

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N P2A0 DENGAN POST
PARTUM SPONTAN HARI KE – 1 DI RUANGAN PONE DTP
PUSKESMAS PAMEUNGPEUK**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Di STIKES Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

Nama :AJENG FAUZIAH

NIM : KHG.A 18045



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN**

2021

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N P2A0 DENGAN
POST PARTUM SPONTAN HARI KE – 1 DI RUANGAN
PONED DTP PUSKESMAS PAMEUNGPEUK**

NAMA : AJENG FAUZIAH

NIM : KHG.A 18045

Garut, Juli 2021

Menyetujui

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Dewi Budiarti', is written over a light gray horizontal line.

K.Dewi Budiarti, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N P2,AO DENGAN
POST PARTUM SPONTAN HARI KE – 1 DI RUANGAN
PONED PUSKESMAS PAMEUNGPEUK**

NAMA : AJENG FAUZIAH

NIM : KHGA18045

Garut , Juli 2021

Menyetujui

Penguji 1



Eva Daniati, S. Kep., Ners., M.Pd

Penguji II



Eti Suliyawati,S.Kep.,M.Si

Mengetahui

Ka.Prodi DIII Keperawatan
STIKES Karsa Husada Garut



K.Dewi Budiarti, M.Kep

Pembimbing



K.Dewi Budiarti, M.Kep

ABSTRAK

IV Bab, 103 halaman, 19 tabel, 4 lampiran

Post Partum atau masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Tujuan : Penulis mampu memberikan dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post partum spontan di ruang poned DTP puskesmas pameungpeuk. Metode : Metode yang digunakan adalah metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Pengumpulan data menggunakan asuhan keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi. Instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Nifas sesuai ketentuan yang berlaku. Hasil dan Pembahasan : Nyeri berhubungan dengan involusio uteri, Gangguan pola tidur berhubungan dengan pengaktifan RAS, Kurang pengetahuan cara Menyusui tidak efektif b.d cara menyusui yang baik dan benar, Kesimpulan yang diperoleh yaitu penulis mampu melakukan 5 tahap asuhan keperawatan pada klien post partum spontan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Post Partum Spontan

Daftar pustaka 10 buah

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur marilah kita panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia – Nya, serta nabi besar kita Nabi Muhammad SAW solawat tilawah kita limpahkan pada – Nya, dan tak lupa kepada kedua orang tua yang selalu memberikan kasih sayang dan dukungan serta do'a nya sehingga akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sesuai dengan batas waktu yang telah ditentukan.

Dalam membuat dan menyusun laporan ini terdapat banyak tahap demi tahap yang harus penulis lalui dari mulai menyusun laporan sampai akhir laporan yang salah satu tahapan tersebut merupakan persiapan dalam melakukan tindakan keperawatan dimana seorang penulis dituntut untuk lebih terampil dan teliti dalam menguasai materi yang akan dilaksanakan sehingga dapat melaksanakan dengan sebaik – baiknya tanpa ada keraguan sedikit pun walaupun terdapat sedikit hambatan dalam melaksanakan tindakan tersebut.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut. Judul yang diambil untuk Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. N P2A0 Post Partum Spontan Hari Ke – 1 di ruang Poned DTP Puskesmas Pameungpeuk ”.

Selanjutnya Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, pengarahan serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sebesar – besarnya kepada

1. Bapak H. Hadiat,M.A selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Saepudin,S.Sos.,M.kes selaku ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi,S.Kep.,M.Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K.Dewi Budiarti, S.Kep.,M.Kep Selaku ketua prodi DIII Keperawatan Karsa Husada Garut.
5. Ibu K.Dewi Budiarti, S.Kep.,M.Kep Selaku Pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penulis dengan tulus serta ikhlas dalam pembuatan karya tulis ini.
6. Seluruh staff dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
7. DTP puskesmas pameungpeuk terutama kepada ibu Lilis YR, S.KEP yang telah membimbing dan memberi kesempatan pada penulis dalam melaksanakan praktek maternitas.
8. Keluarga Ny.N yang lebih bersedia bekerja sama dalam bidang penelitian sehingga penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiahnya.
9. Kepada ibunda tercinta (Rd. Teti Dinaryati, S.Pd) dan kakak-kakak (Sely Triana Anggraeni, S.Tr.Keb, Nenden Shanti Marisa, S.Pd, Mohammad Fadilah Baihaqi, S.Kep., Ners) yang telah memberikan support kepada penulis dalam menyelesaikan tugas karya tulis ilmiahnya. Penulis mengucapkan

banyak terimakasih yang telah memberikan curahan kasih sayang yang begitu besar serta memberikan dorongan doa moril, dan materil kepada penulis.

10. Untuk rekan-rekan seperjuangan D3 Keperawatan, khususnya kelas 3b yang telah berjuang bersama-sama dari awal sampai akhir.
11. Kepada Sahabat-sahabat terbaik saya yang memberikan motivasi (uswatun hasanah, indry marlianan, tria yulianti, anisa nuryani) yang telah memberikan motivasi serta dorongan dan kebersamaannya selama menuntut ilmu di STIKes Karsa Husada Garut.
12. Dan untuk diri saya sendiri. Terimakasih sudah mau berjuang sampai saat ini, suka duka slalu dapat dilewati, tetap semangat untuk masa depan membanggakan kedua orang tua dan orang – orang yang disayangi, selalu jadi diri sendiri yang penuh dengan semangat, kerja keras, mandiri .

Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini memberikan manfaat khusus bagi penulis dan umumnya bagi siapa saja yang membacanya. Penulis pun mengharapkan saran dan kritik untuk kesempurnaan karya tulis ini.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan balasan yang baik kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai.

Garut, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A.Latar Belakang	1
B.Tujuan penulisan	7
C.Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A.Konsep Dasar Kasus	10
1.Post Partum spontan	10
2.Penatalaksanaan post partum.....	28
B.Konsep dasar Asuhan Keperawatan	33
1.Pengkajian	33
2.Analisa data	45
3.Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul.....	46
4.Perencanaan Keperawatan.....	47
5.Implementasi keperawatan	51

6.Evaluasi Keperawatan	52
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	53
A.Tinjauan kasus.....	53
1.Pengkajian	53
2.Analisa data	66
3.Diagnosa keperawatan	67
4.Proses keperawatan.....	69
5.Catatan perkembangan	72
B.Pembahasan	74
1.Pengkajian Keperawatan	75
2.diagnosa keperawatan.....	76
3.Tahapan perencanaan.....	78
4.Implementasi Keperawatan	78
5.Evaluasi	81
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	84
A.Kesimpulan	84
B.Rekomendasi	85

DAPTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Perubahan normal pada uretus selama post partum	13
Tabel 2. 2 perbedaan lochea.....	30
Tabel 2. 3 Analisa Data.....	45
Tabel 2. 4 Perencanaan Keperawatan Nyeri	48
Tabel 2. 5 Gangguan Pola Istirahat Tidur	49
Tabel 2. 6 Kurang Pengetahuan	50
Tabel 2. 7 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Menyusui Tidak Efektif.....	51
Tabel 3. 1 Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu dan sekarang.....	56
Tabel 3. 2 Pola Aktivitas Sehari-hari	62
Tabel 3. 3 Terapi Obat	64
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	65
Tabel 3. 5 Proses Keperawatan	68
Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan Ny. N Tanggal 23 Maret 2021	72

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway Post Partum Spontan	26
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

1. Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Perawatan Payudara
2. Leaflet Perawatan Payudara
3. Lembar Bimbingan
4. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut laporan *World Health Organization (WHO)* yang dikutip dalam *Priharyanti Wulandari dan Prasita Dwi Nur Hiba*, Untuk AKI di negara-negara Asia Tenggara diantaranya Indonesia mencapai 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Angka Kematian Ibu (AKI) termasuk indikator terpenting dari derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

Masa nifas merupakan proses fisiologis, sehingga bagaimana upaya yang dilakukan supaya kondisi fisiologis tidak jatuh ke patologis adalah memberikan asuhan keperawatan pada ibu nifas (Nurniati dkk, 2014).

Asuhan keperawatan pasca partum atau masa nifas untuk membantu ibu baru dan keluarganya berhasil beradaptasi pada masa transisi setelah kelahiran anak dan tuntutan menjadi orangtua. Penekanan asuhan keperawatan pada

masa ini adalah pada pengkajian dan modifikasi faktor faktor yang mempengaruhi pemulihan ibu dari masa nifas untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian *post partum*, banyak perawat menggunakan istilah BUBBLE-LE yaitu termasuk Breast (payudara), Uterus (rahim), Bowel (fungsi usus), Bladder (kandung kemih), Lochia (lokia), Episiotomy (episiotomi/perinium), Lower Extremity (ekstremitas bawah), dan Emotion (emosi). Kemampuannya untuk mengemban peran perawatan bayi baru lahir, dan transisi peran dan kemampuan fungsional ibu serta keluarganya.

Masa nifas atau *post partum* adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Setelah masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti sebelum hamil. Selama masa nifas perlu mendapat perhatian lebih dikarenakan angka kematian ibu 60% terjadi pada masa nifas. Dalam angka kematian ibu (AKI) adalah penyebab banyaknya wanita meninggal dari suatu penyebab adalah kurangnya perhatian pada wanita *post partum* (Maritalia, 2012).

Istilah *puerperium* (*puer*, seorang anak, ditambah kata *parere*, kembali ke semula) merujuk pada masa enam minggu antara terminasi persalinan dan kembalinya organ reproduksi ke kondisi sebelum hamil. *Purperium* meliputi perubahan progresif payudara untuk laktasi, serviks yang mengeluarkan cairan lokia yang normal terjadi dalam tiga tahap yaitu lokia rubra berwarna merah terang, lokia serosa berwarna merah muda, lokia sanguilenta berwarna kecoklatan, lokia alba berwarna coklat keputih-putihan dan lokia yang patologis yaitu lokia purulenta yang berbau busuk disertai nanah. Perubahan

yang disebabkan involusi adalah proses fisiologis normal. Meskipun begitu, involusi yang mencolok cepat biasanya menandakan adanya penyakit. (Martin, Reeder G, Koniak, 2014).

Berbagai perubahan anatomi dan fisiologis yang nyata terjadi selama masa pasca partum ini seiring dengan proses yang terjadi selama masa kehamilan dikembalikan. Pengetahuan tentang proses reproduksi dalam kehamilan dan persalinan merupakan suatu dasar untuk memahami adaptasi organ generatif dan berbagai sistem tubuh manusia setelah kelahiran. (Martin, Reeder G, Koniak, 2014).

Perubahan yang terjadi pada adaptasi fisiologis, ibu mengalami perubahan sistem reproduksi dimana ibu mengalami proses involusio uteri, laktasi dan perubahan hormonal. sedangkan perubahan pada adaptasi psikologis adanya rasa ketakutan dan kekhawatiran pada ibu yang baru melahirkan, dan hal ini akan berdampak kepada ibu yang berada dalam masa nifas menjadi sensitif terhadap faktor-faktor yang mana dalam keadaan normal mampu diatasinya.

Perubahan yang mendadak pada ibu post partum penyebab utamanya adalah kekecewaan emosional, rasa sakit pada masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut tidak menarik lagi bagi suaminya, terutama emosi selama minggu pertama menjadi labil dan perubahan suasana hatinya dalam 3 - 4 hari pertama, masa ini sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh

begitu banyak faktor, maka penekanan utama adalah pendekatan keperawatan dengan memberikan bantuan, simpati dan dorongan semangat.

Beberapa kondisi pada masa nifas yang perlu diperhatikan karena memiliki kemungkinan sebagai tanda bahaya, termasuk Perdarahan pascamelahirkan dapat menjadi tanda bahaya. Hal ini perlu dicurigai jika Anda harus mengganti pembalut lebih dari satu kali per jam. Keadaan ini juga bisa disertai dengan pusing dan detak jantung yang tidak teratur. Bila mengalaminya, Anda dianjurkan untuk segera mencari pertolongan medis. Kondisi ini mungkin menandakan masih ada plasenta (ari-ari) yang tertinggal dalam rahim, sehingga perlu dilakukan tindakan kuretase sebagai penanganannya.

Perubahan kadar hormon dan munculnya tanggung jawab setelah melahirkan, bisa membuat ibu mengalami baby blues. Gejala yang muncul bisa berupa perasaan gelisah, marah, panik, lelah atau sedih. Umumnya kondisi ini hilang dalam beberapa hari atau minggu. Bila perasaan tersebut tak juga hilang, bahkan disertai rasa benci, keinginan bunuh diri, juga halusinasi, kemungkinan Anda mengalami depresi pascamelahirkan. Kondisi ini tergolong berbahaya dan perlu segera mendapat penanganan.

Mengetahui tanda bahaya saat masa nifas, dapat membantu ibu yang baru melahirkan dan orang di sekelilingnya untuk lebih berhati-hati. Jika mengalami atau melihat tanda bahaya dalam masa nifas, disarankan untuk segera berkonsultasi ke dokter, demi mendapat penanganan yang tepat.

Berdasarkan data yang diperoleh dari bidang pencatatan PONE DTP PUSKESMAS PAMEUNGPEUK di bulan april 2021.

Tabel 1.1
10 Besar kasus Ibu di Poned DTP Puskesmas Pameungpeuk
Bulan April 2021

No	Kasus	Angka
1	Persalinan normal	22
2	PEB	7
3	KPD	6
4	Petal distral	2
5	Prematur	1
6	Patrus lama	1
7	Perdarahan post partuum	1
	Jumlah	40

Sumber: Rekam medik di poned DTP Puskesmas Pameungpeuk Bulan April 2021

Berdasarkan data tabel diatas dapat dilihat bahwa kehamilan persalina normal dengan penyakit lainya menduduki urutan ke 1 dengan rata rata jumlah 22 orang pada periode bulan april 2021 di DTP Puskesmas Pameungpeuk. Hal ini menunjukan bahwa angka kejadian kehamilan persalinan normal cukup tinggi. Meskipun sebagian besar kasus persalinan di DTP Puskesmas Pameungpeuk adalah persalinan normal namun apabila tidak dilakukan pertolongan yang baik dan benar akan berdampak pada timbulnya komplikasi pada masa postpartum diantaranya: infeksi puerperium, perdarahan post partum dan syok hipovolemik.

Berdasarkan uraian diatas penulis memutuskan untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan Ny N P2A0 Dengan Post

Partum Spontan Hari Ke -1 Diruangan Poned DTP Puskesmas Pameungpeuk”

Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi dimana penulis akan membuat asuhan keperawatan pada Ny. N P2A0 post partum spontan hari ke-1 di ruang Poned DTP Puskesmas Pameungpeuk .

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. N P2A0, Dengan Post Partum Spontan hari ke-1 di Ruang Poned DTP Puskesmas Pameungpeuk.
- b. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada Ny. N P2A0 Dengan Post Partum Spontan hari ke-1 di Ruang Poned DTP Puskesmas Pameungpeuk .
- c. Penulis mampu melakukan perencanaan tindakan pada Ny. N P2A0, Dengan Post Partum Spontan hari ke-1 di Ruang Poned DTP Puskesmas Pameungpeuk .
- d. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. N P2A0,Dengan Post Partum Spontan hari ke-1 diRuang Poned DTP Puskesmas Pameungpeuk .

- e. Penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. N P2A0 Dengan Post Partum Spontan hari ke-1 di Poned DTP Puskesmas Pameungpeuk .
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. N P2A0, Dengan Post Partum Spontan hari ke-1 di Ruang Poned DTP Puskesmas Pameungpeuk .

B. Metode Telaahan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini , metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi,dan evaluasi. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut:

a. Wawancara

Penulis mengumpulkan data melalui komunikasi secara lisan yaitu menanyakan atau tanya jawab data dari keluarga klien dan tim medis lain (Nursalam, 2013)

b. Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien(Nursalam, 2013).

c. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan dengan metode head to toe dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi sehingga didapatkan data yang objektif tentang data kesehatan klien.

d. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data yang didapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan mempelajari buku buku atau referensi yang berguna untuk memperoleh dasar dasar teori yang berhubungan dengan ibu post partum serta permasalahannya, sehingga dapat digunakan untuk landasan dalam pemberian asuhan keperawatan

e. Studi Kepustakaan

Hal ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teoritis yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapat dengan fakta yang ada di lahan praktek, diperoleh kesenjangan, mencari penyebab dan pemecahan masalah.

C. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini memberikan gambaran secara umum mengenai uraian dari kasus ini. Untuk mempermudah dalam membaca dan menyelesaikan penulisan ini maka penulis menyusun secara sistematis, singkat dan jelas. Penulisan tugas akhir ini terdiri 4 (empat) bab dengan garis besar sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan : Berisi latar belakang, tujuan penulisan, metode, dan teknik penulisan serta sistematika penulisan.

BAB II Tinjau Teori : Tinjauan teoritis berisi tentang konsep dasar yang terdiri dari konsep kehamilan post partum spontan terdiri dari etiologi, etiologi, manifestasi klinik, patofisiologi, pathway, adaptasi fisiologi dan

psikologi post partum, pemeriksaan penunjang, komplikasi, dampak post partum terhadap kebutuhan dasar manusia, pengkajian fokus, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan.

BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasannya : Yaitu menguraikan dokumentasi asuhan keperawatan yang terdiri dari : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan.

BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi : Menguraikan tentang kesimpulan dan rekomendasi penulis terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Post Partum spontan

a. Definisi

Masa nifas atau post partum adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Setelah masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti sebelum hamil. Selama masa nifas perlu mendapat perhatian lebih dikarenakan angka kematian ibu 60% terjadi pada masa nifas. Dalam Angka Kematian Ibu (AKI) adalah penyebab banyaknya wanita meninggal dari suatu penyebab kurangnya perhatian pada wanita post partum (Maritalia, 2012).

Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa postpartum berlangsung selama 6 minggu (Wahyuningsih, 2019).

Jadi kesimpulan nya post partum spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya. Jadi, persalinan ini benar-benar hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong keluarnya bayi.

b. Perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum

Untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian post partum, banyak perawat menggunakan istilah BUBBLE-LE yaitu termasuk Breast (payudara), Uterus (rahim), Bowel (fungsi usus), Bladder (kandung kemih), Lochia (lokia), Episiotomy (episiotomi/perinium), Lower Extremity (ekstremitas bawah), dan Emotion (emosi). Menurut Hacker dan Moore Edisi 2 adalah :

1) Involusi Rahim Melalui proses katabolisme jaringan, berat rahim dengan cepat menurun dari sekitar 1000gm pada saat kelahiran menjadi 50 gm pada sekitar 3 minggu masa nifas. Serviks juga kehilangan elastisnya dan kembali kaku seperti sebelum kehamilan. Selama beberapa hari pertama setelah melahirkan, secret rahim (lochia) tampak merah (lochia rubra) karena adanya eritrosit. Setelah 3 sampai 4 10 hari lochia menjadi lebih pucat (lochia serosa), dan dihari ke sepuluh lokheatampak berwarna putih atau kekuning kuningan (lochia alba). Berdasarkan waktu dan warnanya pengeluaran lochia dibagi menjadi 4 jenis:

- a) Lochia rubra, lochia ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum, warnanya merah karena berisi darah segar dari jaringan sisa-sisa plasenta.
- b) Lochia sanguilenta, berwarna merah kecoklatan dan muncul di hari keempat sampai hari ketujuh.

- c) Lochia serosa, lochia ini muncul pada hari ketujuh sampai hari keempat belas dan berwarna kuning kecoklatan.
 - d) Lochia alba, berwarna putih dan berlangsung 2 sampai 6 minggu post partum.
- 2) Munculnya kembali perdarahan merah segar setelah lochia menjadi alba atau serosa menandakan adanya infeksi atau hemoragi yang lambat. Bau lochia sama dengan bau darah menstruasi normal dan seharusnya tidak berbau busuk atau tidak enak. Lochia rubra yang banyak, lama, dan berbau busuk, khususnya jika disertai demam, menandakan adanya kemungkinan infeksi atau bagian plasenta yang tertinggal. Jika lochia serosa atau alba terus berlanjut melebihi rentang waktu normal dan disertai dengan rabas kecoklatan dan berbau busuk, demam, serta nyeri abdomen, wanita tersebut mungkin menderita endometriosis. (Martin, Reeder G, Koniak, 2014). Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:
- a) **Iskemia Miometrium** : Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
 - b) **Atrofi jaringan** : Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.
 - c) **Autolysis** : Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan

jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

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

Tabel 2.1
Perubahan Normal Pada Uterus Selama Post Partum

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uteri	Diameter uteri	Palpasi cerdik
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut /lembek
7 hari (1 minggu)	Pertengahan antara pusat dan symphysis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Menurut Reeder, (2012) tinggi fundus uteri (TFU) pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari di bawah pusat, pada hari ke tiga 2 jari di bawah pusat, pada hari ke empat 2 jari di atas simpisis, pada

hari ke tujuh 1 jari d atas simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisis.

a) Tempat plasenta

Segera setelah plasenta keluar dan ketuban dikeluarkan, kontriksi vasikuler dan thrombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur.

b) Serviks (mulut rahim)

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan 18 jam setelah pasca partum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi padat dan kembali ke bentuk semula. Warna serviks sendiri berwarna kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah, bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin.

c) Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Mikroorganisme ditemukan pada loche yang menumpuk di vagina dan pada sebagian besar kasus juga ditemukan bahwa bila discharge diambil dari rongga uterus.

Karakteristik lochea:

(1)Lochea Rubra atau Merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke 3 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisikan darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

(2)Lochea Serosa

Lochea ini muncul pada hari ke 4 sampai hari ke 7 masa post partum. Lochea serosa ini berwarna merah muda sampai coklat, tidak berbau tidak ada bekuan.

(3)Lochea Alba

Lochea ini muncul pada minggu ke pertama sampai pada minggu ke 3 post partum. Lochea ini krem sampai kekuningan mungkin kecoklatan, tidak berbau.

Tabel 2.2
Perbedaan Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri – ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua, verniks, caseosa, rambut lanugo, sisa meconium dan sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur darah	Sisa darah bercampur darah.
Serosa	7-14 hari	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lender, serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Marmi, 2015

d) Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu post partum. Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan, pada post natal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan. (Ambarwati E,R,Diah,W, 2010).

(1) Perubahan Sistem Pencernaan

Dua jam setelah proses persalinan, setiap wanita dapat merasa lapar dan siap untuk menyantap makanan. Salah satu zat pada makanan yang dibutuhkan ibu adalah kalsium. Kalsium sangat penting untuk gizi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada saat tersebut terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatkan kebutuhan kalsium pada ibu (termasuk pada bayi untuk proses pertumbuhan).

Pada masa kehamilan trimester 1, ibu akan mengalami mual muntah akibat produksi saliva. Gejala tersebut terjadi selama 6 minggu setelah HPHT, dan berlangsung kurang lebih 10 minggu pada ibu nifas. Ibu nifas yang mengalami partus lama akan lebih

mudah mengalami ileus paralitikus, yaitu adanya obstruksi usus akibat tidak adanya peristaltic usus.

(2) Perubahan Sistem Perkemihan

Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinurin nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari postpartum. Pelvis, ginjal, dan ureter yang meregang selama proses kehamilan akan kembali normal pada akhir minggu ke-4 setelah melahirkan. Pemeriksaan siskotopik setelah proses persalinan akan menunjukkan tidak adanya edema dan hyperemia pada dinding kandung kemih, tetapi sering ditemukan ekstrasvasi darah pada submukosa.

Diuresis yang normal dimulai setelah proses persalinan sampai dengan hari ke-5. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3000ml/hari. Hal tersebut merupakan bagian normal dari kehamilan. Dalam kondisi tersebut, kandung kemih pada puerperium mempunyai kpasitas yang meningkat secara relative. Oleh karena itu, distensi, urine residual, dan pengosongan yang tidak sempurna harus diwaspadai dengan seksama.

(3) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang selama proses persalinan setelah bayi lahir akan berangsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi 6-8 minggu setelah persalinan. Putusnya serat serat elastis pada kulit

dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Ambulansi dini, mobilisasi dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut.

(4) Perubahan Sistem Endokrin

Perubahan sistem endokrin pada masa nifas adalah :

(a) Hormon Plasenta

Selama periode pascapartum akan terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta dapat menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta akan menurun dengan cepat setelah proses persalinan.

(b) Hormon Pituitari

Hormon ini akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, Follicle Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing Hormone (LH) meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3. Untuk LH masih tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

(c) Hormon Oksitosin

Dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang dan bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta.

(d) Hipotalamik Pituitari Ovarium

Akan memengaruhi lama tidaknya ibu mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar ekstrogen dan progesterone.

(5) Perubahan Tanda – tanda Vital

Selama masa nifas, ada beberapa tanda tanda vital yang sering dijumpai pada ibu. Beberapa tanda vital tersebut yaitu :

- (a) Suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan.
- (b) Denyut nadi akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal. Tingginya denyut nadi dapat disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum yang tertunda.
- (c) Kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.
- (d) Pernafasan akan terganggu karena keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi.

(6) Perubahan Sistem Hematologi

Pada minggu akhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor faktor pembekuan darah akan meningkat. Di hari pertama, kadar fibrinogen dan plasma akan menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas dimana telah meningkatkan faktor pembekuan darah leukositosis. Jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan. Jumlah sel darah putih tersebut bisa naik lagi sampai 25.000 – 30.000 tanpa adanya kondisi patologis.

(7) Payudara

Segera setelah melahirkan, terjadi penurunan kadar hormone (contoh : estrogen, progesterone, hCG, prolactin, kortisol, dan insulin) yang menstimulasi perkembangan payudara selama kehamilan. Waktu yang dibutuhkan untuk hormon-hormon ini kembali seperti sebelum hamil sebagian ditentukan oleh apakah ibu menyusui atau tidak.

(a) Ibu Menyusui

Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, dapat keluar dari payudara. Payudara perlahan akan menjadi lebih penuh dan berat ketika kolostrum berubah menjadi susu 72 sampai 96 jam setelah melahirkan ; perubahan ini sering kali dikatakan sebagai “kehadiran air

susu". Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Air susu putih kebiruan yang terlihat seperti susu-krim (susu sebenarnya) akan keluar dari payudara. Ketika kelenjar air susu dan salurannya penuh dengan susu, benjolan yang berhubungan dengan produksi air susu cenderung berpindah tempat. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, namun dengan menyusui secara teratur dan perawatan yang tepat, kondisi ini bersifat sementara dan biasanya hanya berlangsung selama 24 jam sampai 48 jam.

(b) Ibu yang tidak menyusui

Payudara secara umum akan teraba bermodul dibandingkan dengan wanita tidak hamil yang biasanya teraba bergranul. Nodularitas akan bersifat bilateral dan menyebar. Kadar prolaktin akan turun dengan cepat. Kolostrum akan keluar pada hari pertama setelah melahirkan. Jika payudara dipalpasi pada hari kedua atau ketiga, saat itu susu mulai diproduksi, beberapa wanita akan merasa nyeri. Pada hari ketiga atau keempat, dapat terjadi pembengkakan. Payudara akan terdistensi (bengkak), keras, nyeri bila dipegang, dan teraba hangat (karena kongesti pembuluh darah). Distensi payudara terutama disebabkan oleh kongesti vena dan pembuluh

limfe sementara, bukan karena akumulasi susu. Susu ada namun tidak keluar. Jaringan payudara di ketiak (ekor spence) dan payudara atau puting tambahan pada garis air susu juga dapat terpengaruh. Pembengkakan akan menghilang spontan, dan rasa tidak nyaman akan berkurang biasanya dalam 24 sampai 36 jam. Pakaian dalam atau kutang (beha) Yang pas dan suportif, kompres es, daun kol segar, dan analgesik ringan dapat digunakan untuk mengurangi rasa tidak nyaman. Stimulasi puting harus dihindari. Jika air susu tidak pernah dihisap (atau dihentikan), laktasi akan berhenti dalam beberapa hari sampai minggu.

c. Perubahan Adaptasi Psikologis Postpartum

Menurut Vivian, 2011 Adaptasi Psikologis ibu masa nifas dibagi menjadi 3 yaitu :

1) Fase Tacking-in

Periode ini terjadi pada saat 1 – 2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya akan pasif dan tergantung, perhatiannya akan tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya, ibu akan mengulangi pengalaman – pengalaman sewaktu melahirkan. Pada fase ini memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan kondisi tubuh ke keadaan normal. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga

membutuhkan peningkatan nutrisi, kurangnya nafsu makan, mendadak proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.

2) *Fase Tacking-hold*

Fase Tacking-hold adalah fase/periode yang berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan batinnya.

3) *Fase letting-go*

Fase letting-go merupakan fase meneiima tanggungjawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya.

d. Komplikasi dan penyakit dalam masa nifas

komplikasi masa nifas menurut (Setyo Retno Wulamjani, 2011) adalah sebagai berikut :

a. Pendarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 300 ml setelah bersalin

didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :

- 1) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain didalam ember dan lantai.
- 2) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar HB normal akan berakibat fatal pada anemia. Seseorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.
- 3) Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan.
- 4) Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri. Semua ibu pasca bersalin fase persalinan.

1) Endometritis

Endometritis adalah radang pada endometrium, kuman kuman memasuki endometrium, biasanya pada luka bekas insert plasenta dan dalam waktu singkat mengikutsertakan seluruh endometrium. Pada infeksi dengan kuman yang tidak seberapa pathogen, radang terbatas

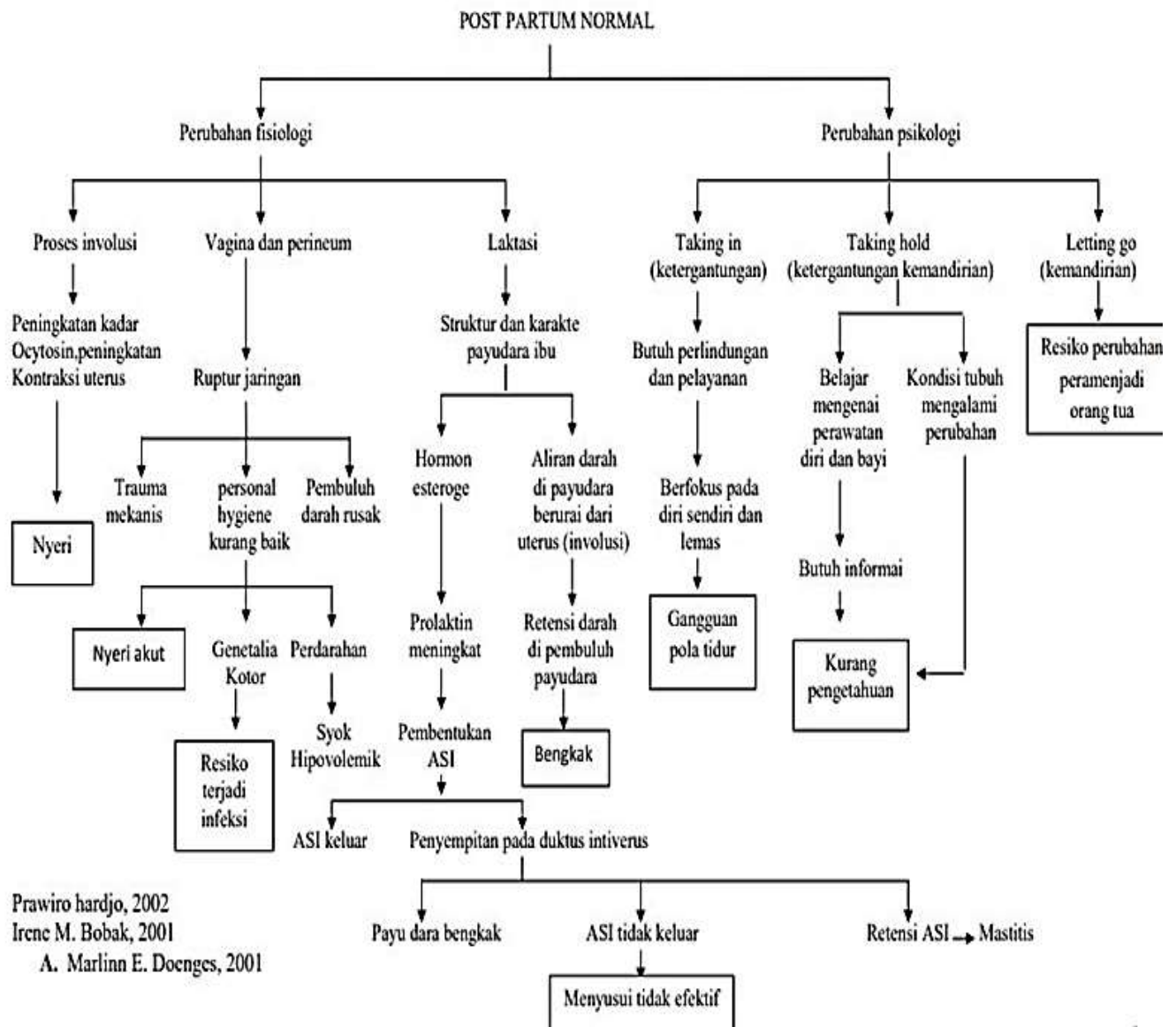
pada endometrium. Jaringan sesudah bersama-sama dengan bekuan darah menjadi nekrotis dan mengeluarkan getah berbau dan terdiri atas keping-keping nekrotis serta cairan.

2) Peritonitis

Infeksi nifas dapat menyebar melalui pembuluh limfe di dalam uterus langsung mencapai peritoneum dan menyebabkan peritonitis, atau melalui jaringan diantara kedua lembar ligamentum lalu menyebabkan parametritis. Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum yang merupakan pembungkus visera dalam rongga perut. Peritonitis adalah suatu respon inflamasi atau supuratif dari peritoneum yang disebabkan oleh iritasi kimiawi atau infeksi bakteri. Sedangkan peritoneum adalah mesoderm lamina lateralis yang tetap bersifat epitelial pada permulaan mesoderm merupakan dinding dari sepasang rongga yaitu coelon.

e. Pathway Post Partum Spontan

Bagan 2. 1
Pathway Post Partum Spontan



Prawira bardjo, 2002, Irene M.Bobak 2001, A.Marlian E Doenges, 2021

Pada kasus post partum spontan akan terjadi perubahan fisiologis dan psikologis, pada perubahan fisiologis terjadi proses involusi menyebabkan terjadi peningkatan kadar oksitosin, peningkatan kontraksi uterus sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut, dan perubahan pada vagina dan perineum terjadi ruptur jaringan dan trauma mekanis, personal hygiene yang kurang baik, pembuluh darah rusak menyebabkan genitalia menjadi kotor dan terjadi juga perdarahan sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi.

Perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara, laktasi dipengaruhi oleh hormon estrogen dan peningkatan prolaktin. sehingga terjadi pembentukan ASI tetapi terkadang terjadi juga aliran darah di payudara berurai dari uterus (involusi) di pembuluh payudara maka akan terjadi bengkak dan penyempitan pada duktus inteverus. sehingga ASI tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif. pada perubahan psikologis akan muncul *taking in* (ketergantungan), *taking hold* (ketergantungan kemandirian), *letting go* (kemandirian).

Pada perubahan *taking in* pasien akan membutuhkan perlindungan dan pelayanan, ibu akan cenderung berfokus pada diri sendiri dan perasaan lemah, sehingga muncul masalah keperawatan gangguan pola tidur, *taking hold* pasien akan belajar mengenai perawatan diri dan bayi, akan cenderung butuh informasi karena mengalami perubahan kondisi tubuh sehingga muncul masalah keperawatan kurang pengetahuan. *letting go* ibu akan mulai mengalami perubahan peran, sehingga akan muncul masalah keperawatan resiko perubahan peran menjadi orang tua. (Marmi, 2015).

2. Penatalaksanaan post partum

1) Penatalaksanaan Farmakologi

a) Monitor TTV

Tekanan darah meningkat lebih dari 140/90 mungkin menandakan preeklamsi, suhu tubuh meningkat menandakan terjadinya infeksi, stress, dehidrasi.

b) Pemberian cairan intravena

Untuk mencegah dehidrasi dan meningkatkan kemampuan peredaran darah dan menjaga agar jangan jatuh dalam keadaan syok

c) Pemberian oksitoksin

Segera setelah plasenta dilahirkan oksitoksin (10 unit) ditambahkan dengan cairan infuse atau diberikan secara intramuskular untuk

membantu kontraksi uterus dan mengurangi pendarahan postpartum,

d) Kolaborasi pemberian analgetik

Pemberian obat anti nyeri termasuk analgetik, dapat mengontrol dan mengurangi nyeri yang dirasakan oleh ibu pasca dilakukannya tindakan laserasi episiotomi.

2) Penatalaksanaan Non-Farmakologi

a) Mobilisasi

(1) 6-8 jam pasca persalinan

Istirahatkan dan tidur tenang, usahakan miring kanan dan kiri

(2) Menjelaskan senam kegel dan senam nifas

Latihan senam kegel dapat memperkuat tonus otot vagina

Berdiri dengan tungkai dirapatkan kencangkan otot-otot, pantat

dan pinggul tahan sampai 5 hitungan kendurkan dan ulangi

latihan sebanyak 5 kali.

b) Diet

Pasca melahirkan dan mulai menyusui ibu harus mengonsumsi tambahan kalori setiap harinya. Makanan harus dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, serta vitamin yang cukup untuk membantu proses penyembuhan serta produksi ASI yang baik.

c) Miksi

Hendaknya dapat dilakukan sedini mungkin, karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan pendarahan.

d) Defekasi

Buang air besar harus dapat dilakukan 3-4 hari pasca persalinan, bila tidak bisa maka diberi obat peroral atau perrektal.

e) Breast care / perawatan payudara

Perawatan payudara bertujuan untuk menjaga payudara agar tetap bersih dan kering terutama pada puting susu. Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dari puting susu yang tidak lecet. Apabila terjadi pembendungan ASI pada payudara lakukan :

- (1) Pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit
- (2) Pijat payudara dari arah pangkal menuju puting.
- (3) Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak
- (4) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali
- (5) Anjurkan ibu untuk melakukan pemijatan oksitoksin guna memperlancar produksi ASI
- (6) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.

(Sarwono 2002, dalam Masiroh, 2013)

f. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas paling sedikit 4 kali, kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

g. Dampak post partum spontan terhadap kebutuhan manusia

Dampak-dampak yang dapat ditimbulkan dari pasca partum yaitu:

1) Ansietas

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa disekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

2) Gangguan mobilitas fisik

Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia dalam mobilisasi pada ibu post partum dapat disebabkan oleh trauma selama persalinan. Trauma yang dimaksud adalah luka pada perineum yang menyebabkan ibu merasa nyeri. Dari luka perineum yang dialami oleh ibu akan membuat mobilitas fisik ibu terganggu.

3) Gangguan pola tidur

Gangguan pola tidur merupakan gangguan yang terjadi pada kualitas dan kuantitas waktu tidur seseorang akibat faktor eksternal. Pada ibu post partum seringkali mengalami pola tidur yang terganggu. Rasa yang tidaknyaman yang dialami oleh ibu post partum dipengaruhi

oleh lingkungan yang kurang nyaman, bayi meringis, aktivitas untuk merawat bayi, serta nyeri yang dirasakan akibat ketidaknyamanan yang muncul saat persalinan.

4) Kebutuhan Eliminasi Buang Air Kecil

Diuresis yang nyata akan terjadi pada hari ke 1 sampai hari ke 2 pasca melahirkan, dan kadang kadang mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemihnya karena sakit memar atau gangguan pada tonus otot.

5) Kebutuhan Eliminasi Buang Air Besar

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong.

6) Kebutuhan Dasar Psikologis

Macam macam perasaan dapat timbul pada masa post partum terhadap kelahiran bayinya yang dapat menimbulkan kebahagiaan. Perasaan tidak percaya dan takut tidak bias merawat bayinya.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Tujuan anamnesa adalah pengumpulan beberapa informasi subyektif yang diperoleh dari apa yang telah dipaparkan oleh pasien terkait dengan masalah kesehatan yang menyebabkan pasien melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan. (Niman, 2013)

a. Identitas

Terdiri dari identitas klien, bayi dan penanggungjawab. Pengkajian identitas meliputi : nama, umur, jenis kelamin, agama, tanggal masuk, tanggal pengkajian, dianosa medis, nomor rekam medis, alamat. Sementara untuk bayi diberi label bayi seperti nama ayah atau ibu, umur, dan ruangan.

b. Status Kesehatan

1) Keluhan Utama

Kondisi yang dirasakan tidak nyaman, rasa sakit yang dialami oleh ibu saat ini, bahkan adanya kelainan serta keluhan baik secara fisik maupun psikologis, seperti kecemasan dan rasa takut (Astuti, 2015 dalam Suprpti dan Mansur, 2018)

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan pengembangan dari keluhan yang dirasakan klien. Jika klien mengeluh nyeri , maka yang diuraikan dalam riwayat kesehatan sekarang dengan menggunakan PQRST, yaitu :

- a) P (*Paliative/Proporative*): Apa yang menyebabkan rasa mules bertambah. Biasanya mules yang dirasakan klien bertambah pada saat digerakkan. Dan mules yang dirasakan klien berkurang ketika diistirahatkan atau didiamkan.
- b) Q (*Qualitative/Quantitative*): mules yang dirasakan klien seperti apa; apakah rasanya tajam, sakit seperti diremas, menekan, membakar, mules, kolik kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan ini dengan kata – katanya).
- c) R (*Region*) : Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik. Nyeri yang dirasakan oleh klien post partum dengan ruptur perineum dirasakan dibagian vagina tepatnya diperineum.
- d) S (*Scale*) : Nilai nyeri dalam skala 1 – 10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit. Cara lain adalah menggunakan skala FACES untuk pasien anak – anak lebih dari 3 tahun atau pasien dengan kesulitan bicara.
- e) T (*Time*) : Kapan nyeri yang dirasakan mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba – tiba; apakah nyeri muncul secara terus – menerus atau kadang – kadang. Biasanya nyeri yang dirasakan hilang timbul apabila nyerinya bertambah pada saat digerakkan.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Mengenai penyakit – penyakit terdahulu yang pernah dialami klien yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang dan dapat memperberat

atau diperberat karena kehamilan misalnya jantung, hipertensi, diabetes mellitus, infeksi kronik, penggunaan obat – obatan kebiasaan klien seperti merokok, minum lakohol dan mengkonsumsi minuman berkafein. Apakah klien memiliki riwayat alergi, apakah klien mendapat imunisasi, apakah klien pernah kecelakaan, adakah riwayat operasi.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit yang diderita oleh anggota keluarga lain, seperti kehamilan kembar, penyakit yang dapat diturunkan dan penyakit yang dapat ditularkan seperti hepatitis dan TBC.

5) Riwayat obstetrik

a) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat Menstruasi

Meliputi siklus haid, lamanya haid, sifat darah (warna, bau, cair, gumpalan), dismenorhea, HPHT, dan taksiran\ persalinan

(2) Status Perkawinan

Status perkawinan, umur pada waktu menikah, lama perkawinan dan berapa kali menikah.

(3) Riwayat Keluarga Berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan, masalah yang dihadapi selama penggunaan, jenis kontrasepsi yang direncanakan setelah melahirkan dan jumlah anak yang direncanakan.

b) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu meliputi umur kehamilan, tanggal melahirkan, jenis persalinan, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi, dan keadaan anak.

(2) Usia kehamilan, keluhan selama hamil, gerakan anak pertama yang dirasakan oleh klien. Apakah klien mendapatkan imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan frekuensi memeriksakan kehamilannya.

(3) Merupakan persalinan yang beberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, apakah terjadi perdarahan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin bayi, berat badan bayi dan APGAR score serta keadaan masa nifas.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan ibu secara umum nifas normal biasanya lemah.

2) Keadaan emosional

Untuk mengetahui apakah keadaan emosional stabil atau tidak. Biasanya terdapat fase taking in, pada hari ke 1-2 nifas, ibu pada umumnya akan pasif dan tergantung, perhatiannya akan tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya, ibu akan mengulangi pengalaman – pengalaman sewaktu melahirkan. Pada fase ini memerlukan

ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan kondisi tubuh ke keadaan normal. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi, kurangnya nafsu makan, mendadak proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah, normal yaitu $< 140/90$ mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari post partum. Setelah persalinan sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah sementara waktu. Keadaan ini akan kembali normal selama beberapa hari. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan post partum. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas. Namun hal ini seperti itu jarang terjadi

b) Suhu,

suhu tubuh normal yaitu kurang dari 38 C. Pada hari ke 4 setelah persalinan suhu Ibu bisa naik sedikit kemungkinan disebabkan dari aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai lebih dari 38 C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas.

c) Nadi,

nadi normal pada Ibu nifas adalah 60-100. Denyut Nadi Ibu akan melambat sampai sekitar 60 x/menit yakni pada waktu

habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama post partum. Pada ibu yang nervus nadinya bisa cepat, kira-kira 110x/mnt. Bisa juga terjadi gejala shock karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh.

d) Pernafasan,

pernafasan normal yaitu 20-30 x/menit. Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Mengapa demikian, tidak lain karena Ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila ada respirasi cepat post partum (> 30 x/mnt) mungkin karena adanya ikutan dari tanda-tanda syok

3) Pemeriksaan fisik *Head to Toe*

a) Kepala dan wajah

Inspeksi warna rambut, kelembatan rambut, keadaan rambut, bentuk rambut, distribusi rambut diseluruh kulit kepala. Bentuk kepala, ukuran kepala, kesimetrisan. Warna kulit wajah, pigmentasi kulit wajah.

Palpasi apakah terdapat nyeri tekan, apakah ada benjolan yang abnormal, apakah ada edema atau tidak, pada bagian kepala maupun wajah.

b) Mata

Inspeksi kesimetrisan antara kiri dan kanan , kemungkinan konjungtiva anemis, warna sklera putih, refleks pupil mengecil saat

terkena cahaya senter dan membesar saat cahaya dijauhkan, Pada saat dipalpasi pada bagian mata adakah nyeri tekan dan gerakan bola mata normal atau tidak, apakah klien dapat menggerakkan bola mata nya ke segala arah.

c) Telinga

Inspeksi kesimetrisan antara kiri dan kanan, apakah ada serumen, tidak ada nyeri tekan, biasanya fungsi pendengaran baik, biasanya tidak ada keluhan. Pada saat dipalpasi apakah ada keluhan nyeri tekan atau tidak

d) Hidung

Inspeksi kesimetrisan hidung antara kiri dan kanan, apakah terdapat secret, pernafasan cuping hidung, apakah fungsi fungsi penciuman baik atau tidak. Pada saat di palpasi apakah ada keluhan nyeri tekan pada hidung atau tidak.

e) Mulut

Inspeksi kesimetrisan bentuk bibir, apakah mukosa bibir kering, jumlah gigi, keadaan gigi apakah terdapat caries, karang gigi, fungsi pengecap baik atau tidak.

f) Leher

Inspeksi pigmentasi pada warna kulit leher, apakah ditemukan pigmentasi cloasma atau lesi pada leher atau tidak. Pada saat di palpasi apakah terdapat pembengkakan kelenjar getah bening (KGB) atau pembesaran JVP, pergerakan bebas.

g) Dada

(1) Jantung

Apakah terdapat pembengkakan pada daerah apex jantung, auskultasi irama jantung, bunyi jantung S1/S2 (lup/dup, tidak ada bunyi tambahan / mur-mur), frekuensi jantung.

(2) Paru paru

Bentuk simetris, biasanya irama nafas teratur, tidak terdengar suara tambahan whezing (-), ronkhi (-).

(3) Payudara

Inspeksi kesimetrisan dada dan payudara. Kebersihan payudara, Warna payudara biasanya terdapat hiperpigmentasi areola, apakah ada lesi atau tidak. Pada saat di palpasi kemungkinan terdapat tanda-tanda pembendungan ASI. mammae tegang terdapat nyeri tekan, puting susu menonjol keluar , kolostrum belum keluar.

h) Abdomen

Inspeksi warna kulit abdomen, bentuk abdomen, apakah ada luka bekas operasi, asites, kelainan pada umbilical, kebersihan abdomen, biasanya terdapat linen nigra dan terdapat striae livide / striae gravidarum pada perut.

Palpasi apakah ada nyeri tekan, benjolan abnormal, pembesaran hepar, uterus teraba keras, berapa TFU ibu, distensi kandung

kemih. Pada saat diperkusi dan di auskultasi bunyi tympani dan bising usus 6-12 kali per menit.

i) Genetalia

Inspeksi penyebaran rambut pubis, keadaan dan kebersihan vulva serta perineum. Lihat pengeluaran lochea yang terpapar pada pembalut biasanya tampak lochea rubra kemungkinan terdapat nyeri, Kaji luka episiotomi yaitu REEDA (*Red, edema, eachymosis, discharge, loos of approximation*) atau kemerahan, pembengkakan, memar, pengeluaran cairan, penyatuan jaringan.

j) Ekstremitas

Atas: Inspeksi kesimetrisan, warna kulit, jumlah jari, kebersihan kuku, bentuk kuku, warna kuku, lesi, pergerakan ROM.

Bawah : Inspeksi kesimetris, kemungkinan tidak terdapat oedema dan varises, kemungkinan kekuatan otot lemah, kaji refleks patella, homan sign kemungkinan tidak terdapat tanda-tanda homan.

d. Pola Aktivitas Sehari – hari

1) Pola Nutrisi

Mengkaji kebiasaan makan klien sebelum dan sesudah dirawat di RS, mencakup frekuensi makan, jenis makan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya. Biasanya pada ibu post partum ibu mengalami anoreksia dan penurunan porsi makanan.

2) Pola Eliminasi

Pada klien dengan post partum, kemungkinan mengalami gangguan eliminasi BAB, berupa konstipasi yang disebabkan oleh penurunan peristaltik usus. Selain itu juga akan mengalami gangguan eliminasi BAK berupa retensi urine yang terdapat akibat ditensi pada kandung kemih. Adapun yang dikaji mencakup BAB (frekuensi, warna, bau, konsistensi, masalah dan keluhan masalah).

3) Pola Istirahat Tidur

Meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak. Biasanya pada ibu post partum, ibu mengalami gangguan tidur dikarenakan perasaan kurang nyaman dengan luka (episiotomi jika ada), ataupun perubahan pola tidur.

4) Pola Personal Hygiene

Mencakup kebersihan kulit, rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene, biasanya keadaan personal hygiene ibu tidak rapih, karena ibu biasanya mengalami intoleransi aktivitas sehingga sulit bagi ibu untuk memenuhi kebutuhan personal hygienya secara mandiri.

5) Pola Aktivitas

Mencakup kegiatan klien sebelum dan sesudah dirawat di RS. Biasanya ibu mengalami intoleransi aktivitas pasca melahirkan karena akibat kelelahan yang dialami setelah persalinan. Sehingga perlu diperhatikan khusus dari keluarga dan tim medis untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari ibu.

e. Aspek Psikologis Sosial Spiritual

1) Data psikologis

- a) Fase *taking in* (1-3 hari) ketergantungan
- b) Fase *taking hold* (1-10 hari) transisi antara ketergantungan dan kemandirian
- c) Fase *letting go* (10 hari) mampu sendiri

2) Aspek Sosial

Kaji hubungan sosial klien dengan suami, keluarga, tetangga, tim kesehatan, dan lingkungan sekitarnya

3) Aspek Spiritual

Dikaji tentang persepsi klien terhadap nyeri dan dihubungkan dengan kepercayaan yang dianut klien, apakah klien sabar atau tidak

4) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Apakah klien merasakan perubahan dirinya dan tubuhnya selama periode post partum, apakah perubahan yang disadari tersebut mempengaruhi perilaku dan adaptasinya terhadap pengasuh bayinya.

b) Ideal Diri

Apakah yang diharapkan klien setelah kelahiran bayi tersebut, adalah upaya klien meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri sendiri dan bayi.

c) Peran

Bagaimana sikap ibu dengan kelahiran anaknya. Kaji kesiapan untuk menjadi seorang ibu baru atau perubahan peran dengan penambahan anggota keluarga yang baru.

d) Identitas Diri

Apakah kepuasan klien menjadi seorang wanita yang telah melahirkan anak.

e) Harga diri

Adakah rasa bangga pada klien, bagaimana kepuasan klien terhadap kelahiran tersebut. Harga diri klien akan meningkat karena sudah mempunyai keturunan dan menjadi seorang ibu.

5) Kebiasaan Seksual

Adakah gangguan dalam berhubungan suami istri, bagaimana tentang cara klien dan suami tentang hal tersebut berhubungan dengan ibu masih dalam masa nifas.

6) Sistem Nilai Kepercayaan

Siapa dan apa sumber kekuatan klien, kegiatan agama atau kepercayaan yang sering dilakukan, serta kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan selama di RS.

7) Data Penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik seperti memeriksa darah, urine, dan rontgen dapat memberikan informasi tentang hal – hal yang mendukung keadaan penyakit klien serta terapi medis untuk

membantu proses penyembuhan. Biasanya pemeriksaan darah rutin seperti hematokrit, eritrosit, trombosit cenderung normal, akan tetapi hemoglobin dan leukosit mengalami sedikit peningkatan.

2. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu pengetahuan, pengalaman-pengalaman dan pengertian keperawatann.

Tabel 2. 3
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	- Kemungkinan klien mengeluh nyeri pada daerah kemaluannya - Kemungkinan klien meringis menahan nyeri .	Terputusnya kontinuitas jaringan akan merangsang reseptor nyeri kemudian mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, serotonin, dan histamin yang disampaikan system syaraf pusat dan timbul persepsi nyeri.	Nyeri akut
2	- Kemungkinan Klien mengalami gangguan tidur. - Klien tampak lesu.	Nyeri merangsang susunan syaraf otonom dan mengaktifkan neropinin sehingga merangsang saraf simpatis untuk mengaktifasi RAS dan mengaktifkan kerja organ menyebabkan REM menurun sehingga akan selalu terjaga.	Gangguan pola tidur

No	Data	Etiologi	Masalah
3	- Kemungkinan klien mengeluh lemas. - Klien nampak tidak rapi	Proses persalinan normal menyebabkan kebutuhan energi meningkat kelemahan sehingga aktivitas terganggu menyebabkan kurangnya perawatan diri.	Gangguan personal hygiene
4	- Klien mengatakan puting susunya kurang menonjol keluar - Puting susu tampak kurang menonjol keluar	Post partum menyebabkan hormon prolaktin aktif namun kelenjar alveoli mammae belum mengeluarkan ASI (kolostrum) menyebabkan adanya pembendungan pada Duktus Laktoferus sehingga menyusui tidak efektif.	Menyusui tidak efektif

3. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan. Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah. Perumusan diagnosa keperawatan :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan involusio uteri
- b) Gangguan pola tidur berhubungan dengan pengaktifan RAS
- c) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan akibat persalinan
- d) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat akibat pembendungan ASI pada Duktus Laktoferus

4. Perencanaan Keperawatan

Penyusunan perencanaan keperawatan diawali dengan melakukan pembuatan tujuan dari asuhan keperawatan. Tujuan yang dibuat dari tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Perencanaan juga memuat kriteria hasil.

Karakteristik rencana asuhan keperawatan adalah:

- a. Berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah (rasional)
- b. Berdasarkan kondisi klien.
- c. Digunakan untuk menciptakan situasi yang aman dan terapeutik
- d. menciptakan situasi pengajaran.
- e. Menggunakan sarana prasarana yang sesuai.

Rencana keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan pasien dan pelaksanaan tindakan keperawatan. Dengan demikian rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan. (Doengoes, 2012)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan involusi uteri

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5×24 jam gangguan rasa nyaman nyeri teratasi.

Kriteria Hasil :

- Klien dapat mengidentifikasi dan menggunakan intervensi untuk mengatasi ketidaknyamanan yang tepat.
- Mengungkapkan berkurangnya ketidaknyamanan.
- Skala nyeri turun.
- TTV dalam batas normal

Tabel 2.4
Perencanaan Keperawatan Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
1. Obsevasi TTV	1.Dengan mengkaji keadaan TTV maka dapat mengetahui keadaan umum klien.
2. Kaji skala nyeri	2.Dengan mengkaji skala nyeri maka dapat mengetahui perkembangan nyeri klien.
3.Anjurkan pasien untuk berlatih teknik relaksasi dan teknik distraksi dengan cara mengalihkan rasa nyeri.	3.Dengan menganjurkan berlatih teknik relaksasi dengancara nafas dalam dan teknik distraksi diharapkan tidak berfokus pada nyeri dan bias teralihkan pada orang lain.
4.Atur posisi klien.	4.Dengan mengatur posisi klien sesuai dengan kebutuhan dan memungkinkan klien terbebas dari rasa nyeri.
5.Kolaborasi pemberian analgetik	5.Dengan berkolaborasi pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri.

Sumber : Doengoes (2012)

- b. Gangguan pola istirahat tidur berhubungan dengan pengaktifan RAS.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2×24 jam

gangguan Istirahat tidur terpenuhi.

Kriteria Hasil :

- Kebutuhan tidur terpenuhi.
- Klien tampak segar

Tabel 2.5
Gangguan Pola Istirahat Tidur

Intervensi	Rasional
1.Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang.	1.Dengan menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang klien diharapkan dapat tidur dengan nyaman, tidak ada yang mengganggu proses tidur klien.
2.Kurangi cahaya lampu yang terlalu terang pada malam hari.	2.Dengan lampu yang terlalu terang dapat membuat silau dan mata berakomodasi secara terus menerus dan merangsang RAS diplomation retikulasi sebagai akibat klien untuk tidur dengan mengurangi cahaya agar klien dapat tertidur.
3.Atur posisi senyaman mungkin untuk mengurangi rasa nyeri.	3.Dengan mengatur posisi klien dengan posisi semi fowler diharapkan akan membuat rasa nyaman dan reflex sehingga mendukung untuk istirahat.

Sumber : Doengoes (2012)

- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan akibat persalinan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×24 jam kurang perawatan diri terpenuhi.

Kriteria Hasil :

- Klien tampak bersih dan rapih.
- Klien dapat merawat diri secara mandiri

Tabel 2.6
Perencanaan Diagnosa Defisit Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
1.Kaji pengetahuan klien tentang perawatan diri	1.Dapat diketahui dengan wawasan klien sehingga memudahkan pemberian informasi.
2.Bantu klien dalam melakukan perawatan diri . Klien dapat mengerti dan mengetahui perawatan dirinya sehingga klien terbiasa menjaga kebersihan dirinya.	2.Klien dapat mengerti dan mengetahui perawatan dirinya sehingga klien terbiasa menjaga kebersihan dirinya.
3.Kebutuhan personal hygiene klien dapat terpenuhi.	3.Kebutuhan personal hygiene klien dapat terpenuhi.

Sumber : Doengoes (2012)

- d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan produksi ASI tidak adekuat akibat pembendungan ASI pada Duktus Laktoferus

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5×24 jam proses menyusui aktif.

Kriteria Hasil :

- Payudara tidak bengkak.
- ASI keluar banyak.
- Mengungkapkan pemahaman tentang proses/situasi menyusui.
- Mendemonstrasikan teknik efektif dari menyusui

Tabel 2.7
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Menyusui Tidak Efektif

Intervensi	Rasional
1.Kaji puting susu klien, anjurkan klien memelihara puting setiap habis menyusui.	1. Identifikasi dan intervensi dini dapat mencegah terjadinya luka/pecah puting yang dapat merusak proses menyusui.
2.Lakukan perawatan payudara (breast care).	2. Membantu melancarkan pengeluaran ASI.
3.Demonstrasikan dan tinjau ulang teknik-teknik menyusui	3. Demonstrasi dilakukan supaya klien paham dan mengingat tentang demonstrasi yang dilakukan.

Sumber : Doenges (2012)

2. Implementasi keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mncapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan,yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping

3. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang Anda buat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi antara lain: mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan. (Budiono, 2016)

a. Evaluasi proses (Formatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus – menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

b. Evaluasi Hasil (Sumatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan. Komponen format atau formula yang sering digunakan oleh perawat dalam proses evaluasi asuhan keperawatan adalah penggunaan formula SOAP atau SOAPIER. Untuk memudahkan mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama	: Ny.N
Umur	: 37thn
Alamat	: Kp.Segleng rw06,Desa Paas
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT
Suku Bangsa	: Sunda
Status Per Kawinan	: Menikah
Tanggal Masuk	: 23 Maret 2021
Tanggal Pengkajian	: 23 Maret 2021
No.RM	: 9592
Diagnosa Medis	: Post Partum Spontan

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn.A
Umur	: 40 thn

Alamat : Kp.Segleng rw06,Desa Paas
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Agama : Islam
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Pedagang
 Suku Bangsa : Sunda
 Hubungan dengan Klien : Suami

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri Pada jalan lahir

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 23 Maret 2021 klien mengatakan Mengeluh nyeri pada jalan lahir ,nyeri yang dirasakan klien bertambah pada saat di gerakan dan berkurang pada saat istirahat. Klien mengatakan nyeri seperti linu di bagian jalan lahir, nyeri yang dirasakan hanya pada jalan lahir dengan skala nyeri 3 (0-10). Klien mengatakan lama nyeri yang dirasakan ($\pm$ 5) menit dengan waktu yang tidak menentu.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Menurut penuturan klien tidak pernah menderita penyakit yang dapat memperberat keadaannya ,seperti diabetes militus,dan hipertensi.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Menurut penuturan klien ,klien mengatakan bahwa belum pernah ada anggota keluarga atau saudara yang hamil dan melahirkan melebihi waktu perkiraan kehamilan. diantara keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti diabetes militus dan hipertensi, atau penyakit menular TB paru .

5) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Klien mengatakan waktu pertama heid kira kira waktu usia 14 tahun, siklus haid 28 hari, lamanya heid 7 hari ,sifat darah cair, encer berwarna kehitaman,keluhan heid tidak ada,HPHT:20-06-2020(20+7)(6-3)(2020+1)= 27-03-2021, TP: 27-03-2021.

b) Riwayat perkawinan

Klien mengatakan ini pernikahan yang pertama, usia saat menikah 28 tahun. Usia pernikahan 1 tahun.

c) Riwayat pengguna alat kontrasepsi

Klien mengatakan sebelum hamil menggunakan alat kontrasepsi KB IUD, klien berencana setelah melahirkan menggunakan alat kontrasepsi dengan kb IUD, keluhan menggunakan alat kontrasepsi tidak ada jumlah anak yang di rencanakan klien 3.

d) Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan ini kehamilan ke dua ,status kehamilan G2P1AO usia kehamilan 37 -38 minggu ,BB sebelum hamil 45 kg setelah hamil 51 kg.dan tinggi 150 cm .Keluhan waktu hamil :

Trimester I : menurut penuturan klien pada usia kehamilan 4 minggu, klien mengalami mual, muntah, disertai tidak nafsu makan sampai umur kehamilan 16 minggu.

Trimester II : menurut penuturan klien, klien kadang sakit pinggang, kaki kadang kram, gerakan anak di rasakan pada usia kehamilan 4 bulan, klien memeriksa kehamilan pada usia 2 bulan dan sampai 9 bulan.

Trimester III : menurut penuturan klien sering bak, pusing-pusing dan kaki pegal-pegal, imunisasi ke 2 TT pada umur kehamilan 8 bulan.

Tabel 3. 1
Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu dan sekarang

No	Lahir hidup /mati/abortus	Umur kehamilah	Jenis partus	Tempat penolong	Jk	BB	Masalah		
							Hamil	Lahir	Bayi
1	Meninggal	30 mg	Spontan	Bidan	P	160 gram	Mual muntah	spontan	Bb rendah
2	Hidup	37-38 mg	Spontan	Pkm	L	2400 gram	Mual muntah	spontan	Tidak ada

e) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 23 maret 2021 pada jam (08.50)bayi lahir dengan cara perpagina jenis kelamin laki laki ,anus (+)BB :2400 gram ,PB: 49 cm .

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

- a) Kesadaran : compos mentis
- b) Penampilan : klien tampak lemah
- c) Tanda tanda vital :

TD : 200/110 mmhg

P : 80/menit

R : 23/menit

S : 36,48 °C

2) Pemeriksaan fisik *Head to Toe*

1) kepala dan wajah

a) Kepala

Warna rambut hitam panjang rambut sepunggung, keadaan rapih, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat nyeri tekan.

b) Mata

Bentuk kedua mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva merah muda, sklera putih, gerakan bola mata baik, refleks pupil baik, ketika pupil diberi rangsang cahaya

pupil mengecil. Fungsi penglihatan baik terbukti dapat membaca kartu identitas mahasiswa dengan jarak ± 30 cm.

c) Telinga

Letak telinga simetris antara kanan dan kiri tidak terdapat serumen, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik, terbukti dapat menjawab pertanyaan mahasiswa tanpa diulang.

d) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, letak hidung berada pada garis tengah wajah, fungsi penciuman baik terbukti dapat membedakan minyak kayu putih dan alkohol dengan mata tertutup.

e) Mulut

Letak bibir sejajar dengan garis tengah wajah, mukosa bibir merah muda gigi tampak bersih dan lengkap refleks menelan baik terbukti klien tidak mengeluh saat makan.

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar Getah bening, tidak ada peningkatan vena jugularis, pergerakan leher baik dapat menengok ke kiri dan ke kanan.

g) Dada

(1)Paru- paru :

Retraksi dinding dada simetris antara kiri dan kanan, bunyi paru-paru vesikuler, respirasi 21x/menit.

(2)Jantung :

Bunyi jantung lup dup, irama jantung reguler, tidak ada kelainan atau suara tambahan pada bunyi jantung

(3)Payudara :

Pada saat diinspeksi payudara simetris sama besar antara payudara kanan dan kiri, warna payudara sama dengan warna kulit lainnya yaitu warna kuning langsung dan tidak tampak seperti kulit jeruk. Payudara tampak membesar, terdapat aerola berwarna hitam dan terdapat puting susu yang menonjol keluar.

Pada saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan dan sudah keluar kolostrum tetapi ASI yang keluar tampak sedikit

h) Abdomen

Pada saat diinspeksi warna kulit abdomen sama dengan warna kulit lainnya, bentuk abdomen cembung, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada asites, tidak ada kelainan pada umbilical, kebersihan abdomen bersih, terdapat diastasis rectus abdominalis dengan panjang ± 8 cm dan

lebar ± 1 cm, tidak ada linea nigra dan terdapat striae livide / striae gravidarum pada perut.

Bising usus 9 x/menit, saat diperkusi suara tympani pada perut kecuali right upper kwadran dalnes. Saat dipalpasi tidak terdapat nyeri tekan pada perut, terdapat sedikit pengerasan pada perut bagian left lower kwadran, uterus teraba keras dengan TFU 2 jari di bawah pusat, tidak terdapat distensi kandung kemih, hati dan limfe tidak ada pembesaran, tidak ada kelainan pada ginjal, tidak ada massa dan tidak ada kelainan appendix

i) Genetalia

Pada saat diinspeksi terdapat jenis lochea rubra berwarna merah, pengeluaran darah (lochea) pada pembalut sedikit dan berbau amis, terdapat ruptur jaringan pada jalan lahir, tidak terpasang dower cateter.

j) Ekstremitas

(1) Atas :

Saat diinspeksi pada bagian ekstremitas atas kesimetrisan simetris sama panjang tidak berbentuk X dan tidak berbentuk O baik tangan kanan maupun tangan kiri, warna kulit sama dengan warna kulit lainnya yaitu warna kuning langsung, jumlah jari lengkap tidak terdapat polidaktil, kebersihan kuku

bersih. Bentuk kuku normal, tidak terdapat bentuk kuku clubbing finger. Warna kuku merah muda, tidak pucat, tidak sianosis dan tidak ikterik.

Tidak ada lesi, pergerakan tangan bebas tidak terbatas, ROM aktif, kekuatan otot 5/5. Saat dipalpasi CRT baik, kembali dalam waktu < 2 detik, tidak ada nyeri tekan, arteri radialis dan arteri brachialis teraba jelas. Reflek trisep dan refleks bisep (+).

(2) Bawah :

Kaki simteris antara kanan dan kiri. Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, jumlah jari kaki lengkap, tidak terdapat varises, keadaan kuku bersih dan pendek, tidak ada oedema, kulit teraba lengket, tidak ada nyeri tekan, pergerakan kaki baik, refleks patella (+), nyeri betis (-), kekuatan otot kaki 5/5.

Kekuatan otot :

5	5
5	5

d. Pola aktivitas sehari hari

Tabel 3. 2
Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Di Rumah	Di Puskesmas
1	Pola nutrisi - Jenis Makanan - Frekuensi - Cara - Keluhan	Nasi, lauk pauk 3x/hari, 1 porsi habis Mandiri Tidak ada	Bubur nasi, lauk pauk 3 x/hari, 1 porsi habis Dibantu Tidak ada
2	Pola eliminasi a. BAB - Frekuensi - Warna - Konsistensi - Bau - Cara - Keluhan b. BAK - Frekuensi - Warna - Bau Cara	1x/hari Kuning khas feses Padat Khas feses Mandiri Tidak ada 4-5x/hari Kuning jernih Khas urine Mandiri	1x/hari Kuning khas feses Padat Khas feses Mandiri Tidak ada 4-5x/hari Kuning jernih Khas urine Mandiri
3	Pola istirahat tidur a. Tidur siang keluhan b. Tidur malam Keluhan	±1-2 jam/hari Tidak ada ±6-7jam/hari Tidak ada	±1jam/hari Tidak ada ±2jam/hari Sulit tidur
4	<i>Personal hygiene</i> Mandi Gosok gigi	2x/hari 2x/hari 2x/hari	1x/hari 1x/hari 1x/hari

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

1) Aspek Psikologis

a) Pola Pikir dan Persepsi

Klien mengatakan dapat memahami tentang pemberian

ASI, klien tidak mempermasalahkan mengenai jenis

kelamin anaknya, klien hanya ingin anak dan ibunya selalu sehat seterusnya. Dan yang akan membantu untuk menjaga dan merawat bayi di rumah yaitu klien sendiri, suami klien, ibu klien dan keluarga terdekat.

b) Persepsi Diri

Hal yang dipikirkan klien hanya ingin segera sembuh seperti semula dan dapat beraktivitas lagi seperti biasa. Perubahan yang dirasakan klien saat ini setelah melahirkan yaitu klien merasa anggota tubuhnya tidak seperti dulu lagi tapi klien tetap bersyukur dalam setiap keadaan.

c) Konsep Diri

(1) Identitas diri

Ia merasa sebagai perempuan yang sempurna

(2) Ideal diri

klien ingin cepat sembuh dan ingin segera pulang berkumpul dengan keluarganya.

(3) Peran

Klien berperan sebagai istri dari suaminya, sebagai ibu dari anaknya, tapi saat ini klien sebagai pasien di puskesmas yang sedang mendapat perawatan.

(4) Harga Diri

Klien merasa sangat dihargai oleh suaminya, keluarganya, tetangganya, terbukti dengan banyaknya keluarga yang menengoknya.

f. Aspek Spiritual

Klien beragama islam klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

g. Aspek Sosial

Klien dapat berinteraksi dengan baik, terbukti klien kooperatif saat pengkajian dan klien dapat bersosialisasi baik dengan perawat, pasien lain dan dengan keluarga pasien.

h. Aspek pengetahuan ibu

Klien mengatakan belum mengetahui cara perawatan payudara dan cara menyusui yang baik dan benar bila pengeluaran asinya sedikit, klien mengetahui tentang perawatan bayi serta perawatan tali pusat, dan klien tidak mengetahui cara perawatan vulva hygiene.

i. Data penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

Tidak Dilakukan Pemeriksaan Lab

2) Terapi medis

Tanggal : 23 maret 2021

Tabel 3. 3
Terapi Obat

No	Nama obat	Dosis	Rate
1	Nipedefin	5 mg	3x
2	Dopamet	250 mg	3x

2. Analisa data

Tabel 3. 4

No	Data	Etiologi	Problem
1	Ds: •Klien mengeluh nyeri pada jalan lahir Do : •Klien tampak meringis kesakitan •Skala nyeri 3 (0-10) Tanda – tanda vital : TD : 200/110 mmhg P : 80/menit R :23/menit S 36,48 °C	Perubahan psikologi yang terjadi pada post partum normal yang mengakibatkan ruptur jaringan pada vagina dan perineum	Nyeri akut
2	Ds : •Klien mengeluh sulit tidur Do: •Klien tampak lesu •Tidur siang ±1jam/hari Tidur malam ±2jam/hari	Perubahan psikologi yang terjadi pada post partum saat fase Taking in (Ketergantungan) butuh perlindungan dan pelayanan yang berfokus pada diri sendiri	Gangguan pola tidur
3	Ds: •Klien mengatakan belum mengetahui cara perawatan payudara dan cara menyusui yang baik dan benar Do : •Klien tampak bingung saat ditanya mengenai cara perawatan payudara •ASI yang keluar sedikit •Post partum hari ke 1	Perubahan psikologi yang terjadi pada post partum saat fase taking hold (ketergantungan kemandirian) kurang informasi mengenai perawatan diri dan bayi	Kurang pengetahuan

3. Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan ruptur jaringan yang ditandai

dengan :

Ds:

- Klien mengeluh nyeri pada jalan lahir

Do :

- Klien tampak meringis kesakitan

- Skala nyeri 3 (0-10)

- Tanda – tanda vital :

TD : 200/110 mmhg

P : 80/menit

R :23/menit

S 36,48 ° C

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol

tidur yang ditandai dengan :

Ds :

- Klien mengeluh sulit tidur

Do:

- Klien tampak lesu

- Tidur siang $\pm$ 1jam/hari, tidur malam $\pm$ 2jam/hari

c. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang ditandai dengan :

Ds :

- Klien mengatakan belum mengetahui cara perawatan payudara dan cara menyusui yang baik dan benar

Do :

- Klien tampak bingung saat ditanya mengenai cara perawatan payudara
- ASI yang keluar sedikit
- Post partum hari ke 1

4. Proses keperawatan

Nama : Ny .N

Umur : 37 tahun

Ruangan : Poned DTP Puskesmas Pameungpeuk

Tabel 3. 5
Proses Keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	Nyeri akut berhubungan dengan ruptur jaringan yang ditandai dengan : Ds: - Klien mengeluh nyeri pada jalan lahir Do : - Klien tampak meringis kesakitan - Skala nyeri 3 (0-10) -Tanda-tanda vital : TD : 200/110 mmhg P : 80x/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam gangguan rasa nyaman nyeri dapat berkurang/teratasi dengan kriteria hasil: - Klien melaporkan nyeri berkurang - Skala nyeri 0-2	- Obsevasi TTV - Kaji skala nyeri	- Dengan mengobservas TTV dapat mengetahui perkembangan keadaan umum klien - Dengan mengkaji skala nyeri klien dapat mengetahui perkembangan nyeri yang dirasakan oleh	Tgl: selasa 23 maret 2021 Jam :10.00 wib - Mengobsevasi TTV - Mengkaji skala nyeri	Tgl: selasa 23 maret 2021 Jam : 10.00 wib S: - Klien mengatakan nyeri masih terasa walau sedikit berkurang O: - TTV: TD: 170/100 P : 80x/menit

	R : 23x/menit S : 36,48 ° C	- Klien tampak rileks - TTV dalam batas normal	- Anjurkan pasien untuk berlatih teknik relaksasi dan teknik distraksi dengan cara mengalihkan rasa nyeri - Atur posisi klien	klien - Dengan menganjurkan berlatih teknik relaksasi dengan cara nafas dalam dan teknik distraksi diharapkan tidak berfokus pada nyeri dan bisa teralihkan pada hal lain - Dengan mengatur posisi klien sesuai dengan kebutuhan dan memungkinkan klien terbebas dari rasa nyeri	- Menganjurkan pasien untuk berlatih teknik relaksasi dan teknik distraksi dengan cara mengalihkan rasa nyeri. - Mengatur posisi klien	R : 22x/menit S : 36,48 ° C - Klien tampak meringis - Terdapat lesi di jalan lahir - Skala nyeri 2 (0-10) - Klien dapat melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam dan teknik distraksi seperti yang diajarkan A: - Masalah belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur yang ditandai dengan: Ds : - Klien mengeluh sulit tidur Do: - Klien tampak lesu - Tidur siang	Setelah dilakukan tindakan keprawatan selama 2x24 jam gangguan istirahat tidur terpenuhi dengan kriteria hasil: - Kebutuhan tidur terpenuhi - Klien tampak	- Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang - Kurangi cahaya	- Dengan menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang klien diharapkan dapat tidur dengan nyaman, tidak ada yang mengganggu - Dengan lampu yang terlalu	Tanggal : Selasa 23 maret 2021 Jam : 10.00 wib - Menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang - Mengurangi cahaya	Tanggal : Selasa 23 maret 2021 Jam : 10.00 wib S: - Klien mengatakan sudah mulai bisa tidur O: - Klien tampak lebih segar - Tidur siang ±

	±1jam/hari, tidur malam ± 2jam/hari	segar	lampu yang terlalu terang pada malam hari	teran dapat membuat silau dan mata berakomodasi secara terus menerus dan merangsang RAS diplomation retikulasi sebagai akibat klien untuk tidur dengan mengurangi cahaya agar klien dapat tertidur	lampu yang terlalu terang pada malam hari	2-3jam/hari, tidur malam ± 4-6jam/hari A: - Masalah tearatasi sebagian P: - Pertahankan intervensi
			- Atur posisi senyaman mungkin untuk mengurangi rasa nyeri	- Dengan mengatur posisi klien dengan posisi semi fowler diharapkan akan membuat rasa nyaman dan reflex sehingga mendukung untuk istirahat	- Mengatur posisi senyaman mungkin untuk mengurangi rasa nyeri	
3	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang ditandai dengan: Ds: - Klien mengatakan belum mengetahui cara perawatan payudara dan cara menyusui yang baik	Setelah dilakukan tindakan keprawatan selama 2×24 jam kurang pengetahuan cara menyusui yang baik dan benar dengan kriteria hasil: - Asi lancar	- Kaji pengetahuan klien dan pengalaman tentang menyusui sebelumnya - Berikan penkes	- Membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan saat ini dan intervensi selanjutnya - Membantu klien menjamin	Tgl : selasa 23 maret 2021 Jam : 10.00 wib - Mengkaji pengetahuan klien dan pengalaman tentang menyusui sebelumnya - Membererikan	Tgl : selasa 23 maret 2021 Jam : 10.00 wib S: - Klien mengatakan Asinya belum keluar namun sudah sedikit mengerti tentang cara perawatan payudara dan cara menyusui

	dan benar Do: - Klien tampak bingung saat ditanya mengenai cara perawatan payudara - ASI yang keluar sedikit - Post partum hari ke 1 - Klien tampak menyusui bayi dengan posisi yang belum benar	keluar - Mendemonstrasi kan teknik efektif dan benar	tentang teknik menyusui dan perawatan puting dan payudara - Libatkan keluarga dalam proses penyuluhan - Demonstrasikan teknik menyusui yang baik dan benar	suplai susu adekuat mencegah puting pecah - Keluarga merupakan orang terdekat - Posisi yang tepat biasanya mencegah luka puting	perkes tentang teknik menyusui dan perawatan puting dan payudara - Melibatkan keluarga dalam proses penyuluhan - Mendemonstrasikan teknik menyusui yang baik dan benar	yang baik dan benar O: - Klien tampak tenang - Puting susu sedikit menonjol - Kolostrum keluar sedikit - Klien tampak menyusui bayi dengan posisi yang sudah benar - Payudara masih keras dan bengkak A: - Masalah teratasi sebagian P: - Pertahankan Intervensi
--	---	---	--	---	--	--

5. Catatan perkembangan

Tabel 3. 6
Catatan Perkembangan Ny. N Tanggal 24 Maret 2021

No	Dix	Tanggal/Hari/Tahun	Evaluasi	Paraf Mahasiswa
1	1	Rabu 24 Maret 2021 Jam 10.00 wib Jam 11.00 Jam 14.00	S: - klien mengatakan hampir tidak merasakan nyeri O: - TTV: - TD : 140/90 mmHg - P : 80x/menit - R : 22x/menit - S : 36,6 ° C - Klien tampak tenang - Skala nyeri 1 (0-10) - Klien dapat melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam dan teknik distraksi seperti yang diajarkan A: - Masalah nyeri akut telah teratasi sebagian P: Pertahankan Intervensi: - Observasi TTV - Kaji skala nyeri - Anjurkan pasien untuk berlatih teknik relaksasi dan teknik distraksi dengan cara mengalihkan rasa nyeri - Atur posisi klien I: - Mengobservasi TTV - Mengkaji skala nyeri - Menganjurkan pasien untuk berlatih teknik relaksasi dan teknik distraksi dengan cara mengalihkan rasa nyeri - Mengatur posisi klien E: - Masalah nyeri akut telah teratasi sebagian	Ajeng fauziah

No	Dix	Tanggal/Hari/ Tahun	Evaluasi	Paraf Mahasiswa
2	2	Rabu 24 Maret 2021 Jam 10 .00 wib	S: - Klien mengatakan sudah bisa tidur O : - Klien tampak segar - Tidur siang $\pm$ 3-4jam/hari, tidur malam $\pm$ 6-8jam/hari A : - Masalah gangguan pola tidur telah teratasi P : - Hentikan intervensi	Ajeng fauziah
3	3	Rabu 24 Maret 2021 Jam 10.00 wib	S : - Klien mengatakan Asinya sedikit keluar dan sudah mengerti tentang cara perawatan payudara dan cara menyusui yang baik dan benar O : - Klien tampak tenang - Puting susu sedikit menonjol - Kolostrum keluar sedikit - Klien tampak menyusui bayi dengan posisi yang sudah benar - Payudara masih keras dan bengkak A : - Masalah kurang pengetahuan telah teratasi P : - Hentikan Intervensi	Ajeng fauziah

B. PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.N P2A0 post partum spontan hari ke -1 di ruang PONED Puskesmas Pameungpeuk yang dilakukan pada tanggal 23 Maret 2021 sampai 29 Maret 2021, ada beberapa hal yang penulis temukan terkait dengan kesenjangan antara teori dan praktek langsung di lapangan. Kesenjangan tersebut ditemukan dalam tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Adapun kesenjangan yang terjadi dalam beberapa tahap proses keperawatan adalah sebagai berikut

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan awal proses keperawatan, dimana penulis mengkaji klien secara keseluruhan meliputi bio-psiko-sosial-spiritual, mengumpulkan data-data klien, keluarga,. data yang diperoleh merupakan data objektif maupun subjektif yang kemudian di analisa dan dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan. Sebelum melakukan pengkajian penulis melakukan pendekatan dengan cara memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud serta tujuan asuhan keperawatan. Selama melakukan pengkajian pada pasien Ny. N dengan kasus post partum spontan , didapat keluhan utama pada klien adalah nyeri pada jalan lahir Nyeri dirasakan bertambah apabila klien beraktivitas nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 3 dari rentang

(0-10), klien tampak meringis, TD 200/110 mmHg, Nadi 79x/menit, respirasi 23x/menit, Suhu 36,48°C, Data-data tersebut menunjukkan nyeri akut berhubungan involusi uteri . (Wilkinson, 2013)

Ketika didapatkan data kedua Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur hari ke-1 dengan kelela dengan kurangnya kontrol tidur pasca persalinan dapat mengakibatkan gangguan pola tidur, didapatkan data bahwa klien mengantuk karena dirinya sering terbangun dimalam hari karena menyusui anaknya,Klien juga mengatakan lesu dan kurang tidur.Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa klien memiliki masalah gangguan pola tidur (Wilkinson, 2013)

Data ketiga ditemukan Klien dengan post partum normal hari pertama tidak akan langsung menyusui bayinya dan tidak ada rangsangan hisapan bayi sehingga rangsangan hormon oksitoksin dan prolaktin tidak ada, rangsangan terhadap payudara untuk produksi ASI berkurang menyebabkan ASI tidak keluar, payudara klien terasa keras, maka dari itu munculah ketidakefektifan ASI. (Wilkinson, 2011)

2. Diagnosa Keperawatan

Pada penentuan masalah atau diagnose keperawatan prioritas dilakukan berdasarkan kondisi klien pada saat itu memerlukan

tindakan keperawatan segera diagnose yang muncul pada kasus ini dan terdapat pada teori yaitu:

Setelah dilakukan pengkajian penulis menemukan beberapa masalah diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.N P1 A0 Post Partum Spontan hari ke -1 di ruang Poned DTP Puskesmas pameungpeuk adalah :

a. Nyeri akut berhubungan dengan ruptur jaringan

Nyeri akut berhubungan dengan ruptur jaringan adalah :Mengobservasi TTV dengan mengobservasi TD:200/110 mmHg ,RR: 23×/menit, N:79×/menit,S: 36,48°C Mengkaji skala nyeri, Dengan mengkaji skala nyeri klien dapat mengetahui perkembangan nyeri yang dirasakan oleh klien dan didapatkan Hasil : Skala nyeri 3 (0-10) Nyeri Sedang, Dengan mengkaji skala nyeri klien, penulis dapat mengetahui perkembangan nyeri yang dirasakan oleh klien. Mengajarkan klien teknik relaksasi dan distraksi dengan menarik nafas dalam, dengan Dengan menganjarkan berlatih teknik relaksasi dengan cara nafas dalam dan teknik distraksi diharapkan tidak klien berfokus pada nyeri dan bisa teralihkan pada hal lain, dan didapat klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam, dan klien merasa lebih rileks. Mengatur posisi nyaman klien dengan posisi supinasi, Dengan mengatur posisi nyaman klien sesuai dengan kebutuhan dan memungkinkan klien terbebas

dari rasa nyeri, dan didapat ,klien tampak sedikit nyaman.Menglakukan kolaborasi pemberian analgetic sesuai advice dokter. Dengan melakukan kolaborasi pemberian analgetik dengan dokter diharapkan dapat mengurangi rasa nyeri klien dan didapat Dengan pemberian obat Asam mefenamat 500 mg

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur post partum spontan harii ke-1 dengan kelelahan pasca persalinan dapat mengakibatkan gangguan pola tidur, didapatkan data bahwa klien mengantuk karena dirinya sering terbangun di malam hari karena menyusui anaknya,Klien juga mengatakan lesu dan kurang tidur..Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa klien memiliki masalah gangguan pola tidur. (Doengoes, 2012).
- c. Kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara berhubungan dengan kurang informasi, ditandai dengan dilakukan adalah : anjurkan klien memelihara puting setiap habis menyusui, anjurkan klien agar melakukan perawatan payudara (breast care) dan membrikan penkes tentang cara perawatan payudara. (Doegoes, 2012).

3. Tahapan perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan dimulai setelah data terkumpul, analisa data sudah teridentifikasi serta telah ditegakan suatu diagnosa keperawatan. Tahap perencana ini penulis menyusun rencana tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan situasi, kondisi, sarana dan prasarana pada saat pengkajian.

Pada tahap ini penulis menjelaskan mengenai rencana tindakan yang dilakukan kepada klien, sehingga klien mau dan mendukung rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Faktor yang mendukung dalam kelancaran penyusunan rencana keperawatan ini yaitu sumber pustaka, kerjasama klien/keluarga, serta bimbingan dari pembimbing. Untuk setiap perencanaan tindakan pada dasarnya sesuai dengan teori.

4. Implementasi Keperawatan

Tahap yang keempat pada proses dokumentasi keperawatan adalah implementasi yaitu pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun selama fase perencanaan. Hal ini terdiri dari aktivitas perawat dalam membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya dan juga untuk mencapai hasil yang diharapkan dari pasien. (Patricia, 2011 dalam Ballsey C A Pangkey, dkk. 2021)

Pada tahap ini penulis mampu mengimplementasikan asuhan keprawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan ditetapkan

sesuai situasi, kondisi, serta sarana prasarana yang tersedia di ruangan. Dalam mengaplikasikan setiap rencana tindakan diperlukan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan tindakan serta tidak terlepas dari kerjasama yang baik dengan klien, keluarga, perawat, dan tim kesehatan lainnya. Adapun kegiatan atau pelaksanaan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan pada klien adalah sebagai berikut :

a. Nyeri akut berhubungan dengan ruptur jaringan

Tujuan dari nyeri akut berhubungan dengan ruptur jaringan adalah :Mengobservasi TTV dengan mengobservasi Tanda-tanda vital klien penulis mampu mengetahui keadaan umum klien , dan didapat Hasil :TD:130/80 mmHg ,RR: 20×/menit, N:79×/menit,S: 36,4°CMengkaji skala nyeri, Dengan mengkaji skala nyeri klien dapat mengetahui perkembangan nyeri yang dirasakan oleh klien dan didapatkan Hasil : Skala nyeri 5 (0-10) Nyeri Sedang, Dengan mengkaji skala nyeri klien, penulis dapat mengetahui perkembangan nyeri yang dirasakan oleh klien.Mengajarkan klien teknik relaksasi dan distraksi dengan menarik nafas dalam, dengan Dengan menganjarkan berlatih teknik relaksasi dengan cara nafas dalam dan teknik distraksi diharapkan tidak klien berfokus pada nyeri dan bisa teralihkan pada hal lain, dan didapat Hasil : klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam, dan klien merasa lebih

rileks. Mengatur posisi nyaman klien dengan posisi supinasi, Dengan mengatur posisi nyaman klien sesuai dengan kebutuhan dan memungkinkan klien terbebas dari rasa nyeri, dan didapat Hasil : klien tampak sedikit nyaman. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik sesuai advice dokter. Dengan melakukan kolaborasi pemberian analgetik dengan dokter diharapkan dapat mengurangi rasa nyeri klien dan didapat Hasil : Dengan pemberian obat Asam mefenamat 500 mg

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

Tujuan dari gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan psikologis adalah Mengkaji tingkat kelelahan dan kebutuhan tidur klien, Persalinan yang terjadi lama atau sulit khusus nya bila terjadi malam akan meningkatkan kelelahan. Dan didapatkan Hasil : Klien baru tidur 1 jam .Mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi istirahat, hal ini Membantu meningkatkan istirahat tidur, relaksasi. Didapatkan Hasil : Faktor yang menjadikan klien kelelahan adalah bayinya yang sering menangis, Memberikan informasi tentang kebutuhan untuk tidur dan menganjurkan klien untuk tidur siang bersama bayi, dengan melakukan Rencana kreatif untuk memperoleh tidur dengan bayi lebih awal serta tidur lebih sering membantu untuk memenuhi kebutuhan istirahat. serta didapatkan Hasil :

Klien mengerti mengenai kebutuhan istirahtnya.,Memberikan informasi tentang efek dari kekurangan istirahat tidur.Kelelahan dapat mempengaruhi keadaan psikologis dan suplai asi. Serta didapat Hasil : klien memahami mengenai efek dari kurang tidur.

- c. Kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara berhubungan dengan kurang informasi

Tujuan dari Kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara berhubungan dengan kurang informasi adalah :Mengkaji pengetahuan klien tentang menyusui, Untuk mengidentifikasi pengalaman tentang menyusui. Didapatkan Hasil : klien tidak tahu cara menyusui yang benar.Memberikan pendidikan kesehatan mengenai menyusui yang baik dan benar, Membantu menangani permasalahan klien tentang menyusui sehingga dapat meningkatkan pengetahuan klien. Serta didapat Hasil : klien memahami mengenai cara menyusui yang baik dan benar.Mendemonstrasikan cara pemijatan oksitoksin, Agar klien mengerti dan memahami serta mampu melaksanakan tindakan yang direncanakan. Didapat Hasil : klien dan keluarga memahami dan mendemonstrasikan pijat oksitoksin.Menganjurkan klien untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali, Untuk merangsang produksi air susu dan mengurangi resiko terjadinya pembengkakan dan didapat Hasil

: klien menyusui bayinya tiap 2 jam sekali Menganjurkan pada klien agar tidak menggunakan bra yang kencang, Dengan pelindung puting dapat menyebabkan tekanan sehingga mengganggu proses laktasi. Dan didapatkan Hasil : klien tidak menggunakan bra yang kencang

5. Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai kemajuan kondisi klien yang telah mendapatkan asuhan keperawatan. Pada tahap ini penulis menggunakan evaluasi formatif untuk mengevaluasi setiap pelaksanaan tindakan keperawatan. Setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama 4 hari, penulis secara langsung melakukan observasi terhadap perkembangan kesehatan klien.

Berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan evaluasi yang didapatkan pada tanggal 29 Maret 2021 jam 12.30 wib pada diagnosa pertama keperawatan nyeri akut klien mengatakan nyeri sudah berkurang setelah minum obat dan diistirahatkan skala nyeri 3 dari rentang (0-10) nyeri sedang, klien tampak lebih rileks, Klien sudah beraktivitas dengan normal (berjalan, melakukan personal hygiene mandiri) TTV : TD : 200/110 mmHg; RR : 20×/menit; N : 79 ×/menit ; S : 36,4° C,. Masalah Teratasi sebagian pada 23 Maret 2021.

Diagnosa ke dua yaitu Gangguan Pola Tidur dengan kurangnya kontrol tidur , klien mengatakan sudah lebih nyaman dan bisa tidur siang dengan cukup, Tidur klien 8 jam perhari, TTV : TD : 130/80 mmHg; RR : 20×/menit; N: 36,4×/menit; S : 36,3° C Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur teratasi pada tanggal 26 Maret 2021 Intervensi dihentikan.

Diagnosa yang terakhir yaitu, Kurang pengetahuan mengenai perawatan payudara berhubungan dengan kurang informasi klien mengatakan sudah faham mengenai ASI dan Laktasi, ASI sudah keluar, Klien mampu menyebutkan manfaat ASI dan apa itu ASI, masalah teratasi pada 26 Maret 2021. Penulis menemukan 3 permasalahan dari empat permasalahan tersebut hanya ada 3 masalah yang dapat teratasi yaitu Gangguan Pola tidur, Menyusui tidak efektif dan resiko tinggi infeksi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.N P2A0 post partum spontan hari ke -1 di ruang PONEC Puskesmas Pameungpeuk pada tanggal 23 Maret 2021 sampai 29 Maret 2021 dengan menggunakan proses keperawatan. Penulis telah mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada pada Ny.N P2A0 post Partum spontan hari ke -1 PONEC Puskesmas Pameungpeuk.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada pada Ny.N P2A0 post Partum spontan hari ke -1 PONEC Puskesmas Pameungpeuk.
3. Penulis mampu membuat rencana tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pada pada Ny.N P2A0 post Partum spontan hari ke -1 PONEC Puskesmas Pameungpeuk.
4. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. N P2A0 post Partum spontan hari ke -1 PONEC Puskesmas Pameungpeuk .

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny.N secara sistematis, maka penulis dapat memberikan beberapa rekomendasi sebagai berikut :

1. Untuk Mahasiswa

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan hendaknya dipandang secara menyeluruh baik meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual agar dapat lebih mudah menentukan permasalahan dan lebih meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan. Dan dalam mengerjakan tugas terapkan sifat bekerja keras dalam dirimu sendiri tidak mengambil hasil kerja orang lain. Buktikan kemampuanmu dengan keterampilanmu bukan nilai yang hanya sebatas angka saja.

2. Untuk Klien

Klien diharapkan dapat memahami terkait pengetahuan yang telah disampaikan oleh penulis, serta dapat melakukan perawatannya di rumah. Begitupun keluarga klien diharapkan dapat mendukung dan membantu klien dalam proses penyembuhan luka dengan upaya pencegahan infeksi maupun komplikasi yang mungkin terjadi.

3. Bagi Institusi Puskesmas

Diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal dan lebih mengembangkan data terkait persalinan normal , didukung dengan adanya SOP pada pasien post partum spontan Tingkatkan hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien dan keluarga pasien untuk

meningkatkan kepercayaan sehingga mempermudah dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

4. Untuk Institusi Pendidikan

Untuk dapat melaksanakan asuhan keperawatan terhadap klien diperlukan berbagai sumber dari buku – buku yang berkaitan dan terbaru, maka dari itu perlu kirangnya untuk lebih melengkapi buku – buku yang ada di perpustakaan agar dapat lebih membantu mahasiswa dalam proses pembelajaran dan melakukan proses asuhan keperawatan.

DAPFTAR PUSTAKA

- Anggraini (2018). Hubungan Berat Badan Bayi Lahir Dengan Robekan Perineum Pada 92 Persalinan Fisiol. <http://journal.unusa.ac.id>.
- Armini, Yunitasari, Triharini dkk. (2016). Buku Ajar Keperawatan Maternitas 2. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Budiono (2016). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Cunningham, et al. (2013). Obstetri Williams Edisi 23 Volume 1. Jakarta : EGC. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2019). Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2019. Bandung: Dinkes Jabar.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2015). Rencana Strategis Dinas Kesehatan
- Doengoes, E Marilyn , 2010. Rencana Perawatan Maternal Bayi, edisi 2. EGC. Doengoes, E Marilyn E.2015.Rencana Asuhan Keperawatan. Jakarta: EGC..
- Kabupaten Garut 2019 - 2024. Garut: Dinas Kesehatan Kab. Garut.
- Kementrian Kesehatan Republik indonesia(2018) Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2017. [http://www.pusdatin.kemkes.go.id /article/view/18041000001/ profil-kesehatan-i-2017-lampiran.html](http://www.pusdatin.kemkes.go.id/article/view/18041000001/profil-kesehatan-i-2017-lampiran.html) (diakses 26 November 2018)
- Maritalia D, (2012). Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.Yogyakarta: 55167
- Martin, Reeder, G., Koniak. (2014). Keperawatan Maternitas, Volume 2. Jakarta:EGC
- Saleha, S. (2009). Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta: Salemba Medika
- Suherni, dkk. (2009) . Perawatan Masa Nifas. Jogjakarta: FitramayaMedika
- Saefudin ,2010 Tinggi Fundus Uteri pada Ibu Post Partum di RSUP DR. M. DjamilPadang.Jakarta:EGC
- World Health Organization (WHO). (2014). WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: World Health Organization

LAMPIRAN-LAMPIRAN
SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
PERAWATAN PAYUDARA (BREAST CARE)

Pokok bahasan	: Post partum spontan
Sub pokok bahasan	: Perawatan payudara pada masa nifas
Sasaran	: Pasien post partum spontan
Jam	: 08.00 s.d 10.00 wib
Waktu	: 30 menit
Tempat	: Ruang poned DTP puskesmas pameungpeuk
Hari	: Selasa, 23 maret 2021

A. Tujuan umum

Setelah mendapat penyuluhan ini, diharapkan ibu nifas dapat mengetahui tentang perawatan payudara yang baik dan dapat dilakukan sendiri di rumah

B. Tujuan khusus

Setelah dilakukan penyuluhan tentang perawatan payudara ,diharapkan ibu dapat :

- 1) Mengetahui pengertian payudara
- 2) Mengetahui manfaat dan tujuan perawatan payudara
- 3) Mengetahui akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara
- 4) Men dengan kurangnya kontrol tidur getahui waktu pelaksanaan perawatan payudara

- 5) Mengetahui hal hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan payudara
- 6) Mengetahui langkah langkah perawatan payudara
- 7) Mengetahui teknik perawatan payudara
- 8) Mengetahui perawatan payudara dengan masalah

C. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

D. Media

Leaflet

E. Kegiatan penyuluhan

No	Waktu	Tahapan Kegiatan	Kegiatan	
			Penyuluhan	Sasaran
1	5 menit	Pembukaan	Memberikan salam pembuka memperkenalkan diri	Menjawab salam mendengarkan memberi respon
2	15 menit	Kegiatan inti	Penjelasan: • Menjelaskan pengertian perawatan payudara • Menjelaskan manfaat dan tujuan perawatan payudara • Menjelaskan akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara • Menjelaskan waktu	Mendengarkan memperhatikan

			pelaksanaan perawatan payudara • Menjelaskan hal hal yang perlu di perhatikan dalam melakukan perawatan payudara • Menjelaskan langkah –langkah Perawatan payudara Menjelaskan teknik perawatan payudara • Menjelaskan perawatan payudara dengan masalah	
3	10 menit	Penutup	Tanya jawab • Menyimpulkan hasil penyuluhan • Salam penutup	Mengajukan Pertanyaan memahami membalas salam

MATERI PENYULUHAN

PERAWATAN PAYUDARA (BREAST CARE)

A. Pengertian

Perawatan payudara adalah perawatan yang dilakukan pada payudara ibu setelah melahirkan dan menyusui yang merupakan suatu cara yang dilakukan saat merawat payudara agar ASI keluar dengan lancar (Suririnah,2007).

Jadi perawatan payudara masa nifas adalah kegiatan yang dilakukan oleh ibu pasca melahirkan sebagai upaya untuk memelihara kesehatan payudara dan membantu memperlancar produksi ASI.

B. Manfaat dan tujuan perawatan payudara Tujuan perawatan payudara adalah:

1. Memelihara kebersihan payudara
2. Melenturkan dan menguatkan puting susu
3. Payudara yang terawat akan memproduksi ASI cukup untuk kebutuhan bayi
4. Dengan perawatan payudara yang baik ibu tidak perlu khawatir bentuk payudaranya akan cepat berubah sehingga kurang menarik.
5. Dengan perawatan payudara yang baik puting susu tidak akan lecet sewaktu dihisap oleh bayi.
6. Melancarkan aliran ASI
7. Mengatasi puting susu datar atau terbenam supaya dapat dikeluarkan sehingga siap untuk disusukan kepada bayinya

C. Akibat jika tidak dilakukan perawatan payudara

Berbagai dampak negatif dapat timbul jika tidak dilakukan perawatan payudara sedini mungkin. Dampak tersebut meliputi :

1. Puting susu mendelep
2. Anak susah menyusui
3. ASI lama keluar
4. Produksi ASI terbatas
5. Pembengkakan pada payudara
6. Payudara meradang
7. Payudara kotor
8. Ibu belum siap menyusui
9. Kulit payudara terutama puting akan mudah lecet

Waktu Pelaksanaan.

Pertama kali dilakukan pada hari kedua setelah melahirkan 2.

Dilakukan minimal 2x dalam sehari

D. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan Dalam Melakukan Perawatan Payudara

1. Potong kuku tangan sependek mungkin,serta kikir agar halus dan tidak melukai payudara.
2. Cuci bersih tangan dan terutama jari tangan.
3. Lakukan pada suasana santai,misalnya pada waktu mandi sore atau sebelum berangkat tidur.

E. Langkah-langkah perawatan payudara

1. Persiapan alat untuk perawatan payudara
 - a. Handuk 2 buah
 - b. Washlap 2 buah
 - c. Waskom berisi air dingin 1 buah
 - d. Waskom berisi air hangat 1 buah
 - e. Minyak kelapa/baby oil
 - f. Waskom kecil 1 buah berisi kapas/kasa secukupnya
 - g. Baki, alas dan penutup
2. Pelaksanaan
 - a. Memberikan prosedur yang akan dilaksanakan
 - b. Mengatur lingkungan yang aman dan nyaman
 - c. Mengatur posisi klien dan alat alat supaya mudah dijangkau
 - d. Cuci tangan sebelum dilaksanakan perawatan payudara
 - e. Pasang handuk dipinggir klien satu dan yang satu di pundak

F. Teknik perawatan payudara

- 1 Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa atau baby oil selama $\pm$ 5 menit, kemudian puting susu dibersihkan
- 2 Tempelkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara.
 - a. Pengurutan dimulai kearah atas, kesamping, lalu kearah bawah. Dalam pengurutan posisi tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan.

- b. Pengurutan diteruskan kebawah,kesamping selanjutnya melintang, lalu telapak tangan mengurut kedepan kemudian kedua tangan dilepaskan dari payudara,ulangi gerakan 20-30 kali
- c. Gerakan-gerakan pada perawatan payudara
 - 1) Gerakan Pertama

Kedua tangan disimpan di bagian tengah atau antara payudara, gerakan tangan ke arah atas pusat ke samping, ke bawah kemudian payudara diangkat sedikit dan dilepaskan, lakukan 20-30 kali.
 - 2) Gerakan Kedua

Satu tangan menahan payudara dari bawah, tangan yang lain mengurut payudara dengan pinggir tangan dari arah pangkal ke puting susu, dilakukan 20-30 kali dilakukan pada kedua payudara secara bergantian.
 - 3) Gerakan Ketiga

Satu tangan menahan payudara di bagian bawah, tangan yang lain mengurut dengan bahu, jari tangan mengepal, lakukan pengurutan dari arah pangkal ke puting susu, 20-30 kali dilakukan pada kedua payudara secara bergantian.
- d. Selesai pengurutan, payudara disiram dengan air hangat dan dingin bergantian selama ± 5 menit, keringkan payudara dengan handuk bersih kemudian gunakan BH yang bersih dan menopang.
- e. Bersihkan payudara terutama bekas minyak

- f. Pakailah BH yang terbuka bagian depannya (untuk ibu menyusui) dan yang menyangga buah dada atau langsung susu bayi .(soryono ,2009)

G. Perawatan payudara dengan masalah

1 Cara Mengatasi Bila Putting Tenggelm

Lakukan gerakan menggunakan kedua ibu jari dengan menekan kedua sisi puting dan setelah puting tampak menonjol keluar lakukan tarikan pada puting menggunakan ibu jari dan telunjuk lalu lanjutkan dengan gerakan memutar puting ke satu arah.Ulangi sampai beberapa kali dan dilakukan secara rutin

2 jika asi belum keluar

Walaupun asi belum keluar ibu harus tetap menyusui. Mulailah segera menyusui sejak bayi baru lahir, yakni dengan inisiasi menyusui dini, Dengan teratur menyusui bayi maka hisapan bayi pada saat menyusu ke ibu akan merangsang produksi hormon oksitosin dan prolaktin yang akan membantu kelancaran ASI. Jadi biarkan bayi terus menghisap maka akan keluar ASI. Jangan berpikir sebaliknya yakni menunggu ASI keluar baru menyusui.

3 Penaanganaan puting susu lecet

Bagi ibu yang mengalami lecet pada puting susu, ibu bisa mengistirahatkan 24 jam pada payudara yang lecet dan memerah ASI secara manual dan di tampung pada botol steril lalu di suapkan

menggunakan sendok kecil .Olesi dengan krim untuk payudara yang lecet. Bila ada madu, cukup di olesi madu pada puting yang lecet.

- 4 Penanganan pada payudara yang terasa keras sekali dan nyeri, asi menetes pelan dan badan terasa demam.

Pada hari ke empat masa nifas kadang payudara terasa penuh dan keras, juga sedikit nyeri.Justru ini pertanda baik. Berarti kelenjar air susu ibu mulai memproduksi. Tak jarang diikuti pembesaran kelenjar di ketiak, jangan cemas ini bukan penyakit dan masih dalam batas wajar.Dengan adanya reaksi alamiah tubuh seorang ibu dalam masa menyusui untuk meningkatkan produksi ASI, maka tubuh memerlukan cairan lebih banyak.Inilah pentingnya minum air putih 8 sampai dengan 10 gelas sehari. (Mellyna, 2009)

H. Evaluasi

Prosedur : Post Test

Bentuk : Lisan

Jenis : Tanya Jawab

Jenis pertanyaan;

- 1) Sebutkan pengertian perawatan payudara ?
- 2) Jelaskan bagaimana cara merawat payudara yang baik pada masa nifas?
- 3) Sebutkan akibat jika tidak dilakukan perawatan pada payudara?

Perawatan Payudara

Perawatan payudara pada masa nifas adalah suatu kebutuhan bagi ibu yang baru saja melahirkan. Masa nifas sendiri adalah selama enam minggu atau 40 hari setelah persalinan. Pada masa nifas perawatan payudara merupakan suatu tindakan yang sangat penting untuk merawat payudara terutama untuk memperlancar pengeluaran air susu ibu (ASI). Hal ini terjadi karena pada masa ini ibu mengalami perubahan fisik dan alat reproduksi yang kembali ke keadaan sebelum hamil, masa laktasi maupun perubahan psikologis untuk mendapatkan keturunan baru. Dengan melakukan perawatan yang tepat yang biasanya berupa pegurutan dan pemijatan menggunakan beberapa bahan dan alat-alat yang alami, diharapkan ibu merasa lebih nyaman menyusui bayinya.

Dengan melakukan perawatan payudara saat nifas diharapkan ibu dapat meningkatkan produksi ASI dengan merangsang kelenjar air susu. Payudara adalah satu-satunya penghasil ASI. Jika hal itu sudah terjadi maka dapat berdampak pada bayi. Selain itu, payudara ibu juga berisiko menjadi kendur setelah menyusui jika tidak langsung dirawat saat masa nifas.



Manfaat perawatan payudara

Perawatan payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa

nifas untuk memperlancar pengeluaran ASI. Perawatan payudara dapat dilakukan dua kali sehari yaitu saat mandi pagi dan mandi sore. Berikut adalah manfaat perawatan payudara:

1. Memelihara kebersihan payudara sehingga bayi mudah menyusui pada ibunya
2. Melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga bayi mudah menyusui
3. Mengurangi risiko luka saat bayi menyusui
4. Merangsang kelenjar air susu sehingga produksi ASI menjadi lancar
5. Untuk persiapan psikis ibu menyusui dan menjaga bentuk payudara

Akibat yang timbul jika tidak melakukan perawatan payudara

1. Anak susah menyusui karena payudara yang kotor
2. Puting susu tenggelam sehingga bayi susah menyusui
3. ASI menjadi lama keluar sehingga berdampak pada bayi
4. Produksi ASI terbatas karena kurang dirangsang melalui pemijatan dan pengurutan
5. Terjadi pembengkakan, peradangan pada payudara dan kulit payudara terutama pada bagian puting mudah lecet



**PAYUDARA ANDA ADALAH SUMBER
NUTRISI BAYI ANDA,
JAGALAH AGAR TETAP BERSIH**



TEKNIK PERAWATAN PAYUDARA



Langkah-langkah perawatan

- Persiapan ibu

- 1). Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- 2). Buka pakaian
- 3). Persiapan alat :

- a. Handuk
- b. Kaps yang dibentuk bulat
- c. Minyak kelapa atau baby oil
- d. Waslap atau handuk kecil untuk kompres
- e. Dua baskom masing-masing berisi air hangat dan air dingin

- Pelaksanaan

1. Buka pakaian ibu
2. Letakkan handuk di atas pangkuan ibu tutuplah payudara dengan handuk
3. Buka handuk pada daerah payudara dan taruh di pundak
4. Kompres puting susu dengan menggunakan kapas minyak selama 3-5 menit agar epitel yang lepas tidak menumpuk lalu bersihkan kerak-kerak pada puting susu
5. Bersihkan dan tariklah puting susu keluar terutama untuk puting susu yang datar
6. Ketuk-ketuk sekeliling puting susu dengan ujung-ujung jari

Payudara dikompres dengan air hangat lalu dingin secara bergantian kira-kira 5 menit (air hangat dahulu). Keringkan dengan handuk dan pakailah BH khusus yang dapat menopang dan menyangga payudara.

1 Pemanasan



Hangatkan payudara dengan handuk hangat selama 2 menit, 4-5 kali

Pengurutan I

Mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah pangkal ke arah puting susu.



Pijat bentuk melingkar dan spiral ke arah areola (3-4 kali untuk tiap payudara)

Pengurutan II

Membuat gerakan memutar sambil menekan dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu (dilakukan 5-6 kali/20-30 kali) pada kedua payudara



Pijat melingkar mengikuti bundaran payudara (5-6 kali untuk tiap payudara)

Pengurutan III

Meletakkan kedua tangan diantara payudara, mengurut dari tengah ke atas sambil mengangkat kedua payudara dan lepaskan keduanya perlahan.



Pijat dengan perlahan ke arah atas & bawah dari kanan ke kiri (5-6 kali untuk tiap payudara)

Perawatan Payudara



PASCA BERSALIN



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
KARSA HUSADA GARUT

NAMA : AJENG FAUZIAH

NIM : KHG.A 18045

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N P1,AO DENGAN POST PARTUM SPONTAN HARI KE – 1 DI
RUANGAN PONED PUSKESMAS PAMEUNGPEUK**

PEMBIMBING : IBU K. DEWI BUDIARTI ,S.Kep,.M.Kep

No	Tanggal	Materi	Saran pembimbing	Paraf pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	8 juni 2021	BAB 1	• Ganti materinya harus ada aki • Paragrafnya harus di benerin • Sumbernya harus terupdate	 <u>Ibu K dewi Budiarti</u> <u>S.kep,.M.Kep</u>	Ajeng fauziah
2.	12 juni 2021	Bab 1	• Ganti materinya yang nyambung	 Ibu K dewi Budiarti S.kep,.M.Kep	Ajeng fauziah
3.	14 Juni 2021	Bab 1	• Tambahkan dampak kejadian post partum • Paragrafnya harus di benerin	 Ibu K dewi Budiarti S.kep,.M.Kep	Ajeng fauziah

4.	16 juni 2021	Bab 1	Tambahkan komplikasi post partumnya	 Ibu K dewi Budiarti S.kep,.M.Kep	Ajengfauziah
5.	19juni 2021	Bab 2	- Cari pengertian 3 post partum dan simpilkan - Tambahkan klasifikasi post partum - Dampak post partum spontan terhadap kebutuhan manusia - Lengkapi format pengkajian	 Ibu K dewi Budiarti S.kep,.M.Kep	Ajeng fauziah
6.	21 juni 2021	Bab 2	- Betulkan paragfarnya - Penomoran nya betulkan	 Ibu K dewi Budiarti S.kep,.M.Kep	Ajeng fauziah
7.	Kamis ,29 juni 2021	Bab 2	Faragrafnya benerin	 Ibu K dewi Budiarti S.kep,.M.Kep	Ajeng fauziah
8.	Kamis 1,juli 2021	Bab 3	Lamjutkan bab 3		

			• Benarkan paragrafnya • Perbaiki yang salah	 Ibu K dewi Budiarti S.kep,.M.Kep	Ajeng fauziah
9.	4 juli 2021	Bab 3-4	• Perbaiki dan lanjutkan Lengkap Draf KTI	 Ibu K dewi Budiarti S.kep,.M.Kep	Ajeng fauziah

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Identitas

Nama : Ajeng fauziah

Jenis kelamin : Perempuan

Tempat, tanggal lahir : Garut 21 april 2000

Alamat : JL satria ,Mandalakasih ,Pameungpeuk

Pendidikan

SD mandalakasih, SMP Negeri 1 Pameungpeuk,

SMA Negeri 5 Garut (SMAN 5 Garut)

STIKes Karsa Husada Garut 2018-2021

Demikian daftar riwayat hidup ini penulisan di buat sebenar benarnya

Garut, Juli 2021

Penulis