pada klien dengan episiotomi.

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Pemeriksaan fisik ibu

- a) Keadaan umum, meliputi tentang kesadaran, nilai *glasgow coma scale* (GCS) yang berisi penilaian *eye, movement, verbal*. Mencakup juga penampilan ibu seperti baik, kotor, lusuh.
- b) Tanda-tanda vital, meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi.
- c) Antropometri, meliputi tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan saat hamil dan berat badan setelah melahirkan.
- d) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*
 1. Kepala, observasi bentuk kepala, apakah terdapat lesi atau tidak, persebaran pertumbuhan rambut, apakah terdapat pembengkakan abnormal, warna rambut dan nyeri tekan.
 2. Wajah, pada wajah ibu postpartum biasanya terdapat *cloasma gravidarum* sebagai ciri khas perempuan yang pernah mengandung, apakah terdapat lesi atau tidak, nyeri pada sinus, terdapat edema atau tidak.
 3. Mata, observasi apakah pada konjungtiva merah mudah atau pucat, ibu yang baru mengalami persalinan biasanya banyak kehilangan cairan, bentuk mata kiri dan kanan apakah simetris, warna sklera, warna pupil dan fungsi penglihatan.

4. Telinga, dilihat apakah ada serumen, lesi, nyeri tekan pada tulang mastoid dan tes pendengaran.
5. Hidung, observasi apakah ada pernafasan cuping hidung, terdapat secret atau tidak, nyeri tekan pada tulang hidung, tes penciuman.
6. Mulut, dilihat apakah ada perdarahan pada gusi, jumlah gigi ada berapa, terdapat lesi atau tidak, warna bibir dan tes pengecap.
7. Leher, pada leher dilihat apakah bentuknya proporsional, apakah terdapat pembengkakan kelenjar getah bening atau pembengkakan kelenjar tiroid.
8. Dada, observasi apakah bentuk dada simetris atau tidak, auskultasi suara nafas pada paru-paru dan frekuensi pernafasan, auskultasi suara jantung apakah ada suara jantung tambahan dan observasi pada payudara, biasanya pada ibu post partum payudara akan mengalami pembesaran dan areola menghitam serta normalnya ASI akan keluar.
9. Abdomen, pada abdomen observasi bentuk abdomen apakah cembung, cekung atau datar. Observasi celah pada diastasis recti, tinggi fundus uteri pasca persalinan, pada ibu yang mengalami kehamilan

tanda khas pada abdomen terdapat linia nigra, observasi juga pada blas apakah teraba penuh atau tidak.

10. Punggung dan bokong, dilihat apakah ada kelainan pada tulang belakang, apakah terdapat nyeri tekan.

11. Genetalia, observasi perdarahan pervaginam, apakah terpasang *dower cateter*, observasi apakah terdapat luka ruptur, episiotomi bagaimana keadaan luka, bersih atau tidak.

12. Anus, observasi apakah ada pembengkakan, terdapat lesi atau tidak, apakah terdapat hemoroid.

13. Ekstremitas

Atas : pada ekstremitas atas dilihat tangan kiri dan kanan simetris atau tidak, terdapat lesi atau tidak, edema, observasi juga apakah ada nyeri tekan serta ROM.

Bawah : pada ekstremitas bawah diobservasi apakah terdapat varises, edema, pergerakan kaki serta ROM.

2) Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaan umum, meliputi tampilan, kesadaran bayi yang dinilai menggunakan APGAR *score*.

- b) Antropometri, meliputi pemeriksaan berat badan bayi, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar lengan atas serta lingkar abdomen.
- c) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*, pada pemeriksaan fisik pada bayi diobservasi apakah ada kelainan pada kepala, seperti bentuknya, warna rambut apakah terdapat lesi, kemudian dilihat pada wajah apakah bentuk mata hidung mulut proporsional atau tidak, observasi bentuk telinga kanan dan kiri, bentuk leher apakah ada pertumbuhan abnormal, observasi bentuk dada dan abdomen auskultasi pada suara jantung dan suara nafas apakah ada penambahan suara atau tidak, bentuk punggung dan bokong, genitalia apakah terdapat kelainan, observasi anus serta ekstremitas atas dan bawah.

f. Data psikologis

1. Adaptasi psikologis post partum

Klien telah berada pada tahap *taking in*, fase dimana yang berlangsung pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan, periode ketergantungan dimana klien masih membutuhkan bantuan keluarga atau perawat untuk mendekati bayinya saat klien ingin menyusui.

2. Konsep diri

Gambaran diri kaji klien bagaimana dengan perubahan

badanya selama kehamilan dan setelah persalinan. Peran diri

: kaji

kesadarandiriklienmengenaijeniskelaminnya,dankajiapakah

klienmempunyaiujuanyangbernilaiyangdapatdirealisasikan.

Identitas diri : tanyakan kepada klien tentang fungsinya

sebagai

wanita.Idealdiri:kajipersepsikliententangbagaimanaiaharus

berperilaku sesuai dengan standar pribadi. Harga diri : kaji

penilaian pribadi klien dalam memenuhi ideal diriklien.

g. Data sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan saat sakit.

h. kebutuhan *Bounding Attachment*

mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap interaksi dengan bayi secara nyata, baik fisik, emosi, maupun sensori.

i. Kebutuhan pemenuhan seksual

Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa postpartum/nifas.

j. Data spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah.

k. Pengetahuan tentang perawatan diri

Mengidentifikasi pengetahuan tentang perawatan diri; *breast*

care, perawatan luka perineum, perawatan luka dirumah, senam nifas, KB dan lain lain.

1. Pemeriksaan penunjang (Nurarif & Kusuma, 2015).
 1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
 2. Pemantauan EKG
 3. JDL dengan diferensial
 4. Pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit
 5. Golongan darah
 6. Urinalisis
 7. Ultrasonografi

m. Analisa data

Melakukan interpretasi data data senjang yang dapat membantu mengidentifikasi masalah keperawatan.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (North American Nursing diagnosis Association) 2015 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum (Nurarif & Kusuma, 2015) :

1. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mucus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan,trauma jalan lahir, episiotomi).
3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi postpartum.
4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
5. Gangguan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
7. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko : episiotomy, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelemahan postpartum.
9. Konstipasi.
10. Resiko syok (hipovolemik).
11. Resiko perdarahan.
12. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.4.3 Perencanaan

- a. Ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mucus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).

Tabel 2.2
Intervensi Ketidakefektifan jalan nafas

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Batasan Karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada batuk • Suara napas tambahan • Perubahan frekwensi napas • Perubahan irama napas • Sianosis • Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara • Penurunan bunyi napas • Dipsneu • Sputum dalam jumlah yang berlebihan • Batuk yang tidak efektif • Orthopneu • Gelisah • Mata terbuka lebar Faktor Yang Berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> • Lingkungan <ul style="list-style-type: none"> - Perokok pasif - Mengisap asap - Merokok • Obstruksi jalan nafas <ul style="list-style-type: none"> - Spasme jalan nafas - mokus berlebihan jumlah berlebihan - eksudat dalam jalan alveoli - maten asing dalam jalan nafas - adanya nafas buatan - sekresi bertahan/sisa sekresi - sekresi dalam bronki • Fisiologis : <ul style="list-style-type: none"> - Jalan napas alergik - Asma - Penyakit paru obstruktif kronik 	NOC <ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Respiratory status : ventilation</i> ❖ <i>Respiratory status : airway patency.</i> Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) ❖ Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) ❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas 	NIC <p><i>Airway suction</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning - Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning - Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning - Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan - Berikan O₂ dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal - Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan - Anjurkan pasien untuk istirahat dan nafas dalam setelah keteter dikeluarkan dan nasotrakeal - Monitor status oksigen pasien - Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion - Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O₂, dll. <p><i>Airway management</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bukan jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi - Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan - Pasang mayo bila perlu - Lakukan fisioterapi dada jika perlu - Keluarkan sekret dengan

-Hiperplasi dinding bronkial - Infeksi - Disfungsi neuromuscular	batuk atau suksion - Auskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan - Lakukan suksion pada mayo - Berikan bronkodilator bila perlu - Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab - Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan - Monitor respirasi dan status O ₂ .
--	---

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, insisi pembedahan luka operasi SC, episiotomi).

Tabel 2.3
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Nyeri akut Definisi :pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (<i>International Association for the Study of Pain</i>): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan. Batasan karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan selera makan • Perubahan tekanan darah • Perubahan frekuensi jantung • Perubahan frekuensi pernafasan • Laporan isyarat • Diaforesis • Perilaku sitraksi (misal, ber- 	NOC <ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Pain level</i> ❖ <i>Pain control</i> ❖ <i>Comfort level</i> Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) ❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) ❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	NIC <i>Pain Management</i> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan - Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri

jalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)

- Mengekspresikan perilaku (misal, gelisah, merengek, menangis)
- Masker wajah (misal, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)
- Sikap melindungi area nyeri
- Fokus menyempit (misal, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)
- Indikasi nyeri yang dapat diamati
- Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
- Sikap tubuh melindungi
- Dilatasi pupil
- Melaporkan nyeri secara verbal
- Gangguan tidur

Faktor yang berhubungan :

- Agen cedera (misal, biologi, zat kimia, fisik, psikologis)

seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan

- Kurangi faktor presipitasi nyeri
- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non-farmakologi dan inter personal)
- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
- Ajarkan tentang tehnik non farmakologi
- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
- Tingkatkan istirahat
- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

Analgesic Administration

- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi
- Cek riwayat alergi
- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu
- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
- Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian dan dosis optimal
- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
- Evaluasi efektifitas analgesik, tanda dan gejala.

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.

Tabel 2.4
Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> • Kram abdomen • Nyeri abdomen • Menghindari makanan • Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal • Kerapuhan kapiler • Diare • Kehilangan rambut berlebih • Bising usus hiperaktif • Kurang makanan • Kurang informasi • Kurang minat pada makanan • Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat • Kesalahan konsepsi • Kesalahan informai • Membran mukosa pucat • Ketidakmampuan memakan makanan • Tonus otot menurun • Mengeluh gangguan sensasi rasa • Mengeluh asupan makanan kurang dan RDA (<i>recommended daily allowance</i>) • Cepat kenyang setelah makan • Sariawan rongga mulut • Steatorea • Kelemahan otot pengunyah • Kelemahan otot untuk menelan 	NOC ❖ <i>Nutritional status :</i> ❖ <i>Nutritional status : food and Fluid Intake</i> ❖ <i>Nutritional status : nutrien Intake</i> ❖ <i>Weight control</i> Kriteria hasil : ❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan ❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan ❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi ❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi ❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan ❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	NIC <i>Nutrition Management</i> - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Berikan substansi gula - Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) - Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan <i>Nutrition Monitoring</i> - BB pasien dalam batas normal - Monitor adanya penurunan berat badan - Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan

Faktor yang berhubungan :		
• Faktor biologis		- Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan
• Faktor ekonomi		- Monitor lingkungan selama makan
• Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi	untuk	- Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi
• Ketidakmampuan untuk mencerna makanan	untuk	- Monitor turgor kulit
• Ketidakmampuan untuk menelan makanan	untuk	- Monitor kekeringan, rambut kusam dan mudah patah
• Faktor psikologis		- Monitor mual dan muntah
		- Monitor kadar albumin, total protein, Hb dan kadar Ht
		- Monitor pertumbuhan dan perkembangan
		- Monitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva
		- Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral
		- Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet.

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.5
Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC	NIC
Definisi : ketidakpuasan atau kelulutan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Breastfeeding Ineffective</i> ❖ <i>Breastfeeding Pattern Ineffective</i> ❖ <i>Breastfeeding Interrupted</i> 	<i>Breastfeeding Assistance</i>
Batasan Karakteristik :	Kriteria Hasil :	
<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakadeguan suplai ASI • Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara • Bayi menangis pada payudara • Bayi menangis pada jam pertama setelah menyusui • Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui • Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu secara tepat • Manolak latching on 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kemantapan pemberian ASI : Bayi : perletakan 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 dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 	<ul 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 (misalnya refleks rooting, menghisap dan terjaga) - Kaji kemampuan bayi untuk latch-on dan menghidap secara efektif - Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting

<ul style="list-style-type: none"> • Tidak responsive terhadap kenyamanan lain • Ketidacukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Ketidacukupan kesempatan untuk menghisap payudara • Kurang menambah berat badan bayi • Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui • Penurunan berat badan bayi terus menerus • Tidak mengisap payudara terus-menerus 	<p>minggu pertama pemberian ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler ❖ Penyapihan pemberian ASI ❖ Diskontinuitas progresif pemberian ASI ❖ Pengetahuan pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pantau integritas kulit puting ibu - Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi
<p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defisit perawatan • Bayi menerima makanan tambahan dengan puting buatan • Diskontinuitas pemberian ASI • Ambivalen ibu • Ansietas ibu • Anomaly payudara ibu • Keluarga tidak mendukung • Pasangan tidak mendukung • Reflek menghisap buruk • Prematuritas • Pembedahan payudara sebelumnya • Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya 	<p><i>Breast Examination</i></p> <p><i>Lactation Supresion</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI - Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI - Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pemcairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang - Ajarkan orangtua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula - Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai
	<p><i>Lactation Counseling</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI - Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu - Diskusikan metode alternatif pemberian makan bayi

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

e. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.6
Intervensi Gangguan Eliminasi Urin

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
----------------------	---------------------------	------------

Gangguan eliminasi urin	NOC	NIC
Definisi : disfungsi pada eliminasi urin	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Urinary Elimination</i> ❖ <i>Urinary Continence</i> 	<i>Urinary Retention Care</i>
Batasan Karakteristik :	Kriteria Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan penilaian kamih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif dan masalah kecing praeksisten) - Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti 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 disiram toilet - Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin atau air - Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit) - Gunakan <i>spirit wintergreen</i> di pispot atau urinal - Menyediakan manuver crede, yang diperlukan - Gunakan <i>double-void</i> teknik - Masukkan kateter kemih, sesuai - Anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urin, sesuai - Intruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja - Memantau asupan dan keluaran - Memantai tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi - Membantu dengan toilet secara berkala - Memasukkan pipa kedalam lubang tubuh untuk sisa - Menerapkan kateterisasi intermiten - Merujuk ke spesialis kontinensia kemih
<ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Sering berkemih • Anyang-anyangan • Inkontinensia • Nokturia • Retensi • Dorongan 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kandung kemih kosong secara penuh ❖ Tidak ada residu urin > 100-200cc ❖ Intake cairan dalam rentang normal ❖ Bebas dari ISK ❖ Tidak ada spasme bladder ❖ Balans cairan seimbang 	
Faktor yang berhubungan :		
<ul style="list-style-type: none"> • Obstruksi anatomic • Penyebab multiple • Gangguan sensori motorik • Infeksi saluran kemih 		

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.7
Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan pola tidur	NOC	NIC
Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Batasan Karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan pola tidur normal • Penurunan kemampuan berfungsi • Ketidakpuasan tidur • Menyatakan sering terjaga • Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur • Menyatakan tidak merasa cukup istirahat Faktor yang berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> • Kelembaban lingkungan sekitar • Suhu lingkungan sekitar • Tanggung jawab memberi asuhan • Perubahan perjanan terhadap cahaya gelap • Gangguan (misal, untuk tujuan terapeutik, pemantauan pemeriksaan labolatorium) • Kurang kontrol tidur • Kurang privasi, pencahayaan • Bising, bau gas • Restrain fisik, teman tidur • Tidak familier dengan prabot tidur 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Anxiety Reduction</i> ❖ <i>Comfort Level</i> ❖ <i>Pain Level</i> ❖ <i>Rest : Extent and Pattern</i> ❖ <i>Sleep : Extent and Pattern</i> Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari ❖ Pola tidur, kualitas dalam batas normal ❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat ❖ Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur. 	<i>Sleep Enhancement</i> <ul style="list-style-type: none"> - Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur - Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) - Ciptakan lingkungan yang nyaman - Kolaborasikan pemberian obat tidur - Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang tehnik tidur pasien - Instruksikan untuk memonitor tidur pasien - Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur - Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam.

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

g. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi,

laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

Tabel 2.8

Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Resiko Infeksi</p> <p>Definisi : mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik</p> <p>Faktor resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyakit kronis. <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes melitus - Obesitas • Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjanaan patogen. • Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat. <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan peristalsis - Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intra-vena, prosedur invasif) - Perubahan sekresi pH - Penurunan kerja siliaris - Pecah ketuban dini - Pecah ketuban lama - Merokok - Statis cairan tubuh - Trauma jaringan (misal, trauma destruksi jaringan) • Ketidakadekuatan pertahanan sekunder <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan hemoglobin - Imunosupresi (misal, imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, sterois, antibodi monoklonal, imunomodulator) - Supresi respon inflamasi • Vaksinasi tidak adekuat • Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat <ul style="list-style-type: none"> - Wabah • Prosedur invasif • Malnutrisi 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Immune Status</i> ❖ <i>Knowledge</i> : <i>Infection Control</i> ❖ <i>Risk Control</i> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi ❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksananya ❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi ❖ Jumlah leukosit dalam batas normal ❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>NIC</p> <p><i>Infection Control</i> (kontrol infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Pertahankan teknik isolasi - Batasi pengunjung bila perlu - Intruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien - Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung - Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat - Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum - Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing - Tingkatkan intake nutrisi - Berikan terapi antibiotik bila perlu - <i>Infection protection</i> (proteksi terhadap infeksi) - Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal - Monitor hitung granulosit, WBC - Monitor keterangan terhadap infeksi - Batasi pengunjung - Sering pengunjung terhadap penyakit menular - Pertahankan tehnik aspesis pada pasien yang beresiko - Pertahankan teknik isolasi k/p - Berikan perawatan kulit pada area epidema - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase - <u>Inspeksi koondisi luka/insisi</u>

-
- bedah
- Dorong masukkan nutrisi yang cukup
 - Dorong masukkan cairan
 - Dorong istirahat
 - Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep
 - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
 - Ajarkan cara menghindari infeksi
 - Laporkan kecurigaan infeksi
 - Laporkan kultur positif
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

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

Tabel 2.9
Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Defisit perawatan diri mandi</p> <p>Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi • Ketidakmampuan mengeringkan tubuh • Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi • Ketidakmampuan menjangkau sumber air • Ketidakmampuan mengatur mandi • Ketidakmampuan membasuh tubuh <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan kognitif • Penurunan motivasi • Kendala lingkungan • Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh • Ketidakmampuan merasakan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Activity Intolerance</i> ❖ <i>Mobility : Physical Impaired</i> ❖ <i>Self Care Deficit Hygiene</i> ❖ <i>Sensory Perception, Auditory disturbed.</i> <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 aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu ❖ Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh 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 	<p>NOC</p> <p><i>Self-Care Assistance : Bathing/ hygiene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri - Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri - Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan - Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi - Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion dan produk aromatherapi) - Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi dan personal - Memfasilitasi gigi pasien menyikat - Memfasilitasi diri mandi

hubungan spasial <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan muskuloskeletal • Gangguan neuromuskular • Nyeri • Gangguan persepsi • Ansietas berat 	mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi <ul style="list-style-type: none"> ❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh ❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral 	pasien, sesuai <ul style="list-style-type: none"> - Memantau pembersih kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien - Memantau integritas kulit pasien - Menjaga kebersihan ritual - Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut/mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai - Mendorong orangtua/keluargapartisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa - Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.
---	---	---

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

i. Konstipasi

Tabel 2.10
Intervensi Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Konstipasi	NOC	NIC
Definisi : penurunan pada frekuensi normal pada defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak. Batasan Karakteristik: <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 (misal : perubahan pada 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Bowel Elamination</i> ❖ <i>Hidration</i> Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari ❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi ❖ Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi ❖ Feses lunak dan berbentuk 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Constipation/ impaction managemen</i> - 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 ruptur usus/peritonitis - Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi - Dukung intake cairan - Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi

status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak ada penyebabnya, peningkatan suhu)

- Borbogirigmi
- Darah merah pada feses
- Perubahan pada pola defekasi
- Penurunan frekuensi
- Penurunan volume feses
- Distansi abdomen
- Rasa rektal penuh
- Rasa tekanan rektal
- Keletihan umum
- Feses keras dan berbentuk
- Sakit kepala
- Bising usus hiperaktif
- Bising usus hipoaktif
- Peningkatan tekanan abdomen
- Tidak dapat makan, mual
- Rembesan feses cair
- Nyeri pada saat defekasi
- Massa abdomen yang dapat diraba
- Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum
- Perkusi abdomen pekak
- Sering flatus
- Mengejan pada saat defekasi
- Tidak dapat mengeluarkan feses
- Muntah

Faktor yang berhubungan :

- Fungsional :
 - Kelemahan otot abdomen
 - Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi
 - Ketidakadekuatan toileting (misal : batasan waktu, posisi untuk defekasi, privasi)
 - Kurang aktivitas fisik
 - Kebiasaan defekasi tidak teratur
 - Perubahan lingkungan saat ini
 - Psikologis :
 - Depresi, stres emosi
 - Konfusi mental
 - Farmakologis :
 - Antasida mengandung aluminium
-

- Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi
- Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume dan warna
- Memantau bising usus
- Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses.
- Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat
- Timbang pasien secara teratur
- Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal
- Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk revolusisembelit.

-
- Antikolinergik, antikonvulsan
 - Antidepresan
 - Agens antipemik
 - Garam bismuth
 - Kalsium karbonat
 - Penyekat saluran kalium
 - Diuretik, garam besi
 - Penyalahgunaan laksatif
 - Agens anti-inflamasi non steroid
 - Opiate, fenotiazid, sedative
 - Simpatomimetik
 - Mekanis :
 - Ketidakseimbangan elektrolit
 - Kemoroid
 - Penyakit hirschprung
 - Gangguan neurologist
 - Obesitas
 - Obstruksi pasca bedah
 - Kehamilan
 - Pembesaran prostat
 - Abses rektal
 - Fisura anak rektal
 - Striktur anak rektal
 - Prolapse rektal, ulkus rektal
 - Rektobel, tumor
 - Fisiologis :
 - Perubahan pola makan
 - Perubahan makanan
 - Penurunan mitilitas traktus gastrointestinal
 - Dehidrasi
 - Ketidakadekuatan gigi geligi
 - Ketidakadekuatan higien oral
 - Asupan serat tidak cukup
 - Asupan cairan tidak cukup
 - Kebiasaan makan buruk
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

j. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.11
Intervensi Resiko Syok

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko syok	NOC	NIC
Definisi : beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah	❖ <i>Syok Prevention</i> ❖ <i>Syok management</i>	<i>Syok Prevention</i>

ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa

Faktor resiko :

- Hipotensi
- Hipovolemi
- Hipoksemia
- Hipoksia
- Infeksi
- Sepsis
- Sindrom respons inflamasi sistemik

Kriteria hasil :

- ❖ Nadi dalam batas yang diharapkan
- ❖ Irama jantung dalam batas yang diharapkan
- ❖ Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan
- ❖ Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan
- ❖ Natrium serum dalam batas normal
- ❖ Kalium serum dalam batas normal
- ❖ Klorida serum dalam batas normal
- ❖ Kalsium serum dalam batas normal
- ❖ Magnesium dalam batas normal
- ❖ pH darah serum dalam batas normal

Hidrasi

- ❖ Indikator :
- ❖ Mata cekung tidak ditemukan
- ❖ Demam tidak ditemukan
- ❖ Tekanan darah dalam batas normal
- ❖ Hematokrit dalam batas normal

- Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR dan ritme, nadi perifer dan kapiler refill.
- Monitor tanda inadkuat oksigenasi jaringan
- Monitor suhu dan pernafasan
- Monitor input dan output
- Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit
- Monitor hemodinamik invasi yang sesuai
- Monitor tanda dan gejala asites
- Monitor tanda awal syok
- Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat
- Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas
- Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat
- Berikan vasodilator yang tepat
- Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok
- Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok

Syok management

- Monitor fungsi neurologis
- Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr : Lavel)
- Monitor tekanan nadi
- Monitor status cairan, input, output
- Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan
- Monitor EKG, sesuai
- Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai
- Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi
- Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal/arteri)
- Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO₂ kadar

-
- hemoglobin SaO₂, CO), jika tersedia
 - Memantau tingkat karbon dioksida sublingual dan/tonometry lambung, sesuai
 - Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaCO₂ peningkatan PaCO₂ tingkat, kelelahan otot pernafasan)
 - Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil, ABC, tingkat laktat, budaya dan profil kimia
 - Masukkan dan memelihara besarnya kobosanan akses IV.
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

k. Resiko perdarahan

Tabel 2.12
Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko perdarahan Definisi : beresiko mengalami penurunan volum darah yang dapat mengganggu kesehatan Faktor resiko : <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisme • Sirkumsisi • Defisit pengetahuan • Koagulopati intravaskuler diseminata • Riwayat jatuh • Gangguan gastrointestinal (misal, penyakit ulkus lambung, polip, varises) • Gangguan fungsi hari (misal, sirosis, hepatitis) • Koagulopati inheren (misal, trombositopenia) • Koplikasi pascapartum (misal, atoni uteri, retensi plasenta) • Komplikasi terkait kehamilan (misal, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta) 	NOC ❖ <i>Blood Lose Severity</i> ❖ <i>Blood Koagulation</i> Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis ❖ Kehilangan darah yang terlihat ❖ Tekanan darah dalam batas normal sistole dan diastole ❖ Tidak ada perdarahan pervagina ❖ Tidak ada distensi abdominal ❖ Hemoglobin dan Hematokrit dalam batas normal ❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal 	NIC <i>Bleeding Precautions</i> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor ketat tanda-tanda perdarahan - Catat nilai HB dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan - Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit - Monitor TTV ortostatik - Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif - Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma) - Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan - Hindari mengukur suhu lewat rectal - Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan - Anjurkan pasien untuk mengingatkan intake makanan yang banyak mengandung vit.K - Hindari terjadinya konstipasi

-
- Trauma
 - Efek samping terkait terapi (misal, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah difisiensi trombosit, kemoterapi)

dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses.

Bleeding Reduction

- Identifikasi penyebab perdarahan
- Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, *Pulmonary Capillary/ Artery Wedge Pressure*)
- Monitor status cairan yang meliputi intake dan output
- Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO₂, SaO₂ dan level Hb dan *cardiac output*)
- Pertahankan patensi IV line

Bleeding Reducion: Wound/luka

- Lakukan manual pressure (tekanan) pada aera perdarahan
- Gunakan *ice pack* pada are perdarahan
- Lakukan *pressure dressing* (perban yang menekan) pada aera luka
- Tinggikan ekstremitas yang perdarahan
- Monitor nadi ukuran dan karakteristik hematoma
- Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan
- Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk
- Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas

Bleeding Reduction : gastrointestinal

- Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feses, urin, residu lambung dan drainase luka
 - Monitor *complete blood count* dan leukosit
 - Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopressin
 - Lakukan pemasangan NGT
-

-
- untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung
 - Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin
 - Dikumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses
 - Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent
 - Kurangi faktor stress
 - Pertahankan jalan nafas
 - Hindari penggunaan antikoagulan
 - Monitor status nutrisi pasien
 - Berikan cairan intavena
 - Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

1. Defisit Pengetahuan : Perawatan post partum berhubungan

dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

Tabel 2.13
Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Defisit pengetahuan Definisi : ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Batasan karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> • Perilaku hiperbola • Keidakakuratan mengikuti perintah • Ketidakakuratan mengikuti tes (misal, histeria, bermusuhan, agitasi, apatis) • Pengukuran masalah Faktor yang berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> • Keterbatasan kognitif • Salah interpretasi informasi • Kurang pajanan • Kurang minat dalam belajar • Kurang dapat mengingat • Tidak familiar dengan sumber informasi 	NOC ❖ <i>Knowledge : disease proces</i> ❖ <i>Knowledge : healt beavior</i> Kriteria hasil : <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. 	NIC <i>Treching : disease proces</i> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik - Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat - Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat - Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat - Hindari jaminan yang kosong - Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat - Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses

-
- pengontrolan penyakit
 - Diskusikan pilihan terapi atau penanganan
 - Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan *second opinion* dengan cara yang tepat atau diindikasikan
 - Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat.
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan (intervensi) mengkomunikasikan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencapai hasil klien yang diinginkan. Perawat harus merencanakan asuhan dengan klien, karena kedua individu bertanggung gugat terhadap asuhan tersebut untuk mencapai hasil diharapkan. Intervensi tertulis yang membimbing kebutuhan asuhan klien perlu diberi tanggal dan ditandatangani untuk mengidentifikasi seseorang yang melakukan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan (Doenges,2011).

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang berisikan respon klien terhadap asuhan yang diberikan dan pencapaian hasil yang diharapkan. Fase evaluasi perlu untuk menentukan seberapa baik rencana keperawatan tersebut berjalan, dan bagaimana selama proses yang terus menerus. Pada tahap evaluasi terdiri dari evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi formatif dituliskan sebagai hasil dari suatu tindakan yang dicatat dalam format implementasi, sedangkan evaluasi sumatif

berupa pemecahan masalah diagnosa keperawatan dalam bentuk catatan perkembangan (SOAPIER) :

S: berupa data subjektif,

O: berupa data objektif,

A: analisa/assesment,

P: berupa planning/perencanaan,

I: implementasi,

E: evaluasi,

R: revisi, re-assesment/ perbaiki (Doenges,2011).